

Олександр Коток



БЕЗЖАЛЬНА ІМУНІЗАЦІЯ

О. КОТОК

БЕЗЖАЛЬНА ІМУНІЗАЦІЯ

Київ
Творче об'єднання
«Біла точка»
2008

У цій книзі докладно досліджується вакцинація як медична процедура та як складна соціальна проблема, що й донині не знаходить свого виваженого рішення. Кожна хвороба, щеплення проти якої входить до календаря вакцинації у Російській Федерації, розглядається у окремому розділі, де стисло викладаються її етіологія, патогенез, способи лікування, що застосовуються у сучасній алопатичній практиці та альтернативних напрямках (гомеопатія та натуропатія), а також методи профілактики. Додатково обговорюються деякі хвороби, щеплень проти яких поки що немає у календарі вакцинації Росії, але є у інших країнах. Докладно аналізується склад вакцин та можливі післявакцинальні ускладнення, наводяться факти, що дозволяють побачити іншу сторону «медалі» вакцинації та дізнатися про точку зору людей, що виступають проти щеплень. Окремий розділ присвячено натуральній віспі, перемога людства над якою й дотепер вважається головним доказом успіху вакцинації. Особливу цінність являє те, що у книзі пильна увага приділяється історії виникнення профілактичних щеплень та впровадження їх у медичну практику, що дотепер практично не висвітлювалося у літературі українською мовою. Книга містить багатий апарат посилань, цитат та коментарів; використана велика кількість матеріалів, що малодоступні пересічному читачу. У додатках наведено документи, що гарантують права громадян України на свободу вибору у ставленні до щеплень. Незважаючи на складність питань, що обговорюються, книга написана живою легкою мовою та спрямована на широке коло читачів, що цікавляться проблемами медицини та здоров'я.

Merciless Immunization examines the practice of vaccination in detail, both as a medical procedure and as a complex social problem. A separate chapter is devoted to each illness for which a vaccine is given according to the vaccination schedule of Russia. The ingredients of each vaccine, and potential post-vaccine complications, are thoroughly analyzed, and facts are brought to bear which demand a look at the other side of the vaccination coin and a familiarization with vaccine proponents. A separate chapter is devoted to smallpox, the human victory over which is to this day considered proof of vaccination's success. In addition, the author describes the history of vaccination and its integration into medical practice. The book includes a rich reference base with numerous citations and commentaries, inaccessible to the average Russian reader. One can become familiarized with documents in the Appendices, which guarantee Ukrainian citizens freedom of choice regarding the vaccination question. Despite the complexity of the issues, the book is written in a vibrant style, addressed to a diverse audience of readers interested in the health and well-being of their children.

Про автора:

Олександр Коток – лікар-гомеопат, випускник 1-го MMI ім. І. М. Сеченова (1989 р.), доктор філософії (Ph. D.) Єврейського університету в Єрусалимі (2001 р.), член Європейської асоціації з історії медицини (з 1998 р.). Автор числених публікацій з історії гомеопатії та рецензій у журналах та збірках академічних робіт наукових спільнот Англії, Німеччини, Голландії, Індії, Росії та України.

*Свої відгуки та зауваження ви можете надсилати на електронну пошту: **bi2@privivok.net.ua** (у «Темі» листа вкажіть: «Авторові Бі»).*

***Своїй любій матусі
Валентині Яківні Коток
присвячує автор цю книгу.***

Зміст

Передмова до українського видання	6
Передмова до 1-го видання	7
Передмова до 2-го видання	11
Щеплення: основні проблеми	12
Післявакцинальні ускладнення	48
Відомості про токсикологію речовин, що входять до складу вакцин	72
Про натуральну віспу і не тільки: з чого все починалося	88
Вітряна віспа	164
Гепатит А	185
Гепатит В	196
Грип	229
Дифтерія	254
Кашлюк	309
Кір	341
Краснуха	384
Поліомієліт	401
Правець	448
Туберкульоз	468
Шкірний туберкуліновий тест (проба Манту)	476
Епідемічний паротит (свинка)	510
Висновки	524
Додатки до російського видання	530
Додатки до українського видання:	
Додаток 1	534
Додаток 2	553
Додаток 3	562
Додаток 4	564
Додаток 5	566

Держава не має права жертвувати жодною людиною, хоча б навіть для безпеки мільйонів, тому що кожен індивід – безцінний і вартий стільки ж, скільки й мільйон інших. Піддавати ж людину операції, що у найкращому разі не приносить ніякої користі, але у багатьох випадках ставить на карту її здоров'я та життя – це акт несправедливого зазіхання на свободу особистості, якому немає виправдань навіть заради безпеки приватних осіб.

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

Передмова до українського видання

Після того як «Безжальна імунізація» побачила світ у 2004 р. в Росії, я отримав досить цікаву пропозицію видати книгу українською мовою, на яку я з вдячністю погодився, скориставшись можливістю донести інформацію до нової багатомільйонної аудиторії. Українські читачі з великою зацікавленістю зустріли мою книгу, тому виданий тоді наклад розійшовся за короткий термін. Такий успіх поставив питання про перевидання «Безжальної імунізації». Нове видання книги практично повністю повторює її російський варіант, який було видано у 2006 р. в Новосибірську. Я лише виправив деякі помилки та додав нові дані. Я щиро зворушений тими подяками та схвальними відгуками, які одержав від читачів першого видання українською мовою, і високо ціную доброзичливу увагу українських читачів до моєї книги.

Хочу від усієї душі подякувати видавцю «Безжальної імунізації» та президенту української Громадської організації «Ліга захисту громадянських прав» В'ячеславу Костилеву, який доклав чимало зусиль для видання й поширення цієї книги.

Буду глибоко вдячний читачам другого українського видання «Безжальної імунізації» за висловлені побажання та виправлення будь-яких помилок.

*Олександр Коток,
серпень 2007 р.*

Передмова до 1-го видання

Автор цієї книги – не є епідеміологом, імунологом, вірусологом або іншим шанованим і поважним у полеміці про щеплення "-логом" з огляду на отриману вищу освіту або подальшу спеціалізацію. Я – звичайний лікар, лікар-гомеопат, який свого часу захопився історією медицини та захистив докторську (Ph.D.) дисертацію з порівняльної історії гомеопатії у європейських країнах та Російській імперії¹. Коли я працював над дисертацією та вивчав розвиток медицини у XIX – початку XX ст., то звернув увагу, що дуже багато гомеопатів, серед яких було й чимало фахівців зі світовим ім'ям, гостро виступали проти профілактичних щеплень. Гомеопати досить часто були авторами статей та книжок, що піддавали критиці вакцинацію. Гомеопатів можна було зустріти серед членів різних об'єднань, що протидіяли щепленням. Найбільш відомий російський гомеопат того часу, д-р Лев Євгенович Бразоль, одночасно був автором двох найзначніших російськомовних робіт, спрямованих проти віспяних щеплень. Цей цікавий факт «гомеопатичного негативізму» стосовно щеплень не мав прямого стосунку до теми моєї дисертації й не згадувався у ній, але я тоді звернув на нього увагу. Мене було виховано, як і майже усіх медиків, у сліпій вірі про користь щеплень, тому я не міг не здивуватися факту, що лікарі-гомеопати XIX сторіччя – у більшості своїй люди високоосвічені та респектабельні – виступали проти процедури, користь від якої, здавалося, мала б не викликати сумніву за визначенням, тим більше що й засновник гомеопатії, Самуїл Ганеман (1755-1843), дуже схвально висловлювався про щеплення проти натуральної віспи, вважаючи їхню заявлену ефективність підтвердженням закону подоби.

Але найближче й навіть поверхневе знайомство з темою виявило, що в історії щеплень все було зовсім не так однозначно, як це прагнуть довести сучасні пропагандисти масової вакцинації. Подальше ж дослідження питання тільки поглиблювало мої сумніви. Фальсифікація даних, перекручування фактів, безпринципність та нерозбірливість у засобах, жадоба у гонитві за наживою, нав'язування суспільству законів, що суперечать фундаментальним уявленням про свободу особистості, – всі ці невід'ємні риси вакцинаторського «переконування» якимось мало поєднувалися з уявленнями про благо,

¹ Kotok A. The history of homeopathy in the Russian Empire from its emergence until the WWI as compared with other European countries and the USA: similarities and discrepancies. PhD thesis, The Hebrew University of Jerusalem, 1999. Читачі можуть звернутися до розширеної on-line версії дисертації за адресою <http://www.homeoint.org/books4/kotok>

що було принесене у світ Дженнером. Чи може бути так, що багато тисяч людей з усіх верств населення об'єднувалися в організації, що ставили своєю винятковою метою не більш не менш як боротьбу... з власною користю? Ця ідея абсурдна за визначенням, але що ж тоді стояло за масовим рухом проти щеплень у другій половині XIX – на початку XX сторіч? І чому він знову розгортається у наші дні, чому безупинно збільшується кількість батьків, що відмовляються робити щеплення своїм дітям? Чому відмови від вакцинації викликають стільки люті у медичній владі? Чому щеплення роблять дітям у пологових будинках, дитсадках та школах без згоди їхніх батьків? Чому навіть ухвалені закони, що захищають право особистості на вільний вибір у питанні вакцинації, насправді не працюють? Та й взагалі, чому саме щеплення стають предметом окремих державних законів, чому не інші медичні процедури?

Варто особливо відзначити, що історія руху проти щеплень у різних країнах останнім часом привертає до себе все більше уваги істориків, що відображує не тільки актуальність цієї теми, а й давно назрілу необхідність переоцінки сформованих уявлень про те, що відбувалося у минулому з позицій сучасної науки. І взагалі, проблема щеплень занадто складна, щоб допустити спрощене ставлення до неї або віддати її винятково на відкуп так званим фахівцям – особливо тим, хто годується від вакцинації все своє професійне життя. Але люди, що керують медициною, – цілком завбачливо – визнають тільки їхню власну думку вартою довіри. Насправді ж щеплення зачіпають стільки аспектів медицини, біології та чималої кількості інших наук (психології, філософії, соціології, культурології, історії, статистики...), що важко знайти нормальну людину, яка могла б оголосити себе досить компетентною хоча б у більшості з медичних галузей, що стосуються обговорюваної проблеми, не згадуючи навіть про всі. Зрозуміло, що я також далекий від того, щоб вважати себе фахівцем у всьому, що має відношення до щеплень. Проте я вважаю, що вища медична освіта та досвід історика медицини являють собою зовсім не найгірші стартові умови для обговорення цієї теми – принаймні, нічим не гірші, ніж у численних «-логів», яких вважають експертами.

Оскільки у жаргоні російських вакцинаторів є термін «імунізація, що щадить» (рос. «щадящая иммунизация» – прим. перекл.), який застосовується до зменшених доз деяких вакцин, я вирішив назвати свою книгу «Безжальна імунізація» (хоча самий термін «імунізація» стосовно щеплень взагалі не є вірним, про що я розповім у наступному розділі). Це не стільки іронія, побудована на доведенні до абсурду, скільки констатація сумного факту. Нинішня практика щеплень й на-

справді не знає ніякого жалю, і жертвами жадібності вакцинних ділків та їх вірних медслуг стають і старий, і малий.

Я не став наводити тут ті відомості, які читач без зайвих зусиль може знайти, зокрема й у доступному викладі, у численних книгах – наприклад, про будову та функції імунітету або про класифікацію вакцин. Я навмисно відмовився й від заглиблення у нетрі вузькоспеціалізованих дисциплін – при цьому, не забуваючи про те, що книга пишеться, головним чином, для широкого кола читачів, хоча й обізнаних у біології та медицині. Першочерговим завданням цієї книги я бачу ознайомлення людей з накопиченими свідченнями на користь того, що вакцинація є процедурою як малоефективною, так і досить небезпечною – принаймні, набагато небезпечнішою, ніж це заведено вважати. Практично в усіх країнах, що називають себе демократичними, закони декларують право батьків на вільний та поінформований вибір у питанні щеплень. Однак такий вибір можливий лише тоді, коли у батьків є доступ як до інформації «за», так і до інформації «проти». З інформацією «за» проблем не виникає, її більш ніж вдосталь. Газети, радіо, телебачення, веб-сайти, юрби «фахівців з вакцинації», починаючи з дільничних педіатрів й закінчуючи вищими чиновниками від медицини – усі в унісон розповідають про незлічені блага, що їх дарують щеплення. Знайти ж інформацію «проти» російською мовою батькам набагато складніше, а для тих, хто не має доступу в Інтернет або не живе в одному з російських мегаполісів, це взагалі практично неможливо. Ця книга саме й покликана дати їм ті відомості, які від них приховуються, і, озброївшись якими, вони зможуть об'єктивно вивчити проблему.

Для тих батьків, які шукають альтернативу щепленням, а також хочуть більше знати про можливості домашнього лікування найпоширеніших дитячих хвороб, я наводжу деякі відомості про гомеопатичне та натуропатичне лікування. Читачі можуть застосовувати ці методи винятково під свою відповідальність; особливо це стосується лікування мегадозами вітаміну С. Хоча наявні дані мають багатообіцяючий вигляд, варто пам'ятати, що детальних досліджень такого лікування не проводилося й дозування встановлювалося емпірично. Проводити таке лікування повинен лікар. Гомеопатичні методи лікування розроблені більш ретельно, але й у цьому випадку батьки повинні пам'ятати, що вони й тільки вони відповідають за здоров'я своєї дитини. Оптимальним варіантом була, є й залишається консультація з лікарем, який викликає довіру у батьків. На жаль, у наш час, коли кваліфікація багатьох лікарів з погляду їхнього вміння повертати здоров'я є катастрофічно низькою, а застосовувані ними офіційно затверджені методи пригнічуючого лікування можуть бути

охарактеризовані не інакше як варварські й зовсім протиприродні (антибіотики до діла й не до діла, гормони, мазі й т.і.), знайти такого лікаря стає все складніше.

Я повинен також згадати й те, що у цій книзі мова йде (за винятком щеплення від грипу) про *масові профілактичні дитячі щеплення*, які входять до календарів вакцинації більшості розвинених країн. Питання про щеплення за екстремними показниками, зокрема й проти сказу при укусах тваринами з підозрою на сказ – зовсім окрема тема, якої я не торкаюся.

Я хочу щиро подякувати усім, хто допомагав мені. Навряд чи книга, яку тримає читач в руках, побачила б світ без тієї допомоги, яку як коректор, редактор та просто добрий порадник на всіх етапах роботи надала Галина Лобанова (СПб). Нею ж було знайдено і надіслано мені деякі старі публікації, що зберігаються у Російській національній бібліотеці. Багато з матеріалів, що використані у цій книзі, було знайдено в ізраїльських бібліотеках і надано у розпорядження автора Ксенією Михайловою (Єрусалим). У процесі роботи над книгою я одержував слушні поради та роз'яснення від Олександра Ястребова (СПб) та Олександрі Казачек (Мельбурн). Я не знав відмови у пошуку потрібних матеріалів у російських джерелах від д-ра Анатолія Шипова (Ярославль). Декілька дуже важливих для роботи книг було люб'язно надіслано мені д-ром Олександром Мартенсом (Москва), а д-р Олександр Іванів (Одеса) негайно задовольняв мою цікавість у всьому, що стосується використання нозодів. Взагалі ж кількість тих, хто прямо чи побічно, матеріалами або порадою надав мені допомогу, лікарів і не лікарів з різних країн світу, до яких я звертався з проханнями про сприяння, становить декілька десятків осіб. Я не буду перераховувати тут усі імена, але хочу, щоб всі мої друзі й колеги знали, що я ціную й не забуваю зроблені мені послуги. Особливо відзначу Хіларі Батлер (Нова Зеландія), яка завжди намагалася, незважаючи на її безмірну зайнятість громадською роботою, не залишати без уваги мої питання і відповідати на них максимально швидко та максимально повно.

Я сподіваюся, що вивчення матеріалів цієї книги дозволить читачам скласти свою власну думку про вакцинацію і прийняти зважене рішення щодо свого вибору.

Передмова до 2-го видання

Після того як «Безжална імунізація» побачила світ, я одержав величезну кількість листів, як від лікарів, так і не лікарів, які прочитали книгу. Варто відзначити, що хоча вказівок на дрібні помилки та недоліки було достатньо, жодного листа, що ставить під сумнів не тільки саму ідею книги, але й навіть окремі висновки, отримано не було. Що, звичайно, не означає бездоганності доказової бази роботи. До другого видання «Безжалної імунізації» я залучив нові факти та свої коментарі до них, що демонструють читачеві хибність та небезпечність теперішньої практики щеплень. Практично всі без винятку розділи зазнали переробки й виправлень. Крім того, було додано один новий розділ («Післявакцинальні ускладнення»), в якому я хотів показати, яким чином адвокатам щеплень на різних рівнях медичної ієрархії вдається створювати статистику про вкрай малу кількість післявакцинальних ускладнень, що відповідає поширеній концепції «користь від щеплень набагато переважає ризик від них». Як і у роботі над першим виданням книги, я отримав велику допомогу від Олександра Ястребова (СПб) та Олександри Казачек (Мельбурн), за що щиро їм вдячний. Деякі старі та рідкісні матеріали були знайдені та надані у моє розпорядження Розою Бородецькою (СПб), за що я хотів би висловити їй свою глибоку вдячність. Чимало важливих порад я одержав у приватному листуванні на форумі мого Інтернет-сайту. Я не маю можливості поіменно перелічити всіх, хто допомагав мені словом та ділом у роботі над другим виданням книги, але моя подяка їм від цього не стає меншою.

Сподіваюся, що оцінка другого видання «Безжалної імунізації» читачами буде не нижча за ту, якої відзначилося її перше видання. Усі відгуки та зауваження будуть із вдячністю сприйняті автором.



Щеплення: основні проблеми

Про конкретні хвороби та вакцини ми поговоримо в окремих розділах, а цей розділ я хотів би присвятити проблемам, що стосуються щеплень та вакцинації у цілому. Практика щеплень має вади з дуже багатьох точок зору – медико-біологічної, правової, етичної, соціологічної, філософської, економічної, тому аргументованого обговорення кожної з них легко вистачило б на досить товсту книгу. Тому я обмежуся викладенням питань лише у найзагальнішому їхньому вигляді.

Насамперед, хотілося б звернути увагу на незвичність самої процедури вакцинації, або, як її ще називають, імунізації – використання останнього терміна на сторінках своєї книги я буду уникати¹. Коли ми говоримо про той чи інший метод лікування – його ефективність, ускладнення, ціну (як у буквальному, так і у переносному значенні), що доводиться

¹ Можна лише пошкодувати про те, що свідомо неточний термін красується навіть у федеральному законі РФ («Закон об иммунопрофилактике инфекционных болезней»); потрібно було б, зрозуміло, використати термін «вакцинопрофілактика», як це й пропонувалося із самого початку законопроектом, поданим Російським Національним комітетом з біоетики при АН РФ («Закон о вакцинопрофилактике инфекционных заболеваний у человека»). Ця заміна термінів далеко не так безневинна, як може здаватися, тому що створює у публіки помилкове враження, що щеплення робить людей імунними, тобто захищеними від якоїсь хвороби, несприйнятливими до неї, якщо чітко дотримуватися первісного значення цього слова (від лат. *immunire* – зміцнювати зсередини, захищати або *immunis* – звільнений, врятований від чого-небудь. *Арнаутов Г. Terminologia medica polyglotta. Медицинская терминология на пяти языках. София, 1979, с. 204*). Насправді ж імунізація це одержання захисних антитіл з материнського молока або материнської крові, або ж перенесення природної хвороби. Можна умовно визнати цей термін також придатним для лікування сироватками, отриманими від гіперімунізованих людей або тварин, але він зовсім не підходить по відношенню до щеплень. Щеплення не робить людину *несприйнятливою* до хвороб *x*, *y* або *z* – навпаки, парентеральне введення вакцин перетворюють її в *носія хронічної вакцинальної інфекції*, послідовно послабляючи імунну систему господаря і вже аж ніяк не «імунізуючи» його! Дуже точно висловила цю думку австралійська дослідниця д-р Вієра Шайбнер: «Імунітет не є результатом введення патогена (та інших інфекційних агентів і токсичних речовин). Вже біля ста років офіційні імунологічні дослідження демонструють, що вакцинні інфекції не імунізують. Вони сенсифікують, роблять щепленого більш сприйнятливим до тих хвороб, захищати від яких були покликані, перетворюють його в хазяїна чужорідної бактеріальної й вірусної інфекції. Щеплені діти страждають від нескінченної течі з вух, лікування якої тільки в США коштує близько 3 мільярдів доларів у рік» (*Scheibner V. Congressional Hearings on Hepatitis B. 1999. Матеріал є на багатьох сайтах в Інтернеті*). Навіть із погляду простого здорового глузду термін «імунізація» не є вірним. Імунізація – це лише бажаний результат процесу, названого, як не крути, *вакцинацією*. А чи буде досягнуто цей результат на практиці – зовсім окрема розмова.

платити за те, щоб позбутися якоїсь хвороби або сповільнити її руйнівний для нашого здоров'я хід, ми розуміємо неминучість якоїсь розплати за це. Іноді лікування виявляється гіршим від самої хвороби за своєю важкістю або наслідками, – тоді пацієнт жалкує й навіть подає позови до суду проти лікарів, якщо вважає, що лікування завдало йому шкоди більшої, ніж могла б завдати сама хвороба. Але не забуваймо: усі заходи, що пацієнт вживає або надає дозвіл вжити лікарям, мають на меті лише максимально можливе відновлення власного здоров'я. Він ризикує, починаючи навіть найбезпечніше лікування, та очікує від медицини зведення цього ризику до мінімуму. Однак ризик був, є і неминуче буде. Таким є характер медицини, і ніщо не може його змінити. І чим агресивнішою стає медицина, тим більше зростає ступінь такого ризику для нас. Але ці міркування зовсім непридатні для щеплень! Виключність щеплень як медичного втручання полягає у тому, що вони наражають на небезпеку *здорових людей і не мають своєю метою поліпшення їхнього нинішнього стану здоров'я*; користь від щеплень, що декларується, відноситься до віддаленого майбутнього й ґрунтується на статистичних викладках більшого або меншого ступеню вірогідності (нерідко зовсім недостовірних – багато з таких досліджень прямо або опосередковано фінансуються компаніями-виробниками вакцин), за допомогою яких намагаються визначити ризик занедужати на ту чи іншу хворобу або серйозно постраждати від неї. Ті, кого щеплять, мають піддавати себе *реальному* ризику розладу здоров'я та навіть смерті (таку можливість не виключають і самі вакцинатори) заради *очікуваної* користі для них особисто або у деяких випадках для інших членів суспільства, як у випадку щеплення дітей від краснухи. Але це не все. Відповідно до концепції «припустимих післявакцинальних реакцій» (висока температура, блювання, занепокоєння, безперервний крик дитини й навіть судоми) і так званого післявакцинального періоду – проміжку часу після щеплення, що характеризується придушенням функцій імунної системи й, відповідно, високою схильністю до різних захворювань – вакцинатори прямо заявляють, *що бути хворим після щеплення – це нормально*. При цьому батькам ніхто із впевненістю не скаже, які післявакцинальні реакції варто вважати нормальними, а які – патологічними, та скільки ж триває цей самий післявакцинальний період для їхньої конкретної, а не для середньостатистичної дитини, наскільки важким він виявиться, і коли можна буде, нарешті, святкувати повернення до колишнього стану здоров'я при нібито наявному захисті від щепленої хвороби. Так само як ніхто не гарантує, що щеплення не викличе довічної інвалідності, а то й взагалі смерті (ті, хто бажає перевірити готовність лікарів надати таку гарантію, можуть попросити педіатра підписати листа, відповідно до якого він бере на себе повну відповідальність за результати щеплення);

при цьому найважчі наслідки замовчуються². Відповідно до російського календаря вакцинації протягом півтора років життя дитина повинна одержати 9 (!) різних щеплень, причому перше (від гепатиту В) – через 12 годин після народження, а друге (БЦЖ) – у віці 3-5 днів³. Таким чином, впродовж перших 18 місяців свого життя дитина за логікою повинна бути майже постійно хворою або, мовою пропаганди щеплень, «перебувати у післявакцинальному періоді». Постає питання: яким же чином збираються зробити дитину здоровішою у майбутньому, якщо вона *постійно нездорова* протягом саме того часу, коли йде розвиток найважливіших систем організму, що покликані забезпечити здоров'я на все життя? Ось що повідомляють російські автори: «При введенні різних бактеріальних та вірусних вакцин фіксуються однотипні зміни в імунній системі, які мають двохфазний характер. Перша фаза – імуностимуляція, що супроводжується збільшенням числа циркулюючих лімфоцитів, Т-хелперів, В-лімфоцитів. Друга фаза – фаза транзиторного імунодефіциту. Вона розвивається через 2-3 тижні після введення вакцини й характеризується зниженням чисельності усіх субпопуляцій лімфоцитів... та зниженням їхньої функціональної активності – здатності відповідати на мітогени, синтезувати антитіла. У низки щеплених відзначався виражений імунодефіцит тривалістю до 4,5 міс... Друга фаза необхідна для обмеження імунної відповіді на антигени вакцини. Однак це обмеження поширюється на сторонні стосовно вакцини антигени... Патогенетично післявакцинальний імунодефіцит не відрізняється від вторинних імунодефіцитів, що виникають під час вірусних або бактеріальних інфекцій... Певний внесок до розвитку післявакцинального імунодефіциту може робити загальний адаптаційний синдром, що розвивається при вакцинації... та супроводжується пригніченням вироблення інтерферону... Крім зміни чисельності та функціональної активності різних субпопуляцій лімфоцитів, вакцинація викликає зміни й у системі неспецифічної реактивності – пригнічення активності комплекменту, пропердину, лізоциму, бактерицидних властивостей сироватки крові, фагоцитарної активності лейкоцитів, що особливо проявляється

² У 1957 р. в Ленінграді після щеплення живою вакциною від поліомієліту померли 27 малят (повідомлено авторові д-ром Ноною Кухіною, що була серед трьох дітей, які важко занедужали, але вижили після цього щеплення). У 1984 р. в оренбурзькій лікарні Газпрому після щеплень загинули вісім немовлят, декілька важко занедужали. Імовірна причина – порушення режиму «холодового ланцюга» на якомусь етапі (повідомлено авторові лікарем, який брав участь у розслідуванні події та попросив зберегти анонімність). Це тільки дві події, що стали відомі авторові книги зовсім випадково. А скільки їх було всього – чи може хто-небудь підрахувати? Скільки дітей розплатилися здоров'ям і навіть життям за двісті з зайвим років масових щеплень?

³ *Анисимова Т. Б.* Прививки: полный календарь, сроки, показания и противопоказания. РнД, 2003, с. 10.

у перші 15 днів після щеплення... а також інтерферонову гіпореактивність тривалістю до 6 міс...»⁴.

Чи багато батьків замислювалися над вакцинаторською логікою: «Взяти *здорового*, щоб зробити його *непередбачено хворим*, для того, щоб він у майбутньому став *здоровішим*»? А якщо замислювалися, невже з нею погоджувалися?

Важко у наш час знайти країну, де щеплення робилися б примусово. Практично немає таких країн, що вважають себе демократичними, де батьки не могли б зробити вільний і свідомий вибір щодо відмови від щеплень. Однак цілком свідомий вибір може ґрунтуватися лише на повній інформації, а ось із доступом до неї справи йдуть зовсім незадовільно саме тому, що така інформація дуже часто не тільки свідчить не на користь щеплень, але й прямо вказує на шкоду, яку вони несуть. Ця інформація малодоступна не тільки для батьків, але також і для медичних працівників. Мало хто з педіатрів має достатньо відомостей про те, що входить до складу вакцин, які токсикологічні характеристики цих речовин, яка їх гранично припустима концентрація (ГПК) в організмі людини, які ускладнення зафіксовано після введення вакцин. Навіть цілком компетентний пересічний лікар погано розуміється на тонкощах функціонування імунної системи, на тому, як вона розвивається, яка природа аутоімунних захворювань, кількість яких у останні роки збільшується жахаючими пропорціями паралельно з усе зростаючою кількістю щеплень⁵. При неймовірній перевантаженості інститутського курсу відверто «шлаковими»

⁴ Кузьменко Л. Г. и др. Патология вакцинального процесса у детей *Вестник Росийского университета дружбы народов* 1999, 2, с. 40-60. Там само автори зауважують: «Можна погодитися з думкою С. П. Карпова з співавт., що «явища, у медичному побуті делікатно іменовані «побічною дією вакцин», є не чим іншим, як видимою частиною айсбергу, про справжні розміри якого ми тільки починаємо здогадуватися».

⁵ З нещодавнього за цією темою: «Аутоімунні захворювання вражають вже одного з десяти людей у Європі та Північній Америці... їхня частота різко зростає за останні кілька років, що задокументовано для цукрового діабету 1-го типу та розсіяного склерозу... Протягом останніх десяти років накопичуються повідомлення про різні побічні ефекти щеплень, які раніше не спостерігалися або не визнавалися... Ці повідомлення фокусуються на феномені аутоімунності та на появі повністю розвинених аутоімунних хвороб...». Автори публікації, два ізраїльських професори з університетських госпіталів «Асаф Ха-Рофе» й «Шіба», роблять такий висновок: «Існують чіткі вказівки на те, що щеплення можуть викликати й, імовірно, викликають аутоімунні побічні ефекти й можуть навіть запустити повністю розвинені аутоімунні захворювання, хоча й досить рідко...» (*Tishler M., Shoenfeld Y. Vaccination May be Associated with Autoimmune Diseases IMAJ* 2004; 6:430-432). Усе це «досить рідко»! Скільки ж дітей повинні постраждати від аутоімунних наслідків щеплень, щоб це задовольнило «науковим критерієм» – настільки суворим, коли мова заходить про те, щоб визнати зв'язок щеплень із хворобами й смертями після них, і настільки м'яким, коли обговорюється користь щеплень? Див. також *Molina V., Shoenfeld Y. Infection, vaccines and other environmental triggers*

дисциплінами, які не мають ніякого відношення до майбутньої медичної практики – біологією, фізикою, різними хіміями (багато в чому повторення шкільного курсу в ускладненому вигляді – данина тим стародавнім часам, коли абітурієнти приходили після класичних гімназій, без твердих основ у природничих науках), імунологія читається поспіхом й мимохідь, при цьому навіть не окремо, а в курсі мікробіології, немов єдине призначення імунної системи – боротися зі збудниками хвороб. Останнім часом все частіше доводиться чути про конфлікти між імунологами та лікарями-практиками – перші мають куди краще уявлення про те, чим щеплення можуть бути небезпечними, а на плечі останніх лягає впровадження у життя планів «охоплення щепленнями», що спускають за наказом згори⁶. Російські автори пишуть: «...В останні роки у зв'язку зі збільшенням кількості дітей, що перенесли важкі ускладнення перинатального періоду та мають гіпоксичне ураження головного мозку... на зріла необхідність уточнення календаря профілактичних щеплень для цієї категорії дітей. Універсальність імунних механізмів при відповіді на інфекційні, токсичні та стресорні впливи, важлива роль аутоімунних процесів... онтогенетичні особливості імунної відповіді (зокрема, апоптоз неонатальних В-лімфоцитів при масивному антигенному навантаженні, утруднення кооперації Т- і В-лімфоцитів немовлят... нездатність неонатальних В-лімфоцитів до ізотипічного переключення синтезу імуноглобулінів з IgM на IgG) ставлять під сумнів необхідність ранньої антигенної стимуляції з профілактичною метою і є підставами для ретельного динамічного вивчення даних аспектів з позиції сучасної науки. Проте діючі нормативні

of autoimmunity *Autoimmunity* 2005; 38(3):235-245. Дякую проф. Йегуду Шенфельду за люб'язно надіслані матеріали. До речі, здатність вуглеводневих олів, що використовуються у вакцинах в якості ад'ювантів, до числа яких належить, наприклад, сквален, викликати аутоімунні реакції вже показана і в експерименті. Див. *Kuroda Y. Autoimmunity induced by adjuvant hydrocarbon oil components of vaccine Biomedicine & Pharmacotherapy* June 2004; (58)5:325-337.

⁶ Наявність цієї кризи у взаєминах між «теоретиками» та «практиками» було, наприклад, підтверджено на недавній престижній міжнародній конференції, що збиралася для відзначення двохсотріччя дженнерівського експерименту й сторіччя від дня смерті Пастера: «Імунологія, що колись піднеслася завдяки вакцинології, зараз займається більш теоретичними та престижними питаннями. Деякі імунологи вважають, що зустріч вакцинології та імунології була лише історичною випадковістю. Імунологи ставлять питання про довгострокові наслідки щеплень. Наприклад, чи не пов'язана зростаюча кількість лімфом із щепленнями? У світлі появи «нових вірусів» – чи немає заміни старих хвороб, яких витісняють щепленнями, на нові, більше небезпечні?» (*Moulin A.-M. Philosophy of Vaccinology // Vaccinia, Vaccination, Vaccinology. Jenner, Pasteur and their successors. International Meeting on the History of Vaccinology, 6-8 December 1995, Marnes-La-Coquette, Paris, France. Paris, 1996, p. 21).*

документи поки не враховують особливостей, які наведено вище»⁷. А що ж заважає їх враховувати? Необхідність максимального «охоплення щепленнями», не беручи до уваги ані здоров'я дітей, ані наукових даних?

Інформація про те, що вакцини неефективні, а їхнє застосування може бути небезпечним, ретельно фільтрується, щоб батькам не потрапляли на очі «неправильні», невідповідні до офіційних даних дослідження, які можуть поставити під сумнів батьківську згоду на щеплення дитини. Ось що писав відомий американський педіатр, професор медичного коледжу при Іллінойському університеті Роберт Мендельсон (1922-1988) у книзі «Як виростити здорову дитину... всупереч Вашому лікарю»: «На форумі Американської академії педіатрії (ААП) в 1982 р. була запропонована резолюція, покликана забезпечити таке положення речей, при якому батьків інформували б про користь і про ризик щеплень. Резолюція наполягала на тому, щоб «ААП підготувала на виразній і доступній мові інформацію, з якою розважливі батьки захотіли б ознайомитися, щодо користі й ризику календарних щеплень, ризику хвороб, яким можуть запобігти вакцини, і щодо найбільш загальних побічних реакцій на щеплення й лікування їх». Імовірно, лікарі, що зібралися, не вважали за можливе, щоб «розважливим батькам» було дозволено мати доступ до інформації такого роду, тому що *резолюцію було відкинуто!*»⁸. Вакцинатори відкрито визнають, що «зайва» інформація може зашкодити їхнім успіхам у масовому щепленні: «Творці брошур повинні визначити те основне, що пацієнт (або батько) повинен довідатися, щоб повести себе належним чином. Тоді не треба зупинятися на деталях. При написанні брошури потрібно прагнути до створення бажаної поведінки, а не глибоких знань»⁹. Таку ж відверту рекомендацію дає д-р Мартін Сміт з Департаменту охорони здоров'я США, який був відповідальним за випуск інформаційних брошур для батьків: «Об'єм і складність матеріалу... можуть заплутати батьків і без потреби викликати

⁷ Володин Н. Н., Дегтярева М. В. Иммунология перинатального периода: проблемы и перспективы // *Педиатрия* 2001, 4, с. 4-8.

⁸ Mendelson R. How to raise a healthy child... in spite of your doctor. NY, 1984, p. 233.

⁹ Parent Comprehension of Polio Vaccine Information Pamphlets Paediatrics June 1996; 97:6-809. Новозеландське «Суспільство обізнаності про імунізації» («The Immunisation Awareness Society Inc.»), процитувавши ці слова, додало у своєму прес-релізі від 22 вересня 2002 р. короткий коментар: «Повестися потрібним образом» означає досягнути як можна більшого числа батьків, які роблять своїм дітям щеплення. «Деталі», на яких не потрібно зупинятися, зовсім не ті, які батькам дійсно немає потреби знати, а саме ті, які можуть стати на заваді в досягненні максимальної вакцинації. Інакше кажучи, «не надавайте ту інформацію, що може змусити батьків відмовитися від щеплень. Надавайте тільки ту інформацію, що змусить їх ці щеплення зробити».

їхнє занепокоєння»¹⁰. Схожі приклади приховування негативної інформації про щеплення можна перераховувати нескінченно.

Втім, якби все обмежувалося лише питанням особистої інформованості та особистих уявлень про те, що є добре й що є погане для власних дітей і для себе, то з усіма безглуздостями щодо щеплень можна було б змиритися. Зрештою, щеплення були б просто особистою справою кожного члена суспільства або його опікунів. Однак далеко не безкорисливі адепти вакцинації намагаються підім'яти під себе все суспільство (і для проведення такої політики вони, на жаль, мають у своєму розпорядженні відповідні засоби). Американський соціолог Іван Ілліч справедливо зазначив у своїй знаменитій книзі «Немезида медицини», переведеній на безліч мов, що «медицина підриває здоров'я не тільки за допомогою прямої агресії проти індивіда, але й через вплив своїх соціальних організацій на все оточення»¹¹. Говорячи про щеплення, треба підкреслити особливу небезпечність вакцинаторської концепції колективного імунітету. «Вакцинація – це не особиста справа. Це, за своєю суттю, суспільне питання, оскільки призначення більшості програм щеплень – це вироблення колективного імунітету», – було заявлено ВООЗ на 13-й асамблеї¹². Відповідно до цієї концепції, для того, щоб припинити циркуляцію збудника тієї або іншої інфекційної хвороби, необхідно, щоб певний відсоток населення мав до неї імунітет. Тоді ті, хто не мають імунітету, будуть також захищені. Мова йде не про 20%, не про 50% і навіть не про 70% так званого імунного населення. Для деяких хвороб (наприклад, дифтерії, кору, кашлюку) називається навіть цифра в 95% (!), і для жодної «коро-

¹⁰ Vaccine brochures: AAP proposes changes AAP News June 1989, p.2. Цит. за *Neustaedter R.* The Vaccine Guide. Making an Informed Choice. Berkeley, California, 1996, p. xi.

¹¹ *Illich I.* Medical Nemesis: The Expropriation of Health. NY, 1976, p. 40.

¹² *Health Aspects of Human Rights.* Geneva: World Health Organization, 1976, p. 42. Цит. за *Diodati C. J. M.* Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 15. До цієї дуже цікавої книги Кетрін Діодаті я буду звертатися й надалі, тому мені хотілося б сказати кілька слів про автора. Питанням щеплень Діодаті зайнялася після події, що закінчилась, на щастя, благополучно. Коли вона була молодою матір'ю й сліпо, як майже всі батьки, вірила медикам, вона віднесла свою маленьку доньку на третє щеплення DPT (АКДП). Одержавши щеплення, абсолютно здорова до того дівчинка багато годин кричала, а потім на тиждень впала в коматозний стан, не реагуючи на подразники. Запрошений лікар не тільки відкинув який-небудь зв'язок із щепленням, але обізвав матір істеричкою і вимагав, щоб вона й у майбутньому робила дитині щеплення. Ні слова про можливість побічних ефектів сказано не було. Результатом самостійного вивчення питання стала повна відмова Діодаті від усіх подальших щеплень для своєї дитини, і написана у Віндзорському університеті (Канада) у 1998 р. робота на ступінь магістра за назвою «Біомедична етика: етичний аспект масової імунізації» (там само, pp. vi-vii).

ваної щепленнями» хвороби вона не повинна бути нижчою 80%¹³. З розширенням програм вакцинації у планетарному масштабі в населення з'являється все менше можливостей одержувати антигенні «поштовхи» від природних збудників і підтримувати, таким чином, свій власний імунітет. Природний імунітет втрачається в людському суспільстві; замінити збудника покликані регулярні масові щеплення, і для досягнення жаданого колективного імунітету треба щепити всіх або майже всіх, до того ж постійно. Але як же цього досягти, коли, відповідно до заяв, наприклад, російських педіатрів, дійсно здорові діти (тобто саме ті, кого щепити за вакцинаторськими мірками можна) фактично стали казуїстикою, кількість хронічно хворих та тих, хто потребує постійного спостереження й лікування, сягає чверті-третьої всієї дитячої популяції, а за іншими даними – і половини й навіть більше? Тоді на догоду вищезгаданій концепції починають зменшувати «невиправдано велику кількість протипоказань»¹⁴ і щепити також і хворих, роблячи їх каліками, а іноді й вбиваючи їх. Зрозуміло, всі ці «окремі факти» не афішують, щоб не ставити під сумнів теорії вакцинації та гарантувати безпеку тим, хто їх втілює на практиці¹⁵. Незважаючи на однозначну вимогу російського Закону про імунопрофілактику інфекційних захворювань № 157-ФЗ від 17 вересня 1998 р., відповідно до якого проводити профілактичні щеплення можна лише «за згодою громадян,

¹³ Наприклад, «...Вітчизняний і закордонний досвід вакцинації переконливо свідчить про те, що без 90-95% охоплення щепленнями сприйнятливого населення в декретований термін не можна домогтися значних і стійких результатів» (Тайц Б. М., Рахманова А. Г. Вакцинопрофілактика. Краткий справочник. 3-е изд., СПб, 2001, с. 302). Або: «...Виражений ефект при вакцинопрофілактиці досягається тільки в тих випадках, коли в рамках календаря щеплень імунізується не менш 95% дітей» (Онищенко Г. Г. Иммунопрофилактика как инструмент сохранения здоровья населения и увеличения продолжительности жизни *Эпидемиология и инфекционные болезни* 2004, 6, с. 4-8).

¹⁴ «...Надмірне розширення протипоказань призводить до зменшення імунного прошарку та поширення інфекційного захворювання. Внаслідок чого при виникненні інфекцій здоров'ю нещеплених завдається великий збиток» (Адамович М. М. і др. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Минск, 2002, с. 30-31).

¹⁵ В архівах Мінохорони здоров'я СРСР мені вдалося знайти дуже цікавий «Перечень сведений, не подлежащих опубликованию в открытой печати, передачах по радио и телевидению, по учреждениям и организациям здравоохранения», затверджений тодішнім міністром охорони здоров'я СРСР С. П. Буренковим 10 квітня 1981 р. У цей перелік входить п. 96 – «Відомості про кількість післявакцинальних ускладнень числом більше 5 випадків, що виникли одночасно при проведенні масових і календарних щеплень, ставленню діагностичних проб, що виникли при введенні гамаглобулінів і лікувально-профілактичних сироваток – без дозволу Мінохорони здоров'я СРСР... («Министерство здравоохранения СССР. Оперативные приказы (ДСП). ГАРФ, фонд 8009, опись 50, дело 9138, л. 186-187).

батьків або законних представників неповнолітніх і громадян, що визнані недієздатними у порядку, встановленому законодавством РФ» (стаття 11.2), щеплення дітям у пологових будинках, дитсадках та школах роблять без відома батьків¹⁶; ігнорується й право громадян на «одержання від медичних працівників повної та об'єктивної інформації про необхідність профілактичних щеплень, наслідки відмови від них, можливі післявакцинальні ускладнення» (стаття 5.1.). Батьків змушують погодитися на щеплення дітям методами бюрократичного тиску – це зняряддя також ефективне, коли мова йде про дорослих. Серед улюблених методів примусової вакцинації, наприклад, відмова в прийомі на роботу або у виплаті заробітної платні або соціальної допомоги; для студентів – відмова допустити до сесії або перевести на інший курс. Хоча право громадян на компенсацію у випадку виникнення післявакцинальних ускладнень закріплено в тому ж законі (розділ V. «Соціальний захист громадян при виникненні післявакцинальних ускладнень», статті 18-21), медичні чиновники вживають всіх можливих заходів, щоб залишити потерпілих без цієї компенсації, користуючись тим, що гроші на ведення судових процесів є державними, а затягувати такі процеси нескінченними експертизами, переносами засідань й ін. можна на довгі роки, виснажуючи позивачів морально та фінансово.

Потрібно відзначити, що сама теорія колективного імунітету створювалася на початку ХХ ст., коли в людському суспільстві був природний імунітет до хвороб, і було потрібно щепити порівняно невелику

¹⁶ Ще до прийняття закону «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний», співробітник Інституту філософії РАН к.ф.н. П. Д. Тищенко писав: «Існуюча практика примусової вакцинації порушує наступне фундаментальне право пацієнтів, записане в статті 32 «Основ законодавства Російської Федерації про охорону здоров'я громадян»: «Необхідною попередньою умовою медичного втручання є інформована добровільна згода громадянина». При проведенні щеплень ні пацієнтів, ні їхніх батьків або опікунів (якщо мова йде про дітей) не інформують в обов'язковому порядку про протипоказання й ризик можливих ускладнень такого виду медичного втручання. Згода виходить суцільно й поруч формальною, пацієнтів не інформують про їхнє право на відмову від щеплень» (Тищенко П. Д. Вакцинация и права человека // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994). Хоча закон і був прийнятий, нічого не змінилося. І не може змінитися, поки медики будуть зацікавлені не в здоров'ї своїх пацієнтів, а у виконанні абсурдних планів поголовного «охоплення». Російський «Медицинский вестник» (2005, 20, с. 7) у статті «Вірус лідерства зовсім не шкідливий» повідомляє про успіхи дитячої міської лікарні № 3 м. Тула і перераховує такі її досягнення за останні роки – перше місце в конкурсі вакцинопрофілактики, краща медсестра кабінету щеплень, перше місце в «Медик-шоу» (захист щеплення АКДП – мюзикл на сюжет «Снігової королеви»)... Але немає ні слова про те, наскільки здоровіше стали тульські діти від таких вражаючих досягнень своєї міської лікарні. Напевно, похвалитися нема чим?

кількість людей, що не мали такого імунітету. Це здавалося цілком досяжною метою. Тепер та сама концепція застосовується до зовсім іншого часу, до зовсім іншої епідеміологічної ситуації, і ніхто не може сказати, чи є вона взагалі вірною.

Таїнство приналежності до колективного імунітету змушує згадати про нацистську Німеччину, де допуск до соціальних благ перебував у прямій залежності від штучно вигаданого фактора – «расової чистоти». У наш час щеплення, являючи собою показник «епідеміологічної чистоти», також є гарантією допуску до мінімуму соціальних благ. Наприклад, нещепленим дітям у деяких країнах колишнього СРСР і колишнього «соціалістичного табору» заборонено відвідувати дошкільні заклади й школи. Концепція вакцинального колективного імунітету припускає, що частина щеплених неминуче повинна бути принесена у жертву післявакцинальним ускладненням. Пропаганда щеплень навіть не прагне це заперечувати; вона лише намагається применшити кількість потенційних потерпілих та взагалі значення небезпеки ускладнень, заявляючи, що «ускладнення бувають дуже рідко» та роздмухуючи страхи перед хворобами («небезпека хвороби набагато перевищує ризик від щеплення»). Однак навряд чи суспільство може виграти, насамперед у моральному плані, калічачи й знищуючи своїх здорових членів заради користі суспільства «у цілому». Адже воно не знищує невиліковно хворих або інвалідів (що, до речі, також практикувалося у нацистській Німеччині чи на зорі людства – там, де не могли прогнати зростаючого населення), які є його свідомо збитковими статтями; а раз так, то ще менш обґрунтованими повинні бути ритуали вакцинаторського людського жертвоприношення. Крім того, «фахівці», що живуть за рахунок щеплень, ведуть кампанії проти громадян, які відмовляються підкоритися вакцинаторському шантажу. При цьому вакцинаторів не турбує, що вони намагаються ставити під сумнів правомірність чинних законів, що ухвалені відповідно до Конституції, – вони цілком впевнені у власній безкарності. Ось, наприклад, що пишеться в брошурі, надрукованій на замовлення (!) Міністерства охорони здоров'я РФ: «...Чому ж ми так одностайно засуджуємо тих батьків, що не звертають належної уваги на своїх дітей, що карають їх, що віддають їх до дитячих будинків, і як належне сприймаємо той факт, що саме батьки за своєю волею прирікають нещеплених дітей на важкі захворювання. Залишаючи дитину без вакцинації, батьки створюють загрозу не тільки її здоров'ю, але й здоров'ю оточуючих. Адже вона, занедужавши, може заразити тих, у кого вакциналь-

ний імунітет виявився недостатнім або згаслим...»¹⁷. Такі публікації, відверто підбурюючі за своєю сутністю, проходять повз увагу прокуратури, хоча єдине їхнє призначення – налаштувати суспільну думку проти людей, що реалізують надане їм законом право на відмову від щеплень, і спровокувати конфлікти. Подібне інтерв'ю головного педіатра Москви А. Рум'янцева (АіФ-«Здоров'я», 09.04.2003): «Не хочеш щепити дитину – будь напоготові до її хвороб... Свідомі батьки роблять дитині не тільки безкоштовні щеплення від 9 захворювань, але й запитують у лікаря, які треба зробити ще. Так, за щеплення, що не входять до офіційного плану, треба платити, але вартість однієї вакцини дорівнює ціні однієї пляшки горілки. Або ви вип'єте сьогодні цю пляшку, або ваша дитина буде захищена, наприклад, від пневмокока або менінгіту...». Так населенню нав'язується думка, що відмова від щеплень неминуче «прирікає дітей на важкі захворювання», а відмовляються від щеплень своїм дітям самі лише алкоголіки та маргінали, хоча насправді все зовсім інакше: саме ті освічені батьки, що добре вивчили тему щеплень, відмовляються від них, а погоджуються на щеплення, як правило, ті, хто звик бездумно вірити лікарям та примітивній пропаганді.

Поки що ми більше говорили про філософські та правові аспекти проблеми. Тепер потрібно приділити увагу медичним аспектам щеплень.

Як відомо, перед появою нових ліків на ринку, вони повинні пройти чимало різних перевірок: спочатку тестування в лабораторіях, потім випробування на тваринах і лише потім – на людях. Якщо на будь-якому етапі виявлено помилку, то подальша розробка препарату стає неможливою. Доти, поки немає гарантії (можливої в межах нинішнього стану справ у науці) безпечності, препарат не стане доступним для широкого використання. Історія з талідомідом – ліками, що покликані запобігти нудоті у вагітних, які виявилися тератогенними (почали народжуватися діти без кінцівок, виробник змушений був виплатити велетенські суми

¹⁷ *Таточенко В. К.* Родителям... Не менш невдоволення викликають і ті, хто намагається розповісти населенню про небезпеку щеплень: «Слід зазначити негативну роль антивакцинальної пропаганди, що періодично з'являється у засобах масової інформації й сприяє відмові населення від щеплень. У багатьох випадках ця пропаганда підтримується медичними працівниками (тобто незалежними фахівцями – *О. К.*). Той, хто пропагує відмову від вакцинації, несе величезну морально-етичну відповідальність за той ризик, якому піддаються нещеплені люди» (*Медуницян Н. В.* Вакцинологія. М., 1999, с. 262; переписано дослівно, без вказівки джерела, в *Адамович М. М.* Імунітопрофілактика... с. 46-47). Про те, що самі щеплення – фактор величезного ризику, причому ризику маловивченого, на відміну від ризику вже відомих хвороб, у книзі білоруських авторів взагалі немає жодного слова, а російський автор обмежується переліком документів, що регламентують процедуру щеплення та одержання компенсацій її жертвам або їхнім родичам.

за нанесений збиток) – стала гарним уроком. Однак з вакцинами все зовсім не так, хоча, здавалося б, у цій справі, коли мова йде про дітей, потрібна максимальна обережність! Ніяких серйозних досліджень не потрібно для того, щоб чергова вакцина була ліцензована і стала обов'язковою для застосування у сотень тисяч та мільйонів дітей¹⁸. Вакцини, всупереч здоровому глузду та чинним стандартам, діючим щодо інших препаратів, мають «презумпцію невинності», і завзято застосовуються доти, поки не буде вочевидь доведена їхня шкода. Так це нещодавно було з ротавірусною вакциною, так це відбувається з «гарячими серіями» (hot lots) вакцин, що відкликають з ринку без зайвого галасу, після одержання певної кількості повідомлень про смерті й каліцтва дітей після їхнього використання. У своїй доповіді на нещодавній конференції в Лозанні, присвяченій проблемі аутоімунності, пов'язаній з вакцинами, фахівець з дослідження лікарських препаратів і медичний експерт д-р Марко Жирар навів приклад, коли препарат толькапон (тасмар), що застосовувався для лікування хвороби Паркінсона, в 1998 р. було негайно відкликано з ринку після одержання *лише десяти повідомлень* про заподіяння ним шкоди печінці, хоча з цих десяти було опубліковано всього лише три випадки, та й ті сумнівної вірогідності. Тоді як вже *опубліковано десятки повідомлень* про найтяжчі наслідки щеплення від гепатиту В, включаючи інвалідності й смерті, в європейській базі даних REACTIONS, нітрохи не перешкодили міністри охорони здоров'я Франції оголосити в 1994 р. про початок програми масових обов'язкових щеплень проти гепатиту В (за кілька років потому цю програму було зупинено через величезну кількість випадків розсіяного склерозу й інших важких захворювань у щеплених вакциною від гепатиту В та з наданням позовів до суду проти Міністерства охорони здоров'я Франції, див. розділ про гепатит В)¹⁹. Іншою дуже яскравою ілюстрацією політики подвійних стандартів може бути нинішня далека від завершення історія з вакциною MMR, яку батьки дітей, хворих на аутизм, вважають причиною цього важкого

¹⁸ Вірусолог Г. П. Червонська, що довгі роки працювала в головній вакцинальній установі колишнього СРСР і нинішньої Росії – Державному Науково-дослідному інституті стандартизації і контролю біологічних препаратів (ДНДІСК або ДІСК) ім. Л. А. Тарасевича – лише у своїй книзі: «Мені дуже добре знайома фальсифікація щодо вивчення вакцин у нашій країні... Набагато «вигідніше» поширювати відверту неправду про те, що вакцини нібито досить добре вивчені з огляду на їхню безпеку... Роз'єднаність фахівців не дозволяє вникнути в деталі системи контролю, яка існує в ДНДІСК, що монополізував всі етапи розробки вакцин у нашій Батьківщині...» (*Червонская Г. П. Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 88*).

¹⁹ *Girard M. Vaccination and auto-immunity: reassessing evidence // Vaccination, Infection & Autoimmunity: Myth & Reality. Lausanne, October 26-28, 2005. У вигляді статті матеріал опублікований в Medical Veritas 2 (2005); 549-554. Доповідь завершується такими словами: «Можна з легкістю привести чимало інших прикладів убогої мето-*

захворювання. Медичні установи заявляють батькам, що вакцина безпечна, *тому що* не доведено її зв'язок з аутизмом; цей зв'язок – лише гіпотеза. Проте, коли виникла не більш обґрунтована гіпотеза про те, що вірус так званого коров'ячого сказу, що вражає мозок тварин, може бути небезпечним і для людини, ніхто не став чекати на докази, які могли б коштувати життя та здоров'я людям – можливо інфіковану худобу просто почали масово знищувати! Таких прикладів можна навести дуже багато.

Вакцини не перевіряють ні на канцерогенний (здатний викликати рак), ні на мутагенний (здатний викликати генетичні мутації) ефект. До складу вакцин додаються високотоксичні речовини (ртуть, формальдегід, фенол, алюміній), хоча ніхто й ніколи не довів нешкідливості їхнього застосування у дітей. Навпаки – достатня кількість досліджень продемонструвала, що ці речовини отруйні, шкідливі для організму, можуть спричиняти важкі хвороби. Після майже 70 років безконтрольного використання ртуті у вакцинах, через громадський скандал, що спалахнув у 1999 р., Американською академією педіатрії було рекомендовано негайно позбутися від ртуті. Через два роки таку саму рекомендацію було надано американським Інститутом медицини (ІОМ). Крім того, у процесі виробництва, вакцини постійно контамінуються (інфікуються) мікробами, вірусами, грибками та найпростішими. Для деконтамінації, у свою чергу, також застосовують токсичні речовини (протигрибкові препарати й антибіотики), так що в підсумку виходить отруйний коктейль, властивості якого, ще ніколи не вивчалися²⁰. У розділі, присвяченому поліомієліту, ми будемо говорити про вірус SV-40, який впродовж багатьох років потрапляв та, можливо, продовжує потрапляти до поліовакцин, і про передбачуваний зв'язок кампанії щеплень у центральньоафриканських країнах з появою ВІЛ.

дології, вибіркового оцінок і перекручувань фактів, які дозволяють зробити висновок про те, що дослідження й розробка вакцин залишаються на нульовому рівні доказової медицини». Дякую д-рові Марку Жирану (Версаль), який люб'язно надіслав мені свою доповідь та інші матеріали конференції, а також публікації щодо зв'язку вакцини від гепатиту В із аутоімунними захворюваннями.

²⁰ Лише для ілюстрації: «Поширеність мікоплазменної інфекції в клітинних культурах, широко використовуваних у науково-дослідних лабораторіях, значна, причому в деяких випадках зараження колекцій культур перевищує 50%... Нещодавно із препаратів вакцин проти кору, отриманих у Китайській Народній Республіці, було виділено 13 штамів *M. gal-Usepticum*; джерелом цих мікоплазм були курячі ембріони, на яких вирощували вірус кору... Контамінація вакцин мікоплазмами, призначеними для широкого застосування, може бути небезпечна у світлі виявленої здатності мікоплазм змінювати антигенні детермінанти макроорганізму та викликати аутоімунні наслідки» (*Борхсеніус С. Н., Чернова О. А.* Микоплазми. Молекулярна і клітинна біологія, патогенність, діагностика. Л., 1989, с. 106). Дякую Володимирі Дворянчикову (Тольятті), який звернув мою увагу на цей аспект проблеми та люб'язно наді-

Не можна залишити без уваги ще один аспект, що стосується випробування вакцин. Їх тестують на ретельно відібраних здорових дітях, що мають свідомо менший шанс розвитку ускладнень. Однак, коли вакцину ліцензовано для масового використання, її відразу ж починають одержувати усі діти, без урахування супутніх хвороб, генетичних особливостей та інших важливих факторів. Адже потрібно реалізувати якнайбільше доз вакцини й створити горезвісний колективний імунітет! Ротавірусна вакцина не давала, за твердженнями фірми-виробника, ускладнень під час перевірки її у групі здорових дітей. Але коли нею почали щепити усіх дітей, зокрема й передчасно народжених, виявилось, що вона викликає інвагінацію кишечника. Двоє дітей загинули, ще кілька десятків було прооперовано.

Коли нові ліки випробовують на експериментальній групі добровольців, результати цього застосування порівнюють з результатами застосування плацебо. Коли ж йде випробування нової вакцини, результати порівнюють не з плацебо, а з *іншою вакциною*, що є принципово некоректним. Як можна оцінити, наприклад, побічні ефекти від щеплень, якщо їх роблять обом групам випробовуваних? Як визначити, кому гірше, а кому краще, хто ще може терпіти біль, а для кого він вже нестерпний, особливо якщо мова йде про крихіток-немовлят? І як на підставі таких відомостей можна зробити якийсь обґрунтований висновок? Або, у найкращому разі, проводять таке порівняння: беруть нещеплених дітей (у переважній більшості випадків не щеплених через супутні хвороби, тобто відбирають *хворих* дітей) і їх порівнюють зі *здоровими* щепленими дітьми. Результатом такого експерименту є заздалегідь відомий висновок на користь щеплень – щеплені й на відповідну хворобу страждають менше, і загальний стан здоров'я в них кращий²¹. Справжнє чесне порівняння припускає насамперед рандомізацію, тобто розбивку всіх випробовуваних на дві групи *випадковим чином*.

слав цей матеріал. Багато партій вакцин, у процесі виробництва яких використовується теляча сироватка, заражені вірусом бичачої діареї (*Bolin S. R. et al. Methods for detection and frequency of contamination of fetal calf serum with bovine viral diarrhoea virus and antibodies against bovine viral diarrhoea virus J Vet Diagn Invest 1991 Jul;3(3):199-203*). Віруси для деяких вакцин вирощують на курячих ембріонах, які можуть бути заражені вірусом пташиного лейкозу. Відома здатність цього вірусу «ховатися» у геномі хазяїна, та чекати на слушну мить, і потім давати початок росту ракових клітин (*Nevins J. R. Cell Transformation by Viruses // Knipe D. M. et al. (ed.) Fields Virology (4th ed), 2001, Vol. 1, chap. 10, pp. 245-283 й Joklik W. K. Tumor Viruses // Joklik W. K. et al. Zinsser Microbiology (20th ed.), 1992, chap. 59, pp. 869-905*).

²¹ У свій час схожим чином у Прусії доводилася необхідність щеплень від натуральної віспи: порівнювали захворюваність віспою щеплених солдатів – молодих чоловіків, відібраних у армію завдяки міцності свого здоров'я, із захворюваністю всього нещепленого населення, що включало передчасно народжених дітей, хронічно хворих, інвалідів й ін., і робився висновок на користь щеплень.

Це дозволило б відсіяти усі *систематичні* похибки, пов'язані з нерівноцінністю сформованих груп, та залишити тільки *випадкові*, які, на відміну від систематичних, легко піддаються чіткій оцінці методами статистики й тим самим усувають підґрунтя, сприятливе для одержання результатів, що вводять в оману. Свого часу опонентами щеплень кілька разів пропонувалося порівняти однорідні групи *здорових щеплених* дітей та *здорових нещеплених*, які будуть одержувати плацебо, однак одразу ж піднімався страшенний галас щодо «неетичності» такого експериментування – як, мовляв, можна залишити велику групу здорових дітей без рятівних щеплень заради якогось експерименту! За зворушливою турботою про здоров'я нещеплених дітей криється цілком природне побоювання неупередженого порівняння, що може виявитися далеко не на користь щеплень. Точнісінько так само алопати в ХІХ ст. постійно ухилялися від чесних експериментів з лікування тих або інших хвороб, що пропонувалися гомеопатами, цілком слушно припускаючи, що результати такого порівняння наочно покажуть, хто правий у суперечці двох терапевтичних напрямків.

До медичного або медико-біологічного аспекту щеплень ми будемо повертатися в усіх розділах цієї книги, оскільки, на мій погляд, саме він, а не філософські міркування про здоров'я та хворобу чи корупція, що панує в царстві щеплень, ставить найбільше питання про доцільність вакцинації. Навіть у тих батьків, хто завдяки багаторічній пропаганді щиро вірить у те, що натуральну віспу було викоренено щепленнями, викликає великі сумніви необхідність бездумного перенесення досвіду боротьби з такою важкою, а нерідко й смертельною хворобою, як натуральна віспа, на такі досить нешкідливі дитячі хвороби, як кір або паротит, не кажучи вже про краснуху або вітряну віспу. Ці хвороби залишають стійкий, звичайно довічний імунітет, тоді як імунітет від щеплень досить швидко зникає, причому зникає тим швидше, чим рідше зустрічається захворювання (про це ми також будемо говорити надалі), і, таким чином, хвороба відсувається з дитячого віку, коли вона практично завжди безпечна, у підлітковий та дорослий, коли її наслідки можуть бути незрівняно серйознішими. Поза суто комерційними інтересами, незмінно присутніми в усьому, що пов'язане зі щепленнями, логіку такого «обміну» хвороб у дитячому віці на хвороби у дорослому віці зрозуміти неможливо, якщо знову не згадати про концепцію колективного імунітету. Майже завжди діти, що страждають від ускладнень дитячих інфекцій, мають важкі фоніві захворювання імунної системи; дуже часто щеплення їм категорично протипоказані. Якраз вони й дають той самий відсоток ускладнень і навіть смертей при захворюваннях, якими вакцинатори полюбляють залякувати батьків, не уточнюючи при цьому,

про яких саме дітей йде мова. Масова вакцинація покликана ліквідувати циркуляцію збудників хвороб у людському колективі й, таким чином, знизити для хворих дітей ризик інфікування та подальших ускладнень. Тобто здорові діти піддаються подвійному ризику: спочатку ризикуючи ускладненнями від вакцинації (як негайними, так і відстроченими, про які ми поки що дуже мало знаємо), а потім хворобою у тому віці, коли вона вже незрівняно небезпечніша. Навряд чи багато з батьків, якщо б вони були належним чином поінформовані, погодилися б ризикувати здоров'ям своїх дітей.

Виробництво вакцин та самі щеплення є руйнівними статтями витрат бюджету на охорону здоров'я, і все це, зрозуміло, коштом платників податків. Для ілюстрації: щеплення *одних лише школярів тільки від гепатиту В* у 1994 р. у провінції Онтаріо потребувало 396 млн. доларів, а в усій Канаді – понад 1 млрд. доларів, і, зауважимо, що це лише «чиста» ціна вакцини, що не включає транспортування, створення постійного «холодового ланцюга», перевірки сероконверсії (вироблення антитіл), ведення справ у судах про виплату компенсацій потерпілим від щеплень та самі компенсації²². Навіть з огляду на значно меншу вартість вакцин у менш розвинених країнах, читачі можуть уявити собі розміри витрат на щеплення. І це в той час, коли, наприклад, у Росії далеко не скрізь медики мають у своєму розпорядженні одноразові медичні інструменти, у лікарнях відсутні ліки, для пацієнтів не знаходиться постільної білизни...²³. За заспокійливими розмовами про важливість профілактики, гроші, що могли б бути вкладені в *реальне* поліпшення охорони здоров'я (зокрема й у краще лікування інфекційних хворих), перекачуються до кишень виробників та розповсюджувачів вакцин. В інтерв'ю «Русской газете» 19 жовтня 2005 р. головний санітарний лікар РФ Г. Оніщенко заявив: «Профілактика... неможлива без вакцинопрофілактики – недарма настільки схожі ці два поняття. Вони неподільно пов'язані... У нинішньому році *за рахунок коштів суб'єктів РФ та інших джерел* 17,9 млн. людей було щеплено проти грипу. Значна цифра?»

²² The 396 Million Dollar Experiment. Ottawa: The Nightingale Research Foundation, 1994. Цит. за *Diodati C. J. M. Immunization...* p. 125.

²³ Російський гомеопат д-р Лев Бразоль писав у своїй книзі майже 120 років тому: «...Не можу замовчувати чергові питання земства 'про найкращу організацію віспощеплення коштом земських зборів'. Із усіх видів марнотратства це є найбожевільніший та найогидніший: мільйони облитих кров'ю та потом трудових грошей російського народу витрачаються щорічно на підрив його ж здоров'я та життя, і ще задаються питанням, як зонайкраще позбавити його цих священних і недоторканих прав його ж власним коштом» (*Бразоль Л. Е. Дженнеризм и пастеризм. Критический очерк научных и эмпирических оснований оспопрививания. Харьков, 1885, с. 140*).

Це лише 11,5% від усього населення Росії... на імунізацію в рамках національного календарю щеплень наступного року виділено 12,8 мільярдів рублів, а в 2007 році й того більше – 17,7 мільярдів рублів. *Ніколи, ніколи такого не було!* Тому можна сміливо планувати у найближчі два роки щепити проти гепатиту В 25 мільйонів, проти краснухи – 15 мільйонів, проти грипу – 44 мільйона людей. Це цифри з Національної програми здоров'я, запропонованої президентом Росії. Ось така перспектива. У такій ситуації *ми маємо право вимагати*, щоб у Росії з'явилося нарешті постійне фінансування для безперервного й своєчасного постачання установам охорони здоров'я вакцин проти краснухи, вірусного гепатиту В, кору, грипу, поліомієліту... У цивілізованих країнах бюджетні гроші направляють насамперед на організацію первинної медико-санітарної допомоги та на профілактику. Потрібно спільними зусиллями формувати в суспільстві культуру здоров'я, підвищувати мотивацію до його збереження. Гасло ВООЗ «Попередити, захистити, вакцинувати» не втратить своєї актуальності й після тижня імунізації. Воно повинно бути всерйоз та надовго» (виділене мною. – О. К.). За два роки заплановано витратити на щеплення *більше мільярда доларів* – і це *тільки з федерального бюджету*. А скільки ще буде витрачено «коштів суб'єктів федерації та інших джерел», якщо лише на недавню вакцинацію десятка тисяч людей від гепатиту А в Санкт-Петербурзі місцевою владою було виділено майже півмільйона доларів?!²⁴

Щеплення дітей викликає не тільки проблему перенесення хвороби у несприятливий для хворих старший вік, але й іншу, також дуже важливу. Щеплені у дитинстві дівчата втрачають можливість отримати довічний імунітет до інфекційних хвороб та передати його своїм майбутнім дітям, оскільки імунітету від щеплень дуже часто не виявляють ще до фертильного віку. Діти, які не отримують материнських антитіл, виявляються незахищеними перед хворобами, небезпечними у ранньому дитинстві – тому самому віці, у якому в дощепленеву еру малята були захищені. Єдиним виходом, з точки зору вакцинаторів, є безперервне зменшення віку щеплених та скорочення кількості протипоказань *ad absurdum*.

Особлива розмова повинна йти щодо наукового обґрунтування корисності щеплень. І тут є серйозні проблеми. Стрімкий розвиток імунології все більше схиляє вчених до думки про те, що імунна система влаштована набагато складніше, ніж це здавалося у ті часи, коли наприкінці ХІХ – початку ХХ ст. ентузіасти нашвидкоруч майструва-

²⁴ Горбунова А. Главное – профилактика *Петербургский дневник* №32 (44) от 15 вересня 2005 р., с. 5.

ли нові та нові вакцини від усіх відомих хвороб. Зараз вже зрозуміло, що антитіла, вироблення яких повинно стимулюватись вакцинами, не тільки не єдиний, але часто навіть і не головний механізм захисту людини. Тільки налагоджена робота неймовірно складної системи, всіх її ланок на всіх рівнях, дозволяє людині залишатися здоровою або переносити хвороби з мінімальними для себе втратами. У збірці матеріалів зі щеплень, підготовлених для батьків, д-р Шеррі Дж. Тенпенні (США) пише: «Наріжним каменем успіхів щеплень вважають захист антитілами, що виробляються у відповідь на введення вакцини. В усіх дослідженнях, присвячених вакцинам, ефективність визначають виробленням антитіл. Якщо кілька вакцин вводять одночасно, їхню комбінацію вважають ефективною, якщо антитіл виробляється принаймні стільки ж, як і у відповідь на введення кожної з вакцин окремо. Але чи є вироблення антитіл достатньою підставою для того, щоб бути впевненим у захисті від хвороби? Навіть фахівці цього не знають. Під час дискусії щодо затвердження безкліткової вакцини проти кашлюку, член комітету заявив: «...Головна проблема у тому, як співвідносяться антитіла та захист від хвороби. Сьогодні 2000 р., а ми не знаємо які антитіла захищають, не кажучи вже – у якій точно кількості...». Інший член комітету був ще відвертішим, додавши: «Системи захисту [імуноної системи] невідомі. Що відбувається у відповідь на проникнення інфекції: вироблення антитіл чи клітинна відповідь, чи включається якась пам'ять?». Дорадчий комітет з імунізаційної практики повідомив те ж саме стосовно вакцини проти кашлюку: «Вивчення ефективності не виявило прямої кореляції між виробленням антитіл та захистом від кашлюку»²⁵. Про те, що наявність антитіл, виробництво яких є метою щеплення, аж ніяк не означає захисту від хвороби, ми будемо ще не раз говорити надалі.

Протиприродне парентеральне проникнення до організму складного біокомплексу, в якому присутні важкі метали (ртуть), цитотоксичні отрути (фенол), відомі канцерогени (формальдегід), алюміній, забруднювачі вакцин (наприклад, мікоплазми або віруси людини чи тварин), викликає дуже великі сумніви щодо безпеки такого заходу. Постійний і протиприродний «імуний стрес», удари, що постійно повторюються по імуноній системі, що розвивається, можуть вважатися зовсім нешкідливими лише у пропагандистській вакцинаторській літературі. Стрімко зростаюча захворюваність дітей на різні алергії та астму, не згадуючи навіть онкологічних та аутоімуних захворювань – краще свідectво про те, як природа реагує на бездумне та безвідповідальне втручання людини у встановлені нею закони. Ось

²⁵ *Tenpenny S. J. Vaccines. The Risks. The Benefits. The Choices. Parental Manual.*

що пише, наприклад, у своєму листі до Російського Національного комітету з біоетики онкоімунолог проф. В. В. Городілова: «Якими б тимчасовими не були форми імунопатології, усі вони спричиняють порушення балансу Т-кліткових систем, що призводить функціонально та структурно до чисельних розладів у здоров'ї дитини. Запас лімфоцитів поступово вичерпується, і організм виявляється беззахисним перед різними антропогенними факторами. Людина старіє раніше за свій вік. Фізіологічне, природне старіння – процес поступового згасання, знесилення усіх ланок імунної системи. Вакцини ж прискорюють, підганяють процес «витрати» лімфоцитів, штучно призводячи організм людини до передчасного старіння, через це з'являються старечі хвороби у молоді. В онкології головним чинником стає дисбаланс між швидкістю імунної відповіді та пухлинним ростом. Розвиток онкозахворювання випереджає швидкість розмноження реагуючих на нього лімфоїдних клітин, спрямованих, крім того, на боротьбу з антигенами – вакцинами, що безперервно надходять»²⁶. З цією точкою зору цілком згодна проф. Р. С. Аманджолова, у минулому головний акушер-гінеколог Казахстану: «При кожному щепленні – введенні антигенів, минаючи зовнішні бар'єри – ми закидаємо до цитаделі нашого організму троянського коня, численні ворожі війська. Людина з народження не менш ніж двадцять разів піддається такому підступному нападу. При цьому вона хворіє, хоча й у послабленій формі, захворюваннями, що спричиняються введеними вірусами й бактеріями, більшістю з яких у природних умовах вона ніколи б й не заразилася. Під час настільки виснажливої боротьби гинуть і власні клітини крові. Організм швидко зношується, розвивається дефіцит ферментів... Ось чому багато симптомів, властивих старечому віку, наприклад, склерозування тканин, онкологічні захворювання, розвиваються рано. Вони є наслідком дефіциту антитіл та ферментів, характерного для людей похилого віку. Під впливом постійного нападу зсередини, клітини імунної системи самі стають агресорами. Вони починають знищувати клітини власного організму та навіть призводять до розвитку імунодефіциту – СНІДу»²⁷. У своїй доповіді на семінарі, фінансованому Американським товариством з вивчення раку (American Cancer Society), у березні 1976 р. професор вірусології Роберт В. Симпсон заявив: «Програми вакцинації проти грипу, кору, паротиту, поліомієліту й т.ін. можуть, насправді, засівати людей РНК (рибонуклеїною кислотою. – О. К.), що формує сховані провіруси в клітинах організму. Ці сховані провіруси можуть відіграва-

²⁶ Червонская Г. П. Прививки... с. 384.

²⁷ Вопреки канонам *Здоровье* (Казахстан), июнь 2002 г.

ти роль у розвитку таких хвороб, як розсіяний склероз, ревматоїдний артрит, системна червона вовчанка, хвороба Паркінсона й, можливо, рак»²⁸. На тій самій конференції з доповіддю, що містила аналогічні висновки, виступив вірусолог Венделл Д. Вінтерс з університетського госпіталю Лос-Анджелесу²⁹. У російському посібнику з патофізіології для студентів та аспірантів медвузів проф. Г. А. Ігнат'єва з Інституту імунології пише: «...Всі сучасні препарати вакцин отримують методами біотехнології з використанням сироваток і клітин тварин. У тварин, як це стає все більше відомо нам, є надзвичайно небезпечні для людини інфекції типу прионних і ретровірусних. Очистити вакцину від домішок, потенційно утримуючи ці інфекції, принципово неможливо (без втрати власно вакцинуючого антигену). Таке серйозне супутнє явище змушує визнати, що, вакцинуючи населення, медицина несвідомо (?! – О. К.) порушує основний принцип – «не нашкодь». Вихід – у розробці препаратів вакцин без застосування жодних методів біотехнологій, можливо, методами чисто хімічного синтезу. Як знає будь-який лікар, нині таких вакцин немає. Інша проблема виникає при застосуванні живих атенуєваних вірусних вакцин. У дії атенуації (послаблення патогенних властивостей лабораторними маніпуляціями *in vitro* або на тваринах) приховано ще один лікарський самообман. Справа в тому, що, випускаючи раніше атенуєваний живий мікроорганізм у живі людські тіла, ми не можемо скасувати й навіть контролювати подальшу його еволюцію у бік наростання патогенності, його генетичних рекомбінацій з іншими мікроорганізмами (а таких фактів чимало) з утворенням нових форм життя. Тому, яким би чудовим не був захисний ефект живих вакцин... застосовуючи їх, лікар також порушує заповідь «не нашкодь»³⁰.

Американський дослідник д-р Харріс Л. Култер написав цілу книгу, у якій показав, що стрімко зростаюча кількість злочинів, спрямованих проти особистості, гіперактивність, нездатність до навчання через проблеми з концентрацією уваги, дислексія та ін., можуть

²⁸ *Simpson R. V. RNA-Containing Viruses in Human Can Be Transcribed Into DNA-Proviruses.* Тут цікаво буде додати, що після того як ця заява стала надбанням гласності і викликала чимало галасу, робота в цьому без перебільшення життєво важливому напрямку була повністю згорнута Симпсоном... у зв'язку з тим, що її виконавець залишив лабораторію. А ще говорять, що незамінних людей немає! Див. *Mendelsohn R. S. Immunizations. The terrible risk your children face that your doctor won't reveal.* 1988, pp. 28-29.

²⁹ *Moscowitz R. The Case Against Immunizations Journal of the American Institute of Homeopathy March 1983; 76:7.*

³⁰ *Ігнат'єва Г. А. Иммуная система и патология // Актуальные проблемы патофизиологии (избранные лекции) под редакцией академика РАМН Б. Б. Мороза. М., 2001, с. 116.*

мати зв'язок з так званим післяенцефальним синдромом – хронічним в'ялопротікаючим запаленням головного мозку, викликаним вакцинами, у першу чергу – проти кашлюку³¹. Він також в співавторстві з матір'ю дитини, покаліченої щепленням, Барбарою Л. Фішер, нинішнім директором американського Національного центру з інформації про щеплення, написав іншу ґрунтовну книгу про щеплення DPT (АКДП). Автори екстраполювали матеріали дослідження, проведеного в університетському госпіталі Каліфорнійського університету, в якому брали участь 6 тис. дітей, і дали наступну приблизну оцінку чисельності нещастя, що пов'язані зі щепленням DPT: 13 000 випадків ураження нервової системи різного ступеня важкості, від важкої розумової відсталості до складностей у навчанні (*learning disabilities*), та 3 000 випадків дитячих смертей, які влада списує на синдром раптової дитячої смерті (СРДС) у США щорічно³². Навіть якщо вважати цю кількість завищеною (хоча самі автори вважають її *заниженою*) – все одно ця статистика жахає.

І це лише декілька прикладів. Далі у книзі я неодноразово цитувати різних вчених та фахівців, що відкрито висловлюються проти деяких щеплень або вакцинації у цілому. Але їхня думка ігнорується тими, хто має зиск зі щеплень, тобто тими, хто має владу.

Навіть якщо не згадувати про незліченні післявакцинальні ускладнення та хвороби, що стають можливими внаслідок пригнічення імунної системи у так званому післявакцинальному періоді, викликає великі сумніви й корисність щеплень як процедури, що покликана знизити кількість серйозних дитячих захворювань. Дуже часто доводиться чути припущення, що дитячі інфекційні хвороби безпечні у їхньому звичайному перебігу, але можуть бути небезпечними їхні ускладнення – наприклад, енцефаліти. Однак дослідження свідчать, що зі зниженням впродовж останніх років кількості енцефалітів, пов'язаних із паротитом, кором та краснухою, паралельно зросла кількість енцефалітів, пов'язаних з хламідіями, вірусами простого герпесу, вітряної віспи та Епштейна-Барра, ентеровірусами, респіраторними вірусами та ін., так що загальна кількість енцефалітів залишилася незмінною, та й зустрічатися вони стали у молодшому віці³³. Ще одне підтвердження, що «природа не терпить порожнечі»:

³¹ Coulter H. L. *Vaccination, Social Violence and Criminality. The Medical Assault on the American Brain.* Washington, 1988.

³² Coulter H. L., Fisher B. L. *A Shot in the Dark.* NY, 1991, p. 150. Тут і далі я цитую не перше видання книги 1985 р., а видання 1991 р., розширене й перероблене авторами у зв'язку зі змінами в законодавстві, що відбулися в США.

³³ Koskiniemi M. et al. *Epidemiology of encephalitis in children. A prospective multicentre study* *Eur J Ped* July 1997; vol. 156, 7:541-5.

загальна кількість небезпечних хвороб та ускладнень, запобігти яким покликані щеплення, залишається незмінною, так ще потрібно врахувати додаткові ускладнення – безпосередній результат самої процедури щеплення. Щодо енцефалітів цікавим є й інший факт. Коли нам розповідають про енцефаліти як ускладнення від дитячих інфекційних хвороб, то не повідомляють, що ще до Першої світової війни енцефаліт як ускладнення був чи не повною казуїстикою. Однак у 1920-х роках, паралельно розширенню програм вакцинації, кількість енцефалітів почала різко зростати. Спочатку енцефаліти пов'язували винятково з вакциною проти сказу (на кожні 750 щеплень від сказу зустрічався один випадок енцефаліту, смертність при цьому досягла 20%), але незабаром з'ясувалося, що енцефаліти супроводжують й інші щеплення. У 1922 р. вперше в історії був зареєстрований спалах енцефаліту як наслідок використання віспяної вакцини. Тоді ж почали відзначатися випадки синдрому Гійєнна-Барре, що нерідко закінчувалися смертю щеплених. Зі зростанням вакцинальної алергізації населення енцефаліти зустрічалися все частіше й частіше. І вже сьогодні загроза енцефалітів як ускладнень дитячих інфекцій, у першу чергу кашлюку, – головний аргумент для активного нав'язування програм вакцинації!³⁴ Це лише один з багатьох прикладів, коли щеплення не тільки не вирішують жодних проблем, але й створюють нові, при цьому дуже небезпечні, та з непередбачуваними наслідками. Інший приклад. Російський авторський колектив повідомляє, що останнім часом зростає кількість зареєстрованих випадків ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури (ІТП) як ускладнення звичайних дитячих інфекцій: «...Серед захворювань, що призводять до розвитку ІТП, на перше місце виходить краснуха й у цей час (власні дослідження) становить 62,5% від усіх дитячих інфекцій... У період з 1985 по 1988 рр. частота випадків ІТП, індукованих краснухою, становила 1-2 дитини на 150 хворих ІТП щороку, а у 2001-2002 рр. таких пацієнтів було 10-13 на 150 хворих за рік. Особливо занепокоює той факт, що у дітей хронізація ІТП, що викликана вірусом краснухи, за нашими даними, становить 56,3%...»³⁵. А оскільки краснуха почала становити небезпеку, то «актуальними є профілактичні заходи, спрямовані на боротьбу з цією хворобою та її ускладненнями. Важливу роль серед цих заходів приділено імунізації дітей проти краснухи. Однак, за нашими спостереженнями та даними літератури... вакциноіндукована ІТП у дітей також має місце, хоча, безперечно, зустрічається значно рідше, ніж ІТП,

³⁴ Див. *Coulter H. L. Vaccination...* pp. 159-160.

³⁵ *Петров В. Ю. и др. Острая тромбоцитопеническая пурпура у детей, ассоциированная с введением противокраснушной вакцины Педиатрия* 2003, 6, с. 51-56.

що викликана самою інфекцією. Незважаючи на це, ІТП, що виникла після імунізації проти краснухи, протікає з вираженою клінічною картиною, часто супроводжується різними, зокрема й загрозливими для життя, кровотечами... Вперше опис гострої ІТП, що виникла у дитини після вакцинації проти краснухи, з'явився в іноземній пресі у 1990 р... У 3-річного хлопчика ІТП розвинулася на 22-й день після вакцинації, супроводжувалася вираженою тромбоцитопенією, тоді як кількість мегакаріоцитів у кістковому мозку залишалася нормальною, у крові визначалися аутоантитіла до тромбоцитів. Ці факти дозволили зробити припущення про аутоімунний характер ІТП. З цього моменту почали реєструвати випадки розвитку ІТП після вакцинації проти краснухи й в інших країнах»³⁶. Про таке ускладнення краснухи, як пурпуру, до масових щеплень майже нічого не було відомо. Але ось з'являються щеплення, які запускають аутоімунні процеси, щеплень стає все більше й більше, і тепер колись безпечні дитячі інфекції ускладнюються небезпечними хворобами. Через це, за логікою сучасної медицини, потрібно захищати дітей від дитячих інфекцій, що стали небезпечними, саме щепленнями, які, у свою чергу, тягнуть за собою нові ускладнення... Як розірвати це зачароване коло?

Тривогу викликає й постійна поява нових та вкрай небезпечних інфекційних хвороб, яку деякі дослідники пов'язують з витисненням щепленнями цілком доброякісних і звичних людству захворювань, а також повернення старих. Російський авторський колектив пише: «Доводиться констатувати, що спільними зусиллями людству у ХХ ст. вдалося ліквідувати тільки одну інфекцію – натуральну віспу та одержати 36 нових інфекцій. Це, безумовно, невтішна статистика»³⁷. Не менш невтішними є підсумки більш ніж півсторічної боротьби не на життя, а на смерть із інфекційними хворобами в СРСР-Росії, наведені у нещодавній статті заступника міністра охорони здоров'я РФ і начальника Управління медичних проблем материнства та дитинства МЗ РФ: «1) Повсюди активізувалися туберкульоз, малярія, відзначається підйом захворюваності на холеру, дифтерію, кір, кашлюк та інші «керовані» інфекції, проти яких є засіб специфічної

³⁶ Там само.

³⁷ *Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 631-632.* А ось що говорив відомий французький мікробіолог Гастон Рамон: «У питанні про усунення збудника як виду є філософський аспект: чи припустимо взагалі зухвало вважати, що начебто нам все дозволено, зокрема й безкарно ліквідувати біологічні види, що існують мільйони, а то й мільярди років? Чи не займають їхнє місце під сонцем інші, куди більше агресивні мікроби?» (*Бароян О. В. Закономерности и парадоксы. Раздумия об эпидемиях и иммунитете, о судьбах ученых и их труде. М., 1986, с. 83.*)

профілактики, у зв'язку з чим виникло поняття про «старі інфекції», що з'явилися знову. 2) Виявлено більш ніж 30 нових нозологічних форм інфекційних захворювань, у зв'язку з чим було введено поняття «нові інфекції». 3) Зростає стійкість збудників інфекційних хвороб до антибіотиків. Це у низці випадків ставить під сумнів усі (?! – О. К.) досягнення охорони здоров'я щодо профілактики та лікування інфекційних хвороб. Стало зрозуміло, що оптимістичні уявлення про можливість ліквідації інфекційних захворювань виявилися безпідставними. Від хибного усвідомлення всемогутності людини ми змушені прийти до визнання того факту, що з проблемами інфекційної захворюваності доведеться мати справу протягом усього періоду існування людства»³⁸. Однак, як то кажуть, важливим є не результат, а процес. А процес перманентної боротьби то з однією хворобою, то з іншою, незмінно приносить вакцинаторам бажані доходи, наукові ступені й шановану зайнятість, навіть якщо у підсумку все виявляється повним пшиком. Вакцинаторські утопії на кшталт інших глобальних ініціатив деяких діячів, що годуються від науки, епідеміологів та інфекціоністів. «У 1959 р. колегія Мінохорони здоров'я СРСР дійшла до висновку, що стосовно 10 інфекцій «є передумови для повної ліквідації епідемічної форми, тобто зниження захворюваності до спорадичних випадків» протягом 1959-1965 рр. Тут змішалось все – й повна ліквідація, і ліквідація епідемічної форми, й зведення захворюваності до спорадичних випадків. За 7 років передбачалося ліквідувати малярію, дифтерію, черевний та висипний тиф, сифіліс, трахому, сказ, фавус, анкілостомоз та теніарінхоз. Жодну з цих інфекцій не тільки до 1965 р., але й донині не було ліквідовано у нашій країні...»³⁹. Зрозуміло, що й у 1959 р. були, і тепер є чесні вчені, які можуть заявити про повну безпідставність та абсурдність таких диких спроб «ліквідування», що у найкращому випадку призводять до величезних і нічим не виправданих матеріальних витрат. Але голосу цих вчених не чути. Зате в нас постійно чути адвокатів вакцинації, яким ЗМІ так охоче надають трибуни.

Перейдемо тепер до етичних аспектів щеплень. Багато батьків були б обурені, довідавшись, що вакцини традиційно випробовують на найбеззахисніших та знедоленіших – дітях з притулків або дітях найбідні-

³⁸ Шарпова О. В., Корсунский А. А. Инфекционные болезни у детей: прошлое, настоящее и будущее *Детские инфекции* 2003, 1, с. 4-6.

³⁹ Ковалева Е. П. Теоретическое обоснование снижения инфекционной заболеваемости *Эпидемиология и инфекционные болезни* 1998, 3, с. 4-8. Там само повідомляється: «ВООЗ у свій час затратила величезні кошти на одержання живої та інактивованої вакцини проти трахоми. Обидві вакцини знижували захворюваність не більш ніж у 1,7-2,5 рази, тобто виявилися неефективними».

ших верств населення, а також на військовослужбовцях. Були випадки, коли вакцини, які вже показали свою небезпечність (наприклад, корева при її масовому використанні в Англії), спокійнісенько передавалися до країн, що розвиваються, – не пропадати ж добру!, де вони продовжували калічити дітей. Низку сучасних вакцин (наприклад, від краснухи, вітряної віспи та гепатиту А) готують на клітинних лініях, початок яким дали клітини від абортованих плодів, але батьків не сповіщають про це, інакше релігійні переконання не дозволили б багатьом дати згоду на щеплення такими вакцинами своїх дітей або себе.

Дуже суттєвою етичною проблемою є дилема, що постає перед лікарем, який працює у державній системі. Багато компетентних медиків, що непогано поінформовані щодо безсумнівної шкоди та дуже сумнівної користі вакцин, не щепляться самі й не щеплять своїх дітей. Однак, коли вони є найманими державними працівниками, то повинні виконувати встановлені їм вимоги – домагатися максимального охоплення щепленнями заради колективного імунітету, тобто робити те, що суперечить їхнім власним переконанням. Така ситуація не укладається не тільки у якісь специфічні медичні, але й в елементарні загальнолюдські норми моралі, які дуже точно сформулював мудрець ребе Гігель у відповідь на питання про те, чи можна укласти весь зміст Біблії в одну фразу: «Не роби іншому того, чого не бажаєш собі». Для просування вакцин на ринку та досягнення необхідного «охоплення» застосовують найогидніші та безсоромні методи, в першу чергу – залякування батьків. На початку ХХ ст. відомий російський педіатр Ніл Філатов писав: «Якщо подивитися, як наше суспільство ставиться до небезпеки заразити своїх дітей інфекційними хворобами, то, на жаль, нерідко можемо помітити прояви... панічного страху в більш-менш різкій формі... Але ж такі постійні думки та турботи, як уникнути можливості зараження себе та дітей, ведуть до безперевного напруження нервів, хвилювань, постійного обмеження свободи дітей у прогулянках, повітрі й у дієті...»⁴⁰. Більшість з небезпечних хвороб, що реально існували тоді (наприклад, натуральна віспа, черевний тиф, холера), для нинішніх батьків здаються вже чимось міфічним, але спокійного життя їм також немає: вакцинологи продовжують ретельно роздмухувати батьківські страхи й перед такими хворобами, які раніше ніхто й гадки не мав називати серйозними – паротит, кір, вітряна віспа, не кажучи вже про краснуху. Батьків тероризують постійними дзвінками з дитячих поліклінік з вимогами прийти й зробити щеплення, нещеплених дітей відмовляються приймати у дитсадки та школи.

⁴⁰ Цит. за *Филиппов А. Н.* Гигиена детей. 4-е изд. М., 1909, с. 266-267.

Ще один аспект масової вакцинації – це розгнuzдана корупція, що панує у світі щеплень, яка в «політично коректній» англomовній пресі зветься «конфліkтом інтересів». Унікальність вакцинації як процедури – у її масовості. Навіть найпоширеніша хвороба все-таки обмежена кількістю хворих на неї. Такого обмеження для щеплень не існує, оскільки їх роблять усім здоровим, часто відносно здоровим, а тепер вже й хворим. Крім того, небезпека поширення інфекції вимагає нагляду державного апарату; відповідно до чого, профілактика починає вже розглядатися як загальнодержавне завдання⁴¹. Неминуче виникає збіг інтересів виробників вакцин і державних чиновників різного рангу, зокрема й від медицини – різних «епідеміологів» та «фахівців з дитячих інфекційних хвороб». Далеко за прикладами ходити не треба. Офіційний орган російської Асоціації педіатрів-інфекціоністів – шикарний глянцевиий журнал «Дитячі інфекції», головним редактором якого є головний дитячий інфекціоніст Мінохорони здоров'я РФ акад. В. Ф. Учайкін, чиї роботи з вакцинації мені не раз доведеться цитувати на сторінках цієї книги. А засновник цього видання – приватна комерційна компанія ТОВ «Діагностика та вакцини», на чолі якої стоїть... той самий В. Ф. Учайкін. Директор з реклами – співробітниця кафедри дитячих інфекційних хвороб РДМУ й за сумісництвом співробітниця все тієї ж приватної компанії проф. О. В. Шамшева. Автори статей та члени редколегії профільного журналу – люди, що торгують вакцинами під дахом приватної компанії. І, схоже, етичність існування подібних торгашеських симбіозів нікого не бентежить. Чи варто дивуватися, що журнал активно рекламує й просуває на російський ринок все нові вакцини, у той час як Асоціація педіатрів-інфекціоністів резолюціями своїх щорічних конгресів вимагає все нових й нових щеплень?⁴² Або таким «науковим прогнозам»

⁴¹ «Державна політика в області імунопрофілактики спрямована на попередження, обмеження поширення та ліквідацію інфекційних хвороб» (Закон об імунопрофілактике інфекционных болезней РФ № 157-ФЗ від 17 вересня 1998, стаття 4, п. 1). Зрозуміло, ніхто й гадки не має, що попереджати, обмежувати й ліквідовувати інфекційні хвороби можна якось інакше, ніж за допомогою масових щеплень.

⁴² З резолюції Першого конгресу (2002 р.): «На тлі великих успіхів у боротьбі з кором, епідемічним паротитом, кашлюком, дифтерією стан справ з краснухою є неприпустимим... Завдання полягає в тому, щоб негайно почати реалізовувати програму погoлівної вакцинопрофілактики, як це роблять у багатьох країнах» (*Детские инфекции* 2003, 1, с. 69-70); з резолюції Другого конгресу (2003 р.): «Рішення проблеми гепатиту А полягає у погoлівній вакцинації... Рішення багатьох проблем інфекційної патології пов'язане з вакцинопрофілактикою. Поліпшення якості життя дітей може бути обумовлено тільки прогресом методології вакцинопрофілактики й активного впровадження у практику охорони здоров'я нових досконалих вакцин... З огляду на ефективність вакцинопрофілактики у боротьбі з інфекційною патологією, що проводиться у дитячому віці, необхідно підсилити підготовку педіатрів-інфекціоністів

В. Ф. Учайкіна: «У недалекому майбутньому в календарі профілактичних щеплень очікується близько 35 нозологічних форм, що профілактуються вакцинами... Є всі підстави вважати, що шляхом масової вакцинопрофілактики вдасться поліпшити здоров'я й продовжити життя людини у середньому до 100 років»? ⁴³ Чи насправді населення має потребу в такому «профілакуванні» та «продовженні», на радість щедрим на обіцянки вакцинаторам? Навряд чи здивує читачів і той факт, що проф. Учайкін був саме у тій підгрупі експертно-робочої групи комітету охорони здоров'я Державної Думи, яка працювала над проектом закону про щеплення у РФ та «наполягала на затвердженні у Законі статей: про обов'язковість та неодмінну плановість щеплень, заборону приймати нещеплених дітей у будь-які організовані установи, а також про заборону виплати грошей за листом непрацездатності у випадках, коли нещеплений занедужає на інфекційну хворобу, що «керується щепленням» ⁴⁴.

А як читачам сподобається інший кровозмісний союз – між російськими професійними медичними асоціаціями (Російським товариством епідеміологів, мікробіологів та паразитологів ім. І. І. Мечникова (РТЕМП) і Спілкою педіатрів Росії) та виробниками вакцин (фондом «Мер'є-Мечников» і французькою фірмою «Пастер Мер'є Коннот»), результатом якого є бюлетень «Вакцинація», що видається раз на два місяці? Як повідомляють на його веб-сторінці в Інтернеті, «у Росії паперову версію безкоштовно одержують усі

з питань специфічної імунопрофілактики... Необхідно створити постійно діючу комісію при МОЗ РФ, яка систематично повинна проводити перегляд та розширення календаря щеплень за рахунок введення до нього нових вакцин (*Детские инфекции* 2004, 1, с. 70-71); з резолюції Третього конгресу (2004 г.): «...Рішення проблеми гепатиту В полягає у подальшому нарощуванні зусиль з вакцинопрофілактики цієї інфекції... Вважати, що рішення багатьох проблем інфекційної патології у дітей пов'язане з вакцинопрофілактикою. Необхідно сприяти прогресу методології вакцинопрофілактики та активному впровадженню у практику охорони здоров'я нових досконалих вакцин. Активізувати роботу з охоплення профілактичними щепленнями проти гепатиту В, краснухи, кашлюку та грипу. Створити юридичні підстави вакцинопрофілактики у РФ та розвивати недержавну вакцинацію...» (*Детские инфекции* 2005, 1, с. 4-5). Мимоволі пригадується біблійне «...Голос, голос Іакова; а руки, руки Ісавові». Про себе журнал, видаваний тиражем у 5 тис. прим., не без гордощів повідомляє на 1-й сторінці: «Журнал "Детские инфекции" являє собою рецензоване видання, він внесений до Переліку провідних наукових журналів та видань ВАК, у яких повинні бути опубліковані результати дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора наук». А на мій погляд, публікуватися у подібному продажному «рецензійному виданні» для жодного поважачого себе лікаря – ганьба!

⁴³ Учайкин В. Ф. Роль инфекции в патологии детей *Педиатрия* 2000, 5, с. 23-26.

⁴⁴ Червонская Г. П. Прививки... с. 15. У цій підгрупі також були В. К. Таточенко і Н. А. Озерецковський, чії прізвища, як і прізвище Учайкіна, нерідко будуть зустрічатися нам на сторінках книги.

керівники регіональних відділень РТЕМП, Спілки педіатрів, головні лікарі центрів санепіднагляду та керівники комітетів охорони здоров'я суб'єктів РФ, фахівці Мінохорони здоров'я РФ, керівники профільних комітетів Держдуми й Ради Федерації, члени президії та академіки-секретарі Російської академії медичних наук». Навіть «керівників профільних комітетів Держдуми та Ради Федерації» не забули. Авжеж, вакцинатори знають, за якими адресами треба «поширювати наукову, науково-практичну, організаційну й правову інформацію з питань вакцинопрофілактики», що й оголошено метою видання! Регулярно одержуючи підбадьорливі наукоподібні публікації про чергові перемоги на фронтах вакцинації, деякі не занадто освічені керівники й справді вірять, що успіх у протистоянні з інфекційними хворобами залежить винятково від кількості щеплень, які одержує населення...

Взагалі будь-який збіг інтересів комерційних фірм та медиків, які працюють у державних медичних установах, рано чи пізно неминуче виливається у хабарі (прямі або опосередковані науковими грантами, стипендіями, коштовними подарунками, запрошеннями на «конференції» на відомі курорти), протекціонізм на всіх рівнях та боротьбу з інакомисленням щодо щеплень, яке загрожує прибуткам розробників, виробників та розповсюджувачів вакцин⁴⁵. Показово, що за винятком щеплення від натуральної віспи (див. розділ про натуральну віспу), практично жодна вакцина, що потрапила до календаря щеплень, його не покинула (кілька вакцин, наприклад, у Швеції і Японії, не використовували декілька років, але потім повертали до календаря знов у модифікованому варіанті). Незалежно від епідеміологічної ситуації ставлять завдання: спочатку знизити захворюваність, потім ліквідувати хворобу, а потім підтримувати імунітет за відсутності природного збудника (про це мова буде йти, наприклад, у розділі про кір – ліквідувавши у Фінляндії кір, там тепер бояться його завезення ззовні або... що його використовують як біологічну зброю!). Виходить, що як тільки з'являється якесь щеплення, воно, фактично, приходить *назавжди*. Перелік щеплень зростає, й, відповідно йому, зростають прибутки виробників, розповсюджувачів, «експертів» та іншої публіки, що годується навколо вакцин. Здоров'я у дітей залишається все менше, важких хвороб, що зустрічаються у будь-якому віці, – все

⁴⁵ «У телевізійному інтерв'ю один італійський політик сказав, що сутністю мафії є не насильство, а органічно властиве їй проникнення приватних інтересів у процес прийняття політичних рішень. Це те, чого треба уникати будь-якими засобами» (*Gaublomme C. The Children's Vaccine Initiative. An open window upon global vaccination strategies The International Vaccination Newsletter June 1998*).

більше ⁴⁶, причому й таких, що раніше зустрічалися винятково рідко, були майже казуїстичними (наприклад, аутоімунні захворювання). Але при цьому практично ніхто не прагне вивчати зв'язок щеплень з ними (принаймні, «фахівці з вакцинології» – останні, хто виявляє такий інтерес). Неухильне зростання кількості захворювань на астму та дуже важких алергій – жахає. Автор статті, порівняно нещодавно надрукованої у спеціалізованому російському медичному журналі, повідомляє, що захворюваність на бронхіальну астму у російських дітей від 0 до 14 років зросла з 564,8 на 100 000 дітей у 1992 р. до 937,8 у 2001 р., а в підлітків (15-17 років) – з 693,0 у 1997 р. до 1067,4 у 2001 р. При цьому в кожній 10-ї дитини захворювання проходить у важкій формі. Причини? «Зміна умов життя збіглася зі збільшенням захворюваності на бронхіальну астму. Погані житлові умови, гіподинамія й підвищена маса тіла, недостатнє перебування на свіжому повітрі, застосування сучасних матеріалів для обробки житлових приміщень призводять до збільшення терміну впливу побутових та інших алергенів на організм дитини» ⁴⁷. Невже житлові умови сто й більше років тому були краще нинішніх? А недостатнє перебування на свіжому повітрі – є серйознішим фактором ризику для бронхіальної астми, ніж парентеральні введення нескінченних вакцин з набором речовин,

⁴⁶ Так, за наявними даними в Росії здорових учнів в «традиційних» школах налічувалося недавно 10,1%, а в нових (ліцеї, гімназії й ін.) – усього 2,3%. У 1998 р. в Росії було 600 тис. дітей-інвалідів. «40% поповнення з останніх призовів в армію не могли виконати нормативи з фізичної підготовки, 11,5% мали дефіцит маси тіла, кожен 4-й з новобранців вимагав медичного контролю через ослаблене здоров'я та наявність хронічних захворювань, а в 28% виявилось відставання в розумовому розвитку» (Щепин О. П., Тишук Е. А. Здоровье и физическое развитие детей в России в 1985-2000 г. *Российский педиатрический журнал* 2004, 1, с. 47–49). А ось що заявляє в інтерв'ю головний державний санітарний лікар РФ Г. Оніщенко: «Дані Всеросійської диспансеризації дітей, проведеної у 2002 р., говорять про те, що 32% дітей страждають на хвороби крові й кровотворних органів, в основному за рахунок анемії. У першу групу практично здорових дітей потрапили всього 33,5%, причому за останні роки ця цифра знизилася з 45%. Сьогодні 68% знаходяться на диспансерному обліку, 73% мають потребу в лікуванні, 10% вимагають стаціонарної медичної допомоги» (*Медицинский вестник* 2005, 1 (308), с. 5). Інтерв'ю має пафосну назву – «Ми, медичне співтовариство, дозволили це...», але даремно читачі будуть шукати там хоча б тинь визнання тієї колосальної шкоди, що приносять здоров'ю дітей масові щеплення і біопроби, низька кваліфікація лікарів, які призначають агресивне і не визначене жодною необхідністю лікування, недбалість медичного персоналу, внутрішньолікарняні інфекції й багато чого іншого, у чому винна сама медична спільнота, що дозволяє собі все це, і ніхто інший.

⁴⁷ Ревякина В. А. Эпидемиология аллергических заболеваний у детей и организация педиатрической аллергологической службы в России *Педиатрия* 2003, 4, с. 47-52.

що алергізують? На першій сторінці іншого номера того самого журналу того ж року читачів інформують, що «за даними епідеміологічних досліджень, проведених у нас і за кордоном, на алергійні захворювання страждає до 25% дитячого населення, при цьому найчастіше реєструються такі алергійні хвороби, як atopічний дерматит, алергійний риніт, бронхіальна астма, кропивниця. Алергійні захворювання, що виявляють у дітей, в більшості випадків є atopічними за своєю природою. Atopічні хвороби належать до групи мультифакторних захворювань, розвиток яких визначається впливом генетичних і середовищних ефектів... Початок захворювання на atopічний дерматит в 57% випадків припадає на перший рік життя»⁴⁸ (тобто тоді, коли дитина, батьки якої додержуються календаря щеплень, отримує вакцини від 9 хвороб). Серед розумних і модних, цілком в дусі сучасної науки, міркувань про харчову сенсibiliзацію та інгаляційні алергени (домашній пил, свійські тварини, гриби, таргани, кліщі, пилок рослин тощо) і не менш розумних порад, особливо з приводу «ретельних протикліщових заходів», включно до «утримання матраців у спеціальних захисних чохлах», автор ані півслова не обмовився про щеплення. А де ж ховалися таргани й кліщі, де знаходилися гриби й пилок рослин до початку програм масових щеплень? Я ще раз процитую лист проф. Городилової: «Імунна система не витримує «планового тиску», вона ламається, функції її перекичуються, вона «збивається з курсу», запропонованого природою, людина стає уразливішою до застуди, алергенів, онкозахворювань... Зростає алергія серед малят – чи є тепер такі діти, які б не страждали на алергійні захворювання?! Загальновідомо, що впродовж першого півріччя діти страждають на шлунково-кишкову дистрофію і зміни на шкірі, викликаними харчовими алергенами різної етіології. З другого півріччя приєднуються симптоми з боку дихальних шляхів – астматичні бронхіти (до речі, одне з ускладнень на АКДП, АДП-М, АДП). Ну, а у віці 3-4 років починають проявлятися клінічні симптоми сенсibiliзації пилом і т.д., і т.ін. – публікацій щодо цих проблем – безліч»⁴⁹.

Необхідно враховувати, що щеплення – це чудове живильне середовище, де як гриби зростають «наукові дослідження», що під силу виконати навіть учням молодших класів: беруть експериментальну вакцину і вводять групі дітей або солдат, потім вимірюють

⁴⁸ Балаболкин И. И. Проблемы профилактики аллергических заболеваний *Педиатрия* 2003, 6, с. 4-7.

⁴⁹ Червонская Г. П. Прививки... с. 384.

рівень антитіл – і публікація або дисертація готова⁵⁰.

Протиприродне злиття приватних інтересів та державної влади загрожує не тільки тим, хто відмовляється від вакцинації, але й пересічним законослухняним громадянам, що охоче йдуть на щеплення, оскільки при фантастичних прибутках одне лише визнання самого факту можливості ускладнень від вакцинації стає вкрай небажаним, як таке, що сіє сумніви щодо безпечності цієї процедури. При цьому не має значення, гарантується чи ні компенсація за збитки, заподіяні щепленнями, – система має забезпечувати власні прибутки й у майбутньому, а вони безпосередньо залежать від ступеня довіри суспільства до самої процедури вакцинації⁵¹. Гарний приклад може

⁵⁰ Багато хто замислюється над питанням: «Добре, з капіталістичним світом усе зрозуміло, але хто ж мав зиск зі щеплень у соцкраїнах?» Я вважаю, що саме легкість отримання цілком вагомих соціальних благ через сміховинні «наукові дослідження» у галузі щеплень була одним з найважливіших двигунів вакцинного бізнесу. Додам ще цитату: «Що стосується методів загальної вакцинації, то через них можуть реалізовуватися інтереси органів охорони здоров'я у демонстрації своєї здатності вирішувати проблеми, що виникають, відстоювати інтереси розробників вакцин, їхніх виробників, а також тих, хто здійснює закупівлю імпортованих вакцин або компонентів до них» (Тищенко П. Д. Вакцинація...). І через чотири роки йому відповів російський журнал, рупор вакцинаторської справи: «Проведена у 1996 р. кампанія щеплень значно активізувала роботу та змінила ставлення до вакцинопрофілактики у багатьох медичних працівників та населення, висвітлила можливості практичної охорони здоров'я у рішенні завдань загальнонаціонального масштабу» (Онищенко Г. Г. Эпидемиологическая обстановка по инфекционным заболеваниям, управляемым средствами специфической профилактики, и основные направления профилактики этой группы заболеваний в РФ *Журнал микробиологии* 1998, 1, с. 37).

⁵¹ Крім того, компенсації, які доводиться з боєм добувати через суди, дуже часто не забезпечують навіть мінімальних потреб людини, покаліченої щепленнями. Наприклад, щодо російських компенсацій: «...Розмір деяких із цих компенсацій, на мій погляд, представляється зовсім невідповідним заподіяній шкоді...», – тактовно зауважує у своїй книзі літній московський педіатр (Тимофеева А. М. *Беседы детского доктора*. М., 2000, с. 143). Пермський школяр А. В., що у листопаді 1996 р. після зробленого у школі планового щеплення від кліщового енцефаліту, отримав важку інвалідність та потребує постійного догляду, за рішенням суду зомісяця одержує від лікарні, що скалічила його, суму... еквівалентну приблизно 14 доларам США. У підлітка були протипоказання до щеплення, на які ніхто не звернув уваги. Щоб отримати й ці жалюгідні гроші, потрібно було два роки розглядів у суді, залучення незалежної експертизи з Москви (як неважно здогадатися, місцеві судмедексперти ніякої провини своїх колег не побачили), активна участь Пермського медичного наукозахисного центру, що сплатив послуги юристів... Через 8 років після події, суд нарешті призначив виплату компенсації за моральний збиток, який склав близько 4200 доларів США, що, як повідомляється на веб-сайті згадуваного вище пермського центру, є найбільшою в історії Пермської області компенсацією за медичними справами. І це при тому, що причинно-наслідковий зв'язок та недбалість медиків були безсумнівними! Що ж тоді казати про більш складні розгляди? Пізніш з'ясувалося, що серія вакцини (що була випущена томським НВО «Віріон»), від якої постраждав підліток, викликала також ускладнення різного ступеня важкості у 30 людей, і була відкликана.

являти собою історія американської програми компенсацій потерпілим від щеплень. Розробити та ввести у дію цю програму були зобов'язані чиновники Департаменту охорони здоров'я та сфери послуг (Department of Health and Human Services) відповідно до Закону про потерпілих від дитячих щеплень, ухваленому Конгресом США у 1986 р. після п'яти років обговорень. Закон передбачав, що ця програма дозволить потерпілим від щеплень (або їхнім родичам або опікунам) одержувати компенсації без багаторічних юридичних баталій з виробниками вакцин. Передбачалося, що, з одного боку, цей механізм дозволить одержувати компенсацію потерпілим, що пожегтвували своїм здоров'ям заради усього суспільства, без звернення до суду, а з іншого боку – захистить інтереси виробників вакцин (щоб ті не були розорені позовами). Для початку виплат Конгрес асигнував 600 млн. доларів, а згодом програма повинна була фінансуватися за рахунок невеликих націнок на кожену вакцину. Кожен, хто вважав, що його здоров'ю або здоров'ю його дитини була нанесена шкода щепленнями, мав право подати позов чиновникам програми, а ті зобов'язані були ознайомити з цим матеріалом незалежного експерта. До закону додавалися спеціальні таблиці з деталізацією яку суму за який збиток мають виплачувати, і що саме слід визнавати за зв'язок щеплення та захворювання. Задум цей був непоганий, але коли справа дійшла до чиновників, вийшло як завжди. При тому, що закон був ухвалений у 1986 р., перше засідання неквапливого Дорадчого комітету Департаменту охорони здоров'я відбулося лише у червні 1988 р., а програма почала діяти у 1989 р. Потім чиновники почали систематично вихолощувати цей закон. І, хоча головною ідеєю його була швидка та гарантована (non-default) компенсація для постраждалих, чиновники Департаменту розпочали справжню війну на виснаження проти позивачів, затягуючи розгляд позовів на довгі роки (у низці випадків – до десяти років). Таблиці негайно почали «коригувати» у бік зменшення кількості безумовних вказівок на зв'язок щеплень та хвороб таким чином, що позивачам ставало все важче доводити своє право на компенсації, що належали їм за законом. Почали скорочуватися виплати позивачам на юридичне представництво (які, згідно з законом, також мав забезпечувати Департамент охорони здоров'я), що призвело до втрати позивачами можливості звертатися до кваліфікованих адвокатів та експертів. Але це ще не все. Замість того, щоб, згідно з законом, залучати до розгляду позовів незалежних експертів, Департамент охорони здоров'я почав запрошувати своїх власних «кишенькових експертів», які, зрозуміло, ніколи й ні за яких умов не вбачали зв'язку між хворобою чи смертю та попереднім щепленням, все списуючи

на «збіг обставин». Хоча конгресмени припускали, що переважна більшість позовів буде задовольнятися на рівні незалежних експертів й лише у виняткових випадках буде потрібен розгляд на більш високому рівні, у дійсності все вийшло зовсім навпаки – лише у виняткових випадках компенсацію вдається отримати на етапі розгляду питання експертом; майже всі без винятку подання проходять по інстанції далі, і позови тривають роками, вимотуючи потерпілих від щеплень та їхніх родичів морально та матеріально. Закон став легкою здобиччю зацікавленої сторони, гарантуючи недоторканість вакцинаторському бізнесу, але реально майже нічим не допомагаючи його жертвам!⁵²

Необхідно також зазначити, що з будь-якого боку, смерть людини від щеплення набагато вигідніше вакцинаторам, ніж її інвалідність. По-перше, завжди існує шанс списати смерть на яку-небудь «випадковість», на кшталт синдрому раптової дитячої смерті (СРДС) і взагалі уникнути виплати компенсації. По-друге, навіть у випадку доведеної смерті від щеплення, родичі жертви отримують суму біля чверті мільйона доларів (у Росії, відповідно до Закону про імунопрофілактику інфекційних хвороб, 300 мінімальних розмірів оплати праці, що на момент видання цієї книги дорівнювало приблизно 6 250 доларам США) і на цьому питанні вважається цілком вичерпаним. Проте, якщо мова йде про необоротне ураження нервової системи, сума компенсаційних виплат може досягати багатьох мільйонів доларів, які підуть на догляд за нещасною дитиною. Відповідним чином, затягування визнання зв'язку щеплення й хвороби, що наступила внаслідок його, має на меті також просте очікування смерті потерпілого, щоб платити набагато менше. Я вже не кажу про те, що про померлого всі, окрім його родичів, незабаром забудуть, а інвалід буде ще довгі роки живим свідченням «ефективності та безпечності» вакцинації, яке наводить інших батьків на «неправильні» думки щодо того, чи варто їм піддавати своїх дітей такому ризику.

Свою частку у вакцинному бізнесі мають не тільки виробники і вищі чиновники від медицини, але й рядові лікарі. Так, британські лікарі отримують цілком відчутну премію за «охоплення» 70% доступного для щеплень контингенту й ще відчутнішу грошову вина-

⁵² Докладніше див. *Geier D., Geier M. J. The true story of pertussis vaccination: a sordid legacy? Hist Med Allied Sci* 2002 Jul; 57(3):249-84. Навіть при тій запеклій боротьбі, що вели (і продовжують вести) медичні установи проти родин зкалічених і загиблих дітей, лише чверть з тих, хто звернувся за компенсацією, у результаті її домагається; на початок 1997 р. понад тисячі родин одержали компенсації на суму близько 1 млрд доларів.

городу за «охоплення» 90%⁵³. І навпаки – через нещодавні масові відмови британських батьків від щеплення MMR через його передбачуваний зв'язок з аутизмом і поведінковими порушеннями, Міністерство охорони здоров'я Англії планує «бити по кишені» тих лікарів, яким не вдається переконати батьків у необхідності цього щеплення їхнім дітям⁵⁴. У Новій Зеландії Міністерство охорони здоров'я через суд планувало розправлятися з акушерками, що попереджають майбутніх матерів про небезпечність щеплень⁵⁵. Винагородження за результатами «охоплення» існує й у Росії. Так, Головний державний санітарний лікар Росії у 1993 р. ухвалив «запровадити економічне стимулювання медичних працівників за своєчасне проведення й досягнення високого рівня охоплення профілактичними щепленнями»⁵⁶. Без тіні сорому колектив російських вакцинаторів пише: «Для вирішення завдання 95% охоплення профілактичними щепленнями проти поліомієліту дітей віком до 3 років у всіх регіонах Росії... значно скорочено перелік медичних протипоказань. У ряді суб'єктів Російської Федерації успішно застосовуються заходи економічного стимулювання медичних працівників за своєчасне й повне проведення імунізації...» (виділено мною. – О. К.)⁵⁷. І навпаки: «...Всі ми знаємо, як наше начальство зазвичай сварить лікарів, у яких багато дітей не щеплені. Їх звинувачують і у байдужості, і в невмінні вмовити матір, і в інших недоліках. Найчастіше такого лікаря лають на загальних зборах у присутності медсестер та інших лікарів. І лікар, природно, уникає подібної ситуації, тим більше що про випадки важких ускладнень він нічого не знає»⁵⁸.

Це «нічого не знає» приводить нас до ще одного важливого аспекту проблеми. Лікарі, які призначають щеплення, нічого не знають про ускладнення не тому, зрозуміло, що їх немає, а тому що з лікарів знято всю відповідальність, і наслідками ускладнень займаються зовсім інші люди – наприклад, реаніматологи, лікарі прийомних відділень лікарень або лікарі, що працюють в установах для дітей-інвалідів, лікарі експертних комісій з встановлення інва-

⁵³ Tyler A. Vaccination: the Hidden Facts *London Evening Standard Magazine* September 1991, p. 74.

⁵⁴ Shaw V. Parents' anger over MMR threat to GPs *Leeds Today* January 12, 2004.

⁵⁵ Sumner-Burstyn B. Immunisation choice challenges the herd mentality *New Zealand Herald* June 26, 2002.

⁵⁶ «О массовой иммунизации населения против дифтерии» 2 февраля 1993, п. 6. Цит. за Червонская Г. П. Мифы и правда о прививках // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994.

⁵⁷ Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 109.

⁵⁸ Тимофеева А. М. Беседы... с. 131.

лідності, фахівці з реабілітації, працівники соціальних служб. Один з одним вони практично не контактують, і права рука не знає, що робить ліва. Кожний виконує ту роботу, за яку йому платить гроші держава. Усі ланки системи – виробник, лікар, що щепить дітей, лікарі служб швидкої допомоги та ін., навмисно роз'єднані, так що ніхто не має уявлення про дійсні масштаби зла⁵⁹. У США, наприклад, педіатри за законом взагалі не мають ніякого відношення до наслідків рекомендованої (або, точніше, нав'язуваної) ними процедури. Усіма післявакцинальними ускладненнями займаються згадувані вище чиновники Програми компенсацій потерпілим від щеплень.

Повернемося до преміювання лікарів за успішне «охоплення». Політика фінансового заохочення – не за *високу якість медичної допомоги*, а за *кількість проведених процедур* – найчастіше суперечить інтересам конкретного індивіда, оскільки, заради грошей (і, відповідно, на угоду теорії колективного імунітету), намагаються досягти нездійснених показників «охоплення», закриваючи при цьому очі на протипоказання та низьку якість вакцин. Ця абсурдна практика суперечить і класичному загальномедичному принципу, відповідно до якого лікар повинен бути зацікавленим – як морально, так і матеріально – у *здоров'ї* пацієнта, що довірився йому, а не у кількості заходів, корисність яких визначається людьми, що мають у цих заходах свої власні фінансові інтереси, але далекі від реального пацієнта. Крім того, вакцинація одних заради блага інших, при цьому відверто на шкоду тим, хто вакцинується (наприклад, вже згадуване щеплення проти краснухи), суперечить головному принципу клятви Гіпократата, на якій, фактично, побудовано увесь морально-етичний кодекс медицини, а саме – *інтереси свого пацієнта вище за все*. Оскільки ухвалений закон про свободу вибору у питанні вакцинації у

⁵⁹ Ось лист відомого російського педіатра, члена-кореспондента АМН СРСР, зам. директора Інституту педіатрії АМН СРСР проф. С. Д. Носова (1902-1989) начальнику Головного управління лікувально-профілактичної допомоги дітям і матерям Мінохорони здоров'я СРСР Л. К. Скорняковій від 11.01.1968, у якому він просить її дозволити старшому науковому співробітнику інфекційного відділення В. П. Брагинській «періодично знайомитись із рекламаціями, що надходять, на різні вакцини та проводити клінічний аналіз всіх випадків незвичайних реакцій й ускладнень після щеплень». Обґрунтування: «Відповідно до вказівок Мосміськздоровідділу, до інфекційної клініки Інституту госпіталізують всіх дітей з різними післявакцинальними ускладненнями. Співробітники інфекційного відділення широко залучаються до консультацій з різних питань, пов'язаних з цією проблемою, а також беруть участь у складанні різних наказів, посібників та інструкцій щодо профілактики післявакцинальних ускладнень та важких реакцій на щеплення» (ГАРФ, фонд 8009, опис 50, справа 76, а.1). Накази, посібники та інструкції, як можна зрозуміти з цього листа, склалися Інститутом педіатрії в повній необізнаності про якість вакцин, що була доступна лише вищим радянським медичникам!

Росії найчастіше не працює, а батьків і лікарів, що знають не за чутками про неефективність та шкідливість щеплень стає все більше, то знаходиться й вихід – хабар, за який лікар оформлює документи про нібито проведені вакцинації. Так одна корупція породжує іншу, і все суспільство виявляється залученим до цієї нескінченної гри у «захист щепленнями від хвороб», зайвий раз переконуючись у тому, що все вирішують тільки гроші та особисті зв'язки, але аж ніяк не закон.

Проте, і закон, що працює на повну силу, не в змозі вирішити навіть більшу частину з описаних у цьому розділі проблем. Справа не в законі, не у технологічних помилках під час виробництва вакцин, не у жадібності їхніх виробників та розповсюджувачів, і навіть не у зашореності медиків та населення, яким вже добрі дві сотні років промивають мізки міфами про «безпечні та ефективні» щеплення. Хибною, протиприродною є сама концепція масової профілактичної вакцинації. Саме це я й намагаюся довести у своїй роботі. Якщо ця книга змусить читача серйозно замислитися над тим, що відбувається у сучасній медицині, та підштовхне його до пошуку природніх шляхів збереження й зміцнення здоров'я, то я буду вважати взяте на себе завдання виконаним.



Післявакцинальні ускладнення

Навіть після виключення, здавалося б, усіх причин, крім вакцинації, у багатьох випадках залишаються сумніви щодо причинного зв'язку між ускладненням та щепленням.

Бектимиров Т. А.

*«Современные подходы к изучению поствакцинальных реакций и осложнений»
(«Вакцинация», 2000, июль-август)¹*

Незадовго до того, як я почав працювати над другим виданням «Безжальної імунізації» російською мовою, новозеландська журналістка Хілари Батлер надіслала мені рукопис нової книги, що була написана нею разом зі своїм чоловіком Пітером, і вийшла у світ під назвою «Просто укольчик» раніше цього українського видання. Один фрагмент з біографії Хілари навів мене на думку написати окремий розділ про післявакцинальні ускладнення. Мова йшла про події, що почалися зразу після публікації статті Кірстен Ворнер «Що небезпечніше: щеплення чи хвороби?» в «Нью Зіленд Геральд» 1 лютого 1986 р. Для своєї статті авторка використала доповідь Батлера «Імунізація: інша думка», прочитану останньою на зборах «Асоціації за домашні пологи» у Гамільтоні 2 листопада 1985 р. «Раптово наш телефон почав безперервно дзвонити. Здавалося, що батьки, які зіштовхнулися з вакцинальними проблемами, раптово заповнили Нову Зеландію. Батьки, які дзвонили, вважали, що вони були єдиними, чиї діти постраждали від щеплень. Найінтригуючим було те, що всім їм медики заявляли, що проблеми були простим збігом і ніякого зв'язку із щепленнями не мали. При цьому ті лікарі, що були трохи більш освічені, повідомляли батькам, що серйозні реакції на щеплення становлять «один на мільйон» з підтекстом, що такою є плата, яку потрібно сплатити, щоб захистити суспільство. Беручи до уваги чисельність населення країни, у будь-якому випадку виходило, що вони – єдині, кому так не поталанило. Один педіатр протягом трьох років встиг довести до відома чотирьом парам батьків (дві з них мені особисто знайомі), що їхні діти були «єдиними на мільйон». На той час населення країни не перевищувало 4 мільйонів чоловік. Коли ці батьки нарешті зустрілися й поділилися один з одним своїм досвідом, вони не здивувалися. Батьки, що прийняли такі пояснення медиків, не розголошували фактів ускладнень та продовжували жити так, як жили до вакцинації, були зручні для медичної професії. Більшість

¹ Тут й далі, цитуючи бюлетень «Вакцинация», я звертаюся до архівів його on-line версії, розміщеним на сайті privivka.ru за рахунок компанії «Санофі Пастер».

з батьків вірили, що їхні улюблені діти насправді були єдиними, з ким це трапилося, і вважали, що в них не було жодного вибору. Скоріше за все вони навіть не знали про можливість подати позов до страхової корпорації. Про це лікарі їм не говорили. Але виявилось, що жоден з тих, хто прочитав статтю в «Нью Зіленд Геральд», не забув, як їхні діти відреагували на щеплення... Стаття відкрила скриньку Пандори. Оскільки більшість новозеландців не читали газети, можна тільки здогадуватися, скільки ж насправді було батьків, які могли б розповісти подібні історії»².

Це спостереження, зроблене біля двадцяти років тому в далекій і цілком благополучній країні, щодня підтверджується всюди, де батьки намагаються з'ясувати, що трапилося з їхньою дитиною після щеплення. У відповідь вони незмінно чують або що ніякого зв'язку між щепленням та хворобою дитини, що почалася вслід за ним, немає, що мова йде лише про збіг обставин, або що ускладнення на щеплення – це така рідкість, про яку немає сенсу навіть говорити, від долі, мовляв, нікуди не дінешся. У той самий час будь-яка інтернетівська дискусія або навіть звичайнісінька спроба журналістського розслідування незмінно виявляють десятки випадків післявакцинальних ускладнень, нерідко досить серйозних, при цьому в порівняно невеликій групі людей, у колі родичів, найближчих знайомих і друзів. Досить поговорити з батьками дітей, що страждають на епілепсію, розумову відсталість або аутизм, або з фахівцями з реабілітації, щоб переконатися, що щепленням належить якщо не провідна, то, у всякому разі, далеко не остання роль у розвитку цих хвороб. Дуже багато батьків цілком чітко розділяють стан здоров'я своїх дітей до та після щеплень. Беручи до уваги розміри Росії та масштабність «охоплення» щепленнями, навіть за найскромнішими підрахунками мають бути десятки тисяч ускладнень середнього і легкого ступеня важкості, і тисячі – важких. Яким же чином виходить так, що статистика, що публікується на сайті Російського Федерального центру держсанепідагляду, інформує нас лише про декілька сотень випадків ускладнень щорічно? Саме на це питання я хотів би знайти відповідь у цьому розділі.

Післявакцинальні ускладнення, як візитна картка щеплень, супроводжують їх з моменту появи в медичній практиці. З розділу «Натуральна віспа: з чого все почалося» читачі дізнаються про жертви експериментів Дженнера із гноєм, отриманим з виразок на коров'ячому вимені й на кінській бабці, а також про ті зусилля, яких

² Peter & Hilary Butler Just a Little Prick. Auckland, 2006, pp. 56-57.

докладав засновник вакцинації, щоб приховати неприємні факти ускладнень від винайдених їм щеплень. Його послідовники також намагалися зробити все можливе й неможливе, щоб приховати наслідки вакцинацій. Директори мережі інститутів Пастера десятиріччями заперечували факти ускладнень і смертей від антирабічної вакцини, щепленнями якої вони намагалися запобігти розвитку сказу. У попередньому розділі я вже вказував, що масовість «охоплення», від якого залежить добробут вакцинаторів, залежить, у свою чергу, від суспільної довіри до щеплень, і навіть одна смерть від щеплення, про яку довідається широкий загаль, що володіє законним правом на відмову від щеплень, може підірвати прибутковість кампаній вакцинації. Крім того, міркування про економічну ефективність щеплень припускають, що ускладнень повинно бути *дуже мало* і вони *не повинні бути серйозними*. Визнання сотень і тисяч випадків смертей та інвалідностей внаслідок щеплень повинне неминуче спричинити виплату компенсацій з соціальних фондів. Якщо до величезних витрат на щеплення додадуться ще й досить чутливі компенсації родинам померлих, виплати за інвалідність (досить часто довівчу) і на допомогу по догляду за щепленим, що захворів, то влада рано чи пізно не зможе залишити це без уваги. Тому приховання ускладнень важливо не тільки з політико-пропагандистської, але й з суто економічної точки зору³. Російські майстри вакцинальної справи люблять переписувати один у одного наступну одіозну заяву ВООЗ: «Виявлення післявакцинальних ускладнень з наступним їхнім розслідуванням і вжитими заходами підвищує сприйняття суспільством імунізації і поліпшує медичне обслуговування. Це, у першу чергу, збільшує охоплення населення імунізацією, що веде до зниження захворюваності. Навіть якщо причина несприятливого фактору не може бути встановлена, або вона була викликана вакциною, самий факт розслідування випадка медичними працівниками підвищує до-

³ У статті, опублікованій п'ятьма співробітниками московського Центрального НДІ епідеміології МЗ і СР РФ, серед яких є навіть професор, зовсім серйозно написано наступне: «Витрати на лікування післявакцинальних ускладнень. Використовувані показники: число щеплених за контингентами – 1 452 тис., частота ускладнень – 3%, число ускладнень 43 578 випадків, вартість 1 випадку – 10 руб. Усього витрати склали 726 тис. руб.» (Филатов Н. Н. и др. Экономическая эффективность вакцинопрофилактики гепатита В в условиях Москвы *Эпидемиология и инфекционные болезни* 2004, 5, с. 14-18). Справа тут не в тому, що множення 43 578 на 10 ніколи не дасть у підсумку 726 тис. Десять рублів – вартість проїзду на автобусі – оголошені вартість одного випадку ускладнень! При цьому, з огляду на те, що звичайно для таких оцінок беруть середні величини, необхідно припустити, що деякі випадки повинні коштувати менше 10 рублів. Це рівень публікацій у провідному російському професійному журналі з епідеміології та інфекційних хвороб...

віру суспільства до щеплень»⁴. Гарні слова, але до реальності ніякого відношення вони не мають. Ніколи і ніде у світі за «охоплення населення імунізацією» вакцинологи не боролися за допомогою активного виявлення й розслідування післявакцинальних ускладнень. Вірніше буде сказати, що все робиться саме навпаки – всі, хто так чи інакше пов'язані зі щепленнями, докладають максимум зусиль, щоб ускладнення не було визнано взагалі. В іншій, менш парадній і куди більш наближеній до життя заяві, фахівці зі щеплень з ВООЗівської Панамериканської робочої групи по безпеці імунізації відділу вакцин та імунізації (Working Group on Immunization Safety, Division of Vaccines and Immunization) пояснюють медичним чиновникам на місцях, як насправді потрібно поводитися, щоб щеплень не поменшало. І найголовніше, що необхідно запровадити, це наступне: «Як тільки буде виявлена РППВІ (реакція, що можливо пов'язана з вакцинацією або імунізацією. – О. К.), медичний працівник повинен інформувати батьків або опікунів дитини про безпечність імунізації, переконати їх у цьому та пояснити їм, що така реакція, напевно, просто збіглася за часом з вакциною, але не є її наслідком»⁵. Ось вам і «виявлення післявакцинальних ускладнень з наступним їхнім розслідуванням»!

За двісті років щеплень вакцинологи розробили цілу систему «на-

⁴ Див. наприклад, *Озерецковский Н. А. Система регистрация и расследования поствакцинальных осложнений в России. Вакцинация, март-апрель, «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика. Методическое указание МУ 3.3.1.1123-02.* (затв. Головним державним санітарним лікарем РФ 26 травня 2002 р.)» або *Федоров А. М. і ін. Поствакцинальні ускладнення Дитячі інфекції 2004, 2(7), с. 17-19.*

⁵ Безпечність імунізації. Що необхідно робити при розвитку реакцій, можливо пов'язаних з вакцинацією або імунізацією? (Панамериканська організація охорони здоров'я, РАНО/WHO, Вашингтон, 2002, с. 12). Заслужують на увагу й інші відкриття та корисні поради з цього документу: «У контексті РППВІ критичною ситуацією варто вважати таку ситуацію, коли виникає реальна небезпека втрати населенням довіри до вакцин або до служб, що здійснюють імунізацію населення, причиною чого стали повідомлення про виниклі побічні реакції... Завжди потрібно складати плани заходів, які повинні проводитися при виникненні будь-якої післявакцинальної реакції... Критична ситуація може бути... наслідком відсутності планування, неправильною роботою із представниками ЗМІ, відсутністю підтримки з боку населення або недостатнім обсягом і низькою якістю інформації з питань імунізації... Налагодьте ділові стосунки із ЗМІ, насамперед з журналістами, що спеціалізуються на проблемах медицини й охорони здоров'я. Необхідно постійно забезпечувати ЗМІ загальною інформацією з медичної тематики... Особливу увагу приділяйте встановленню контактів з найбільш авторитетними журналістами, чия підтримка може знадобитися Вам у випадку виникнення критичної ситуації... Забезпечте собі підтримку з боку місцевих працівників, відповідальних за зв'язок із ЗМІ... Проведіть самовдосконалення та навчання інших співробітників програм імунізації (серед яких і працівників вищого рівня). Включіть до навчальних груп і працівників місцевої

укового обгрунтування» відсутності зв'язку між щепленнями і хворобами та уникненням відповідальності. Розберемо основні методи.

У першу чергу, це термінологічні хитроці. Ось що пише Т. А. Бектиміров із ДНДІСК ім. Л. Тарасевича: «Різниця між післявакцинальними реакціями та післявакцинальними ускладненнями досить умовна і намітити чітку межу між ними досить важко. Тому обидва типи реакцій поєднують терміном побічні реакції»⁶. Таке розширене тлумачення можна було б тільки вітати (справді, що б не слідувало за щепленням, все буде чесно вважатися побічною реакцією), однак виверт полягає в тому, що *побічні реакції* ніхто не підраховує і ніхто за них не відповідає. Приводом для розглядів і наступної виплати компенсацій можуть бути тільки *післявакцинальні ускладнення*, межа між якими і *післявакцинальними реакціями*, як нам тільки що пояснили, є «досить умовною». Не потрібно бути провидцем, щоб припустити, що максимум можливого списується саме на реакції після щеплень або на інше, настільки ж нейтральне позначення проблеми, пов'язаної з ними. Таким чином, коли до педіатра звертаються батьки зі скаргою на те, що в дитини вже третій день після щеплення температура під сорок градусів і вона постійно кричить, педіатр лише знизує плечима: вибачите, це *реакція після щеплення*, так і повинно бути, хіба що трошки слабше, але однаково нічого страшного, адже це не *ускладнення*... Фокус зі зміною назв найчастіше вдається тоді, коли реакція, якою б гострою вона не була, триває кілька днів і відступає, створюючи оманливе враження, що ніяких наслідків не залишиться. На жаль, це враження й насправді оманливе. У радянській монографії зі щеплень, що побачила світ 37 років тому, повідомлялося: «...Статистично враховуються лише ті хворі, яким ставиться клінічний або анатомічний діагноз енцефаліту, і зовсім не піддаються обліку так звані післявакцинальні енцефалопатії або короточасні судомні стани, які, проте, за даними електроенцефалографії, можуть супроводжуватися вираженими порушеннями з боку центральної нервової системи... Наслідком подібного роду енцефалопатії у дітей першого року

ланки, щоб представити їх засобам масової інформації. Необхідно приділити спеціальну увагу підготовці письмових матеріалів і навчання фахівців тому, як варто давати інтерв'ю кореспондентам газет, радіо і телебачення. Розповідайте персоналу про цільові групи населення і про важливість мови жестів... Організуйте допомогу людям, що зіштовхнулися із проблемою післявакцинальних реакцій – наприклад, сплатить всі додаткові витрати або організуйте консультативну допомогу за телефоном, і інформуйте про це громадськість. Розгляньте можливість залучення до рішення проблеми представників влади, знаменитих спортсменів й інших широко відомих особистостей, які висловили бажання привселюдно підтримати програму вакцинації... Не надавайте інформації, про яку вас не запитували і яка може створити ніякове становище» (с. 21-25, 30). Матеріал доступний в Інтернеті.

⁶ Бектимиров Т. А. Побочное действие вакцин *Вакцинация 2000*, март-апрель.

життя можуть бути залишкові явища різної тривалості й інтенсивності, аж до формування справжньої епілепсії. Крім того, при енцефалопатії значно знижується загальна опірність організму дитини, що робить її схильною до різних інфекційних захворювань (пневмонія, кишкові інфекції й т.п.)⁷. У своїй книзі професор А. Ратнер (1934-1994) писав: «...Ускладнення після профілактичних щеплень і часті, і різноманітні. Вони залежать від багатьох факторів. Одним з найчастіших видів ускладнень є пароксизми судом, іноді поодинокі та назавжди зникаючі, іноді часті й регулярно повторювані навіть через значний час після щеплення. Через нашу клініку пройшло 80 хворих дітей, в яких перші судомні пароксизми виникли безпосередньо після профілактичних щеплень. Аналіз цих пароксизмів, як і слід було сподіватися, не виявив жодних відмінностей від епілептичних випадків хоча б тому, що в усіх без винятку випадках судомні були тоніко-клонічними. На тлі раптової втрати свідомості розвивалася тонічна фаза випадку, слідом за якою через 20-40 с. з'являлися клонічні судомні, іноді з випусканням сечі, післяприпадковим сном. Лише в окремих випадках справа обмежувалася одним таким випадком, частіше вони повторювалися 2-3 рази, у половині спостережень незалежно від щеплення й інших факторів трансформувалися потім у банальну епілепсію. У 7 з 80 хворих одразу після щеплення виникли не поодинокі випадки, а епілептичний статус із усіма його відомими проявами, але навіть настільки серйозне ускладнення спочатку не було належним чином оцінено лікарями, оскільки «після щеплення такого не буває»... Н. Я. Покровська (1983) вивчила 100 препаратів головного мозку дітей, що загинули після профілактичних щеплень на тлі судомних пароксизмів, що розвинулися. Лише в одному випадку зі 100 морфологічно було доведено енцефаліт. В інших 99 спостереженнях жодних морфологічних змін у мозку виявлено не було. Це дозволяє прийти до висновку, тепер вже морфологічно обгрунтованого, що найчастіша причина судом після щеплень – це існуюча субклінічно перинатальна патологія головного мозку, прихована судомна активність, а щеплення може бути причиною зриву існуючої компенсації... У кожному випадку післявакцинальної епілепсії ми вважаємо за необхідне проводити тривале протисудомне лікування як при звичайній епілептичній хворобі, тому що ускладнення її так само часті й так само небезпечні»⁸.

Механізми, за допомогою яких щеплення викликають енцефаліти,

⁷ Влияние профилактических прививок на организм ребенка. Под ред. проф. С. Д. Носова. Л., 1968, с. 179.

⁸ Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных. Острый период и поздние осложнения. М., 2005, с. 329-331.

енцефалопатію та епілепсію, не є предметом розгляду цього розділу; цитату я навів для демонстрації існуючої проблеми. Звернемо увагу, що в невролога, професора-клініциста не викликає сумнівів, що «ускладнення після профілактичних щеплень часті й різноманітні».

Проте, навіть коли для неупередженого спостерігача очевидно, що розвинулося справжнє важке післявакцинальне ускладнення, арсенал вакцинаторів далеко ще не вичерпаний. Наприкінці ХІХ ст. д-р Лев Бразоль писав: «...Коли наводяться безсумнівні випадки важких та смертельних наслідків вакцинації, як то: катаральна пневмонія та інші хвороби дихальних органів, шлунково-кишкові катари, родимчик і всякі інші судомні й нервові захворювання, екземи й інші наскірні висипки, то в захисників віспощеплення в кожному окремому випадку наперед готове вже заперечення, що дитя могло занедужати й померти без вакцинації, що причинна залежність між вакцинацією й наступною хворобою, або навіть смертю, не доведена»⁹. Через 117 років два російських вакцинатори чудово ілюструють слова Бразоля таким поясненням для батьків: «...Більшість серйозних захворювань після введення вакцини не є ускладненням вакцинації, а являють собою «звичайні» хвороби – ОРВІ, апендицит, менінгіт, пневмонію й багато інших. Адже коли ми вводимо вакцину, проти, наприклад, кору або паротиту, ми ніяким чином не захищаємо дитину від всіх інших хвороб. На першому році життя дитину щеплять чотири рази, так що 4 місяці з 12 вона перебуває у післявакцинальному періоді, тому всі хвороби можна зв'язати з щепленням. На жаль, так воно часто й відбувається...»¹⁰. Так, саме так і відбувається, оскільки батьки, які бачать здорову дитину до щеплення і хвору дитину практично негайно після щеплення, і не володіючи творчою логікою вакцинаторів, відповідно до якої перелом ноги не має ніякого відношення до попереднього падіння в яму, звинувачують щеплення у хворобах своїх дітей. Тезу про раптові супутні хвороби активно поширюють як у популярній літературі про щеплення, так й у спеціалізованій: «Поява клінічних симптомів після введення вакцини зовсім не означає, що саме вакцина викликала ці симптоми. Останні можуть бути пов'язані з приєднанням якої-небудь інфекції, що може змінити і зробити більш тяжкою реакцію організму на щеплення, а у низці випадків сприяти розвитку післявакцинальних ускладнень»¹¹. Або: «Можливість виникнення післявакцинального енцефаліту при введенні АКДП (АДП-, АДП-М-) препаратів у наш час бе-

⁹ Бразоль Л. Е. Мнимая польза и действительный вред оспопрививания. СПб, 1884, с. 47.

¹⁰ Таточенко В. К., Озерецковский Н. А. Родителям о прививках. М., 2001.

¹¹ Бектимиров Т. А. Побочное действие вакцин *Вакцинация* 2003, июнь-июль.

руть під сумнів, тому що *всі* випадки, зареєстровані у попередні роки як післявакцинальний енцефаліт, остаточно були розцінені як різні, частіше вірусні нейроінфекції, що збіглися за часом із щепленням. Справжні патологічні реакції (побічна дія вакцин)... розвиваються рідко. Значно частіше має місце ускладнений плин вакцинального процесу у вигляді приєднання інτερкурентних інфекцій або загострення хронічних захворювань. Найчастіше з захворювань, що нашарувалися, діагностують гострі респіраторні та кишкові інфекції»¹² (виділено мною. – О. К.).

Виходить, вакцини тут зовсім не винуваті? Звісно. Страждання щеплених викликані не щепленням, а «захворюваннями, що нашарувалися». Цікаво, що якщо ускладнення розвивається протягом хвороби, то ні в кого не виникає думки про «нашарування». Був, наприклад, кір, і на його тлі розвинувся енцефаліт. На тлі грипу – запалення легенів. При епідемічному паротиті – орхіт. Все зрозуміло. Не виникає й думки пов'язати з «захворюваннями, що нашарувалися» й ускладнення після прийому ліків або проведеної анестезії. Ось причина, а ось її наслідок. Але якщо до справи замішане щеплення, то винаходяться найнеймовірніші гіпотези, все, що завгодно, аби тільки священна корова вакцинації залишалася в недоторканності, хоча той самий енцефаліт або той самий орхіт розвиваються після проникнення (та ще й парентерального) тих самих живих вірусів. Тут перед нами вже цілком наукове формулювання: «ускладнений перебіг вакцинального процесу», причина якого не щеплення, а щось стороннє, що тільки й очікувало на слушний момент, глибоко заховавшись в організмі.

Ось інший приклад вправ з логіки вакцинаторів: «Ми спостерігали випадки тромбоцитопенічної пурпури (на 3-4 день після введення АКДП-вакцини) з тривалим протіканням та сприятливим результатом. Водночас з ними ми лікували дітей того ж віку з цим захворюванням, що не одержували щеплень; протікання в обох випадках було подібним. Остання обставина підтверджує наявність лише тимчасової асоціації таких захворювань із щепленням»¹³. Ось так. Те, що деяка хвороба існує та зустрічається у тому ж віці, коли роблять щеплення, у вакцинаторів вже *підтверджує наявність лише асоціації за часом* – як вам це подобається, читачі? От якби щеплення викликали такі хвороби, про які ніхто б і гадки не мав – наприклад, щеплені зеленіли або в них виростали хвости – це інша справа, зв'язок був би безсумнів-

¹² *Иванова В. В. и др. Дифтерия у детей. СПб, 2000, с. 242.*

¹³ *Вакцинопрофилактика (справочник для врача). Под ред. В. К. Таточенко, Н. А. Озерецковского. М., 1994, с. 125. З приводу випадків тромбоцитопенічної пурпури як результату щеплень і біопроб див. попередній розділ та розділ про туберкульоз.*

ним. А якщо такі хвороби однаково зустрічаються у тому ж віці, так який же тоді зв'язок із щепленнями? Ну, а якщо щеплення і хвороби, що виникають слідом за ними, не більше ніж прості збіги або, якщо завгодно, «нашарування», то головний обвинувачуваний на процесі вже й виправданий майже повністю, при цьому в статті зовсім не Ді-СКівців (це було б цілком природно), а тих... хто повинен захищати дітей, співробітників НДІ педіатрії НЦЗД РАМН: «Справжні ПВУ (післявакцинальні ускладнення. – О. К.) спостерігаються лише в незначного відсотка всіх пацієнтів, що надійшли з таким діагнозом. Це вказує на необхідність ретельного обстеження всіх дітей з діагнозом «реакція на щеплення». Це особливо стосується випадків смерті у післявакцинальному періоді, які, часом, вимагають досить поглибленого аналізу. Майже у 80% випадків смерть була обумовлена різними захворюваннями, не пов'язаними з профілактичним щепленням. З 46 дітей, що загинули в період після введення АКДП, тільки 5 могли вважатися загиблими через вакцинацію, причому можна було запобігти смерті 3 дітей від анафілактичного шоку у випадку готовності медробітників надати екстрену адекватну допомогу... Всього (за 6 років. – О. К.) надійшло 104 повідомлення про ПВУ на вакцину АКДП і ДП-анатоксини. Після експертної оцінки надісланої медичної документації (у ДІСК ім. Л. А. Тарасевича) підтвердилося лише 80 вакцинальних ускладнень. З загальної кількості повідомлень 5 відносилися до випадків з летальними наслідками, у яких зв'язок із щепленням (АКДП) не був підтверджений у жодному випадку»¹⁴. Дружний хор однодумців – виробників вакцин та педіатрів. Єдина мета – єдині засоби її досягнення! Можливо, не такий вже й неправий російський уряд, коли замислюється над тим, щоб скасувати педіатричну службу взагалі?

Припустимо, що інвалідність або смерть дитини стали наслідком не щеплення, а інтеркурентного захворювання, «що приєдналося». Але звідки воно взялося? Невже завжди так збігається: не було щеплення – не було цього захворювання, є щеплення – і захворювання одразу виникло? Аж ніяк. У низці досліджень була показана тривала іммуносупресія (придушення імунітету) після щеплень. Наприклад, за даними одного дослідження, у лімфоцитах дітей, щеплених живою вакциною проти кору, протягом *принаймні* року не міг відновитися рівень інтерферону¹⁵, чіс значення для захисту організму від інфекцій, новоутворень та ін. неможливо переоцінити. Деякі дослідники вважають самий лише інтерферон, враховуючи його важливість, рів-

¹⁴ Федоров А. М. Поствакцинальные...

¹⁵ Nakayama T. et al. Long-term regulation of interferon production by lymphocytes from children inoculated with live measles virus vaccine *J Infect Dis* 1988 Dec; 158(6):1386-90.

ним усій імунній системі. Існують дослідження, що показують зміну співвідношень субпопуляцій лімфоцитів, зниження вироблення лізоциму – коротше кажучи, придушення багатьох ланок імунітету. У цій книзі я постійно посилаюся на такі дослідження, тому не буду зараз перевантажувати ними розділ. Наш організм заселений величезною кількістю мікробів і вірусів, серед яких є й умовно-патогенні. Вони поведуться сумирно, але лише до тієї пори, доки перебувають під контролем імунітету. Варто імунітету послабнути, як збудники знаходять сприятливий ґрунт для свого бурхливого розмноження, звідси й «інтеркурентні хвороби». І вони не збіг – вони безумовний *наслідок* щеплення. Недарма ми дуже часто бачимо після щеплень хвороби, початок яким дає кишкова паличка, *E. coli*, з якою ми чудово уживаємося доти, доки імунітет не стає жертвою вакцинації. Логічний ланцюжок (щеплення → придушення імунітету → активізація мікрофлори → хвороба) є цілком зрозумілим.

Читаємо далі: «Серед 16 дітей, що загинули внаслідок вакцинації, у половини було генералізоване ускладнення на введення БЦЖ вакцини. Таке ускладнення розвивається у дітей з хронічною гранулематозною хворобою, що сама по собі має несприятливий прогноз для життя; такі хворі і без вакцинації БЦЖ гинуть на 1-2 році життя від різних інфекційних захворювань... Деякі противники імунопрофілактики пропонують скринінгове обстеження (імунограму) всіх дітей на наявність первинного ІДС. Це дороге обстеження недоцільно через вкрай низьку поширеність первинних ІДС у популяції»¹⁶. Тут перед нами подальший розвиток концепції повсякчасного вакцинаторського алібі. Тепер хвороба вже не «нашаровується», а існує, але себе не виявляє. Щеплення зовсім не *викликає* хворобу – воно її, мов пильний прикордонник Карацупа порушника границі, *виявляє*. Не страшно, що діти вмирають після щеплень, і недоцільно затівати дорогі імунологічні дослідження, на яких шкідницьки наполягають «противники імунопрофілактики» (ось вже й ярлик підходящий готовий, хто ж ще буде піклуватися про додаткові обстеження заради своєчасного виявлення хворих дітей, як не відомі противники імунопрофілактики?) – не від щеплень, так з інших причин вони б однаково померли, так вже їм судилося. Ту саму ідею віддзеркалено у вакцинаторів, яких вже цитували вище: «Більшість *первинних імунодефіцитних станів* є доведеними спадковими захворюваннями, що наявні з народження дитини, хоча їхня маніфестація відбувається пізніше. Тому більшість таких дітей вакцинують на загальних підставах, а ускладнення, що розвиваються у деяких з них, вказують на де-

¹⁶ Федоров А. М. Поствакцинальные...

фекти тієї чи іншої ланки імунітету, тим самим відіграючи роль нібито скринінгу на імунодефіцит. Так, виникнення остеїту або генералізованого захворювання після вакцинації БЦЖ дозволяє запідозрити комбінований (швейцарський) імунодефіцит або хронічну гранулематозну хворобу... Розвиток вакциноасоційованого поліомієліту після ОПВ характерний для гуморальних імунодефіцитів... Проведення масового лабораторного скринінгу для виявлення безсимптомних хворих неможливо через рідкість цієї патології та різноманітність патологічних варіантів, що вимагало б використання цілого арсеналу складних методик»¹⁷.

Це вершина вакцинаторського цинізму. Щеплення не тільки *не винні* у важких хворобах і смертях дітей, але навпаки – за вакцинаторською логікою *їм потрібно дякувати* за своєчасний «нібито скринінг» (якому міг би завадити «арсенал складних методик») первинного імунодефіциту. Не було б щеплень – і лікарям довелося б надалі ламати голову над хворобами дитини. А ось стала після щеплення дитина інвалідом або померла – і одразу зрозуміло, з чим маємо справу...

«Багатий досвід з вивчення післявакцинальної патології, накопичений співробітниками ДІСК ім. Л. А. Тарасевича, показав, що вакцинація... може бути провокуючим чинником, що призводить до маніфестації клініки захворювання, яке протікає приховано, декомпенсації хронічних процесів, а також робить важчим перебіг гострих респіраторних інфекцій, що розвиваються у післявакцинальному періоді. Вивчення характеру і причин виникнення післявакцинальної патології дозволяє стверджувати, що домінуючий впродовж декількох років у клінічній практиці діагноз «післявакцинальний енцефаліт» виявився необґрунтованим і жодного разу не був підтверджений при патологоанатомічному розслідуванні в ДІСК ім. Л. А. Тарасевича»¹⁸. Той самий післявакцинальний енцефаліт, що обірвав або скалічив життя тисяч дітей у різних країнах світу, для ДІСК, як з'ясовується, просто не існує. Немає його – і все тут. А вакцинація – не більш ніж «провокуючий фактор». Головне, що не причина!

У зв'язку з тим, що за останні роки в Росії ліквідовано практично всі протипоказання – серед них й такі, що раніше вважалися абсолютними, – можна з упевненістю припустити, що кількість ускладнень після щеплень неухильно зростає. В наведеній вище давній радянській монографії про щеплення було написано наступне: «Що стосується дітей з різко вираженими ознаками алергійної реактивності та важких форм алергійних страждань, їх вакцинація неприпустима на-

¹⁷ Вакцинопрофілактика... с. 104-105.

¹⁸ Мониторинг...

віть у періоди тривалих ремісій. Небезпека виникнення інфекційних захворювань у таких дітей поступається ризику провокації важкого і часто необоротного процесу. Надзвичайно обережно треба підходити до рішення питання про вакцинацію дітей із нейроалергічними захворюваннями. Ризик провокації необоротних неврологічних розладів, нехай навіть у поодиноких випадках, є неприпустимим»¹⁹. А три роки тому з'явилися методичні міністерські вказівки, де в «Основних положеннях» чорним по білому написано: «2.3 Недотримання проти-показань (?? – О. К.), необґрунтовані медичні відводи від щеплень часто призводять до того, що діти з соматичною патологією, алергічними захворюваннями, неврологічними дефектами виявляються беззахисними перед інфекційними хворобами, які в них протікають особливо важко. Зі списку протипоказань виключена більшість хронічних хвороб, які до початку 90-х років розглядалися як протипоказання до проведення профілактичних щеплень. Розробка раціональної тактики проведення профілактичних щеплень таким дітям дозволила різко підвищити охоплення цих дітей щепленнями без жодних наслідків для них»²⁰. Для того, щоб особливо нездогадливі лікарі краще розуміли, що від них потрібно і чим вони можуть заплатити за вольтер'янство щодо щеплень, додається відкритим текстом: «На практиці, навіть у регіонах з високим рівнем охоплення щепленнями, дітей нерідко «відводять» від вакцинації (постійно або на тривалі строки), не маючи протипоказань. Основними причинами таких відводів є перинатальна енцефалопатія, алергія й анемії. Відмови батьків, на які часто посилаються в регіонах з низьким рівнем охоплення, мають місце менш ніж у 1% випадків. Всі ці стани повинні розглядатися як помилкові протипоказання... Використання педіатром перерахованих... помилкових протипоказань повинне розглядатися як свідчення його некомпетентності у питаннях імунпрофілактики з усіма подальшими наслідками»²¹. Примітивний і

¹⁹ Влияние... с. 154.

²⁰ «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок» (затвержені Головним санітарним лікарем РФ 9 січня 2002 р.). Найчастіше грезвісна раціональна тактика являє собою банальне обґодовування дитини антигістамінними препаратами (супрастин, тавегил), що мають чимало побічних ефектів до й після щеплення. Справжня раціональність такого підходу головним чином у тому, що він дозволяє гострі післявакцинальні реакції перетворювати у відстрочені, які незрівняно легше списати на «збіг» або «нашарування». Цілоком раціональним вважається підхльостування імунітету хворій дитини імунотуляторами (імунофан, поліоксидоній), віддалені наслідки застосування яких викликають чимало запитань. Іноді хворих дітей госпіталізують для того, щоб зробити їм щеплення – під рукою реанімаційне відділення на випадок, якщо після «необхідної профілактики» пацієнта доведеться рятувати.

грубий, але цілком ефективний шантаж на державному рівні. Дивує хіба що публікація його в офіційному документі.

Але звідки взялася ця впевненість у безпечності щеплення хворих дітей? Чи стали значно кращими вакцини, у чому нас хочуть переконати укладачі методичних вказівок?²² У це важко повірити. Технологія виробництва вакцин змінюється головним чином у неістотних дрібницях. Вакцини так само містять високотоксичні речовини (ртуть, алюміній, формальдегід, фенол), стандартизації вони не підлягають навіть у рамках однієї серії, календар щеплень сповнений небезпечного абсурду (наприклад, одночасне введення АКДП та ОПВ або тотальна вакцинація немовлят проти гепатиту В), що очевидно будь-якому хоч трохи компетентному лікареві або навіть просто поінформованим батькам. Чи, можливо, «раціональна тактика» заснована на якомусь прориві у нашому розумінні принципів роботи імунітету? Сумнівно. Наші уявлення про імунітет все ще надто далекі від того, щоб вважатися хоча б мінімально відповідними для вторгнення у цю фантастично складну й тонко відрегульовану систему, та ще й у процесі її стрімкого розвитку. У науці для рівнів уявлення, подібних до нашого про імунітет, використовується термін «чорна скринька». Ми знаємо, що є на вході та на виході процесу, але що собою являє сам процес ми можемо тільки здогадуватися, тому стрімко зростаюча захворюваність дітей на аутоімунні та онкологічні хвороби наводить на думку про те, що у «скриньці» відбувається далеко не саме тільки вироблення антитіл у відповідь на вакцинні антигени. І, гублячись у здогадках щодо того, як протікає післявакцинальний процес у здорових, ми тим більше не маємо жодного поняття, яким чином відреагує на вакцини імунітет хворої дитини. Але тоді, напевно, традиційна медицина може як мінімум пишатися своїми успіхами у лікуванні алергій, бронхіальної астми та інших хвороб, що нині законно вважають

²¹ Там само. Варто уваги, що 80% дітей, хворих на аутизм (хворобу, зв'язок якої із щепленнями нині активно обговорюється – див. розділ про кір), страждають і від важких алергій. Непропорційно велика кількість алергійних захворювань спостерігається в дітей та підлітків з різними поведінковими порушеннями, які також можуть бути пов'язані зі щепленнями. Нині ніяка алергія вже не є перешкодою для щеплень. А тим часом у своїх дослідках педіатр-імунолог із Сан-Франциско Кевін Джераті показав, що в мишей з групи, що ніяк не реагувала на щеплення DPT (АКДП), виникали найтяжкі реакції на те саме щеплення після попереднього введення гістаміну (речовини, що багато у чому відповідає за алергійні реакції), і вони швидко гинули в епілептичних нападах (*Coulter H. L. Vaccination, Social Violence and Criminality. The Medical Assault on the American Brain. Washington, 1988, p. 153*).

²² «2.1 Використання для масової імунізації сучасних високоефективних, мало-реактогенних вакцин призвело до різкого скорочення частоти важких реакцій та ускладнень, що виникають у післявакцинальному періоді» (там само).

бичем дитячого віку, так що батьки можуть забути про небезпеку подальшого погіршення стану здоров'я дітей після щеплень? Абсурдно було б навіть помислити таке. Розповідати про легкість лікування цих дитячих хвороб та багатьох інших, якщо не майже усіх, можуть тільки у примітивній рекламній передачі «Здоров'я» на одному з російських телеканалів. Про безрезультатність лікування, що нині пропонується, навіть і найбільш «науково-обґрунтованого», можуть розповісти будь-які батьки, що намучилися зі своєю хворою дитиною. Стан здоров'я дітей дедалі погіршується. Так звідки береться цей вакцинаторський оптимізм, це палке бажання щепити усіх, включно з тими, кого лише яких-небудь 10-15 років тому щепити було суворо заборонено тією ж самою наукою, від імені якої нині роблять безвідповідальні заяви про безпечність щеплень для хворих? Чи не тому, що з кожним роком все більшає й «просто» хронічно хворих дітей, й дітей-інвалідів, кількість яких сягає вже небезпечного відсотку від дитячої популяції, ставлячи під загрозу найсвятіше – колективний імунітет? Російський автор пише: «Безумовно, у загальній популяції Російської Федерації нещеплені діти з інвалідизуючими захворюваннями істотно не впливають на зниження імунітету через невелику їхню кількість, хоча звертає на себе увагу щорічне зростання кількості інвалідів, найбільш інтенсивно (у 3 рази) – у перші 4 роки життя, що, безсумнівно, має значення для сучасної імунопрофілактики. Зокрема, в такому мегаполісі, як Санкт-Петербург, у 1999 р. кількість дітей-інвалідів у загальній дитячій популяції склала 1,7%, а дітей з хронічною патологією, що знаходяться на диспансерному обліку, – 7,2%»²³ (виділено мною. – О. К.). Добре було б ще з'ясувати, що ж саме викликає стрімке зростання хронічних захворювань у російських дітей у перші роки життя, тобто саме тоді, коли на них спрямовуються всі останні досягнення вакцинопрофілактики та її результати стають наочними.

Тепер варто сказати про те, яким чином отримується «правильна» статистика післявакцинальних ускладнень. До неї входять винятково лише такі ускладнення, що призводять або до смерті, або до інвалідності, або до важкого розладу здоров'я, що вимагає як лікування у спеціалізованих установах, так і виплати соціальних компенсацій, що змушує лікарів визнати неприємний діагноз. Якщо ж існує хоча б найменша можливість списати те, що сталося, на «побічну реакцію» або рятівне «приєднання інτερкурентного захворювання», то так воно й буде зроблено. У серпні 1999 р. російський уряд проштампував підготовлений вакцинаторами маленький перелік тих післявакциналь-

²³ Вакцинация детей с нарушенными состояниями здоровья. Под ред. М. П. Костинова. М., 2002, с. 7-8.

них ускладнень, які вони готові визнати, а у травні 2002 р. головним санітарним лікарем РФ Г. Г. Оніщенко було затверджено методичні вказівки названі «Моніторинг післявакцинальних ускладнень та їхня профілактика». Укладені вони були одинадцятьма співробітниками ДІСК та двома – Департаменту держсанепіднагляду, причому одна з них, Г. Ф. Лазікова, була у складі тієї самої вакцинаторської підгрупи робочої групи комітету Державної думи (про яку я згадував у попередньому розділі), що вимагала «закрутити гайки» щодо щеплень у масштабі всієї країни. Жоден незалежний фахівець, жодна людина «зі сторони», не з середини злагодженої ДІСКівсько-МОЗівської системи, не брали участі у розробці цієї щедрої індульгенції щепленням. Ось декілька прикладів, як вакцинатори уникають відповідальності та захищають щеплення за допомогою укладених ними інструкцій.

Так, у ст. 4.1 «Моніторингу» повідомляється: «Відповідно до Федерального закону Російської Федерації «Про імунопрофілактику інфекційних хвороб» від 17 вересня 1998 р. до післявакцинальних ускладнень належать важкі та (або) стійкі порушення стану здоров'я внаслідок профілактичних щеплень, а саме...».

Даруйте. У законі «Про імунопрофілактику» немає ніякого «а саме», ст. 1 лише говорить: «...Післявакцинальні ускладнення... важкі та (або) стійкі порушення стану здоров'я внаслідок профілактичних щеплень», немає жодного уточнення. Уточнюють це ті, хто хоче максимально скоротити кількість таких порушень здоров'я. Знайомимося з цими нечисленними «а саме»: «...Анафілактичний шок та інші алергійні реакції негайного типу; синдром сироваткової хвороби; енцефаліт, енцефаломієліт, мієліт, моно(полі)неврит, полірадикулоневрит, енцефалопатія, серозний менінгіт, афебрильні судоми, що були відсутніми до щеплення й повторюються протягом 12 місяців після щеплення; гострий міокардит, гострий нефрит, тромбоцитопенічна пурпура, агранулоцитоз, гіпопластична анемія, системні захворювання сполучної тканини, хронічний артрит; різні форми генералізованої БЦЖ-інфекції». І це все! До переліку потрапили найважчі й при цьому відносно *не поширені* ускладнення. Немає ні atopічного діатезу, ні алергій, ні бронхіальної астми, ні інших захворювань, що *дуже часто* розвиваються після щеплень, і що налічують десятки, а може й сотні тисяч випадків щорічно.

Але навіть цей крихітний перелік здається його укладачам дуже великим та таким, що дає можливість виставляти надто велику кількість претензій до щеплень, тому що далі за текстом є уточнення: «При проведенні розслідувань варто мати на увазі, що патогномонічних симптомів, що дозволили б впевнено вважати кожен конкретний випадок післявакцинальним ускладненням або незвичайною реакці-

єю, не існує. І такі клінічні симптоми як висока температура, інтоксикація, неврологічна симптоматика, різні види алергійних реакцій, серед яких і негайного типу, можуть бути обумовлені не вакцинацією, а захворюванням, що збіглося за часом з проведеним щепленням. Тому кожен випадок захворювання, що розвинулося у післявакцинальному періоді й розглядається як післявакцинальне ускладнення, вимагає ретельної диференціальної діагностики як з інфекційними (ОРВІ, пневмонія, менингококова та кишкові інфекції, інфекції сечовивідних шляхів і т.п.), так і неінфекційними захворюваннями (спазмофілія, апендицит, інвагінація, ілеус, пухлина мозку, субдуральна гематома й т.п.) з використанням інструментальних (рентгенографія, Ехо-ЕГ, ЕЕГ) та лабораторних (біохімія крові з визначенням електролітів, зокрема кальцію, цитологія ліквору й ін.) методів дослідження, виходячи з клінічної симптоматики захворювання»²⁴.

Лікарі розуміють такі натяки з півслова: «не буває здорових, бувають недообстежені». За такого ретельного пошуку (такий би пошук робити при кожній дитячій хворобі, особливо у лікарнях на периферії, а не для порятунку честі мундиру вакцинаторів!) знайти можна все, що завгодно. Якщо ж хтось з фахівців виявляє злочинну рішучість зареєструвати післявакцинальне ускладнення, то йому не гріх і розтлумачити на прикладі, до чого це може призвести: «Результати багаторічного аналізу летальних випадків, що розвилися у післявакцинальному періоді, проведеного ДІСК ім. Л. А. Тарасевича, свідчать, що переважну більшість з них було обумовлено інτερкурентними захворюваннями. Однак лікарі, враховуючи тимчасовий зв'язок останніх із щепленням, ставили діагноз «післявакцинальне ускладнення», у зв'язку з чим етіотропну терапію не було призначено, що у низці випадків й призвело до трагічного наслідку»²⁵. Ця ідея більш докладно викладена таким чином: «Більш ніж 1/3 дітей з діагнозом «післявакцинальна реакція» мали різні інτερкурентні захворювання як інфекційної, так і неінфекційної природи. «Після вакцинації – ще не означає, що внаслідок вакцинації». Цю тезу, на жаль, часто забувають лікарі. Найчастіше у післявакцинальному періоді діагностувалися інфекційні захворювання (90%), половина з яких були респіраторно-вірусні, що пов'язано, вочевидь, з *можливістю інфікування щепленої дитини під час відвідування поліклініки* (!? – О. К.). На 2-му місці в структурі інτερкурентних захворювань у післявакцинальному періоді перебувають кишкові інфекції (18%). Рідше діагностували такі бактеріальні інфекції, як пневмонія, менингіт, інфек-

²⁴ Медицинские... 2002, с. 7-8.

²⁵ Там само.

ція сечовивідних шляхів (по 5-7%). Однак своєчасна діагностика саме цих інфекцій є особливо важливою, оскільки встановлення діагнозу ПВУ таким дітям налаштовує лікаря на вичікувальну тактику, різко знижуючи діагностичну й терапевтичну активність. У низці випадків *це може призвести до трагічних наслідків* через те, що відсутність своєчасної етіотропної терапії при бактеріальній інфекції (пневмонія, менінгіт), хірургічного втручання (інвагінація кишечника) робить прогноз захворювання дуже серйозним... Приблизно половину з дітей, що загинули від інτερкурентних захворювань, можливо було б врятувати за своєчасної діагностики та призначення адекватної терапії. Це, у першу чергу, стосується дітей, що загинули від пневмонії, менінгіту, кишкової інфекції...»²⁶ (виділено мною. – О. К.).

Підіб'ємо підсумки. Якщо ти лікар і поставив діагноз післявакцинальне ускладнення – бережися, тепер відповідальність за все лягає на тебе, й більш ні на кого, а довести свій діагноз тобі також не вдасться! Куди безпечніше не зв'язуватися з ПВУ, а поставити «своєчасний» і при цьому «правильний» діагноз супутної інфекції, продемонструвати «діагностичну та терапевтичну активність» та вмити руки – справу зроблено; що б вже далі не трапилося, щонайменш начальство буде налаштовано досить доброзичливо та сприйматиме все з порозумінням, аж ніяк не вороже.

Викликають питання й «деякі клінічні критерії» обговорюваного «Моніторингу», що дозволяють вакцинаторам негайно відсікати певну частину ускладнень як завідомо не пов'язані з отриманим щепленням. Зверну увагу читачів лише на декілька прикладів. Так, категорично заявляється, що «артралгії й артрити характерні тільки для вакцинації від краснухи», у той час як вони неодноразово описані як ускладнення після щеплення від гепатиту В; «неврит лицьового нерву (параліч Белла) не є ускладненням ОПВ та інших вакцин», хоча він згадується у літературі саме як ускладнення від щеплень – зокрема, живої поліовакцини та «Варивакса»; на розвиток тромбоцитопенічної пурпури після щеплень відведено лише 30 днів, й ні днем більше²⁷, тоді як за наявними відомостями вона може розвиватися й пізніше, так само як і інші хвороби, для проявлення яких відведено точні строки, немов мова йде не про живі організми, а про машини, що працюють за програмою.

Сама система реєстрації післявакцинальних ускладнень у Росії побудована таким чином, що визнання факту ускладнення не обіцяє лікареві нічого доброго, з чим згодні й самі вакцинатори: «Припущення про неповну реєстрацію усіх випадків ПВУ через страх тих або інших

²⁶ Федоров А. М. Поствакцинальные...

²⁷ Мониторинг...

репресивних заходів відносно осіб, що послали повідомлення, цілком схоже на правду, і наявні дані офіційної статистики можуть бути трохи занижені...»²⁸ (виділено мною. – О. К.). Сором'язливе «трохи» викликає посмішку – можна подумати, автори й не підозрюють, скільки ускладнень налічується насправді. А що ж відбувається після того, як з'явилася підозра на ПВУ? «При встановленні діагнозу ПВУ... або підозрі на нього, лікар (фельдшер) зобов'язаний негайно поінформувати головного лікаря ЛПУ. Останній, протягом 6 годин після встановлення попереднього або остаточного діагнозу, направляє інформацію до міського (районного) центру держсанепіднагляду. За повноту, достовірність й своєчасність обліку захворювань, підозрілих на ПВУ, а також за оперативне повідомлення про них, відповідальність несе керівник ЛПУ. Територіальний центр держсанепіднагляду, що одержав екстрене повідомлення про розвиток ПВУ (підозри на ПВУ), після реєстрації отриманої інформації передає її до центру держсанепіднагляду в суб'єкті Російської Федерації... центр держсанепіднагляду в суб'єкті Російської Федерації направляє до Департаменту держсанепіднагляду Росії попереднє позачергове повідомлення... Остаточне повідомлення подається до Департаменту не пізніше, ніж за 15 днів після завершення розслідування... акт розслідування кожного випадку незвичайної реакції (ускладнення, шоку, смерті)... незалежно від того, потребував чи не потребував він госпіталізації (у останньому випадку з копією історії хвороби), направляється до Державного НДІ стандартизації та контролю медичних біологічних препаратів ім. Л. А. Тарасевича... При необхідності ДІСК ім. Л. А. Тарасевича може додатково робити запит щодо необхідної медичної документації, а у випадку летального результату – протоколу розтину, гістологічних препаратів, блоків та формалінового архіву»²⁹.

Треба поставити себе на місце рядового лікаря, щоб уявити, скільки ж потрібно мужності чи, навіть, нерозважливості, щоб запустити цю ланцюгову реакцію чиновницьких повідомлень, заварити таку кашу на свою голову! Але найголовніше те, що надії на перемогу справедливості не залишається у жодному випадку, тому що рішення про те, чи припиняти використання серії вакцини, що викликала ускладнення, та тим самим визнавати власну відповідальність за це... однаково залишається за ДІСК. «Рішення про можливість подальшого застосування рекламційної серії... що викликала розвиток ПВУ, або про необхідність проведення її повторного контролю, ухвалює ДІСК ім. Л. А. Тарасевича»³⁰. Як це може бути? На суді є обвинувачуваний,

²⁸ Там само.

²⁹ Вакцинопрофілактика... с. 131 і 133.

адвокат, прокурор та суддя; крім того, народ вибирає до парламенту законодавців, що ухвалюють закони, за якими здійснюється судочинство. Чому ж в усіх справах щодо вакцинації розробник та активний пропагандист щеплень ДІСК відіграє усі ці ролі? Він сам ухвалює закони, за якими сам себе судить, сам себе захищає, сам собі виносить виправдальний вирок, сам собі аплодує за справедливість цього вироку та сам з тріумфом та почуттям виконаного обов'язку залишає зал судових засідань. Чи варто нам після цього дивуватися, що яке б ускладнення він не розслідував, незмінно виявляється алібі у вигляді «збігу», «приєднання», «нашарування», «дебюту латентної хвороби», «недотримання загальних правил проведення щеплень» та іншого? А де ж незалежні експерти, де громадський контроль? Як взагалі так вийшло, що установа, добробут якої повністю залежить від просування вакцин, фактично нікому не підзвітна? Чи розробники та виробники вакцин у всьому світі зовсім безгрішні? Якби ж то... Ось тільки декілька прикладів. «Хімічна сорбована тифо-паратифозно-правцеву вакцину (ТАВТЕ) через надзвичайно сильну реактогенність та слабку імуногенність низки компонентів з 1980 р. знято з виробництва»³¹. Або повідомлення про штам Єланцев вірусу кліщового енцефаліту: «...У щеплених людей він викликав захворювання на енцефаліт приблизно з частотою 1:10 000... Вакцину зі штаму Єланцев було заборонено для застосування, а подальші дослідження з розробки препарату припинені»³². А вакцина проти жовтої лихоманки (штам Дакар), яку широко використовували в 1930-1950-х роках, також викликала важкі післявакцинальні реакції, зокрема енцефаліти? А штами «Urabe», «Ленінград-З» та «Ленінград-Загреб» вірусу епідемічного паротиту, на основі яких робилися вакцини, що вражали мозок щеплених дітей? А грипозні вакцини з сумно відомої кампанії кінця 1970-х рр. з боротьби зі свинячим грипом, що синдромом Гійєна-Барре скалічили та відправили на той світ сотні американців? А ротавірусна вакцина (RotaShield, виробник «Віст-Ледерле»), зі скандалом відкликана з ринку у 1999 р., яку нині компанія «Мерк», що підхопила ротавірусну естафету, в гонитві за космічними прибутками, енергійно проштовхує на ринок під назвою RotaTeq? А вакцини проти кліщового енцефаліту ENCEPUR K (виробник «Хірон Берінг», відкликана з ринку у 1998 р.) та TICOVAC (виробник «Бакстер», відкликана у 2001 р.)? Таких при-

³⁰ *Озерецковский Н. А.* Система...

³¹ Вакцины, поствакцинальные реакции и функциональное состояние организма привитых. Уфа, 1986, с. 35.

³² *Камалов И. И.* Живая вакцина против клещевого энцефалита – проблемы и перспективы. Актовая речь, посвященная памяти академика А. А. Смородинцева. СПб, 1991, с. 6.

кладів є дуже багато, але лише поодинокі з них стають відомими широкому загалу. Скупі словосполучення «надзвичайно сильна реактогенність» та «захворювання на енцефаліт» приховують реальних людей, цілком здорових до щеплень, але вбитих чи скалічених ними, та зруйновані життя самих постраждалих та їхніх близьких. Проте ж і ТАВТЕ, і горезвісні вакцини на основі штаму Єланцев десь (до речі, чи не в самому ДІСК?) попередньо вивчалися, тестувалися, затверджувалися, запускалися у виробництво, хтось публікував статті й одержував наукові звання та премії... Чи хоч хто-небудь відповів за результати тих щеплень, зважаючи на те, що існує повна безконтрольність виробників вакцин? У своїй книзі «Щеплення: міфи та реальність» Г. П. Червонська наводить цитату колишнього головного санітарного лікаря СРСР П. Н. Бургасова, який заявив: «Радянський Союз завжди займав провідне місце у світі за масовістю планового використання вакцин... у чому полягає оригінальність нашої позиції» та його російських послідовників: «Впроваджуючи повну імунізацію дітей, ми брали на себе велику відповідальність – у світі ніде такого не було. Пріоритет у цьому належить СРСР». Г. П. Червонська коментує: «У тому ж і трагедія наших малят – ніхто й ні за що не відповідає: ні за алергізацію внаслідок «повної імунізації»... ні за велику кількість післявакцинальних ускладнень»³³. Це точне спостереження. «Велика відповідальність» оригіналів від вакцинації, що ставлять під загрозу здоров'я мільйонів людей, є такою ж фікцією, як і задеклароване ВООЗ прагнення «збільшувати довіру суспільства до імунізації» через виявлення та розслідування післявакцинальних ускладнень. «Проблема не може бути вирішена тим самим розумом, що створив її», – зауважив якимось Альберт Ейнштейн. А рішення проблем, пов'язаних з вакцинацією, знаходиться у винятковій компетенції тих, хто сам їх створює.

На цьому тлі впадає в око й демонстративне нехтування вакцинаторами необхідності стежити за кількістю післявакцинальних ускладнень³⁴, що я вважаю зворотним боком як безконтрольності, так і впевненості у повній власній безкарності. За даними сайту Федерального центру держсанепіднагляду, якому надає статистику ДІСК, за останні чотири роки у РФ реєструється у середньому біля 300-400 післявакцинальних ускладнень щороку. І це загальна кількість, по всіх вакцинах. А Республіканський центр з ускладнень після щеплень проти туберкульозу, створений при МОЗ РФ, що знаходиться у тому ж місті, що й ДІСК, а можливо, навіть, на сусідній вулиці, рапортує про приблизно

³³ Червонская Г. П. Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 55-56.

³⁴ «Відомості про... поствакцинальні ускладнення... підлягають державному статистичному обліку» (Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», ст. 17.1).

500 випадків ускладнень щороку по *одному лише* щепленню БЦЖ, та й ще при цьому визнає, що ці дані швидше за все *занижено!*³⁵

Заради справедливості слід відзначити, що російський приклад всевладдя й вседозволеності ДІСК під дахом Мінохорони здоров'я аж ніяк не є винятковим у світі вакцин. У 2000 р. американські вакцинатори почали проект, який мав назву «Брайтонське співробітництво» (Brighton Collaboration). Його мета – створення об'єднаної міжнародної групи, до якої входять виробники вакцин, посадовці ВООЗ, представники Центру контролю захворювань США та європейських організацій охорони здоров'я, для захисту (чи точніше – нав'язування) програм вакцинації у всепланетному масштабі. Першим завданням, яке поставили собі учасники проекту, було визначення, що ж саме варто вважати побічною реакцією на щеплення. При цьому комітети проекту, що займаються цим питанням, очолюють виробники вакцин! Конгресмен д-р Дейв Уелдон заявив у своєму виступі в палаті представників 18 червня 2004 р.: «Хіба ми дозволяємо «Дженерал моторс», «Форду» або «Крайслеру» визначати безпечність своїх авто або авіакомпаніям встановлювати стандарти безпеки польотів і самим розслідувати катастрофи та робити висновки щодо їхніх причин? Чи ми дозволяємо виробникам харчових продуктів визначати, чи не заражена їхня продукція і чи не принесла вона шкоду? Чому ж ми дозволяємо виробникам вакцин самим вирішувати, що варто вважати побічною реакцією на щеплення?»³⁶.

Десять років тому російський вакцинатор писав: «За існуючої в країні етико-правової системи доступ громадськості до медичної інформації щодо вакцинації є вкрай обмеженим, немає чіткого механізму розслідування скарг населення з приводу порушень, що виникають при масовій вакцинації, недосконала система реєстрації післявакцинальних ускладнень і компенсації за заподіяний щепленнями збиток. У цих умовах рівень суспільної довіри до проведених заходів щодо вакцинопрофілактики є недостатньо високим. Потрібно домагатися взаємопорозуміння й партнерства між населенням і різними ланками

³⁵ Министерство здравоохранения Российской Федерации, Управление охраны здоровья матери и ребенка № 133/8-39 Департамент Госсанэпиднадзора № 1100/769-98-113. Современные подходы к вопросам вакцинопрофилактики и раннего выявления туберкулезной инфекции у детей. Приложение к письму от 14 апреля 1998 г.

³⁶ Див. <http://weldon.house.gov/UploadedFiles/RepWeldonMDonIOM.pdf> «Судовий процес буде безпрецедентним, виплати складуть мільярди доларів, сотні, а може й тисячі кар'єр виявляться зіпсованими, а деякі будуть зруйновані назавжди», – такими словами на конференції із аутизму, що відбулася в Іллінойсі (Чикаго) 29 травня 2004 р., напроорокував Уелдон майбутнє, що очікує вакцинаторів відносно проблеми зв'язку між вакциною ртуттю та аутизмом (див. глави «Відомості по токсикології речовин, що входять до складу вакцин» й про кір).

системи вакцинопрофілактики (виробниками, контролерами, вакцинаторами й ін.)»³⁷. Час пройшов, було ухвалено закон, що регулює відносини громадян і вакцинаторської влади, але насправді змінилося дуже небагато. Ніякого взаємопорозуміння й партнерства, у справжньому значенні цих слів, і близько немає, вакцинатори не збираються звітувати перед суспільством і нести будь-яку відповідальність за свою діяльність, а щеплення населенню нав'язують за допомогою брехні (як про ефективність вакцин, так і про їхню безпечність, зокрема й на прикладі нібито дуже малої кількості післявакцинальних ускладнень), шантажем та методами адміністративного тиску. Отже, у статистику ПВУ, відповідно до критеріїв «Моніторингу», потрапляють тільки найважчі ускладнення. Зрозуміло, що читача не може не зацікавити питання: а чи проводилася хоч раз спроба підрахувати, скільки ж взагалі «побічних реакцій» виникає після щеплень? Якоюсь мірою на нього відповідає нещодавнє дослідження, проведене на базі дитячої міської інфекційної лікарні № 10 м. Пермі, де т.зв. несприятливій події післявакцинального періоду, що виникли протягом 30 днів після щеплення, відслідковувалися у 2001 – 2002 рр. по трьох базах даних (реєстрація дільничними педіатрами, експертна оцінка історій розвитку дітей на основі випадкової репрезентативної вибірки й анкетування матерів). Отримані результати заслуговують на найпильнішу увагу. «Частота виникнення різних подій у післявакцинальному періоді в дітей віком до 3 років протягом 1 місяця після щеплення... виявилася різною. Мінімальною вона була за даними журналу реєстрації й складала $4,0 \pm 0,4$ на 100 щеплених. Кількість виявлених післявакцинальних подій на підставі експертної оцінки історій розвитку перевищило зареєстрований рівень у 7 разів і склало $28,0 \pm 2,8$ на 100 щеплених... Максимальну кількість ($35,0 \pm 2,6$) було виявлено за результатами анкетування матерів...»³⁸. Таким чином, на думку матерів, більш ніж у третині випадків після щеплення відбувалась «післявакцинальна подія», тоді як педіатри були готові визнати її лише у кожній двадцять п'ятой щепленої дитини. А ось і наслідок ліквідації практично усіх протипоказань до вакцинації хворих дітей (адже як повідомляють, «розробка раціональної тактики проведення профілактичних щеплень таким дітям дозволила різко підвищити охоплення цих дітей щепленнями без жодних наслідків для них!»): «За даними моніторингу лікаря-імунолога... і методу експертних оцінок, всі діти з післявакцинальними ускладненнями й важкими реакціями належали

³⁷ Медуницян Н. В. Этические проблемы вакцинопрофилактики *Эпидемиология и инфекционные болезни* 1996, 2, с. 9-12.

³⁸ Львова И. И. и др. Мониторинг событий поствакцинального периода *Эпидемиология и инфекционные болезни* 2004, 5, с. 19-22.

до групи високого ризику побічної дії вакцин внаслідок багатофакторних поєднань ураження нервової системи з маніфестними формами алергійних хвороб і синдромом порушення протиінфекційного захисту»³⁹. Але що з рятівною «раціональною тактикою», чому вона не спрацювала? Читаємо далі. «У 90% дітей з ПВР був обтяжений преморбідний фон з високим ризиком побічної дії вакцинальних препаратів. При цьому адекватні лікувально-реабілітаційні заходи були проведені лише у 20% випадків. В офіційному моніторингу лікаря-імунолога... ці випадки зареєстровані не були, незважаючи на те що в дитини у післявакцинальному періоді виникло захворювання, що потребувало госпіталізації»⁴⁰. Отже, на думку авторів, незважаючи на адекватність вжитих заходів, кожному п'ятому постраждалому уникнути післявакцинальних ускладнень або реакцій (кому як подобається) не вдалося. Мимоволі закрадається крамольна думка: можливо, треба було взагалі дати спокій цим дітям, як це було до вакцинального шабашу, що почався у 90-х роках? Ну й звичайно, це свідчить про приховання ПВР-ПВУ, які навіть потребували госпіталізації (!), як зайвий доказ того, що брехня та фальсифікація статистики є такими ж незмінними супутниками кампаній з вакцинації, як і ускладнення.

Екстраполюючи дані цієї статті з урахуванням масштабу російського «охоплення щепленнями» (щеплять мільйони дітей щорічно), кількість «післявакцинальних випадків», що викликаються ними, можна оцінити у десятки тисяч. І це лише очевидних «подій» або ускладнень, що розвилися безпосередньо після щеплень, і які не без зусиль, але все-таки, як правило, вдається списувати на «інтеркурентні захворювання» та «інфекції, що приєдналися». Підірване здоров'я, довгострокова сприйнятливість до інфекцій, зв'язок щеплень з аутизмом, поведінковими порушеннями, алергіями, бронхіальною астмою, цукровим діабетом 1-го типу і розсіяним склерозом медична влада навіть і не думає визнавати й, відповідно, оцінювати кількість таких постраждалих. І у громадськості немає ніякого доступу до правдивої інформації про «післявакцинальні події»; їй пропонують задовольнитися сміховинною цифрою у три сотні найважчих випадків щорічно. Таке ж замовчування фактів і таке ж лакування статистики були офіційною політикою тих, хто керував вакцинацією в США до кінця 1980-х років, до ухвалення Конгресом рішення про створення незалежної і відкритої бази даних з ускладнень від щеплень (VAERS). І хоча в цю базу даних надходять повідомлення не більш ніж про 10% з тих подій, що відбулися одразу після щеплень⁴¹, навіть ця кількість може

³⁹ Львова І. І. и др. Мониторинг событий поствакцинального периода *Эпидемиология и инфекционные болезни* 2004, 5, с. 19-22.

⁴⁰ Там само.

подіяти витверезливо на одурманених вакцинаторською пропагандою. Брехні можуть протистояти тільки правдиві факти, яких так не вистачає батькам, що обмірковують своє рішення щодо щеплень для дітей.

І останнє, на що я хотів би звернути увагу читачів ще раз, оскільки про це я вже згадував у попередньому розділі, – це фактична неможливість домогтися верховенства правосуддя у більш-менш серйозних справах, що пов'язані з післявакцинальними ускладненнями. Так, російський закон гарантує одержання компенсації у випадку, якщо післявакцинальне ускладнення буде визнано таким, але відповідачі-вакцинатори будуть додавати максимум зусиль для того, щоб цього не відбулося, а можливостей вони мають незрівнянно більше, ніж позивачі-батьки. Це дуже добре відомо й юристам, які не люблять братися за такі справи. Так само фактично неможливо домогтися навіть адміністративного покарання вакцинаторів, що розперезалися, і, не замислюючись, щеплять усіх поспіль у пологових будинках, дитсадках та школах, не цікавлячись нічиєю думкою. Акушер-гінеколог Ж. Соколова з Єкатеринбурга пише у своєму листі до Російського Національного комітету з біоетики: «...У школах роблять щеплення, не доводячи до відома батьків, а часом і не заглядаючи у медичну карту. Найстрашніше, що за це свавілля ніхто не відповідає, незважаючи на закони з охорони здоров'я, що існують у нашій країні. Побачивши велику кількість ускладнень, важких післявакцинальних ускладнень, я спробувала розглянути цю проблему з погляду правового законодавства. Всі мої старання виявилися марними. Незважаючи на всі закони, де говориться про добровільність медичного втручання, всі юристи відмовилися «зв'язуватися» з медиками, мотивуючи це тим, що «лікареві неможливо будь-що довести»...⁴²

Неможливість відстояти свої права та покарати винних, спираючись на чинні закони, створює вкрай небезпечний прецедент, тому що крім породжуваного нею почуття безсилля у пересічних громадян, вона додає правопорушникам впевненості у тому, що, перефразовуючи Оруелла, «перед законом усі рівні, але медики – рівніше». Я вважаю, що вже це саме повинно змусити будь-яку порядну людину, поза залежністю від її особистого ставлення до проблеми вакцинопрофілактики, обрати чітку й однозначну позицію у протистоянні вакцинаторів і суспільства, якому вони нав'язують свої щеплення.

⁴¹ Ця оцінка (в органи обліку й контролю повідомляється не більш ніж про 10% від фактичного числа ускладнень, що супроводжують медичні процедури) приводилася неодноразово й багатьма фахівцями. Наприклад, д-р Джон Гриффін, що був редактором журналу «Побічні ефекти ліків» (*Adverse Drug Reactions*) заявив: «Повідомляється лише про одну смерть із двох, а для побічних реакцій це співвідношення дорівнює 1 до 10» (*Marsh B. Secret report reveals 18 child deaths following vaccinations Telegraph 12.02.2006*).

⁴² Червонская Г. П. Прививки... с. 396.



Відомості про токсикологію речовин, що входять до складу вакцин

Формальдегід

Формальдегід (у своїй рідкій формі має назву формаліну), яким проводиться хімічна інактивація вірусів та бактерій, що використовуються у вакцинах, є відомим канцерогеном (речовиною, що викликає рак). У доповіді спеціальної комісії з формальдегіду Міністерства охорони здоров'я та охорони навколишнього середовища Нідерландів, опублікованій 6 травня 1982 р., повідомляється: «Представлені дані вказують на те, що формальдегід має генотоксичні та канцерогенні властивості. Результати великої кількості короточасних досліджень мутагенності формальдегіду були переважно позитивними, він викликав як генні мутації, так і хромосомні аберації... На підставі наявних нині даних можна вважати, що формальдегід має характер повного канцерогену в тому сенсі, що його можна охарактеризувати як слабкого ініціатора з промоторною дією при перевищенні певної концентрації»¹. Використовується у сільському господарстві в якості гермициду, фунгіциду та інсектициду. Проникнення формальдегіду до травного тракту викликає симптоми важкого отруєння – сильний біль у животі, блювоту кров'ю, появу білку та крові в сечі, ураження нирок, яке призводить до припинення відділення сечі, ацидоз, запаморочення, кома й смерть². Те, що формальдегід нездатний виконувати покладені на нього функції інактивації, з'ясувалося ще в 1950-х рр., коли чимало людей постраждало від вакцини Солка (див. розділ про поліомієліт). У суспензії, яку являє собою вакцина, віруси частково зліплюються та покриваються білковим «сміттям», міцність якого формалін у звичайній своїй концентрації тільки підвищує. Потрапляючи до організму,

¹ Научные обзоры по токсичности и опасности химических веществ 1982, 13, с. 37. У своєму звіті комісія відповіла на питання «Чи можуть бути зроблені з наявних даних висновки – відносно людини – про те, існує чи ні «неефективний рівень»? Яке значення щодо цього має той факт, що формальдегід є нормальним продуктом метаболізму ссавців?» у такий спосіб: «Грунтуючись на тому, що формальдегід характеризується як слабкий ініціатор із промоторною дією... на практиці можна припустити існування граничного рівня канцерогенної активності формальдегіду. Той факт, що формальдегід є нормальним продуктом метаболізму у ссавців, не має відношення до цього висновку» (там само, с. 38).

² *Budavari S. et al. The Merck Index: An Encyclopedia of Chemicals, Drugs and Biologicals.* 1996, p. 662. Цит. за *Diodati C. J. M. Immunization: history, ethics, law and health.* Quebec, 1999, p. 68.

білкова оболонка руйнується ферментами, і віруси виходять на волю, починаючи розмножуватися в тілі щепленого та призводячи до хвороб і навіть до смерті. З тих пір жодного рішення цієї проблеми знайдено не було. Через його неефективність в інактивації інфекційних агентів та чітко задокументовану здатність викликати отруєння організму, застосування формальдегіду (формаліну) не має жодного виправдання і лише відбиває небажання виробників вакцин розробляти нові технології, коли держава, нав'язуючи їхню продукцію, гарантує їм відмінні доходи від старих. Досліджень, що доводять безпечність наявності формальдегіду у складі вакцин, не існує.

Фенол

Високотоксична речовина, яку отримують з кам'яновугільного дьогтю. Використовують у вакцинах в якості консерванту. Здатний викликати шок, слабкість, конвульсії, ураження нирок, серцеву недостатність, смерть³. Фенол є відомою протоплазматичною отрутою, яка токсична для всіх без винятку клітин організму. Він придушує фагоцитоз і, відповідно, первинну імунну відповідь. Таким чином, вакцини, що містять фенол, насправді не підсилюють, а послабляють імунітет, причому найважливішу його ланку – клітинну. Фенол міститься також у пробі Манту, яка щорічно проводиться у російських школах. Вакцини, з одного боку, «викидають» до організму патогени, а з іншого боку, своїми токсичними складовими позбавляють його можливості проти них оборонятися. Досліджень, які могли б продемонструвати безпечність введення фенолу та його акумуляції в дитячому організмі, ніколи не проводилося.

Алюміній

Солі алюмінію застосовують у вакцинах в якості ад'ювантів (речовин, що підсилюють і продовжують імунну відповідь на введення антигенів). Передбачається, що саме наявність солей алюмінію проковує розвиток 5-10% місцевих реакцій на введення вакцин, а підшкірні вузлики, що залишаються понад шість тижнів у місці ін'єкції, вказують на розвиток сенсibiliзації до алюмінію⁴. При цьому підшкірні вузлики й сильна сверблячка можуть тривати роками, фактично перетворюючи дитину на хронічно хворого⁵. Відкладення алюмінію та сен-

³ Anderson K. et al. Mosby's Medical, Nursing, and Allied Health Dictionary 1994, p. 1208. Цит. Ibid., p. 69.

⁴ Fiejka M., Aleksandrowicz J. Aluminum as an adjuvant in vaccines and post-vaccine reactions *Rocz Panstw Zakl Hig* 1993; 44(1):73-80.

сибілізація до нього можуть спричиняти системні реакції, наприклад, хронічні міалгії, які з великими труднощами піддаються лікуванню⁶ і потенційно пов'язані з розсіяним склерозом⁷. Відкладення алюмінію були виявлені у злоякісних пухлинах (фібросаркомах), які розвинулися на місцях щеплень у кішок і собак⁸. Найостанніші дослідження пов'язують так званий синдром війни у Перській затоці – важке захворювання, що розвинулося у багатьох солдат сил коаліції, які брали участь у війні 1991 р., – з численними щепленнями, що містять солі алюмінію, отриманими військовослужбовцями перед початком кампанії⁹.

Дослідження показують, що тривалий контакт солей алюмінію із тканиною мозку призводить до неможливості навчання і деменції, що було продемонстровано під час експериментів на тваринах. При цьому було показано й те, що алюміній, який вводиться з вакцинами, проникає у мозок і, принаймні, тимчасово залишається там¹⁰. Алюміній було виявлено у мозку померлих від хвороби Альцгеймера¹¹.

Алюміній видаляється з організму нирками, однак у дітей індекс клубочкової фільтрації дуже низький і досягає нормального значення не раніше 12-24 місяців життя¹². Проте, це не є перешкодою для офіційної політики введення чималої кількості вакцин, що містять алюміній, вже на першому році життя.

Ніхто й ніколи не вивчав безпечність введення солей алюмінію у складі вакцин.

⁵ *Bergfors E. et al.* Unexpectedly high incidence of persistent itching nodules and delayed hypersensitivity to aluminium in children after the use of adsorbed vaccines from a single manufacturer *Vaccine* 2003 Dec 8; 22(1):64-9 і *Bergfors E. et al.* Nineteen cases of persistent pruritic nodules and contact allergy to aluminium after injection of commonly used aluminium-absorbed vaccines *Eur J Pediatr* Jul 26, 2005.

⁶ *Gherardi R. K. et al.* Macrophagic myofasciitis lesions assess long-term persistence of vaccine-derived aluminium hydroxide in muscle *Brain* September 2001; 124(9):1821-1831. Див. також *Brenner A.* Macrophagic myofasciitis: a summary of Dr. Gherardi's presentations *Vaccine* 2002 May 31; 20 Suppl 3:S5-6.

⁷ *Authier F. J. et al.* Central nervous system disease in patients with macrophagic myofasciitis *Brain* 2001 May; 124(Pt 5):974-83.

⁸ *Vascellari M. et al.* Fibrosarcomas at Presumed Sites of Injection in Dogs: Characteristics and Comparison with Non-vaccination Site Fibrosarcomas and Feline Post-vaccinal Fibrosarcomas. *Vet Med A Physiol Pathol Clin Med.* 2003 Aug; 50(6):286-91.

⁹ *Gherardi R. K.* Lessons from macrophagic myofasciitis: towards definition of a vaccine adjuvant-related syndrome *Rev Neurol (Paris)* 2003 Feb; 159(2):162-4.

¹⁰ *Redhead K. et al.* Aluminium-adsorbed vaccines transiently increase aluminium levels in murine brain tissue *Pharmacol Toxicol* 1992 Apr; 70(4):278-80.

¹¹ *Kirschman J. D., Dunne L. J.* Nutrition Almanac 1984, p. 65 Цит. за *Diodati C. J. M.* Immunization.... p. 71. Див. також експериментальні дані в *Bilkei-Gorzo A.* Neurotoxic effect of enteral aluminium *Food Chem Toxicol* 1993 May; 31(5):357-61.

¹² *Simmer K.* Aluminium in Infancy // *Zatta P. F., Alfrey A. C.* (Eds) *Aluminum Toxicity in Infants' Health and Disease*, 1997.

Ртуть

Один з найтоксичніших хімічних елементів, шкідливу дію якого на організм людини доведено вже досить давно. «Ртуть токсична у будь-якій своїй формі... Використання... ртутних реагентів в якості інсектицидів та фунгіцидів призвело до слабких та сильних отруєнь, що зачепили тисячі людей... Вживання лише 1 г ртутної солі є смертельним... Органічні похідні ртуті, такі, як хлорид метилртуті CH_3HgCl , високотоксичні через їхню летючість... У організмі людини концентрація ртуті зменшується удвічі за період від декількох місяців до декількох років. Токсичний ефект може бути прихованим, і симптоми отруєння можуть з'явитися тільки за кілька років»¹³.

Токсичність ртуті залежить як від форми, в якій вона потрапляє до організму, так і від шляхів проникнення. «Ртуть в елементному вигляді (Hg^0) погано поглинається в шлунково-кишковому тракті (судячи з дослідів на тваринах, менше 1%), але це дуже легко відбувається при інгаляції ртутних парів. Абсорбцію в шлунку та кишковому тракті міченої ртуті ^{203}Hg було докладно досліджено в людському організмі, і для слідових доз неорганічної ртуті, отриманих з їжею, вона становить приблизно 7%... тоді як метилртуть CH_3Hg^+ сорбується людським організмом на 95% незалежно від того, одержана метилртуть з їжею чи у інший спосіб»¹⁴. Ртуть потрапляє до організму людини з навколишнього середовища, води та їжі, при цьому деякі продукти накопичують її особливо активно: «У деяких продуктах може втримуватися значна кількість з'єднань ртуті, наприклад, у морській рибі, грибах і коренеплодах...»¹⁵. Імовірно, неможливість видалення ртуті з організму, пов'язана з генетичним дефектом або віковими змінами, відіграє вирішальну роль у патогенезі деяких хвороб. Наприклад, у хворих, що померли від ділятаційної кардіоміопатії (хвороби, що вражає молодих спортсменів, одного з головних показань для трансплантації серця у наші дні), рівень вмісту ртуті у серцевому м'язі в 22 000 (!) разів перевищував рівень вмісту її в інших тканинах або у серцевому м'язі хворих, що померли від інших форм серцевих захворювань¹⁶. Є відомості про причетність ртуті до розвитку хвороби Альцгеймера¹⁷.

¹³ Некоторые вопросы токсичности ионов металлов. М., 1993 г., с. 53, 56.

¹⁴ Там само, с. 145.

¹⁵ Малов А. А. и др. Особенности диагностики и тактика ведения больных при меркуриализме *Токсикологический вестник* 2004, 5, с. 8-15.

¹⁶ *Frustaci et al.* Marked elevation of myocardial trace elements in idiopathic dilated cardiomyopathy compared with secondary cardiac dysfunction *Journal of American College of Cardiology* 1999; 33(6):1578-83.

¹⁷ *Pendergrass J. C., Haley B. E.* Inhibition of brain tubulin-guanosine 5'-triphosphate interactions by mercury: Similarity to observations in Alzheimer's diseased brain. In: Metal

Після смерті дванадцяти дітей у Бундаберзі у 1928 р. (див. розділ про дифтерію), причиною чого було оголошено зараження вакцини стафілококами, у 1930-х рр. ртуть почали використовувати в якості консерванту, тобто речовини, що захищає біологічні препарати від забруднення мікроорганізмами. Використовують ртуть у вигляді органічних солей. Та ж сама сіль (етилртутьтіосаліцилат натрію) в Росії називається мертіолятом, а у західноєвропейських країнах і США – тімеросалом або тіомерсалом. Введення у практику тімеросалу не потребувало ніяких серйозних клінічних випробувань та інших перевірок; фактично, серйозне дослідження токсикології ртуті, що входить до вакцин, почалося лише порівняно нещодавно.

Немовля одержує велику кількість ртуті від матері. Колектив фахівців з консультативно-діагностичної поліклініки Інституту токсикології МОЗ РФ у Санкт-Петербурзі повідомляє: «...Надзвичайно важливо врахувати явище зростання ртуті у крові в останній триместр вагітності... Якщо у крові матері вміст ртуті доходить до 9,6 мкг/л, то у пуповинній крові, тобто практично у крові немовляти, він може складати вже 21 мкг/л, при тому що в плаценті цей показник сягає 37 мкг/л... Наші дані епідеміологічного обстеження... показують, що вміст ртуті у крові вагітних в останній триместр збільшується у середньому в 3 рази. Досить високий вихідний вміст ртуті в крові вагітної жінки може спричиняти токсичну дію як на неї, так і на плід... Як відомо з літературних даних... у крові плода (і немовляти) ртуті більше, ніж у крові матері. За нашим даними це перевищення становить у середньому 2,53 рази»¹⁸. Також вказують: «3 наших даних... виходить, що приблизно 30% жінок С. Петербурга мають досить високий рівень ртуті у крові, тому в момент пологів цей показник може перевищувати існуючу на сьогодні референтну межу – 5,1 мкг/л...»¹⁹. Тут референтна межа стосується сечі. Автори також пишуть: «Перевищення певного порогу надходження ртуті до організму автоматично визнається як початок інтоксикації. Так... наведена усереднена кількість тижневого споживання ртуті – 3,3 мкг/кг маси тіла, за якої можуть виникнути несприятливі наслідки для організму, тоді як за даними ін-

lons in Biological Systems 1996(34):461–78, *Leong C. C. W. et al.* Retrograde Degeneration of Neurite Membrane Structural Integrity and Formation of Neurofibrillary Tangles at Nerve Growth Cones Following in Vitro Exposure to Mercury *NeuroReports* 2001, 12(4):733-737, *Pendergrass J. C. et al.* Mercury Vapor Inhalation Inhibits Binding of GTP to Tubulin in Rat Brain: Similarity to a Molecular Lesion in Alzheimer's Disease Brain *Neurotoxicology* 1997, 18(2):315-324, *Gunnerson D., Haley B.* Detection of glutamine synthetase in the cerebrospinal fluid of Alzheimer diseased patients: a potential diagnostic biochemical marker *Proc Natl Acad Sci USA* 1992 Dec 15; 89(24):11949–53.

¹⁸ Малов А. А. Особенности...

¹⁹ Там само.

ших авторів... ця кількість дорівнює 5 мкг/кг»²⁰. А Дослідницька рада Національної Академії наук США в 2000 р. у своїй доповіді «Токсична дія метилртуті», присвяченій токсикології етилртуті, дуже близької за всіма параметрами речовини, що надходить до організму з вакцин, повідомила, що, в цілому, дані досліджень на тваринах, серед яких і мавпи, свідчать – нервова система в процесі розвитку являє собою мішень для впливу низьких доз метилртуті. Дослідження на тваринах виявили вплив на когнітивні, моторні та сенсорні функції. Вона також встановила, що оральне надходження метилртуті в обсязі 0,1 мкг на кілограм маси людини є науково-обґрунтованим рівнем МДК з метою охорони здоров'я²¹. Інша оцінка: «Відповідно до рекомендацій FAO / WHO протягом тижня в організм людини може надходити з їжею 0,3 мкг загальної ртуті, причому метилртуть повинна становити не більше 0,2 мкг (в перерахунку на ртуть), або 0,005 й 0,0033 мкг на 1 кг маси тіла. Це так звана тимчасово припустима тижнева доза. Якщо взяти до уваги, що середньостатистична маса тіла дитини 3-7 років становить 20 кг, то припустимою тижневою дозою для дітей цієї вікової групи можна вважати 100 мкг загальної ртуті, і з них метилртуті не більше 66 мкг. При перерахуванні припустимої тижневої дози на один день середньоденна доза не повинна перевищувати для дитини 3-7 років 14,29 мкг загальної ртуті та 9,43 мкг метилртуті, відповідно для дорослої людини – 42,86 та 28,57 мкг»²².

Подивимось тепер, яку кількість ртуті отримують зі щепленнями діти. Врахуємо ще те, що «діти найбільш чутливі до впливу токсичних речовин тілової дії через наявність критичних періодів розвитку органів та систем, коли чутливість до екзотоксиканту значно підвищується на тлі незрілості процесів аутодетоксикації... Існуючі протягом довгого часу уявлення про те, що підпорогові концентрації ртуті не викликають захворювань і не є шкідливими для організму, не можуть вважатися сьогодні правомірними...»²³, а також що «відомо про сильну ембріотоксичну дію ртуті... тобто для плода Hg небезпечніша, ніж для дорослого організму... У перинатальний період організм (плід) чутливіший до дії ртуті... У дітей, які піддалися впливу навіть невеликих доз ртуті, про що свідчить вміст цього токсиканту в сечі... значно збільшу-

²⁰ Там само.

²¹ Geier D., Geier M. From Epidemiology, Clinical Medicine, Molecular Biology and Atoms, to Politics: A Review of the Relationship between Thimerosal and Autism. Institute of Medicine, US National Academy of Sciences, January 2004.

²² Морозова С. П. Поступление ртути и мышьяка с рационами питания в организм взрослых и детей Гигиена и санитария 1991, 7, с. 40.

²³ Соболев М. Б. Методы оценки и снижения токсического действия ртути в дозах малой интенсивности у детей Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. СПб, 1999, с. 1.

ється ризик інфекційних захворювань... знижено імунітет...»²⁴. Варто звернути увагу на наступні важливі фактори. Для зв'язування й видалення ртуті з крові потрібна жовч, яка у дітей виробляється у дуже незначній кількості. Сприяє тривалому перебуванню ртуті в організмі й харчування молоком, а також лікування антибіотиками. Останні, як відомо, педіатри без коливань виписують при будь-якій хворобі, викликаючи при цьому імуносупресію, що, у свою чергу, веде до нових хвороб й нових доз антибіотиків. Таким чином, немовлята попадають до порочного кола: вони вже народжуються з високим рівнем ртуті в організмі (що кількоразово перевищує такий у організмі матері) та зі схильністю внаслідок цього до інфекцій. Негайно на них обрушуються щеплення (перше, від гепатиту В – вже через 12 годин після народження, БЦЖ – на 3-5-й день), які придушують імунітет, про що ми говорили у розділі «Основні проблеми щеплень». А в Росії, наприклад, чималий відсоток дітей, що з'являються на світ у пологових будинках, додатково страждають від внутрішньолікарняних інфекцій (коротенько про це див. розділ про туберкульоз), проти яких призначають антибіотики. Все це – початковий високий рівень ртуті, щеплення, внутрішньолікарняні інфекції, антибіотики – призводить до того, що діти нездорові буквально з перших годин життя. Це одна з можливих відповідей на традиційне запитання, чому в начебто здорових батьків та після нормальної вагітності дитина постійно хвора.

Тепер визначимо, скільки ж ртуті одержує дитина з вакцинами. Вага немовляти – 2-3 кг, об'єм дитячої вакцини від гепатиту В – 0,5 мл. У ньому міститься приблизно 25 мкг мертіолята (тімеросала), а у ньому близько 12,4 мкг етилртуті. Щеплення від гепатиту В повторюється в 3 та 6 місяців. Таким чином, тільки зі щеплення від гепатиту В дитина за перші півроку життя одержує близько 37 мкг ртуті. Відповідно до існуючого російського календаря щеплень, у 3, 4,5 та 6 місяців дітям роблять щеплення АКДП, кожна доза якого містить близько 50 мкг мертіолята й, відповідно, близько 25 мкг ртуті. Це планові щеплення, але є ще й такі, що рекомендуються з різним ступенем наполегливості, які батьки повинні купувати за власні гроші. До них належить і щеплення проти гемофільної палички. Читачі пам'ятають, що, наприклад, головний педіатр Москви д-р Рум'янцев впевнений, що з сімейного бюджету краще витратити гроші на вакцини дітям, ніж на горілку дорослим, а найбільш прогресивні батьки, за Рум'янцевим, не тільки без заперечень дозволяють вколювати своїм чадам усі заплановані вакцини, але й жваво цікавляться, чи не можна порадувати дитину якимось новим щепленням. Деякі вакцини (наприклад, PedvaxHib та

²⁴ Малов А. А. Особенности...

Act-Hib) містять або до останнього часу містили²⁵ ртуть у тій самій кількості, що й АКДП. Щеплення від гемофільної палички випадають на 3, 4 й 5 місяці життя дитини. Це ще 75 мкг ртуті додатково.

Підсумуємо. Російська дитина за перші шість місяців життя планово повинна одержати $37+75=112$, а з рекомендаціями – $37+75+75=187$ мкг ртуті. Це додається до тієї ртуті, що вона одержала від матері. Багато це чи мало? Імовірно – дуже багато, а для деяких генетично схильних дітей – катастрофічно й необоротно багато. Якщо орієнтуватися на МДК, що складає 0,1 мкг ртуті на 1 кг маси тіла, встановлену Дослідницькою радою Національної академії наук США, то сумарна доза ртуті у щепленнях за перші півроку життя перевищить МДК у кілька сотень разів! Надходження етилртуті (що за всіма своїми параметрами аналогічна метилртуті, для якої робилися розрахунки²⁶) перевищує й норму, що встановлена ВООЗ – 9,43 мкг на добу. Це, підкреслимо, для дитини 3-7 років, а дитина, що з'явилася на світ 12 годин тому, отримує 12,4 мкг. Візьмемо до уваги й той факт, що ртуть вводиться парентерально, а системи детоксикації організму дитини ще не функціонують належним чином. Ртуть ліпофільна, у складі мертвіолята вона проникає в ліпіди клітин мозку й надовго залишається там. Ртуть, що міститься у вакцинах, почала залучати до себе пильну увагу дослідників через різке зростання захворюваності на аутизм (див. розділ про кір), оскільки деякі симптоми отруєння ртуттю й симптоми аутизму були разюче схожі. У низці досліджень ця подібність була переконливо підтверджена, при цьому не тільки на рівні симптомів, що спостерегалися. Так, С. Бернар й співавт. порівнювали схожі біологічні відхилення, що часто виявляють при аутизмі, та відповідні патології, що виникають при отруєнні ртуттю. Була виявлена очевидна подібність між аутизмом та отруєнням ртуттю в змінах, що відбуваються у біохімії організму, імунній системі, структурі центральної нервової системи, нейрохімії та нейрофізіології²⁷. У досліджах на мишах було показано, що тімеросал викликає придушення імунітету та аутоімунні реакції²⁸.

²⁵ Деякі вакцини, вироблені в США сьогодні, не містять ртуті, коли вироблені для внутрішнього ринку, але містять її у призначених на експорт серіях.

²⁶ Вакцинатори на свій захист нерідко заявляють, що з навколишнього середовища людина одержує метилртуть, у той час як з вакцин – етилртуть, а це мовляв зовсім різні речі. Однак дослідження довели, що ніякої принципової різниці в токсикології цих речовин немає. Див., наприклад, *Magos L. et al. The comparative toxicology of ethyl- and methylmercury Arch Toxicol* 1985; 57:260-267, *Pichard A. Mercury and its Derivatives. INERI, Compilation of Toxicological and Environmental Data on Chemicals*, July 2000, pp. 1-45 й ін. Цит. за *Geier D. From Epidemiology...*

²⁷ *Bernard S. et al. The role of mercury in the pathogenesis of autism Mol Psychiatry* 2002; 7:S42-S43. Цит. за *Geier D. From Epidemiology...*

²⁸ *Havarinasab S. et al. Immunosuppressive and autoimmune effects of thimerosal in mice Toxicology and Applied Pharmacology* 2005 (204); 109-121.

Природу токсичного впливу ртуті та її похідних вивчав проф. Бойд Хейлі, завідувач кафедри хімії університету в Кентуккі. Він встановив, що тімеросал призводив до руйнування важливого білка, що отримав назву тубуліна, який формує структуру аксонів. Руйнування тубуліну призводило до оголення нервових волокон, що характерно для хвороби Альцгеймера. Він також визначив, що алюміній є синергистом ртуті – за присутності алюмінію в однаковий проміжок часу в культурі клітин нейронів гинуло на 60% більше, ніж під впливом одного тільки тімеросала. На 20% збільшував токсичність тімеросала антибіотик неоміцин, який також входить до складу деяких вакцин²⁹. В іншому дослідженні було показано, що тімеросал настільки токсичний, що навіть у мізерних концентраціях руйнує клітинну мембрану й ДНК, що викликає швидку загибель нейронів і фібробластів, у культурах клітин яких проводилися досліди³⁰.

Точні механізми ураження ртуттю мозку, що розвивається, до кінця не з'ясовані, однак інтенсивні дослідження у цьому напрямку ведуться. Так, дослідники з університету Джона Хопкінса заявили, що «виявлення провідного шляху РІЗ-кінази/МАР-кінази/метионінсинтетази та його сильного пригнічення мертіолятом, що міститься у вакцинах, дає можливе пояснення того, як збільшення кількості вакцин, що використовуються, може призводити до зростання захворюваності на аутизм. Іншим проявом токсичності, пов'язаної з вакцинами, у нейророзвитку може бути зростання частоти СДУГ (синдром дефіциту уваги з гіперактивністю.– О.К.), тому що рецептор допаміна D4 пов'язаний із СДУГ, а його здатність метилювати фосфоліпіди залежить від метіонінсинтетази»³¹. Значний інтерес викликає гіпотеза про те, що причиною отруєння організму ртуттю й наступного розвитку аутизму є генетично обумовлена нестача речовини, що має назву глутатіон, яка зв'язує та виводить ртуть з клітин. Це було продемонстровано у дослідженні групи вчених з університету в Арканзасі³².

²⁹ *Haley B. Mercury toxicity: Genetic susceptibility and synergistic effects Medical Veritas 2 (2005); 535–542.* Викладаючи дані своїх досліджень, проф. Хейлі підкреслив ту напелегливість, з якою медична влада намагаються покласти відповідальність за меркуріалізацію населення на рибу, хоча наявні наукові дані однозначно вказують на зубні амальгами та вакцини як головні джерела ртуті, при цьому ртуті найнебезпечнішої. Проти риб не подаси позову до суду і не отримаєш з них компенсацію, чого не можна сказати про медичних чиновників, які не тільки дозволили свого часу безконтрольне використання ртуті у біопрепаратах, але й докладають нині всіх зусиль, щоб уникнути відповідальності. Дякую проф. Хейлі за люб'язно надіслані матеріали.

³⁰ *Baskin D. et al. Thimerosal induces DNA breaks, caspase-3 activation, membrane damage, and cell death in cultured human neurons and fibroblasts Toxicol Sci 2003 Aug; 74(2):361-8.*

³¹ *Waly M. et al. Activation of methionine synthase by insulin-like growth factor-1 and dopamine: a target for neurodevelopmental toxins and thimerosal Mol Psychiatry 2004;1:13.* Цит. за *Geier D.* From Epidemiology...

³² *James S. J. et al. Metabolic biomarkers of increased oxidative stress and impaired methylation capacity in children with autism Am J Clin Nutr 2004 Dec; 80:1611–7.*

Епідеміологічні дані також свідчать на користь зв'язку між вмістом ртуті у вакцинах та розвитком аутизму. Проф. Дональд Міллер пише у своїй статті: «Дослідження³³ показали, що існує прямий зв'язок між збільшенням кількості ртуті, що надходить з вакцинами, та аутизмом. У 1950 р., коли національний календар щеплень містив лише 4 щеплення (від дифтерії, правця, кашлюку та натуральної віспи), аутизм розвивався тільки в одній дитині з 10 000. З появою нових вакцин проти інших хвороб, медичні працівники почали вводити дітям усе більші дози ртуті. Ті, хто народився в 1981 р., одержали 135 мікрограмів ртуті (у середньому), і вже було зареєстровано один випадок аутизму на 2600 дітей, народжених того року. З додаванням вакцини від гепатиту В (що вводять у день появи на світ) та вакцини від гемофільної інфекції типу В, діти, народжені в 1996 р., одержали з вакцинами вже 246 мікрограмів ртуті. Аутизм у цій групі реєстрували в одного з кожних 350 дітей. На теперешній час медпрацівники додержуються календаря імунізації, підготовленого Центром контролю захворювань та затвердженого Американською академією педіатрії та Американською академією сімейної медицини. Цей календар містить у собі 13 вакцин, кожна з яких може вводитися серією з декількох уколів. В цілому дитині, перш ніж вона досягне віку двох років, коли завершується розвиток мозку, 33 рази буде введена яка-небудь вакцина. Аутизм сьогодні вражає одного зі 100 хлопчиків та одну з 400 дівчаток, і щороку лікарі діагностують 100 000 нових випадків цієї хвороби в США за діагностичними критеріями DSM-IV...»³⁴.

Привертає до себе увагу факт у чотири рази більшої захворюваності на аутизм хлопчиків. Він також свідчить про вплив ртуті: найважче вражаються ті зони мозку, де висока концентрація рецепторів по відношенню до чоловічого статевого гормону тестостерону, що підсилює нейротоксичність мертіолята, тоді як жіночий статевий гормон естроген знижує її. Цей факт було доведено як за допомогою візуалізації метаболічних процесів у мозку та його перфузії в дітей, що страждають на аутизм³⁵, так і дослідженнями *in vitro* (продемонстровано швидку загибель нейронів від мертіолята за присутності тестостерону та, навпаки, їхнє збереження за присутності естрогену)³⁶.

Американські вакцинатори кілька років тому провели власне до-

³³ Посилання на Geier D. A., Geier M. R. A comparative evaluation of the effects of MMR immunization and mercury doses from thimerosal-containing childhood vaccines on the population prevalence of autism *Med Sci Monit* 2004; 10(3):133-139.

³⁴ Miller D. Mercury on the mind. <http://www.mercola.com/2004/oct/16/mercury.htm>

³⁵ Див. Ryu Y. H. et al. Perfusion impairments in infantile autism on technetium 99m ethyl cystinate dimer brain single photon emission tomography: comparison with findings with magnetic resonance imaging *European J Nuclear Med* 1999;26:253-259 і Starkstein S. E. et al. SPECT findings in mentally retarded autistic individuals *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12:370-375. Цит. за Geier D. From Epidemiology...

³⁶ Haley B. Mercury...

слідження, яке виявило, що тімеросал пов'язаний з поведінковими порушеннями в дітей. Його засекретили від широкого загалу, а до друку було віддано полаковану статтю з фальшивими даними,³⁷ а звіт із справжніми результатами, прикрашений великими написами «Confidential» (секретно) та «Do not copy or release» (не копіювати й не публікувати) став відомим лише завдяки наполегливості громадськості та «Закону про свободу інформації»³⁸. Голова групи дослідників Томас Верстраетен, у кращих вакцинаторських традиціях, заявив у декларації, наданій до журналу разом зі статтею, що працює у Центрі контролю захворювань, хоча на той час він вже покинув його і працював на виробника вакцин, компанію «Глаксо Сміт Клайн».

Про проблему мертіоляту та його токсичності, а також про безрезультатну боротьбу деяких радянських фахівців за його видалення з вакцин, докладно розповідається у книзі «Щеплення: міфи та реальність» Г. П. Червонської, тому я викладу це стисло. Якщо в США хоча б про людське око були проведені поспішні й бездоказові дослідження (у вересні 1930 р. фармацевтична компанія «Ілай Ліллі» виступила спонсором дослідження «токсичності ртуті для людини» на пацієнтах, які вмирили від менингококкового менінгіту, а потім протягом 60 років посилалася на ці дослідження як на нібито наявний доказ безпечності мінімальних доз ртуті), то в СРСР не потрібно було навіть і цього. Г. П. Червонська цитує відповідь ст. н.с. лабораторії з контролю АКДП ДІСК Р. П. Чуприніної на запитання «З якою метою вводиться мертіолят у вакцину АКДП та її модифікації?»: «Для доінактивації кашлюкового антигену, але краще поцікавтеся у Захарової М. С. – це вона запропонувала мертіолят чи то у 1955, чи то у 1956 рр. – як консервант, після приїзду з-за кордону з якоїсь конференції»³⁹. Легко можна повірити, що хтось десь почув та запропонував, й сіль ртуті без будь-якої перевірки, лише на підставі чужого бездумного досвіду, негайно було включено до складу вакцин. Ніяких документів, що свідчать про проведені випробування, наскільки відомо, вакцинатори до сьогоднішнього дня не надали. Примітно, що статтю про токсичність мертіоляту у складі АКДП,

³⁷ *Verstraeten T. et al.* Safety of thimerosal-containing vaccines: a two-phase study of computerized health maintenance organization databases *Pediatrics* 2003, 112:1039-1048.

³⁸ *Vestraeten T. et al.* Thimerosal VSD Study. Phase I. Update 29/2/2000. Сканована доповідь викладена на деяких сайтах в Інтернеті. Національні закони про свободу інформації слугують важливою підмогою для громадян, що бажають познайомитися не зі стандартним вакцинаторським агітпропом, а з правдивими даними. Так, аналогічний британський закон висвітлює нещодавно секретний урядовий звіт, якій згадував про 18 дитячих смертей та про 800 тільки офіційно зареєстрованих випадків ускладнень після щеплень, що сталися у період з 2001 р. по 2004 р. (*Marsh B.* Secret report reveals 18 child deaths following vaccinations *Telegraph* 12.02.2006).

³⁹ *Червонская Г. П.* Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 130.

надіслану до «Журналу мікробіології, епідеміології та імунології» колективом фахівців, серед яких були вірусологи, імунологи та генетики, було відкинута головою Комітету вакцин та сироваток А. Сумароковим, а рукопис повернуто з наступним цілком радянським резюме: «Стаття містить відомості, що перешкоджають її публікації у відкритій пресі. Зміст статті дискредитує якість радянських вакцин, і її публікація може призвести до створення негативного ставлення до проведення масової імунопрофілактики»⁴⁰. От про що турбота – не про низьку якість вакцин, що калічать дітей, а про можливе «негативне ставлення до проведення масової імунопрофілактики»...⁴¹.

Публікації в центральній пресі, що почалися у 1988-1989 рр., в яких розповідалося про склад вакцин й про те, в яких умовах вони в СРСР виробляються (ініціатором багатьох таких публікацій була Г. П. Червонська), викликали справжню хвилю обурення, в першу чергу фахівців, які прекрасно знали, що означають ці речовини для людського організму. Це обурення добре було відображене у матеріалах Російського Національного комітету з біоетики. Ось, наприклад, що писав замдиректора з наукової роботи НДІ загальної й комунальної гігієни ім. А. Н. Сисіна АМН СРСР, к.м.н. Н. Н. Литвинов: «Встановлювати науково обґрунтовані безпечні регламенти для недіючих доз – концентрацій хімічних речовин, а тим більше ртутних з'єднань, «дозволених» 35 років тому для парентерального введення немовлятам, – завдання практично нерозв'язне. Необхідно мати дуже серйозне обґрунтування та життєві показники, щоб дозволити багаторазове введення дитині подібного дезінфектанта, ртутного пестициду. Крім того, будь-які хімічні добавки, що використовуються в якості консервантів, стабілізаторів, наповнювачів і т.д., можуть змінювати фармакокінетику основної речовини, у цьому випадку, білків-антигенів, а, отже, й їхню цілеспрямовану дію. Я, як фахівець, вважаю, що у ситуації, що склалася, без жодних зволікань повинні бути надані документи, які доводять проведення спеціальних токсикологічних досліджень на відсутність тератогенності, ембріотоксичності, алергізуючої активності, мутагенності й канцерогенності дози мертіоляту, що застосовується у вакцині АКДП: або закордонними фірмами, які продають нам цей пестицид, або вітчизняними контролюючими установами – Комітетом вакцин та сироваток або ДІСК ім. Л. А. Тарасевича. Невже питання вилучення ртутної речовини з препаратів, що

⁴⁰ Там само, с. 97.

⁴¹ У своїй новій книзі, про яку я говорив у попередній главі, Хіларі Батлер приводить цитату із розділу «Правила та норми» американського урядового Federal Register (1984 June 1st, vol. 98, No 107, p. 23007): «...Будь-які сумніви відносно безпечності щеплень, поза залежністю від того, обґрунтовані вони чи ні, у світлі необхідності гарантувати максимальне використання вакцин, що відповідає цілям охорони здоров'я, не мають права на існування». Сумніви заборонено!

використовуються з метою профілактики у дитячій практиці охорони здоров'я, вимагає якихось міркувань, доказів?.. Чи так необхідно використання комплексного препарату, яким є АКДП, наприкінці двадцятого століття в усіх регіонах нашої країни, де імунізація проводиться по тій самій мірці, без врахування кліматичних умов й, як відомо, без індивідуального підходу до кожної дитини й т.д.? Як враховуються шістнадцять протипоказань, та хто їх «встигає» визначити? Зізнаюсь, я про них почув й прочитав уперше. Як визначають підвищену чутливість дітей до ртутної солі та формальдегіду? Кому адресувати всі ці питання щодо «допустимих», так званих малих доз, що містяться у вакцині? Зовсім не мають сенсу посилання на ВООЗ – мовляв, ВООЗ вимагає певного вмісту цих речовин у АКДП. Це відмовка, розрахована на дилетанта. До того ж ВООЗ та її комітети не можуть відповідати за рішення, що ухвалюються у нашій в країні. Повністю проігноровано вітчизняних фахівців та Фармкомітет СРСР»⁴².

А ось думка токсиколога, к.м.н. д-ра Н. Н. Михайлова: «...Що таке мертіолят? Це – ртутьорганічне з'єднання, що зветься ще етилртути-тіосаліцилатом натрію, належить до пестицидів. До речі, у доступній вітчизняній літературі відомості про нього досить мізерні, він не зареєстрований у нашій країні, і я не знайшов даних про його глибоке токсикологічне вивчення. Мельников Н. Н. у книзі «Пестициды: химия, технология и применение», 1987, даючи класифікацію пестицидам, відносить останній до бактерицидів, наводить ЛД 50 – 40 мг/кг (викликає 50% загибель пацюків у експерименті), що дозволяє віднести мертіолят за ступенем його небезпеки, що запропонована ВООЗ, до дуже небезпечних речовин. Це ілюструє й такий приклад. У «Методичних вказівках із застосування фізико-хімічних та хімічних методів контролю медичних біологічних препаратів», М., 1977, затверджених МОЗ СРСР (Хлябич, Ковшило), де говориться про підготовку стандарту, сказано про зберігання мертіоляту: «ОТРУТА! з притертим корком у темному місці». Літературні дані свідчать про те, що органічні сполуки ртуті досить токсичні для всього живого, можуть вражати вегетативну нервову систему, викликати імунологічні зміни. Однак мені не зустрілося жодного джерела, де б наводилися відомості про вивчення цих негативних моментів відносно мертіоляту. Замість цього з'явилися «припустимі» дози його у медичних імунобіологічних препаратах (МІБП) – вакцино-сироваткових засобах, що використовуються для профілактики й лікування інфекційних захворювань. Для довідки: відповідно до затвердженого у нашій країні переліку припустимих кількостей деяких консервантів у харчових про-

⁴² Мнения специалистов разных дисциплин (материалы собрания Червонской Г. П.) // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994.

дуктах, ті, що містять ртуть, виключені. А ми у плановому порядку вводимо «крихітні дози» цієї солі немовлятам... Я намагався з'ясувати свого часу, чи є стаття у Державній фармакопеї СРСР відносно мертіоляту. Ні, у вітчизняній фармакопеї такого немає. Є фундаментальна праця «Посібник з вакцинної й сироваткової справи» під редакцією академіка Бургасова П. Н., де дуже красиво говориться про основні принципи контролю за якістю МІБП у СРСР, які полягають у комплексі заходів, що забезпечують надходження до практики охорони здоров'я повністю безпечних та ефективних засобів специфічної профілактики та лікування, діагностики інфекційних захворювань. У цьому ж посібнику на стор. 166 читаємо: «...Повинні бути нешкідливими, стерильними, містити не більше 0,01% консерванту мертіоляту... тіомерсал – 100 ± 20 мкг/мл або не містити консерванту, і мати слідові кількості формальдегіду». А в нормативних документах: «повинне вміщувати 500 мкг/мл формальдегіду». Але це не сліди, а цілком відчутна кількість! Взагалі, коли знайомишся із цим документом, що розповідає про те, як та що повинно бути, виникає відчуття суцільних протиріч, багато з яких викликають подив: чому ж не звернутися до фахівців у своїй батьківщині? Нічого не говориться, наприклад, про токсикологію хімічних речовин, що допущені до біопрепаратів. Які ж вони... біопрепарати? Цілковито безвідповідально констатується факт того, що щось є «допущеним» та «нешкідливим». А перевірку такої «нешкідливості» було проведено лише на 2-5 дорослих тваринах. Спостереження проведено протягом 14 діб з моменту введення препарату. Є в мене така підозра, що так, як вивчена АКДП, то можна вважати, що її безпечність не перевірена!»⁴³.

Наведу й слова біохіміка, ст. н.с. Інституту імунобіології Мінмедпрому к.б.н. В. Д. Кольцова: «Мертіолят – пестицид. Всі пестициди токсичні. А мертіолят, до того ж, ще й належить до солей важких металів. Фахівцям відомо, що наслідки одноразового контакту з малими дозами подібних з'єднань є непередбачуваними. І в цьому випадку справа не у дозі, а в індивідуальній чутливості ще незміцнілого дитячого організму, так ще й на тлі сучасного стану навколишнього середовища, харчування, води й багато чого іншого... Я – батько двох дітей, які страждають на алергію. За фахом біохімік. Не за чутками мені відомо, що таке формальдегід та ртутні солі. Звичайно, вводили їх парентерально будь-якій дитині – злочин, а дітям, які страждають різними формами алергії – подвійно небезпечно (а бувають, як відомо, й смертельні випадки після уведення АКДП). Ртутна сіль може бути однією з причин... Впевнений, якби не публікації в центральній пресі, ми б так і не знали, що саме вводять усім дітям у нашій країні в складі так званих «вакцин».

⁴³ Там само.

До речі, в «Інструкції із застосування АКДП» говориться, що інактивація (кашлюкового токсину. – О. К.) проводиться або формальдегідом, або мертіолятом. І раптом дізнаємося, що обидва з них входять до складу багатьох вакцин. Крім того, навряд чи педіатрам хтось роз'яснив, що мертіолят – сіль, що містить ртуть. Якби це трапилося, то багато хто б, напевно, замислився. Відсутність такого напису на етикетці – пряме порушення міжнародних вимог зазначати в складі лікарського засобу солі ртуті!.. Виходячи зі змісту заперечень з боку чиновників, можна зробити висновок про те, що їм абсолютно невідомі методи вивчення безпечності інактивованих вакцин, у які входять хімічні речовини... Мій відгук продиктовано почуттям солідарності з тими фахівцями, які піднімають питання про проведення компетентного вивчення безпечності вакцин, добавок, що містяться у них, а також про індивідуальний підхід до дитини. Якісне щеплення – це а) безпечний препарат і б) якісний організм дитини. І в цьому немає ніякої новини. Реакція чиновників, м'яко кажучи, дивна. Замість того щоб чесно визнати недоліки й неякісність АКДП, усунути їх (або припинити виробництво!), як це повинно бути у випадку дійсної турботи про здоров'я дітей, вони стають у позу несправедливо ображених. Але така реакція може бути тільки у того, хто або неповністю розуміє всю небезпечність своєї діяльності (тоді їм нема чого робити ні в науці, ні в організації охорони здоров'я), або усвідомлює небезпечність препарату й тепер намагається уникнути відповідальності, шельмуючи фахівців, які це висвітлили. Дякую за звернення до уряду, за те, що знайшлися фахівці, що взяли на себе сміливість підняти це дуже багатогранне питання, поставши на захист дітей від «охоронителів» нашого здоров'я. Батьки повинні знати, що саме вводять їхнім дітям, від чого діти можуть стати інвалідами на усе життя, і хто винний у цьому. Але має бути конкретна людина або група людей, які дали дозвіл на застосування ртутної солі у дитячих препаратах у нашій країні. Хто вони?»⁴⁴.

Читачі здогадуються, що усі ці виступи, усі висновки висококваліфікованих та дійсно незалежних фахівців, які не годуються від щеплень, залишилися голосом волаючого у пустелі. Ніхто й не помислив виправдовуватися або пояснювати, хто, коли й на підставі яких досліджень дозволив використання ртуті у вакцинах, так ще й у купі з формальдегідом, і чому цей дикий абсурд триває. Для ілюстрації ставлення «протівної сторони» – вакцинаторів – наведу такий приклад. У своїй біографічній книзі радянський розробник вакцин В. Е. Жемчугов розповідає, зокрема, про спільний з компанією «Ледерле» проект будівництва заводу з виробництва вакцин у Любучанах, де розташовувався його НДІ (на проєкті поставив хрест серпневий путч 1991 р.): «У середині 80-х років з виступу

⁴⁴ Там само.

«Комсомолки» почалася дика кампанія з дискредитації вакцинації взагалі, противодифтеритної вакцини зокрема, й у цілому вітчизняних вакцин. Нам, як професіоналам, смішно було читати, що «вакцина АКДП отруєє дітей «мертіолятом натрію, що міститься у ній»! «Увесь світ консервує білкові препарати мертіолятом, доза ртуті, що потрапляє до організму з вакциною, у багато разів менше за ту, яку можна одержати, пройшовшись уздовж жвавої автотраси! Друкованому слову в нас довіряють завжди, а тоді вірили особливо, тому суспільна думка вимагала імпорتنних препаратів. Ідея спільного виробництва дитячих вакцин, що виникла, була дуже продуктивною для обох сторін. Американці одержували додатковий ринок збуту колосальних розмірів; ми піднімалися до рівня GMP (Good manufacturing practice. – О. К.) у виробництві такого делікатного продукту, як жива вакцина, зберігали колектив, розвивали науку»⁴⁵. Інтерес сміхотливих «професіоналів» цілком прозорий, а увагу тут привертає їхня волаюча некомпетентність, схильність шукати винних за допомогою конспірологічних теорій, бездумність, небажання розібратися у проблемі, ні на чому не заснована самовпевненість і при цьому кивання на «цілий світ», досвід якого нібито дає індульгенцію нічого не контролювати й не проводити жодних власних досліджень безпечності препаратів, які вводять дітям парентерально.

Закінчуючи викладення фактів про ртуть, я хотів би процитувати висновок проф. Хейлі про те, що визначення «безпечного рівня ртуті» – нісенітниця, оскільки токсичність ртуті, яка потрапила до організму, залежить від безлічі факторів, таких як синергізм важких металів, дієта, лікування антибіотиками, генетичний фон та ін., і що конче необхідно зайнятися якнайшвидшим видаленням ртуті з біоматеріалів і ліків, що має величезне значення для здоров'я людей⁴⁶.

Проблема наявності у вакцинах високотоксичних речовин – одна з найважливіших у сучасній вакцинопрофілактиці, однак за умов фактичної безконтрольності виробників вакцин чекати на її вирішення найближчим часом навряд чи доводиться.

⁴⁵ Жемчугов В. Е. Как мы делали химические вакцины. М., 2004, с.169. Цікаво, що після провалу цього проекту на порядок денний вакцинаторів став новий – виробництво протизапальних засобів, що також провалився (с.172). Читаючи про ці безуспішні спроби розробників та виробників вакцин знайти собі зайнятість на фронті боротьби з життям у тій чи іншій формі, мені згадалося, що відома компанія з виробництва вакцин «Авентіс Пастер» є дочірньою компанією тієї самої «Хехст», що разом з «БАСФ» і «Байером» виникла на місці нацистської «І. Г. Фарбен», яка виробляла газ «Циклон Б» для знищення мільйонів людей. Певна річ, вакцини до злодіянь нацистів відношення не мають, це лише звичайний вигідний бізнес, з тим же успіхом «Авентіс» могла б виробляти вітаміни або таблетки від головного болю. Але я впевнений, що Ерих Фромм убачив би у таких збігах безсумнівну тенденцію до некрофільії і взяв би їй до своєї «Анатомії людської деструктивності».

⁴⁶ Haley B. Mercury...



Про натуральну віспу і не тільки: з чого все починалося

Історія вакцинації та міфів, пов'язаних з нею, бере свій початок зі щеплень проти натуральної віспи, тому я визнав за необхідне присвятити цій хворобі окремий розділ¹. Вважають, що вірус натуральної віспи людини² з'явився за 10 тис. років до н.е., через невідомі причини він еволюціонував від порівняно нешкідливого вірусу тварин, що одомашнені людиною. Незважаючи на ствердження, яке все ще зустрічається не тільки у науково-популярній, але й у серйозній науковій літературі, що натуральна віспа як вкрай небезпечна хвороба відома людству вже багато тисяч років (деякі ентузіасти навіть готові вважати наявність незрозумілих шрамів на обличчях декількох мумій серйозним науковим доказом наявності віспи у Давньому Єгипті), немає достовірних відомостей про те, що ця хвороба серйозно турбувала людське суспільство до початку нової ери. Деякі епідемії давнього світу, що наводять як приклад (епідемія, описана Фукидидом, що сталася у Афінах під час Пелопонеської війни), а, також ті, що згадуються у Біблії, були, найімовірніше, епідеміями чуми або тифу. Крім убогості історичних джерел та описів, які не дозволяють зробити однозначного висновку про природу хвороб, що тоді зустрічалися, необхідно пам'ятати й про те, що поширення натуральної віспи може підтримуватися лише у досить великих людських колективах, що живуть скупчено, яких у стародавності було зовсім небагато. Ми вірогідно знаємо, що в епідемічних масштабах натуральна віспа з'явилася в Китаї у III ст. н.е.; там само, імовірно, вперше в історії людства почалися й пошуки засобів для її запобігання. З Китаю віспа потрапила до Індії, а звідтіля – до Близького Сходу, де вона вперше стала відома у VI ст. н.е. Її раптове виникнення серед військ абисинців під час облоги Мекки у 569 або 571 рр., змусило їх припинити облогу й залишити поле битви. Тим же шляхом (Китай-Індія-Близький Схід), але значно пізніше, пройшов і метод

¹ Докладно історія натуральної віспи та боротьби з нею, включаючи досліді Дженнера та його послідовників, буде викладена у моїй книзі «Щеплення: держава проти громадян».

² Саме *натуральна віспа*. Назва «чорна віспа», яке ще зустрічається у деяких малограмотних авторів, насправді є просторічним найменуванням лише найважчого варіанту перебігу натуральної віспи, а саме геморагічного, а не захворювання у цілому. Надалі в цьому розділі я використовуватиму терміни «натуральна віспа» та «віспа» для позначення тої ж самої хвороби, що викликається вірусом *variola*.

інокуляції³, або профілактичного зараження за допомогою внесення віспяного гною, що практикувався у Піднебесній імперії серед вищих верств вже з X ст. якимось кланом професійних інокуляторів. Широкому загалу цей метод став відомим тільки у XV ст., а у XVII ст. він вже був широко розповсюджений серед китайців. В Індії проведення інокуляцій було обов'язком особливої групи брамінів⁴ й входило до ритуалу поклоніння богині віспи Маті (так намагалися пом'якшити її вдачу й врятуватися від зараження натуральною віспою).

Перший точний опис натуральної віспи було дано тільки у X ст. знаменитим іранським вченим-енциклопедистом й лікарем Разі (865-925 або 934), який занотував м'який та досить безпечний характер цієї хвороби. У Європу натуральна віспа потрапила із хрестоносцями, що поверталися з Близького Сходу, і до самого кінця XVI ст. не створювала серйозних проблем, залишаючись досить доброякісною хворобою молодшого дитячого віку⁵. Пов'язано це було, вочевидь, з переважанням «м'якого» різновиду віспяного вірусу, який називається *variola minor* і дає смертність менше 1% та залишає сумно відомі віспяні рубці менш ніж у 5% випадків. З конквістадорами віспа потрапляє до Америки, де у середовищі генетично відмінного від європейців населення робить справжні спустошення (втім, смертельними для корінного населення обох Америк виявилися також і кір, і паротит). Наприкінці XVI – початку XVII ст. характер віспи в Європі змінився у гіршу сторону, що було викликано появою на сцені іншого, набагато небезпечнішого, вірулентного різновиду віспяного вірусу – *variola major*, який дає смертність до 30%. Почалися віспяні епідемії, які за-

³ Від лат. *inoculare* – пересаджувати, переносити (Арнаутов Г. *Terminologia medica polyglotta*. Медицинская терминология на пяти языках. София, 1979, с. 214). Взагалі ідея штучного зараження інфекційними хворобами відома різним людським культурам з давніх часів. Іноді вона мала раціональний ґрунт, коли спостереженнями встановлювалося, що перенесення тієї або іншої хвороби у легкій формі могло запобігти цій хворобі або її особливо важкій формі в майбутньому, але часто носила винятково релігійно-культуовий характер і мала під собою не більше підстав, ніж молитви російських селян «матінці віспи». Із продуктів хвороб, якими проводилося штучне зараження, можна згадати, наприклад, мокротиння хворих на бронхопневмонію або гній із сифілітичного шанкеру, які використовувалися з незапам'ятних часів (Намбія, Сенегал, Конго).

⁴ Техніка проведення інокуляції брамініми докладно описується у листі д-ра Дж. Холвелла, відправленому їм президентові Королівської колегії лікарів у 1747 р. Див. Hedge B. M. Vaccination in India *JAPI* 1998, vol. 46, 5:472-473. Дякую д-рові Б. Хеджу (університет у Маніпалі), який люб'язно надіслав мені копію своєї статті.

⁵ Вперше це було показано проф. Чарльзом Крейтоном у його знаменитій книзі «Історія епідемій у Британії» (Creighton C. *History of Epidemics in Britain*, Cambridge, 1891-1894) і повністю підтверджено у порівняно недавній статті Carmichael A. G., Silverstein A. M. Smallpox in Europe before the Seventeenth Century: Virulent Killer or Benign Disease? *J Hist Med Al Sc* 1987; 42:147-168.

бирали все більше життів, що й започаткувало активні пошуки засобів запобігання цій хворобі в Європі. Дітям вдягали одяг хворих на м'які форми віспи, до дитячих коликосок клали овечі шкіри, просочені гноєм з віспяних пухирців. Влаштовувалися й «віспяні вечірки», куди приводили дітей, які не хворіли на віспу, для того, щоб вони могли заразитися від хворого м'якою формою та стати несприйнятливими до хвороби. Тут, однак, слід зазначити, що натуральна віспа *не належить* до числа тих хвороб, перенесення яких забезпечує довічний імунітет, як це звичайно буває у випадках кору, паротиту або краснухи, але все-таки дає захист на якийсь час від повторної атаки хвороби.

З Близького Сходу практика інокуляції потрапила до Османської імперії, й наприкінці XVII – початку XVIII стт. цей метод став відомий європейцям. Наприкінці 1717 або початку 1718 р. дружина посла Англії в Константинополі, Мэрі Уортлі Монтегю (1689-1762), яка сама нещодавно перенесла віспу у важкій формі та втратила через неї двадцятирічного брата, вирішила піддати процедурі інокуляції свого п'ятирічного сина, а в 1721 р. – ще й маленьку доньку, вже в Англії. Ці процедури закінчилися вдало, і леді Монтегю звернулася до принцеси Уельської, Кароліни, пропонуючи їй у такий самий спосіб захистити власних дітей та сприяти подальшому поширенню інокуляції. Принцеса сповістила про свій намір чоловіка, короля Георга I, а той повелів провести додатковий експеримент. Шістьом ув'язненим Ньюгетської в'язниці, засудженим до смерті, було запропоноване помилування в обмін на згоду брати участь у експерименті. Усім шістьом було інокульовано натуральну віспу. П'ятеро занедужали на легку форму хвороби, а ще в одного, який імовірно раніше хворів на віспу, ніякої реакції не виникло взагалі. Експеримент був розширений за рахунок п'яти немовлят – сиріт віком від п'яти до чотирнадцяти тижнів⁶. Його результати також були визнані успішними, і тоді принцеса Уельська зважилася інокулювати двох своїх доньок. І тут усе пройшло без

⁶ Відтоді саме найбеззахисніші – контингент притулків, будинків дитини й аналогічних закладів – традиційно є найбільш зручним людським матеріалом для вакцинаторів. Нещодавні радянські приклади досліджень щеплень на дітях задокументовані у доповіді Російського Національного комітету з біоетики при АН РФ «Вакцинопрофілактика и права человека», М., 1994 р. От що пише вірусолог Г. П. Червонська у своєму матеріалі «Міфи та правда про щеплення», який входить до доповіді: «Творці й контролери лікарських біологічних препаратів – вакцин та сироваток – вивчають свої витвори на дітях. В умовах російського правового неучтва ризик того, що батьки поставлять вченим малоприємні питання, практично зведений до нуля. Я вже не кажу про школи-інтернати, де зовсім спокійно вивчається будь-яка вакцина... Представлені факти з використанням «добровольців» вітчизняними лікарями-експериментаторами говорять про те, що досліді проводяться у «повній відповідності з етичними нормами країни, де здійснювалося дане випробування»... Однак ці «норми» не мають нічого спільного з загальнолюдськими цінностями та

проблем. Однак вже восени того ж 1721 р. сталося кілька смертей інокульованих від щепленої їм натуральної віспи і, крім того, померли кілька людей, що заразилися віспою від інокульованих. Мода на інокуляції, що так і не встановилася, до кінця 1720-х років повністю зникла – як внаслідок очевидної небезпеки віспи для інокульованих та для контактуючих з ними, так і внаслідок сумнівної користі самої процедури (були зареєстровані випадки, коли начебто успішно інокульовані пізніше занедужували на віспу, причому в найважчій формі). Пожвавлення інокуляційної практики припало на початок 1740-х рр., коли з'явилися нові, безпечніші, методи інокуляції. Гній для інокуляції брали тепер не з пустул *хворого на віспу*, а з пустул, що утворюються у *здорового щепленого*. Згодом вдосконалили і цей метод – брали вже навіть не гній з дозрілої пустули, а лише запальний ексудат на самому початку формування пустули. Цей метод був названий на честь англійського інокулятора Данієля Саттона (1735-1819), що і запропонував його. Хоча захисна сила цієї процедури також викликала дуже великі сумніви, вона стала набагато безпечнішою. Зменшилася кількість як постраждалих інокульованих, так і тих, хто заразився від них. У 1768 р. російська імператриця Катерина II, яка панічно боялася віспи, доручила президентові Медичної колегії барону А. Черкасову (1730-1788) знайти інокулятора для неї та спадкоємця престолу. Той запросив Томаса Дімсдейла⁷ (1712-1800), який незадовго до того став учнем та послідовником Саттона, і Дімсдейл зробив інокуляції за Саттоном їй та її синові Павлу, за що був обдарований титулом барона, 10 000 фунтів стерлінгів на місці і ще 500 фунтами щорічної ренти (повернувшись в Англію, збагатілий інокулятор став банкіром у Корнхиллі). Своім указом Катерина заснувала у Санкт-Петербурзі Віспяний дім й оголосила інокуляції обов'язковими. Насильство, що супроводжувало інокуляції, та епідемії, які йшли за ними, ставали приводом до селянських «віспяних» бунтів, що нещадно придушувалися владою. Незважаючи на активну пропаганду інокуляції (у 1754 р. Королівська колегія лікарів Британії навіть оголосила їх «великою користю для людської раси»), великого впливу на віспяні епідемії інокуляції не мали. Кількість інокульованих залишалася порівняно невеликою,

зі світовою практикою, принципами й положеннями, викладеними у статті 1 Нюрнберзького кодексу, а також у частині 2, статті 1 Гельсінкської декларації та частини 1, статті 9 Токійської та Венеціанської декларацій. Світова громадськість довгі роки вводилася у оману дезінформацією, свідомо помилковими заявами про те, що: «Відповідно до Радянського законодавства подібна практика в СРСР неприпустима» або: «У СРСР, на відміну від багатьох інших країн, випробування нових препаратів... не можуть проводитися на здорових добровольцях, оскільки це не виправдано з етичної та наукової точок зору...».

⁷ У російських джерелах його також називають Дімсдалем або Дімсталем.

а епідемії, що регулярно спалахували слідом за інокуляціями, (не кажучи вже про випадки захворювання та смерті інокульованих, що все-таки відзначалися, незважаючи на всі заходи безпеки) ставили під велике питання доцільність цього заходу. Після смерті декількох високопоставлених осіб, у 1762 р. інокуляції були заборонені в Парижі. До кінця XVIII ст. інокуляції стали занепадати вже повсюдно.

У той час на сцені з'явилася нова діюча особа – англійський хірург і аптекар Едвард Дженнер (1749-1823) з містечка Берклі у графстві Глостершир. Раніше за допомогою особистих зв'язків та наукової праці досить сумнівної якості, присвяченої життю зозуль, куди він залучив вигадки свого юного племінника Генрі, якому доручив вести спостереження (і тому був змушений її терміново відкликати і переробляти), він придбав титул FRS (член Королівського товариства). Декількома роками пізніше за 15 гіней та два рекомендаційні листи від друзів він купив собі титул MD (доктор медицини) у шотландському університеті Сент-Ендрюс. Сам Дженнер ніколи не вивчав медицини у стінах академічних установ, а право на роботу в якості хірурга він отримав після навчання спочатку в місцевого сільського хірурга на прізвище Ладлоу, а потім у видатного лондонського хірурга та натураліста Джона Хантера (1728-1793). Десь наприкінці 1780-х рр. до Дженнера дійшли чутки, що гуляли сусіднім Дорсетширом, про хворобу, що зветься коров'ячою віспою, яка здатна захистити від віспи натуральної. У 1777 р. дорсетширський фермер Бенджамін Джасті (біля 1736-1816) вніс швацькою голкою вміст міхура коров'ячої віспи двом своїм дітям та дружині, для якої пізніше довелося викликати лікаря, щоб ліквідувати наслідки цієї «профілактики». Дженнер спробував з'ясувати в колег, чи відповідають дійсності чутки про такий захист від віспи. За наявними нині у розпорядженні істориків відомостями, він отримав однозначну відповідь, як від лікарів, так і від ветеринарів, знайомих з цією хворобою, що «захист» – це звичайна сільська вигадка, за якою не стоїть нічого серйозного. Коров'ячою віспою на той час називалася хвороба сосків коров'ячого вимені, що виникала у період лактації, звичайно навесні або влітку, як правило при грубому доїнні корів. Її не бувало ні в биків, ні в телят, ні в телиць. При ній виникали великі міхури (пустули), що пізніше наповнювалися гноем, та заподіювали тварині чимале занепокоєння й призводили до зниження удоїв. При контакті з пустулами коров'ячої віспи хвороба могла перейти на руку дояра або доярки, призводячи спочатку до утворення аналогічних пустул, а потім до стійких виразок, що вимагали лікування. Цю хворобу, як повідомили Дженнеру його колеги, з людською натуральною віспою не споріднювало нічого, окрім назви (яка, імовірно, й спричинила виникнення чуток) та дуже віддаленої подібнос-

ті висипань на везикулярній стадії. Однак, одержавши такі відповіді, Дженнер нітрохи не вгамувався. Не маючи у своєму розпорядженні коров'ячої віспи (далі ми ще поговоримо про крайню рідкість цієї хвороби), у 1789 р. він вніс під шкіру свого півторарічного сина гній з пухирця на шкірі свині (Дженнер вважав, що це свиняча віспа), а потім інокулював його послідовно п'ять разів, переконавшись (з його власних слів), що інокуляція «не береться». Можливо, вся ця історія закінчилася б благополучно, не зроби Дженнер інокуляцію ще раз через два роки. Розвинулося важке бешихове запалення руки, що потребувало найенергійнішого лікування. Хоча дитина від бешихового запалення й вилікувалася, після цього випадку вона перетворилася на кволу хворобливу істоту, що страждала на розумову відсталість. У віці 21 року він помер від туберкульозу.

Для Дженнера, який опублікував пізніше, у 1801 р., свою чергову вигадку – що він займається проблемою коров'ячої віспи майже 25 років⁸, було б неважко назбирати багату колекцію повідомлень про те, що люди, які раніше хворіли на коров'ячу віспу, пізніше занедужували на віспу натуральну, або що спроба їх інокулювати приводила до абсолютно тих самих результатів, що й у тих, хто на коров'ячу віспу ніколи не хворів. Однак він відшукав дванадцять випадків, коли ті, хто перехворів (за їхніми власними словами) багато років тому коров'ячу віспу, пізніше виявлялися нечутливими до інокуляції або не заража-

⁸ Жодному з навіть найшанобливіших та найзахопленіших біографів Дженнера (на кшталт Барона) не вдалося виявити ні єдиного свідчення, що той що-небудь чув про коров'ячу віспу до 1787-88 рр., коли почав розпитувати знайомих лікарів та хірургів про цю хворобу. У пізніших працях інших «істориків медицини», зокрема й російських, дженнерівська вигадка обросла вже зовсім неймовірними й фантастичними подробицями: «Англійський сільський лікар Едуард Дженнер... користуючись порадами видного патолога й хірурга Джона Гантера... довгостроково проводив численні досліді над різними видами тварин (чотириногі, птахи): спостерігав за перебігом віспи у них, передачею зараження, випадками несприйнятливості» (*Заблудовский П. Е. и др. История медицины. М., 1981, с. 149*). Звичайно, публікація цієї відвертої нісенітничі, ще й в офіційному підручнику з історії медицини, не могла б стати можливою, якби не майже двохсотрічне промивання мозків й замовчування реальних фактів з історії щеплень. Вважаю, що читачам буде цікаво довідатися, що видний та шановний французький доктор Жан Вердьє опублікував у 1801 р. шістнадцятисторінкову брошуру під назвою «Критичний й аналітичний погляд на вакцину та вакцинацію», у якій він охарактеризував захист коров'ячою віспою як дурну вигадку, яка могла народитися скоріш у порожніх головах базик та ледарів, ніж тих, хто має реальний досвід спостереження за цією хворобою, тому що анічогісінько спільного між двома віспами, окрім подібності у назві, немає. Крім інших досить розумних думок, висловлених у своїй роботі, Вердьє визначив крайньою дурістю й нерозсудливістю те, що ніхто не вивчав й навіть не намагався вивчати побічні ефекти вакцинації, намагаючись простежити подальший стан здоров'я щеплених, і пророчо відмітив, що ця процедура, якщо стане масовою, може дати початок новим хворобам.

лися на натуральну віспу під час чергового її спалаху. Крім того, 14 травня 1796 р. він провів експеримент над іншою дитиною, цього разу чужою. Декількома надрізами ланцетом він у присутності свідків вніс під шкіру восьмирічному Джеймсу Фіппсу, синуві свого садівника, вміст пустули з руки доярки Сари Нельмс, що заразилася коров'ячою віспою. Це перше щеплення, що стало широко відомим, залишилося, зі слів Дженнера, без серйозних наслідків⁹, а шістьма тижнями пізніше він інокулював дитину. Незважаючи на те, що насправді Дженнер одержав у нього *абсолютно такі ж симптоми, що бувають при стандартній інокуляції за Саттоном* (кілька пустул, слідом за якими йшла коротка лихоманка), він чомусь вирішив, що інокуляція *не вдалася* і це підтверджує його припущення, що коров'яча віспа захищає від віспи натуральної. Науковий багаж з 12 спостережень та одного експерименту над Фіппсом¹⁰ були представлені у статті, надісланій Дженнером до Королівського товариства, що раніше розмістило у своїх виданнях дженнерівську статтю про зозуль. Цього разу, однак, у публікації йому було відмовлено, тому що було вочевидь неможливо опублікування настільки убогого матеріалу без ризику стати предметом посмиховиська, хоча Дженнер і мав багаторічні особисті зв'язки з президентом й секретарем товариства¹¹.

Дженнер змушений був примиритися з тимчасовою невдачею. У 1798 р. він продовжив свої досліді. Тепер він почав експериментувати із гноєм, що виділявся з запаленої кінської бабки при хворобі, що звалася кінським мокрецем. Дженнер вважав, що саме цей матеріал переноситься руками конюхів на коров'яче вим'я і є джерелом справжньої коров'ячої віспи. Перший же об'єкт його експериментів – п'ятирічний хлопчик на ім'я Джон Бейкер, якому Дженнер 16 березня 1798 р. увів рідину з виразки на руці конюха, зараженого

⁹ Примітно, що Дженнер у своїх публікаціях жодного разу не згадав про деталі цієї історичної події, але на підставі іншої, більш докладно описаної ним інокуляції одного конюха, можна припустити, що Дженнер інокулював *усі* об'єкти своїх експериментів за найм'якішим методом Саттона. Тому всі нинішні розмови апологетів щеплення «про смертельну дозу» й «страшний ризик великого медика» можуть викликати хіба що посмішку.

¹⁰ Згодом Дженнер, смакуючи ефект свого «відкриття», ще багато разів інокулював цього слабкого, хворобливого хлопчика (так і називаючи його поблажливо у своїх листах – «мій бідолашний Фіппс»), щоб переконатися, що ніякої реакції не спостерігається. Розбагатівши, Дженнер подарував Фіппсу котедж. Правда, як слід насолодитися чесно заробленим Фіппсу не вдалося – у віці 20 років він помер, як і син Дженнера, від туберкульозу.

¹¹ Див. *Vaxby D. Edward Jenner's Unpublished Cowpox Inquiry and the Royal Society: Everard Home's Report to Sir Joseph Banks Medical History 1999; 43:108-110.*

кінським мокрецем, помер від сепсису, що був викликаний інфікованим матеріалом¹². Крім нього, Дженнер заразив кінським мокрецем ще декількох дітей, і деяким з них потрібне було серйозне лікування через стійкі гнійні виразки. Нітрохи не піклуючись про їхню долю й навіть не намагаючись їх інокулювати й перевірити, чи є який-небудь «захист», 24 квітня 1798 р. Дженнер прямує до Лондону публікувати сенсаційні результати. Там він власним коштом наприкінці червня того ж року випустив брошуру «Дослідження причин та дії Variolae Vaccinae, хвороби, виявленої в деяких західних графствах Англії, зокрема, Глостерширі, та відомої як коров'яча віспа», яка містила найнеймовірніші вигадки. Так, наприклад, він стверджував, що коров'яча віспа, перенесення якої не дає ніякої гарантії від повторного захворювання на неї, у той же час захищає *на все життя* від натуральної віспи. Нічого подібного історія медицини ніколи не знала і, зрозуміло, й знати не буде, тому що це суперечить будь-якій логіці. Десяток інокуляцій, що «не взялися», зроблених їм літнім конюхам, які за їхніми власними словами перенесли у дитинстві коров'ячу віспу, плюс історія із «бідолашним Фіппсом» були представлені ним як кращий доказ захисної сили останньої.

Події, що відбулись услід за цим, – не менш фантастичні, ніж твердження Дженнера, – назавжди залишаться кращим свідомством про те, що котам не варто доручати охорону сметани. Багато лікарів та хірургів побачили в запропонованому Дженнером бізнесі щеплень джерело фантастичного особистого збагачення. Незважаючи на зростаючу критику з боку тих небагатьох лікарів та ветеринарів, які або були обізнані в обговорюваному питанні незрівнянно краще за Дженнера, або вирішили власноруч перевірити справедливість дженнерівських заяв і виявили, що за ними не стоїть нічого серйозного, 36 ведучих лікарів і хірургів Лондона 19 липня 1800 р. опублікували у «Морнінг геральд» свою заяву, у якій урочисто проголошували, що той, хто один раз переніс коров'ячу віспу, стає відмінно захищеним (perfectly secured) від натуральної віспи, і що коров'яча віспа – набагато м'якша хвороба, ніж інокульована натуральна віспа. У січні 1801 р. під цією заявою додалося ще 30 підписів. Аналогічні заяви було зроб-

¹² Про це Дженнер у своїй статті 1798 р. скромно згадав у такий спосіб: «На 8-й день хлопчик був вже вільний від свого нездужання... але виявився непридатним для інокуляції, тому що незабаром після експерименту він занедужав на лихоманку у робітному будинку» (виділене мною – О. К.). Подумати тільки, який збіг! Ідея пояснення ускладнень була творчо розвинена його послідовниками: що б поганого не сталося після щеплення – це з ним не пов'язане. У наступній статті, також надрукованій ним окремою брошурою, у 1799 р., Дженнер усе-таки повідомив, що хлопчик помер – імовірно, від бешихового запалення.

лено медиками Йорка, Лідса, Честера, Дарема, Іпсвича, Оксфорда та інших великих міст. На теоретичному ж рівні Дженнер, який не міг не бачити, що ні коров'яча віспа, ні кінський мокрець, ні будь-який інший отриманий від тварин гній не в змозі захистити від натуральної віспи, запропонував наступне воістину геніальне за своєю простотою пояснення. У другій своїй статті «Подальші спостереження за *Variola Vaccinae* або коров'ячою віспою» (1799), Дженнер оголосив, що існує два типи коров'ячої віспи – справжня та хибна. Справжня – це та, після щеплення якої в пацієнта немає огидних гнійних виразок, і він не занедужує на натуральну віспу. В іншому випадку щеплення робилося хибною коров'ячою віспою. Зрозуміло, що ні єдиного натяку – яким же чином треба розрізняти ці віспи-близнюки, Дженнер не дав – ні тоді, ні коли-небудь згодом. Прикладом схожої аргументації може бути перевірка отруйності грибів: з'їв і не отруївся – виходить, вони неотруйні, з'їв й отруївся – отруйні... Чергове дженнерівське відкриття було сприйнято з неменшим ентузіазмом. Тепер будь-який випадок (а таких було безліч) захворювання на натуральну віспу тих, хто вже одержав «рятівне щеплення», можна було преспокійно списати на хибність коров'ячої віспи.

Хоча крім найвищою мірою сумнівних результатів, отриманих при інокуляціях раніше щеплених коров'ячою віспою, не було ніякого серйозного доказу горезвісної захисної сили (і взагалі реальним випробуванням міг бути лише стан здоров'я «врятованого» коров'ячою віспою після безсумнівного контакту з інфекцією, а не інокуляційні тести¹³), на Дженнера посипалися почесні. Його було обрано почесним членом кількох наукових академій (про що завбачливо він подбав власноруч, розсилаючи свої статті та свідоцтва наявності в нього MD, FRS по європейських університетах, щоб ті знали, з якою непересічною особистістю вони мають справу), і звідусіль надходили схвалення й висловлювання захвату таким чудовим відкриттям. Не залишилася осторонь від новомодного захоплення й Росія. Першим з російських лікарів щеплення коров'ячої віспи зробив у 1801 р. відомий російський хірург, анатом та фізіолог д-р Е. О. Мухін (1766-1850)¹⁴. Як читачі вже можуть здогадатися, об'єктом для експерименту був обраний

¹³ Тут ще слід зазначити, що багато хто з інокуляторів – серед яких і Томас Дімсдейл – відзначали, що після першої інокуляції, зроблена пізніше повторна дуже часто призводить до появи на шкірі тих самих елементів, і це зовсім не є абсолютним свідченням «невдачі».

¹⁴ Я підкреслюю тут «росіянин», тому що в деяких роботах з історії медицини зустрічається помилкове твердження, що Мухін зробив щеплення першим у Російській імперії. Насправді першим, імовірно, щеплення зробив відомий ризький лікар Отто Гун (1764-1832) 27 листопада 1800 р. Див. *Канел В. К характеристике русско-латышских научно-медицинских связей // Из истории медицины – IX. Рига, 1973, с. 46-47*

вихованець притулку, а саме московського Виховного будинку, на ім'я Антон Петров. Після щеплення він, за іменним наказом імператора Олександра I, одержав прізвище Вакцинов. Продовжив справу щеплення коров'ячої віспи у Росії інший відомий медик, хірург Ф. А. Гільтебрандт (1773-1845), який вже у 1802 р. встиг випустити свій хвалебний памфлет – «Про щеплення коров'ячої віспи». Приводячи це лише як факт, відмічу, що абсурдною є навіть думка про те, щоб у 1802 р., практикуючи щеплення у Росії лише протягом року, можна було переконатися в їхній рятівній силі. Переконатися можна було хіба що у протилежному!

Щеплення інфікованої рідини із гнійних виразок на коров'ячому вимені як чума поширювалося по світу. Ми й дотепер не знаємо, і вже напевно чи коли-небудь дізнаємося, чим саме Дженнер та його послідовники щепили своїх пацієнтів наприкінці XVIII – початку XIX стт. Коров'яча віспа була рідкою хворобою, гліцерин як матеріал, що запобігає розкладанню вакцинної лімфи, з'явився лише у другій половині XIX ст., а визначення наявності або відсутності вірусу у вакцинах взагалі стало можливим лише під кінець першої третини XX ст., коли віспа перестала бути серйозною проблемою у розвинених країнах. Практично протягом усього XIX ст. речовина для щеплень переносилася «від руки до руки», як робив це сам Дженнер з коров'ячою віспою та кінським мокрецем. А оскільки перші поставлені на широку ногу досліди із щепленнями проводилися під керівництвом д-ра Вільяма Вудвіля (1752-1805) в очолюваному ним Лондонському інкуляційному госпіталі, переповненому хворими на натуральну віспу, то досить небезпідставними є припущення про те, що матеріали з цього госпіталю були інфіковані вірусом справжньої натуральної віспи¹⁵. Гарний приклад на підтвердження цього – спалах віспи у 1800 р. в американському містечку Марблхеді неподалік від Бостона, куди доктор Бенджамін Уотерхауз (1754-1846), перший професор медицини в США, якого називають «американським Дженнером», привіз «чудесну лімфу» з вищезгаданого госпіталю. Ще відзначу, що в зараженому ним віспою Марблхеді добрий доктор Уотерхауз більш ніколи не з'являвся, не без підстав побоюючись за власну безпеку, про що він сам зізнавався у листах колегам по вакцинаторській гільдії. Фактично, щеплення лімфою з цього госпіталю були нічим іншим, як звичайними *інокуляціями*. «Американського Дженнера» вся ця історія, втім, нітрохи не збентежила – не відмовлятися ж через якусь епідемію від такого бізнесу! У серпні 1802 р. він взяв дев'ятнадцять

¹⁵ Про це писав і Крейтон у своєму творі «Дженнер та щеплення: дивний розділ в історії медицини», 1889 р. (про Крейтона ще буде сказано далі) і не дуже давно підтвердив на підставі своїх власних досліджень англієць Пітер Разель. Див. *Razzel P. Edward Jenner's Cowpox Vaccine: The History of a Medical Myth*. Caliban Books, 2nd ed., 1980.

сиріт з бостонського притулку (зрозуміло, звідки ж ще брати легкодоступний людський матеріал?) і прищепив їх тим, що сам іменував матеріалом коров'ячої віспи. Після цього дванадцять із них він інокулював, причому не за Саттоном, а за старим методом, активним гноєм з пустули справжнього хворого. Ні в кого інокуляція не «причіпилася». Для порівняння він взяв двох інших вихованців притулку, які раніше не хворіли на натуральну віспу і не були щеплені ним, та інокулював їх тим самим гноєм. До задоволення Уотерхаузу, обидві дитини занедужали на справжню натуральну віспу, причому у важкій формі. З їхніх віспяних пустул він узяв гній та інокулював ним все тих же дев'ятнадцять дітей. Для чистоти експерименту він навіть оселив усіх разом на двадцять днів – і хворих, і здорових «захищених». Оскільки ніхто з дев'ятнадцяти на віспу не занедужав, Уотерхауз заявив, що він єдиний у всій Америці володіє «справжньою, дійсно рятівною» лімфою коров'ячої віспи, люто нападаючи на інших ділків від вакцинації, які також намагалися заробляти на щепленнях коров'ячої віспи. Безсумнівно, Уотерхауз був куди послідовніше Дженнера у своїх експериментах та у неприкритому жадібному прагненні до наживи.

Жодні приклади паралельно зареєстрованих вакцинальних невдач та їхніх ускладнень не могли вже зупинити хвилю сліпого захвату. Нарешті знайдено рятівний засіб від напасті, що пошматувала людство! У деяких країнах випробування щеплень робилися про людське око (десяток щеплених та пізніше інокульованих), а в інших, наприклад, у Данії, щеплення щиро рекомендувалися... «на підставі досвіду Англії». Сам Дженнер, не гаючи часу, у 1802 р. звернувся до парламенту з петицією, у якій зажадав свого винагородження за відкриття засобу, *що забезпечує довічну несприйнятливість до натуральної віспи*. Для розгляду петиції Дженнера було створено спеціальний парламентський комітет. Дженнер, який не очікував такого ходу подій, збирався вже відкликати свою петицію, але очолити комітет цілком завбачливо доручили адміралові Берклі, одному з членів парламенту від Глостершира, особистому другові свого земляка Дженнера. Берклі запевнив Дженнера, що все буде у повному порядку. Хоча перед комітетом свідчили також хірург Бірч і доктори Роулі й Мозлі, що доводили всю абсурдність доказової бази «відкриття» й наводили приклади повного провалу щеплення коров'ячої віспи, до них ніхто не прислухався. Все, що свідчило проти стверджень Дженнера, було списано на хибну коров'ячу віспу, а все, що на їхню користь – приписано справжній. Перед комітетом з'явилися лікарі, які засвідчили, що дженнерівські щеплення дійсно захищають від натуральної віспи й не менш, ніж на все життя, і що Дженнер міг би сколотити пристойний капітал, якби зберіг своє відкриття у таємниці. Комітет, який складався з повних профанів у науці, відрапор-

тував до парламенту, що «відразу як нова інокуляція стане загальною, вона повинна повністю знищити одну з самих небезпечних хвороб, які коли-небудь зустрічалися людству». Дженнер одержав 10 тис. фунтів стерлінгів (близько 2 млн. на нинішні гроші).

Хоча найбільш гарячі послідовники Дженнера вже пропонували спалювати віспяні госпіталі через непотрібність, черговий спалах віспи, що почався у 1804 р. і захопив також Шотландію та Уельс, звернув дуже мало уваги на чудове й добре профінансоване дженнерівське відкриття, з успіхом вражаючи як «захищених» коров'ячою віспою (серед них і щеплених самим Дженнером, яких він запевняв, що робить це матеріалом справжньої коров'ячої віспи), так і незахищених. Ця епідемія дала підставу противникам щеплень для нових атак на Дженнера. З'явилися сумніви у преси. Пожвавішали й інокулятори на чолі з Саттоном, який вже було занепав духом. Все йшло до того, що на дженнерівське «відкриття» чекає повний провал.

Але Дженнер і тут не розгубився. Його фантастична спритність поступалася хіба лише його жадібності. Він звернувся до свого доброго знайомого, молодого лорда Генрі Петті (1780-1863), майбутнього лорда Ленсдауну, який обіцяв йому допомогти. Королівська колегія лікарів деклараціями багатьох своїх провідних представників у 1800-1801 рр. та парламентське преміювання Дженнера у 1802 р. вже встигли накріпко прив'язати себе до виразок на коров'ячому вимені і не могли тепер зійти з обраного шляху без побоювання перетворитися на посміховисько. Петті кинув рятівний круг лікарям, а ті витягли парламент. У липні 1806 р. Петті, який став міністром фінансів, відправив до короля парламентський запит, у якому просив монарха розібратися, чому щеплення *так повільно* поширюються країною. Зрозуміло, що «розібратися» з цим питанням було доручено лікарям, які прекрасно зрозуміли натяк, що містив запит: держава готова була фінансувати цей проект. Королівська колегія лікарів створила комітет, що пожертвував малим в ім'я порятунку головного. У звіті комітету, який побачив світ у 1807 р., було проголошено, що коров'яча віспа все-таки не рятує на все життя від віспи натуральної (цей висновок дуже обурило Дженнера). Вакцинації слід повторювати (що для тих, хто ними займається, було, зрозуміло, ще кращим)¹⁶. Дженнерівські міркування про дві коров'ячі віспи були визнані псевдовченням, але сама доктрина про

¹⁶ У багатьох країнах ще протягом довгих десятиліть намагалися чіплятися за дженнерівські вигадки, часто тільки для того, щоб не бути змушеними визнати власну дурість і легковір'я. У 1840 р. голова комісії з ревакцинації Французької Академії наук Седильо заявляв: «Прищеплювання коров'ячої віспи за силою і тривалістю своєї дії, яка охороняє, є недоторканною святинею; не посміємо ж ми торкатися до неї і не зробимо з наших оман зброї, яка могла б звернутися проти неї». Цит. за *Рейтц В.*

рятивну коров'ячу віспу – вірною. Від парламенту Дженнер одержав ще 20 тис. фунтів стерлінгів. Дженнеру також запропонували посаду почесного директора Національного інституту щеплень, створеного у 1808 р. для перекачування державних грошей до кишень медиків, і веліли більше ні про що не турбуватися. Дурість та зухвалість Дженнера, що лише множили ряди противників щеплень, робили подальше перебування у Лондоні «благодійника всього людства» небажаним¹⁷, але натяк Дженнер зрозумів лише тоді, коли всі до єдиної кандидатури, запропоновані ним на виконавчі посади інституту, були відкинута. Він подав у відставку, що була негайно й охоче прийнята; йому щиро побажали щасливої дороги на батьківщину¹⁸. У Лондоні «рятивник» з'явився лише ще раз, у 1814 р., щоб отримати схвалення можновладців з числа союзників, які святкували перемогу над Наполеоном і реставрацію Бурбонів. Розкрила йому свої обійми і Росія: «По закінченню наполеонівських війн Дженнер у 1814 р. відвідав Росію і був представлений Великій княгині Олені Павлівні та імператору Олександру I, який сказав йому: «Доктор Дженнер, Ви повинні бути дуже щасливим: усвідомлення добра, зробленого Вами людству, повинно бути для Вас джерелом невичерпної насолоди, і мені приємно чути, що Ви здобули собі подяку, похвалу і воздання від людей»¹⁹. У січні 1823 р. Дженнер помер від удару у своєму Берклі, вже майже ніким не згадуваний. Мавр зробив свою справу, створивши чудодійне джерело для збагачення медичної спільноти, і міг тепер спокійно піти у кращий світ. Щеплення тепер були поставлені на службу всієї професії.

Найприкрішим для прихильників щеплень під час всієї цієї активної метушні навколо вакцинальних годівниць, які створювалися на початку XIX ст. (у вигляді фінансованих державою організацій і приватних віспощепленевих бізнесів) було, однак, те, що натуральна віспа завзято не звертала на науково обґрунтовану боротьбу із собою

Критический взгляд на оспопрививание. СПб, 1873, с. 28-29. Власне, от на таких «недоторканих святинях» і страху перед «готовою обернутися проти них зброєю» суспільної неупередженої думки, і засновані ритуали щеплень. А Королівська комісія (див. далі) навіть у самому кінці XIX ст. стверджувала, що «лише у виняткових випадках вакцинація немовляти не забезпечує йому довічного імунітету проти натуральної віспи» (Fenner F. et al. Smallpox and its eradication. WHO, Geneva, 1988, p. 271).

¹⁷ Разом з тим можна відзначити, що спроба Дженнера почати власну практику щеплень у Лондоні завершилася повним провалом. Це зауваження до питання про пристойний капітал, який Дженнер нібито міг сколотити, не розкрий він людству свого секрету...

¹⁸ Чи не це мав на увазі малоосвічений радянський агітатор щеплень, який повідомив у своїй книзі: «Багато довелося пережити вченому, винести цюквання мраків і псевдовчених»? (Блинкин С. А. Вакцины защищают. М., 1983, с. 25).

¹⁹ Святловский В. В. Эд. Дженнер. Его жизнь и научная деятельность. СПб, 1891, с. 58-59.

ніякої уваги. Вакцинатори багатіли, а спалах слідував за спалахом і епідемія за епідемією. Громадськість, яка побачила всю марність щеплень (які вже рекламували не тільки як захисний засіб від віспи, але як порятунок взагалі від всіх хвороб²⁰), почала потихеньку повертатися до старих добрих і ледве не забутих на початку XIX ст. інокуляцій. Вже до 1813 р. відроджена інокуляційна практика набула таких масштабів, що лікарі намагалися заборонити її за допомогою парламенту, але спроба виявилася марною – законопроект було провалено. Щеплення не допомагали, інокуляцій ставало все більше, і до кінця 1830-х рр. вони вже становили очевидну конкуренцію щепленням коров'ячої віспи. Це не могло залишити байдужими вакцинаторів, престиж і доходи яких могли опинитися під загрозою. Ситуація у парламенті змінилася на користь прихильників щеплень, і «Союз меча та орала» – держави та лікарів – обернувся проти неосвіченої громадськості та її неосвічених звичок. Вже відомий нам Генрі Петті, лорд Ленсдаун, вніс у 1840 р. до палати лордів законопроект від імені Медичної асоціації, що пропонував заборонити інокуляції, тому що: 1) ті самі є джерелами поширення інфекції; 2) є кращий, надійніший і безпечніший засіб проти натуральної віспи, а саме щеплення віспи коров'ячої. Хоча крім іншого, високонауковою асоціацією було заявлено, що існує «повна подібність між коров'ячою та натуральною віспою, хоча їхні симптоми різні», навіть ця відверта дурість не викликала під час обговорення в парламенті жодної реакції (що є кращим доказом того, наскільки глибоко парламентарії хотіли розібратися в обговорюваному питанні). І медики, і законодавці були єдині між собою у тому, що коров'яча віспа – благо і порятунок, а від інокуляцій (як було вище зазначено, ще у 1754 р. проголошених Королівською колегією лікарів «великою користю для людської раси») суцільна шкода. Без зайвих зволікань, у тому ж 1840 р. законодавці

²⁰ Так, д-р Гіль, «головний віспощеплювач у Мюнхені», заявляв: «Ми зобов'язані вакцинації не тільки викорінюванням віспи, але й зменшенням смертності взагалі, зменшенням бідності, збереженням здоров'я і краси, збільшенням людських радостей...» (*Dr. F. Giel Die Schutzpocken-Impfung in Baiern. München, 1830, S. 166*). А д-р Краус, один з ініціаторів впровадження закону про обов'язкове віспощеплення в Баварії, у своїй книзі повідомляв: «Після вакцинації кості й хрящі підсилюються, діти раптом починають ходити; бліді, кволі золотушні діти стають здоровими і міцними; мозок і нерви розвиваються швидше, взагалі діти стають розумніше й гарніше; ідіотизм і кретинізм внаслідок вакцинації помітно зменшуються, навіть німі починають говорити» (*Dr. Krauss Die Schutzpockenimpfung. Nürnberg, 1820*. Цит. за *Рейтц В. Критический... с. 5-6 і 25-26*). Подібного роду «наукові повідомлення» стояли за введенням обов'язкового віспощеплення і в інших країнах. Шкода, що їхні автори не випробували щеплення на собі, щоб переконатися, що ті насправді ніяк не впливають ані на ідіотизм, ані на кретинізм.

ухвалили закон, відповідно до якого проведення інокуляції каралося місячним тюремним ув'язненням. Держава погодилася безкоштовно фінансувати щеплення дітям. Показово, що це була *перша* безкоштовна медична процедура у Британії в державному масштабі. Хоча були і чесні лікарі, які бачили всю абсурдність існуючого стану речей, стрімко набираючий вплив та статок медичний персонал майже об'єднався у своїй позиції із захисту щеплень ²¹.

Все це було добре, але через те, що заборона інокуляцій сама по собі не передбачала неодмінного звернення до альтернативного «надійнішого та безпечнішого засобу», то слід було усунути і цей прикрий недолік, зробивши щеплення обов'язковими. Медиків ставало дедалі більше, а натуральної віспи не меншало, незважаючи на всі щеплення, і, звичайно ж, було б прикро впустити таку просту й очевидну статтю доходу. У 1853 р. лорд Літтлтон за безневинною підказкою двох скромних лікарів Сітона і Марсона зі створеного у 1850 р. Епідеміологічного товариства, вніс приватний законопроект, що пропонував зробити щеплення дітям обов'язковими. Цього разу не треба було навіть обговорення – ні суспільного, ні парламентського. Слідом за німецькими державами, що ухвалили аналогічне рішення раніше (Баварія найперша у світі, ще в 1807 р.),

²¹ От свідчення німецького лікаря Зігмунда Вернера: «Я пам'ятаю той час, коли я, не звільнившись ще від схильності *jurare in verba magistri* (сліпо вірити у слова вчителів – О. К.), був натхнений вірою у благодійну силу вакцинацій, знаючи про них лише за чутками. Власні мої спостереження привели мене до протилежного погляду. Після того, як я кілька разів бачив вакцинні пустули одночасно з віспяним захворюванням або незадовго перед ним; після того, як на моїх очах вмирали від віспи такі люди, які були щеплені не тільки два рази, але й багато разів; після того, як я переконався, що вакцинація не має ні найменшого або тільки уявлюване запобіжне значення, як проти вітряної, так і проти натуральної віспи; після того, як я часто спостерігав, які серйозні захворювання і дурні наслідки заподіюються вакцинацією і ревакцинацією; і, нарешті, після того, як я занадто часто бував свідком, як діти цілком здорових батьків починали хворіти і потім буквально в'янути слідом за вакцинацією, або робилися найвищою мірою золотушними, - після таких очевидних фактів я повинен був з гарячого прихильника перетворитися на переконаного противника вакцинацій. І тепер, зробивши віспощеплення коров'ячої лімфи *3555-ти суб'єктам*, маючи, отже, достатньо випадків прийти до самостійного судження про позитивні якості обов'язкового віспощеплення, я змушений погодитися з думкою професора Йозефа Германа, що «*вакцинація належить до найбільших оман та ошукувань медичної науки*». А от цитата самого проф. Германа, який багато років був головним лікарем Віденської міської лікарні: «Я дивлюся на всю справу віспощеплення разом з її теорією як на найвульгарніше й шкідливе шарлатанство, і вважаю за образу чистої науки, коли віспощепленню приписуються якісь наукові ознаки» («*Die falschen Grundlagen des Reichs-Impfzwangsgesetzes von 1874, von Gustav Heymann*», 1882, с. 16-17. Цит. за *Бразоль Л. Е.* Дженнеризм і пастеризм. Критический очерк научных і емпірических оснований оспопрививания. Харьков, 1885, с. 138-139). Або ось слова д-ра Стувелла, сказані їм у 1870 р. (за плечима 25 років вакцинаторського стажу):

Британія легко зробилася країною, яка законодавчо наказала своїм громадянам ставати учасниками експерименту по щепленню хвороби, про природу та довгострокові наслідки якої ніхто не мав жодних уявлень, а всі її фантастичні успіхи у справі запобігання іншої хвороби були найчистішою демагогією, що не витримувала мінімальної об'єктивної наукової перевірки. Якщо б у цю справу не були змішані величезні гроші, пов'язані з виготовленням та «контролем якості» вакцинальних лімф, зі щепленням пацієнтів та їхнім оглядом до і після цієї процедури, лікуванням ускладнень після щеплень, які вважалися неминучими, найм'якшим з яких було запалення місця щеплення, дженнерівські фантазії привернули б не більше уваги, ніж «наукові дослідження» про тотальне омолодження організму за допомогою переливання крові, що з'явилися у тій самій Англії незадовго до його творів²² (притому за більш ніж 100 років до відкриття Карлом Ландштейнером у 1901 р. груп крові, так що читачі легко зроблять висновок про цінність і безпечність подібних спостережень та експериментів).

До розчарування вакцинаторів, громадськість, однак, знову не виявила масового бажання ні сама рятуватися коров'ячою віспою від віспи натуральної, ні рятувати у такий спосіб своїх дітей. Несприятливі наслідки щеплень для здоров'я та нездатність щеплень захищати від віспи були занадто очевидні²³. З огляду на те, що щеплення тради-

«...Щеплення – не просто ілюзія, але прокляття для людства. Іраціонально навіть стверджувати, що гнила матерія, взята з міхурів органічного походження, може будь-яким іншим способом впливати на людський організм, крім того, що буде наносити йому шкоду. Спочатку говорили, що щеплення захищає на все життя. Коли виявилось, що це не так, запропонували ревакцинацію кожний сьомий рік. І це провалилося. Тоді стали шукати необхідну коров'ячу віспу. Коровам робили уколи людської віспи і гніли виділення після цієї операції називали віспаю лімфою. Цю моторошну отруту вносять до людського організму, байдуже, які хвороби були у тварини і у людини. Нині це називається «справжньою вакциною». Ця чиста лімфа переносить від дитини до дитини хвороби. Госпіталів і аптек стало більше на 80%, і ця кількість зростає. Як там 450 лікарів у «Синій книзі», коли тільки в одному Лондоні 3000 лікарів?».

²² Те, що лікарі мають свої інтереси у питанні щодо щеплень, досить далекі від турботи про благо пацієнтів, завжди було секретом Полішинеля. Наведу цитату з доповіді, прочитаної у січні 1883 р. англійським лікарем Алінсоном: «Подивіться, які ми заробляємо на цьому гроші! За кожне щеплення виходить шилінг або шилінг і шість пенсів, так ще і премія за гарну роботу. Додайте сюди приватну практику – від шести пенсів до п'яти фунтів. Побачивши, як це оплачується, навряд чи ви підете до зацікавленої сторони за неупередженою порадою. Якщо ви хочете знати правду про щеплення, ідіть до тих, хто не робить на них ніяких грошей. Якби лікарі одержували шилінг, стріляючи у повний місяць для профілактики кору, вони б надали статистику, яка доводить, що немає ефективнішої практики, і що населення вимерло б, якби вона припинилася» (*Vaccine Inquirer*, 1883).

²³ Д-р Джон Скотт, лікар Манчестерської лікарні жіночих і дитячих хвороб, а також лютий поборник щеплень, заявив у публічній лекції «Віспа й щеплення» наступне:

ційно робилися за способом «від руки до руки», вони, крім інших принесених ними неприємностей, були ще й чудовим засобом передачі сифілісу, туберкульозу і навіть прокази²⁴. Хоча відсоток людей, які щепилися та щепили своїх дітей, збільшився, до необхідного вакцинаторам «охоплення» було ще далеко. Крім того, хоча закон і вимагав обов'язкового щеплення всіх дітей у віці до трьох місяців і передбачав покарання за невиконання цієї вимоги, він не забезпечував чіткого механізму застосування санкцій. Потрібні були час і новий закон, що призначав відповідальних за покарання і надавав їм відповідні повноваження. Такий закон без зайвої турботи провели через парламент у 1867 р. Тепер кожна дитина до тримісячного віку і кожна раніше не щеплена дитина віком до 14 років зобов'язані були одержати щеплення під загрозою штрафування батьків або тюремного ув'язнення у випадку неспроможності останніх або їхньої відмови платити штраф. Ні сплата штрафу, ні навіть відсиджування у в'язниці, втім, обов'язковості щеплення не скасовували. Батьків могли штрафувати (відповідно до закону, в усе зростаючих розмірах) і саджати до в'язниці необмежену кількість разів. Батьки також не мали права відмовитися від перетворення своєї дитини на донора вакцини: за першою вимогою вони повинні були дозволити вакцинатору взяти матеріал із утвореної після вакцинації пустули для щеплень іншим дітям. Зрозуміло, вакцинувалися і ревакцинувалися всі, хто перебував на державній службі – по-

«На моє запитання, скільки часу дитина хворіє, матері дуже часто відповідають: лікарю, вона взагалі не була здорова з моменту, як зробили щеплення. Не можна обійти того факту, що щеплення ненависні серед робітничого класу, принаймні, у Ланкаширі». Широку популярність отримала історія з німецьким шкільним інспектором, який на задане в одному з класів питання: «Чому мати ховала маленького Мойсея в очереті?», одержав відповідь: «Вона ховала його від щеплень!». Таких прикладів ставлення населення до щеплень можна навести чимало.

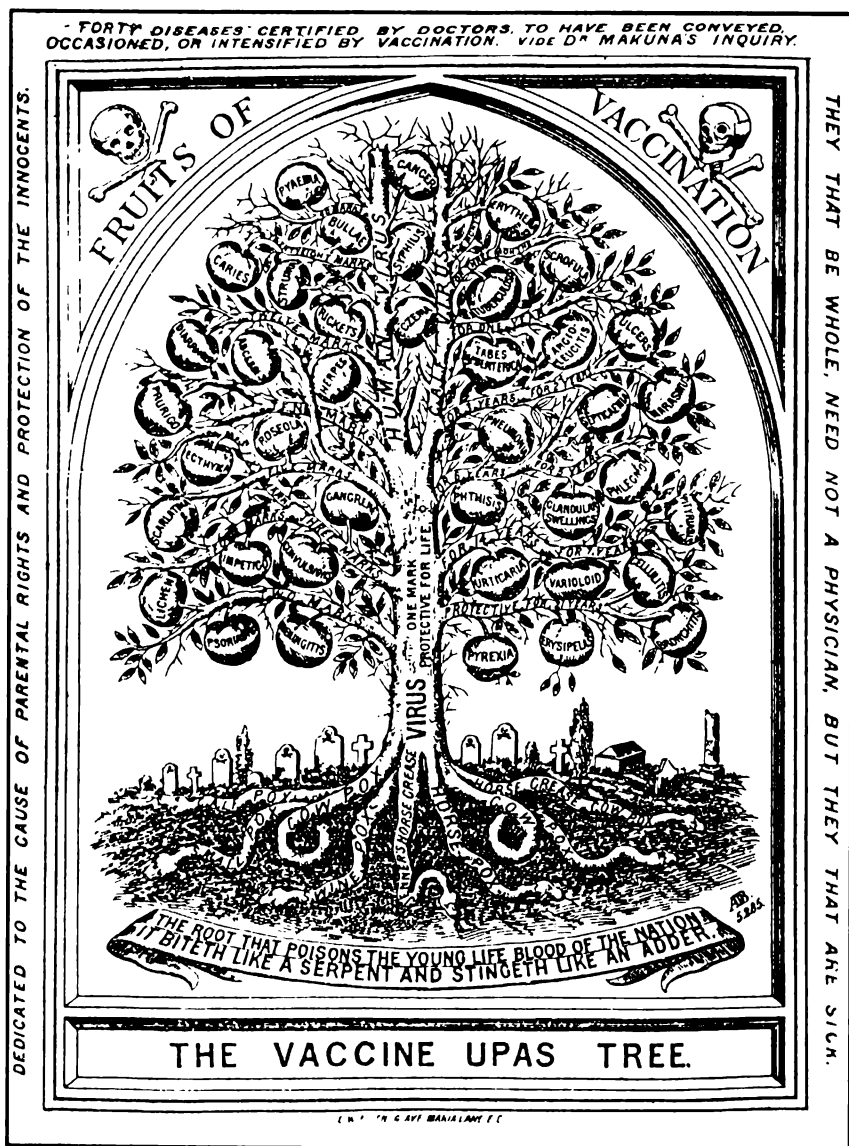
²⁴ Перші випадки зараження на сифіліс через щеплення були зареєстровані в Італії у 1814 р.; там само у 1861 р. у Ривальті 44 з 63 щеплених дітей були заражені на сифіліс, причому деякі заразили ним ще й матерів та няньок (*Fenner F. Smallpox... pp. 264-265*). У Спб-ському Виховному будинку у звіті за 1860 р. було повідомлено про 177 випадків зараження дітей на сифіліс під час щеплення їх від віспи (*Здекауэр Н.Ф.* О причинах возобновления оспенных эпидемий, несмотря на вакцинацию, и о мерах к ограждению от них. Спб, 1891, с. 10). Проф. Крейтон у своїй статті у 9-му виданні «Британської енциклопедії» (див. далі) зауважив, що у 1854 р., тобто на наступний рік після прийняття закону про обов'язкове щеплення, кількість випадків сифілісу у дітей у віці до 1 року виросла наполовину і з тих пір неухильно росте. Метод лабораторного виявлення блідої трепонеми, збудника сифілісу, був розроблений німецьким бактеріологом Августом Вассерманом (1866-1925) лише у 1906 р. У немовлят вроджений сифіліс може не мати ніяких клінічних проявів і, відповідно, інфікований ним міг не викликати ніяких підозру того, хто переносить вакцинальний матеріал від однієї дитини до іншої.

ліція, армія і флот, працівники залізничного транспорту – всі повинні були бути щеплені і через певний проміжок часу ревакциновані. Тотально всіх щепили у в'язницях, притулках та при загрозі епідемії у звичайних школах, взагалі не інформуючи батьків і вимагаючи лише сплати рахунку за зроблену процедуру. У боротьбу робітників за право на відмову від щеплень (навіть перед загрозою локауту) нерідко доводилося втручатися профспілкам²⁵.

Закон 1867 р. став останньою краплею в чаші суспільного терпіння. У тому ж році гомеопатом Ричардом Батлером Гіббсом була створена Ліга проти обов'язкових щеплень (*Anti-Compulsory Vaccination League*), яка відкрила безліч своїх відділень у різних містах. Саме ці відділення стали у 1870-х рр. осередком боротьби з насильницькими щепленнями в Англії. Священик Вільям Хьюм-Ротері та його дружина Мері створили у 1874 р. в Челтнемі Національну лігу проти обов'язкових щеплень, яка заохочувала цивільну непокору і «мучеництво через щеплення» (відмовлятися платити штрафи і йти через свої переконання до в'язниці). Шість бунтівників-членів піклувальної ради в Кейлі, які відповідали за застосування санкцій проти непокірливих громадян, не бажаючи ризикувати здоров'ям своїх дітей заради заробітку вакцинаторів, заявили, що вони підтримують Хьюма-Ротері, та відмовилися розправлятися з городянами, за що були відправлені до в'язниці у Лідсі. Їх проводжали три тисячі друзів і знайомих. Влада відчула, що цього разу вона явно переборщила, поспішила залагодити цю справу, і в'язнів незабаром звільнили. У всіх містах та околицях, через які вони поверталися додому, їх зустрічали святкові демонстрації, організовані місцевими філіями ліги Хьюма-Ротері.

У 1879 р. комерсант Вільям Тебб (1830-1917) почав видавати журнал, що швидко набув великої популярності, назву якого можна умовно перевести як «Дослідник Вакцинації» (*Vaccination Inquirer*). Першим редактором став книжний торгівець Вільям Вайт, а після його смерті у 1885 р. цю посаду посів Альфред Мілнз (всі – квакери). У 1880 р. невтомний Тебб, який за два роки до того відвідав США і створив там лігу проти щеплень, заснував Лондонське товариство за скасування обов'язкових щеплень (*London Society for the Abolition of Compulsory Vaccination*). Якщо ліга Гіббса вела, в основному, роботу у провінції, то створене Теббом товариство сконцентрувалося на лобі-

²⁵ Докладніше про це див. *Durbach N.* «They Might As Well Brand Us»: Working Class Resistance to Compulsory Vaccination in Victorian England *Soc Hist Med* 2000; (13)1:45-62. Дякую д-рові Надаву Давидовичу (Тель-Авівський університет), який звернув мою увагу на цю публікацію й люб'язно надіслав мені копії декількох статей, які цитуються у цій главі.



Карикатура 1885 р., на якій зображено «Прищеплювальний анчар» – дерево вакцинації, плодами якого є 40 різноманітних хвороб.

юванні скасування закону 1867 р. у парламенті. У 1896 р. Лондонське товариство та його філії злилися у Національну лігу проти щеплень (National Anti-Vaccination League)²⁶.

Протягом усього періоду, коли нашвидкоруч пеклися мов пиріжки нові закони, що знищували конкуренцію щепленням і робили їх обов'язковими на радість медичній спільноті, натуральна віспа, хоча й не зникала ніколи повністю з Британських островів, все-таки, здавалося, дала невеликий перепочинок, так що могло виникнути враження про деяку користь від щеплень. Жорстоке розчарування спіткало як англійців, так і інших європейців на самому початку 1870-х рр. Страшна, небачена досі епідемія натуральної віспи, що сталася на тлі майже тотально щепленого британського населення, повністю розвіяла ілюзії щодо вакцинації. Нараховуючи понад 200 тис. хворих, з яких 42 тис. померли, за своїми розмірами вона перевершила найтяжкі «дощепленеві» загальнонаціональні епідемії. Після цього дуже повільно (зрозуміло, вакциноватори оголосили, що епідемія була наслідком того, що щеплень було *мало*, і в найближчі кілька років, скориставшись суспільною інертністю, домоглися збільшення кількості щеплених), але вірно вакцинальний бізнес на натуральній віспі покотився під укіс. Довіра суспільства до щеплень проти натуральної віспи була підірвана остаточно, хоча до перемоги у боротьбі за право вільного вибору було ще дуже далеко. Медичний істеблшмент і його лобісти у парламенті робили все можливе для збереження законів про щеплення або, точніше буде сказати, вакцинального беззаконня. От лише один, але характерний приклад. У 1880 р. в уряді виникла цілком нормальна і фінансово вигідна для держави ідея про можливі послаблення для непокірних батьків, які не бажають щепити своїх дітей. Передбачалося замінити *багаторазові* штрафи (які часто однаково не платилися) і ув'язнення на *один* досить великий одноразовий штраф. Проти цього люто повстала майже уся «прогресивна медична громадськість» Англії. На боротьбу зі шкідливою пропозицією, що дозволяє відкупитися і вискочити з вакцинального капкану, виступили кращі медичні сили, і до міністра охорони здоров'я відправилася делегація, до складу якої входили президент Королівського товариства (ініціатор організованого протесту), президент Королівської колегії

²⁶ Про історію руху проти щеплень (або за скасування їхньої обов'язковості) в Англії див. *Porter D., Porter R. The Politics of Prevention: Anti-Vaccinationism and Public Health in Nineteenth-Century England Medical History* 1988; 32:231-252 і, особливо, докладну статтю *MacLeod R. M. Law, Medicine and Public Opinion: The Resistance to Compulsory Health Legislation 1870-1907 Public Law* 1967, pp. 107-128, 189-211. У цих двох статтях даються також короткі біографії головних діючих осіб руху проти щеплень в Англії.

лікарів, президент Королівської колегії хірургів, президент Головної медичної ради. У письмовому вітанні, відправленому пізніше Королівському товариству, його президент заявив, що «скасування повторних покарань за непокору закону є замахом... на можливість застосувати наукові принципи»²⁷.

Зараз нам важко навіть уявити, якої жорстокості та абсурдності досягла боротьба за обов'язковість щеплень²⁸. У той час як громадськість вимагала ухвалити закони проти насильницьких щеплень, що вбивали, калічили та заражали дітей, лікарі зверталися до парламенту з пропозиціями вважати батьків, чії нещеплені діти вмерли від натуральної віспи, винними у ненавмисному вбивстві. Зрозуміло, навіть думки про відповідальність за шкоду, заподієну щепленнями, зокрема й за численні випадки смертей і каліцтв після них, у лікарів ніколи не виникало.

Хоча у другій половині XIX ст. почалося стабільне поступове зни-

²⁷ Навряд чи може бути дана краща відповідь на питання, хто ж для кого існує – щеплення для народу або народ для щеплень, ніж просте цитування цієї дивовижної за своїм цинізмом фрази.

²⁸ Робітника Томас Хей було оштрафовано та засуджено до ув'язнення судом у 1872 р., і він не встиг навіть розкрити рота й пояснити, що дитина, здоров'ям якої він «зневажав», не роблячи їй щеплення, вже три місяці як була в могилі. Чарльз Вашингтон Най, власник магазину з Чатема, двоє дітей якого вмерли незабаром після одержання щеплення від віспи, відмовився вакцинувати третього, за що й був оштрафований шість разів і один раз посаджений до в'язниці. Коли Чарльз Смоленс з Рочестера був викликаний у суд графства Кент у 1882 р. за відмову щепити дітей, він пояснив судді, що його молодша дитина вмерла від щеплення. Дж. Найт, суддя, заперечив йому: «Навіть якщо це й так, у законі про це нічого не сказано». Нехай самі читачі вирішать, яке ставлення до щеплень та їхніх піклувальників викликали у суспільстві такі випадки... Лікарі, які стоять грудьми за щеплення нині! Вам не соромно ділити таку ганебну спадщину? Помиляться ті, хто вважає, що подібне ставлення лікарів до простих смертних, до «людського матеріалу», залишилося у далекому й безповоротно забутому минулому. Росія, 21-е століття. Читаємо п. 13.12 «Медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень препаратами національного календаря щеплень» (затв. Головним державним санітарним лікарем РФ 9 січня 2002 р.): «Несприятливий сімейний анамнез не повинен бути приводом для відводу від щеплень. Раптова смерть сібса (брата або сестри. – О. К.) у післявакцинальному періоді також не є протипоказанням для проведення вакцинації». Чи заслуговує вакцинатор, чия рука написала цю блюзнірську фразу, права називатися людиною? Після тривалого лікування в Санкт-Петербурзькому НДІ фтізіопульмонології у 1996 р. від генералізованої БЦЖ-інфекції помер п'ятирічний хлопчик, щеплений відразу після народження. Через два роки до того ж НДІ надходить з БЦЖ-лімфаденітом його однорічна сестра, насильно (мати чинила опір!) щеплена відразу після народження БЦЖ (повідомлено співробітницею НДІ, яка побачила зберегти анонімність). Як це охарактеризувати, де, в кого шукати управи на таких покидьків і захисту від складених ними інструкцій? Між іншим, загибель одного сина у російській армії є законною підставою для відстрочки призову для іншого. Проте смерть однієї дитини після щеплення, як ми бачимо, «не є протипоказанням для проведення вакцинації».

ження захворюваності практично на всі інфекційні захворювання, що мучили людство з XVII ст., лише віспа – єдина хвороба, проти якої було винайдено «справжній рятівний засіб», ніяк не вгамовувалася²⁹. Були потрібні козли відпущення, і їх легко знаходили в особі противників обов'язкових щеплень. Традиційно ніхто не викликав у вакцинаторів більшої ненависті, ніж ті, хто опирався нав'язуваним щепленням, при тому дуже часто виступаючи навіть не проти останніх як медичної процедури, а лише проти вакцинаторського насильства. Противників щеплень називали маніяками, крикливими фанатиками, неосвіченими підбурювачами, ворогами людства й ін. подібним. Схожих епітетів заслужували, до речі, і «просто» нещеплені, що навіть не думали втручатися у дебати щодо щеплень: «мішки з порохом», «каналізаційні стоки», «склади горючих матеріалів», «розсадники зарази», «скажені собаки».

Спинити плин історії, однак, вакцинаторам не вдалося. Рух проти щеплень набирав обертів. У низці міст і населених пунктів противники щеплень домоглися більшості серед членів піклувальних рад і заблокували застосування каральних заходів проти тих, хто не підкоряється закону. Флагманом боротьби стало промислове місто Лейстер, в якому у відповідь на арешт і ув'язнення городянина, що відмовився робити своїм дітям щеплення і платити штраф³⁰, у 1869 р. була створена Лейстерська ліга проти щеплень. Під час епідемії 1871-1872 рр., будучи одним з найбільш щеплених англійських міст, Лейстер втратив 358 чоловік (при трьох тисячах хворих), після чого мешканці ухвалили рішення про порушення драконівського закону, взагалі відмовившись від політики масових щеплень на користь санітарного контролю і ранньої ізоляції хворих (з тих пір, немов за змахом чарівної палички, у місті раз і назавжди припинилися епідемії віспи). Власне, лейстерський досвід не був одкровенням. У 1785 р., за 11 років до дженнерівського експерименту на Фіппсі і майже за 100 років

²⁹ Британський «Реджистрар Дженерал» скорботно констатував, що у той час, коли тиф та інші інфекційні хвороби поступово зникають, тільки віспа останнім часом незмінно на підйомі: після майже 30 років обов'язкових масових щеплень вона у 1880 р. на 50% перевищує середній рівень десяти попередніх років! З недавніх робіт можна відзначити книгу Енн Харді (*Hardy A. The Epidemic Streets: Infectious Disease and the Rise of Preventive Medicine, 1856-1900. Oxford, 1993, pp. 110-151*), в якій вона відкрито звинувачує англійську медичну владу у вакцинальній «зашореності», яка межує з віслюковою впертістю і показовій зневазі до методів санітарії й гігієни, через що фактично протягом всього XIX ст. Англії не вдавалося домогтися реальних успіхів у боротьбі з натуральною віспою, скільки б законів не приймали і скільки б щеплень не робили.

³⁰ До 1889 р., коли була створена Королівська комісія (див. далі), санкції в місті були застосовані до 6 тис. чоловік, з яких 3 тис. були оштрафовані, а 34 посаджені до в'язниці.

до лейстерських нововведень, відомий англійський лікар, інокулятор Джон Хейгарт (1740-1827) з Честера писав у своїх «Правилах запобігання натуральній віспі» «1) Не дозволяти нікому, хто не страждає або не страждав раніше на натуральну віспу, заходити до будинку зараженого... 2) Не дозволяти жодному хворому, після появи в нього пухирців, виходити на вулицю або в інше місце скупчення людей. Забезпечити постійний доступ свіжого повітря до кімнати хворого через вікна й двері. 3) Приділяти найретельнішу увагу чистоті. Люди й тварини, а також одяг, меблі, гроші, ліки чи інші предмети, підозрілі на зараженість, повинні бути вилучені з будинку й вимиті, і повинні після цього перебувати ще достатній час на свіжому повітрі...»³¹. Всі ці заходи були відомі, але свого часу на них не звернули уваги, а з появою щеплень й зовсім забули. Ближче до часу згадуваних подій цю ідею знову висунув сер Джеймс Сімпсон (1811-1870), який залишив свій внесок у медицині, започаткувавши використання хлороформу. У своїй статті, опублікованій у «Медікел таймс енд газет» (1868 р.), він заявив про можливість викоринити натуральну віспу, скарлатину та кір шляхом ранньої ізоляції хворих. Мешканці Лейстера підняли на щит гігієну з санітарією замість щеплень, і не помилилися³². В історію Лейстер увійшов ще й наймасовішою демонстрацією проти обов'язкових щеплень, що відбулася 23 березня 1885 р., у якій взяли участь від 80 до 100 тис. людей, що зібралися з усієї Англії. Демонстрація була організована Національною лігою проти обов'язкових щеплень у відповідь на тривалі переслідування батьків, які відмовлялися щепити дітей (у 1885 р. в Лейстері на покарання очікували

³¹ Д-р Хейгарт відомий ще й тим, що у 1793 р. він першим заявив про можливості ліквідації натуральної віспи (правда, лише у Великобританії, а не на всій планеті) і запропонував свій план реалізації цього. На його думку, ліквідація віспи могла бути досягнута шляхом масової інокуляції населення, ранньої ізоляції хворих, дезінфекції приміщень й особистих предметів, що перебували в користуванні хворих на віспу, призначенні спеціальних інспекторів, покликаних стежити за виконанням правил й ін. У 1799 р. зі схожим проєктом виступив д-р Карл, директор інокуляційного інституту у Брно (*Fenner F. Smallpox... p. 256*). Авторитет Хейгарта як фахівця з натуральної віспи був настільки високий, що Дженнер не вдержався і в 1794 р. написав йому, повідомляючи про підслухані їм «вражаючі» народні перекази про порятунок від натуральної віспи за допомогою коров'ячої. Зрозуміло, що він очікував захоплення, але лист у відповідь був крижаним душею: «Ваше повідомлення щодо коров'ячої віспи й справді досить дивне і вражаюче, і перебуває в такому протиріччі з усіма останніми спостереженнями, що будуть потрібні найвищою мірою переконливі докази, щоб воно було визнано правдоподібним. Ви пишете, що вся історія цього рідкого явища незабаром буде опублікована, але не вказуєте, Вами або іншим медиком. Так чи інакше, я думаю, що не може бути ніякої довіри народним вигадкам. Автор не повинен допускати нічого, крім того, що він довів своїми власними спостереженнями, як на людині, так і на тваринах» (*Creighton C. History... v. 2, p. 559*).

³² У 1870 р. щеплення робилися 95% немовлят Лейстера, у 1890 р. – лише 5%.

з тис. чоловік!). Завершилася вона спаленням портрета Дженнера та примірника розпорядження щодо обов'язкового щеплення³³. Загалом по Британії демонстрації проти насильства з боку вакцинаторів прокотилися 135 містами та селищами, при цьому у 1876 р. вони відбулися у 58 містах³⁴.

Роблячи тут лише невеликий крок убік проблем навколо вакцинації в ближчій для моїх читачів Росії, про які, як і багато про що інше, мова також піде у моїй наступній книзі, відзначаю, що у 1870-х роках у Російській імперії також актуальним було питання щодо обов'язковості щеплень (інокуляції були скасовані ще у 1805 р.). Однак Росія тоді була трохи в іншому становищі порівняно з західними країнами, що було пов'язане з її пізнішим соціально-економічним розвитком у XIX столітті. Процес консолідації медичної професії почався лише наприкінці 1870 – початку 1880-х років, а повністю завершився лише на початку XX ст. Лікарями традиційно ставали різночинці, які шукали радше служіння народу, ніж своїй кишені, на відміну від колег у розвинених західних країнах. Крім того, лікарі Російської імперії не мали власних сильних й впливових на всіх рівнях об'єднань, пов'язаних спільними інтересами з соціальною елітою суспільства, якими були, скажімо, Королівська колегія хірургів та Королівська колегія лікарів у Британії. Все це пояснювало, чому в Російській імперії питання щеплень ніколи не набувало тієї гостроти, що була характерна для західноєвропейських країн. На хвилі суспільних дискусій про те, чи потрібні обов'язкові щеплення, у 1873 р. з'явилася робота «Критич-

³³ Вакцинатори з нетерпінням чекали «неминучих» епідемій у Лейстері («Боже, покарай Лейстер!»); у 1884 р. «Ланцет» навіть відкрито призвав мешканців міста перед небезпекою чергової (якої за рахунком впродовж сторіччя «рятівних щеплень»?) епідемії віспи, що поповзла Англією, вдатися до допомоги вакцинацій. Заклики залишилися без відповіді. Щеплень не було, і не було ні епідемії, ні навіть хоча б найменшого, на радість щеплювачам, спалаху. Всього двоє хворих у 1884 р. – і ті виявилися, як на гріх, щепленими... У 1892 р. замість померлого старого та досвідченого доктора, міського санітарним лікарем був призначений молодий д-р Джозеф Прістлі, який поставив дитині з натуральною віспою, яка була на лікарняному карантині, діагноз вітряної віспи. У результаті цієї трагічної помилки в місті занедужали 358 чоловік, з яких 21 (5,8%) померли – небувала для того періоду за своєю малістю як «епідемічна» захворюваність, так і смертність – звичайно боліли тисячі, а вмирали сотні! Якщо виключити цей нещасливий рік, то за 60 років, з 1873 р. по 1933 р., Лейстер втратив від віспи... 50 чоловік (*Fraser S. M. F. Leicester and Smallpox: The Leicester Method Medical History* 1980; 24:315-332). І через сто років адвокати щеплень не могли змиритися з публічною лейстерською ганьбою, що можна бачити хоча б зі злісної статті *Swales J. D. The Leicester anti-vaccination movement Lancet Oct. 24, 1992; 340:1019-1021*, у якій автор-професор вболіває про нещасне населення міста, яким протягом 40 років буцімто попихала «маленька безрозсудна група фанатиків» (small irrational group of fanatics).

³⁴ *Ахшарумов Д.* Записка об оспопрививанні. Полтава, 1884, с. 6.

ний погляд на віспощення» відомого в історії російської медицини педіатра Володимира Рейтца (1838-1904), який був на той час головним лікарем Єлизаветинської дитячої лікарні у Санкт-Петербурзі. Д-р Рейтц, на підставі як особистого досвіду, так і досвіду багатьох інших, не тільки відкинув будь-яку користь щеплень коров'ячої віспи, але й більш того вказав на те, що вони неминуче призводять до підвищеної захворюваності та смертності дітей³⁵. Наступного року на роботу Рейтца відреагував поборник щеплень д-р Джордж Каррик (1840-1908), який видав брошуру «Чи корисне віспощення». З питанням введення обов'язкового віспощення було доручено розібратися Медичній раді при Міністерстві внутрішніх справ. Вивчивши статистику й аргументи сторін із спірного питання, призначений експертом д-р В. Снігирьов (1830-?) у 1875 р. надав доради записку, зміст якої було надзвичайно важко назвати сприятливим для вакцинації. Снігирьов звернувався на те, що при триваючих понад три чверті століття щепленнях, дотепер немає ніякої ясності щодо того, як часто і якою «лімфою» варто вакцинувати, тому що кожна нова епідемія змушує прихильників щеплень чергового разу змінювати свою точку зору³⁶. Рішення питання про те, бути чи не бути обов'язковому віспощенню, підкреслив д-р Снігирьов, варто відкласти до того часу, коли буде отримана надійна статистика, якої поки що не існує. Він досить іронічно

³⁵ На початку книги Володимир Рейтц повідомив, яким чином його зацікавило питання щеплень: «Вперше сумнів у рятівній ролі щеплення коров'ячої віспи виник у мене під час мого прикомандирування Конференцією Медико-хірургічної академії до Санкт-Петербурзького Виховного будинку. Будучи присутнім у той час при розтині, я зі здивуванням помітив, що майже завжди більша частина, а то й усі померлі діти, представляли або тільки початок розвитку вакцинних пустул, або ж ці пустули перебували в подальших змінах. Знаючи і переконавшись у тому, що у тутешньому Виховному будинку тільки здоровим дітям прищеплюється віспа, я мимоволі задався питанням, яким чином ще так недавно здорові діти з'явилися на секційному столі і при розтині представляли то ті, то інші хворобливі зміни, що були причиною їхньої смерті. У числі цих хворобливих змін, як я міг переконатися, перше місце за кількістю і значенням займали бешихові процеси... тобто такі захворювання, які відбулися безпосередньо від прищеплювання коров'ячої віспи і де, отже, смерть дитини прямо обумовлювалася насильницьким внесенням до її організму тваринної отрути вакцини, хоча й з метою врятувати її від можливого захворювання на віспу у майбутньому. Це й спонукало мене вже у 1863 році в моїй дисертації... навести наступне положення: одною з головних причин величезної смертності у Виховному будинку є віспощення» (*Рейтц В. Критический... с. 7-8*).

³⁶ На це пізніше також вказав д-р Н. Черепнін у своїй доповіді у Товаристві Петербурзьких практичних лікарів: «Сама лише велика кількість лімф вже не свідчить на користь будь-якої з них... Захворювання справжньою віспою та щепленою по суті два окремі процеси, що можуть одночасно протікати у тій самій людині, нітрохи не впливаючи один на одного». Логічний висновок доповідача: «Найнадійнішим засобом обмеження загального зараження варто визнати створення спеціальних госпіталів для заразних хворих взагалі й віспяних особливо» (*Голос 5.02.1883, с. 2-3*).

висловився щодо обіцяних чудес порятунку від віспи за допомогою щеплення коров'ячої віспи: «Вічно юне і вічно нерозв'язане питання знов постало, коли віспяні епідемії звернули на нього увагу суспільства. Довіра суспільства до захисної сили віспощеплення певною мірою похитнулася, коли воно побачило, що віспяні епідемії не тільки не припиняються, але, навпаки, проходять частіше й напруженіше, що вони забирають як щеплених, так і нещеплених. Коли люди, здивовані й певною мірою обдурені у своїх надіях, звертаючись до лікарів, чули від них лише, що цей засіб вимагає повторення, щоб бути ефективним, повторення майже нескінченного: потрібна вакцинація, ревакцинація, повторна ревакцинація і, нарешті, щоб захиститися за появи кожної віспяної епідемії необхідно теж щепити віспу... Уважно прислухаючися до голосу жерців віспощеплення, суспільство чуло теж саме: поза епідемією вони повторювали про повне знищення захисним щепленням сприйнятливості до віспяної зарази в організмі на певний строк, а ледь починала загрожувати епідемія, як вони забували про знищення сприйнятливості й говорили, що потрібно повторювати щеплення...»³⁷.

Снігірьову вторував відомий російський патологоанатом проф. Михайло Руднев (1837-1878), який написав у своїй записці до Медичної ради: «Будь-який санітарний захід тільки тоді може бути зроблено обов'язковим, коли він задовольняє двом істотним вимогам: 1) якщо застосування цього заходу дійсно веде до мети; 2) якщо він не пов'язаний із жодними шкідливими наслідками... Досвід та довгострокові спостереження доводять, що обов'язкове віспощеплення ні в якому випадку не може задовольняти ні тій, ні іншій вимозі»³⁸. У 1884 р. вийшли «Записка об оспопрививании» петрашевця д-ра Дмитра Ахшарумова (1823-1910) та «Мнимая польза и действительный вред оспопрививания» д-ра Лева Бразоля (1854-1927), який пізніше став провідним російським гомеопатом і представником російської гомеопатії на міжнародній арені. Рік потому він також опублікував роботу «Дженнеризм и пастеризм. Критический очерк научных и эмпирических оснований оспопрививания», а у 1901 р. до теми марності та шкоди щеплень знову повернувся Ахшарумов, видавши книгу «Оспопрививание как санитарная мера». Імовірно, це

³⁷ «Записка об оспопрививании и о значении статистики оспопрививания, представленная в Медицинский совет заведовавшим оспопрививанием в Петербурге совещательным членом Медицинского совета, доктором медицины В. С. Снигиревым, по случаю предполагаемого введения оспопрививания в Империи» *Правительственный вестник* 29.11.1875, № 267.

³⁸ Руднев М. По вопросу о введении обязательного оспопрививания в России *Журнал для нормальной и патологической гистологии и клинической медицины* 1875, ноябрь-декабрь, с. 573-580.

була остання велика публікація з цієї проблеми до 1917 р. Хоча в деяких земствах щеплення намагалися нав'язувати населенню, і, крім того, вони були обов'язковими для службовців залізничного транспорту, рекрутів та гімназистів, до самого перевороту 1917 р., закону, що вимагав масового віспощення, у Російській імперії ухвалено так і не було, а тому багато людей, які мали думку про щеплення відмінну від думки медичного істеблішменту³⁹, просто не вважали за потрібне вести нескінченну полеміку.

Наприкінці XIX – початку XX стт. вдалою була боротьба противників щеплень і в США, де до 1905 р. лише 11 штатів мали закони про обов'язкові дитячі щеплення, і при цьому жоден насправді не намагався їх нав'язати⁴⁰. Однак того року відбулася дійсно фатальна подія, яка мала далекосяжні наслідки – у справі про право на відмову від віспяних щеплень «Джекобсон проти штату Массачусетс» Верховний суд США ухвалив присуд на користь штату і, відповідно, на користь обов'язкових щеплень, спираючись у своєму рішенні на такий сумнівний аргумент, як думка медичної більшості. Це скоростигле та невважене рішення стало чудовим подарунком всім тим, хто мав відношення до заробітку на вакцинах, і стало прецедентом у ході наступного перетворення щеплень на обов'язкову процедуру в усіх штатах, хоча до застосування реального насильства щодо вільних громадян у будь-який період американської історії справа доходила дуже рідко⁴¹. Тут доречно буде нагадати, що в той са-

³⁹ При цьому заслуговує бути відзначеним те, що й «відсталі» російські академічні кола, на відміну від «просунутих» західноєвропейських, далеко не були одностайними у своєму відношенні до щеплень. Так, на запит про користь віспощення, заданий Харківською губернською земською управою в 1869 р., представники медичного факультету Харківського університету відповіли, що «важко привести вчення про віспощення в згоду з основами наукової гігієни і патології, і ще важче привести наукові докази на користь віспощення». Цит. за *Бразоль Л. Е.* Мнимая польза и действительный вред оспопрививания. СПб, 1884, с. 2.

⁴⁰ Про коротку історію антиприщеплювального руху в США і деяких його аспектах на прикладі Портленда (Орегон) див. *Johnston R. D.* The Radical Middle Class: Populist Democracy and the Question of Capitalism in Progressive Era Portland, Oregon. Princeton University Press, 2003. Зокрема, автор підкреслює: «В останні десятиліття XIX ст. опозиція щепленням придбала статут справжнього, хоча і стрибкоподібного, масового руху». У деяких штатах змушені були скасувати вже прийняті закони про обов'язкові щеплення через суспільні протести. Щиро дякую проф. Роберту Джонстону, який люб'язно надав у моє розпорядження матеріали майбутньої книги під час свого візиту до Ізраїлю в 2001 р.

⁴¹ Зрозуміло, в армії і на флоті, а також у в'язницях, справа розглядалася зовсім по-іншому. От як Джек Лондон описує свій досвід отримання щеплень у в'язниці у оповіданні «Зцапали» (1907): «Вишикувавшись тісною лавою, у потилицю один до одного, причому задній тримав руки на плечах переднього, ми перейшли до іншої великої зали. Тут нас вишикували біля стінки, наказавши оголити ліву руку.

мий час ще не скрізь у США відмовилися від такого методу універсального лікування всіх хвороб, як кровопускання, а в середині XIX ст. (до широкого поширення єретичного гомеопатичного вільнодумства, що не тільки відкидало будь-яку користь кровопускань, але й клеймувало їх як процедуру, що беззаперечно шкідлива для здоров'я) їх у якості «високоєфективного методу» підтримувала не просто більшість, а *переважна більшість* американських лікарів, серед яких були й університетські професори. За логікою Верховного суду, якби тоді в будь-якому штаті було ухвалено закон про обов'язкове кровопускання як метод профілактики інфекційних захворювань, то «думка медичної більшості» повинна була безумовно переважити право громадянина на вибір іншого методу порятунку своєї тлінної плоті або навіть взагалі відмови від лікування⁴².

Студент-медик, що практикувався на такій худобині, як ми, обійшов ряд. Він робив щеплення ще вчетверо проворніше, ніж цирюльники робили свою справу. Нам веліли дотримуватися обережності, щоб не зачепити за що-небудь рукою, поки не підсохне кров і не утвориться струпик, і розвели нас по камерах. Тут мене розлучили з моїм новим приятелем, але він все-таки встиг шепнути мені: «Висмокчи!». Як тільки мене замкнули, я начисто висмоктав ранку. Потім я бачив тих, хто не висмоктав: у них на руках утворилися жакливі виразки, у які вільно ввійшов би кулак. Самі винуваті! Могли б висмоктати...» (*Джек Лондон* Собрание сочинений в чотирнадцяти томах. М., 1961, т. 5, с. 439). Щодо вакцинаторських розправ із громадянами за допомогою поліції див. *Albert M. The Last Smallpox Epidemic in Boston and the Vaccination Controversy, 1901-1903 N Engl J Med* February 1, 2001; 344:375-379. Відмінною статтею доходу американських лікарів були обов'язкові щеплення емігрантам. У памфлеті «Листи китайця» (1870) Марк Твен пише від імені емігранта з Китаю: «Я сказав хазяїнові, що якщо він не має нічого проти і не має потреби в моїй допомозі, я хотів би небагато прогулятися і подивитися місто. Я не хотів показати йому, що трохи засмучений прийомом, який мені був зроблений у великому притулку всіх пригнічених, і тому я посміхався й намагався говорити весело. Але він сказав: «Постривай трохи, тобі треба зробити щеплення, щоб ти не занедужав на віспу». Я посміхнувся і відповів, що я вже хворів на віспу, у чому легко переконався, глянувши на рябинки на моєму обличчі, і тому мені немає потреби робити те, що він називає щепленням. Але він заперечив, що такий закон і що щеплення мені уникнути неможливо. «Доктор не відпустить тебе без щеплення, – сказав він, – тому що, за існуючим законом, він щепить віспу всім китайцям, що приїздять, і бере за це по десять доларів з кожного, і ти можеш бути спокійний, що жоден доктор не стане втрачати свій заробіток тільки тому, що якийсь китаєць мав дурість перехворіти на віспу в себе на батьківщині». Прийшов доктор, виконав свою справу і забрав мої останні гроші – десять доларів, які дісталися мені ціною дворічної праці і бідуняння. О, якби ті, хто створив цей закон, знали, що в цьому місті живе безліч докторів, які з радістю робили б щеплення за долар або півтора, вони, звичайно, ніколи не стали б стягувати таку високу плату з бідного, беззахисного ірландця, італійця або китайця, які тікають до цієї обітваної країни, щоб врятуватися від голоду і нестатку» (*Марк Твен* Избранное. М., 1949, т.1, с.280).

⁴² Стисло сумна історія цієї судової справи викладається у розділі «Обов'язкові щеплення: як це трапилось?» (*Mandatory Vaccinations: How Did It Happen?*) книги Култера і Фишер, про яку мова йтиме у розділі, присвяченому кашлюку (*Coulter H. L., Fisher B. L. A Shot in the Dark. NY, 1991, pp. 197-198*).

До речі, не скрізь у світі боротьба зі щепленнями йшла винятково мирним шляхом. Спроба нав'язати обов'язкові щеплення у 1904 р. в Ріо-де-Жанейро призвела до масових заворушень та людських жертв, після чого влада визнала за краще негайно скасувати закон⁴³.

Повернемося на батьківщину вакцинацій. У 1880-х рр. на тлі тривалої боротьби, що ставала все жорсткішою, противники щеплень (або їхньої обов'язковості) одержали несподівану і досить відчутну підтримку з боку «зрадників лікарського стану» – професора анатомії Кембриджського університету Чарльза Крейтона (1847-1927)⁴⁴ та професора порівняльної патології й бактеріології Королівського коледжу в Лондоні Едгара Крукшенка (1858-1928). Дві книги Крейтона⁴⁵ і особливо його стаття про щеплення у дев'ятому виданні «Британської енциклопедії» (1888)⁴⁶ справили ефект бомби, що розірвалася. Крейтон не тільки відкинув будь-яку користь щеплень коров'ячої віспи, пов'язуючи їх з сифілісом, але й відкрито оголосив Дженнера, головного гуру вакцинаторів, жадібним шахраєм та шарлатаном. Крукшенк у своїй праці «Історія та патологія щеплень» (1889), не даючи, на відміну від Крейтона, надто емоційних оцінок, на підставі великого історичного матеріалу також відкинув будь-яку користь від щеплень, як коров'ячої віспи, так і кінського мокреця. Такий розвиток подій вже серйозно змінював ситуацію. Доти, поки протестували самі «невігласи», «дурні» та «крикливі фанатики», їх можна було ігнорувати. Поява книг відомих професорів і, особливо, статті у «Британській енциклопедії», до якої залучалися статті винятково

⁴³ Див. Meade T. «Civilizing Rio de Janeiro»: the public health campaign and the riot of 1904 *J Soc Hist* 1986; (20)2:301-22.

⁴⁴ Чарльз Крейтон, автор знаменитої класичної праці «Історія епідемій у Британії» (1891-94), був, імовірно, одним з найбільших істориків епідеміології й одним з найбільш талановитих і освічених європейських вчених XIX – початку XX століть. Тих, кого цікавить біографія Крейтона, я відсилаю до статті Cook G. C. Charles Creighton (1847-1927): eminent medical historian but vehement anti-Jennerian *Journal of Medical Biography* 2000; 8:83-88, й особливо до детального нарису Е. Андервуда «Charles Creighton, the man and his work», опублікованому у другому виданні «The History of Epidemics in Britain» (1965), vol. 1, pp. 43-135. Дякую д-рові Д. Куку (Wellcome Institute for the History of Medicine, London), який люб'язно надіслав примірник своєї статті.

⁴⁵ «Природна історія коров'ячої віспи і прищеплювального сифілісу» (1887) і «Дженнер і щеплення: дивний розділ з історії медицини» (1889).

⁴⁶ Показово, що з низки надрукованих у США репринтів дев'ятого видання Британської енциклопедії, стаття Крейтона... була викинута! Як відомо, свобода слова, тим більш у наукових питаннях, означає, що говорити можна все, крім того, що говорити не можна.



Професор Чарльз Крейтон (1847-1927).

кращих фахівців-спеціалістів у своїх галузях, відзначала собою принципово новий етап у суперечці щодо щеплень. Навряд чи могла сильновтішити вакцинаторів поява на стороні противників щеплень відомого вченого-натураліста Альфреда Рассела Уоллеса (1823-1913), який разом із Дарвіном створив теорію природного відбору⁴⁷, а також драматурга Джорджа Бернарда Шоу (1856-1950)⁴⁸ та філософа й соціолога Герберта Спенсера (1820-1903), які не потребують особливого представлення читачам.

У 1882 р. представник бунтуючого Лейстера в парламенті П. Тейлор (1810-1892), почесний президент Лондонського Товариства підтримки скасування обов'язкових щеплень, з подачі Вільяма Тебба вніс приватний законопроект, який закликав до повного скасування закону 1867 р. Законопроект було відкликано після першого читання, але свою роль він відіграв – була привернута увага преси та незалежних парламентарів. У червні 1883 р. Тейлор спробував ще раз. Законопроект також було провалено, але тактичної мети вдалося досягти й цього разу: парламентські дебати Тейлор використав, щоб затаврувати жадібність та нерозбірливість медичної професії та її показову зневагу до методів санітарії та гігієни на підтримку доходів від щеплень⁴⁹. У 1885 р. Тейлора замінив Джеймс Піктон. У 1888 р. він вимагав парламентського розслідування за фактами шаленого переслідування інакомислення щодо щеплень у місті, та того ж року депутат від Манчестера Джекоб Брайт

⁴⁷ Перу Уоллеса належать відомі памфлети проти щеплень «Щеплення виявилися марними і небезпечними» (1885, 2-е вид. у 1889), «Щеплення – обман, примус до них – злочин» (1898) і «Короткий виклад доказів, що щеплення не запобігають віспи, але на ділі збільшують захворюваність на неї» (1904), що свого часу наробили чимало галасу і сильно підірвали позиції вакцинаторів. Уоллес був запрошений до Королівської комісії, але відмовився ввійти до її складу і виступав лише як свідок. Його слова, слова вченого зі світовими ім'ям, сказані під час свідчень, заслуговують бути винесеними до епіграфу будь-якої медичної книги: «Свобода є набагато значнішою та важливішою, ніж наука». На жаль, автор порівняно недавньої статті про боротьбу Уоллеса проти щеплень виявився необізнаним з історією натуральної віспи, а тому і нездатним до об'єктивної оцінки його робіт, вільної від стандартних вакцинаторських кліше, що значно знизило цінність публікації. Див. *Scarpelli G.* «Nothing in nature that is not useful». *The anti-vaccination crusade and the idea of 'harmonia naturae' in Alfred Russel Wallace Nuncius* 1992; (7)1:109-30.

⁴⁸ Шоу якимось свідчив: «Під час останньої великої епідемії на рубежі сторіч я був членом Комітету охорони здоров'я Лондонського округу і побачив, як статистика підтримує віру в щеплення. Це робиться шляхом присвоєння всім хворим, які мають ревакцинації, діагнозів пустулярної екземи, варіолоїда (м'якої форми віспи. – О. К.) – та взагалі чого завгодно, аби не самої віспи». Тоді ж він додав, що якби були встановлені дійсні цифри (захворюваності та смертності щеплених), то вони налякали б й Ірода. Шоу також належить відомий афоризм: «Доктор – такий же добрий консультант з питань щеплень, як м'ясник – з питань вегетаріанства».

вніс законопроект, що вимагав повного скасування закону 1867 р. І знову законопроект було провалено.

Зрозумівши, що парламентська більшість буде продовжувати блокувати спроби скасувати закон, противники щеплень змінили тактику. До кінця 1880-х рр. вони мали у своєму розпорядженні 111 громадських об'єднань, підтримку таких фігур, як Крейтон та Крукшенк, а також детальну статистику, яка повністю спростовує висновки вакцинаторів про рятівну роль щеплень. Статистичні звіти були підготовлені Олександром Вілером (1841-1909), «статистичним директором» Лондонського Товариства підтримки скасування обов'язкових щеплень. 5 квітня 1889 р. Піктон звернувся до міністра внутрішніх справ з вимогою призначити Королівську комісію. Вимога була задовільнена. Вакцинатори зустріли цю звістку з неприхованим озлобленням, найм'якшим проявом якого була заява «Ланцета» про те, що вивчення питання про необхідність щеплень проти віспи так само необхідно, як і вивчення питання про необхідність існування рятувальних човнів або пожежних. Одна тільки думка про те, що треба ще досліджувати питання, що дев'яносто років потому вже було «науково досліджене» ними, здавалася апологетам тотальної вакцинації обурливою ерессю. У травні того ж року королева затвердила склад комісії. Очолив її колишній головний суддя лорд-канцлер Гершель (1837-1899).

На відміну від кричуще некомпетентної парламентської комісії 1802 р. з бравим адміралом Берклі на чолі, створеної заради піднесення Дженнера та його бізнесу, цього разу до створення комісії поставилися серйозніше, хоча, зрозуміло, уряд подбав про те, щоб безсумнівна більшість належала до «правильного» табору. Із тринадцяти членів комісії дев'ять (п'ять медиків та чотири юристи) були переконаними поборниками щеплень, троє (включаючи Піктона) – такими ж противниками, та один вважався «нейтральним». Комісія працювала сім років, провела 130 засідань і заслухала 187 свідків. Хоча ні у кого не викликало сумнівів те, що щеплення залишаться священною коровою і, в як би не повернулася справа, вони будуть виправдані та усіляко підтримані, але опозиція максимально використала отриману трибуну для досягнення своєї мети. Противники щеплень

⁴⁹ У статті, яка аналізує різні аспекти державної політики в галузі щеплення проти натуральної віспи, на прикладі Німеччини автор чітко показує, що саме щеплення і ніщо інше були чудовим засобом для стрімкого розвитку медичного співтовариства у цілому та лікарів у першу чергу, з метою збільшення їхніх доходів та різкого підсилення впливу на суспільство. Див. *Huerkamp C. The History of Smallpox Vaccination in Germany: A First Step in the Medicalization of the General Public* *J Contemp Hist* Oct. 1985; (20)4:617-635.

були у всеозброєнні, і вже перші засідання показали, що легкої та приємної роботи для консервативних членів комісії не буде. Першим свідком був Джон Саймон (1816-1904), у минулому головний санітарний лікар, який вважався провідним експертом зі щеплень. Допитуючи його, Джеймс Піктон і його однодумець д-р Вільям Коллінз довели цілковиту плутанину та нісенітницю, що панували як у голові самого Саймона, так й інших вакцинаторів. Стало очевидно, що не існує ні точної статистики, що нібито свідчить про успішність щеплень (наявність якої постійно підкреслювали їхні адвокати), ні обліку кількості ускладнень після щеплень, ні відомостей про характер і склад застосовуваних вакцинальних лімф, не кажучи вже про їхню уніфікацію, ні мінімального уявлення про те, скільки потрібно щеплень, щоб той, хто одержав їх, вважався захищеним, ні навіть того, які саме утворення на шкірі та у якій кількості повинні вважатися такими, що свідчать про успішність щеплень. Наступною жертвою Піктона й Коллінза став Вільям Огл, начальник відділу статистики при Службі реєстрації актів громадянського стану. Піктон легко довів, що ніяких серйозних свідчень на користь того, що щеплення знизили смертність від натуральної віспи, вакцинатори надати не в змозі. Звісно, Тебб не забував публікувати «відомості з полів» у своїй газеті, публіка його слухала, і стало зрозуміло, що справа набуває небажаного спрямування. Більшості на чолі з лордом Гершелем доводилося вдаватися до не дуже порядних заходів, щоб не допустити нових викриттів. Так, не було запрошено професора гігієни й санітарної статистики Бернського університету Адольфа Фогта (1823-1907), який був на той час, імовірно, найбільшим європейським експертом у питанні захворюваності на натуральну віспу, та висловив готовність прибути до Лондона і дати свідчення. Комісія лише приєднала його звіт, без будь-якого аналізу, до інших матеріалів. Не було вивчено динаміку інфекційної захворюваності у XIX ст. – комісія зосередилася, та і то не належним чином, на самій лише віспі. А тим часом, як показав Альфред Рассел Уоллес у своєму памфлеті «Щеплення виявилися марними й небезпечними», у першій третині XIX ст. у Лондоні відбувалося зниження захворюваності на всі інфекційні хвороби, причому на віспу, від якої робилися щеплення, *повільніше за все*. Він зазначив, що зниження захворюваності мало бути приписане поліпшенню водопостачання, створенню скверів і парків, різкому зменшенню скупченості проживання завдяки активному будівництву на околицях міста, поліпшенню якості доріг, і, відповідно, забезпеченню населення доброякісними свіжими продуктами, зокрема овочами, будівництву нових цвинтарів винятково за межами міської межі й поступовому закриттю старих у самому

місті й ін.⁵⁰ Комісія ж, просто взявши захворюваність у відриві від усього цього, і побачивши «на початку століття віспи було більше до щеплень – стало менше після щеплень», зробила в «Звіті більшості» (див. далі) висновок про те, що щеплення знижують захворюваність на натуральну віспу. В заслугу комісія повинно бути поставлене те, що вона, охоче або не дуже, але присвятила 1890 р. вивченню лейстерського досвіду і уважно поставилася до аргументів голови лейстерської опозиції, члена міської піклувальної ради, інженера-сантехніка Дж. Т. Біггса, непримиренного противника вакцинального примусу (за відмову робити дітям щеплення і сплатити накладений на нього судом штраф судовими виконавцями були продані речі з його будинку). Біггс надав Королівській комісії матеріали, пізніше залучені до її четвертого звіту, де у 56 таблицях та на 13 діаграмах продемонстрував повну неефективність щеплень для запобігання натуральної віспи. Крім того, він показав, що у період відмови від щеплень захворюваність і на інші інфекційні хвороби знизилася до рівня, якого Лейстер не знав за всю свою історію. З таблиць випливало, що максимальна дитяча смертність у Лейстері випадала на роки максимального охоплення щепленнями (1868-1872). При цьому дитяча смертність, за статистикою Біггса, неухильно знижувалася з 1852 по 1860 рр., коли у місті значно покращився санітарно-гігієнічний стан; зростати вона почала лише із введенням обов'язкових щеплень. Біггс також зробив заяву перед комісією та відповів на задані йому запитання. Не підтримавши у своїй більшості думок про неефективність і шкідливість щеплень, комісія, проте, взяла за варіант можливої державної політики контролю натуральної віспи саме лейстерський метод, що передбачав відмову від масових щеплень як засобу профілактики, ранне

⁵⁰ Колега Уоллеса, проф. Карло Руата з університету Перуджі (Італія), матеріали якого Уоллес використав у роботі над цим памфлетом, написав велику статтю «Щеплення в Італії», що була опублікована у «Нью-Йорк медикел джорнел» 22-го липня 1899 р. У ній він стверджував, що Італія – одна з найбільш вакцинованих країн світу, якщо взагалі не найвакцинованіша, що довести він брався за допомогою математики: протягом 20 років, з 1865 по 1885 р., кількість щеплених досягала 98,5%. Але епідемія 1887-89 р. довела, наскільки безглузда була надія на щеплення. Смертність від віспи набагато перевершила таку «дощепленевого» періоду. У 1887 р. було 16 249, в 1888 р. – 18 110, і в 1889 р. – 13 413 померлих від віспи. Особливо показовим є приклад сицилійського містечка Вітторія, який наводить Руата, де при населенні у 2 600 жителів, віспа під час цієї епідемії стала причиною смерті 2 100 з них! Руата писав: «Чи можете ви назвати мені що-небудь, що було б гірше цієї епідемії? Населення... було повністю щеплене; я одержав від місцевої влади декларацію, що все населення щепилося два рази на рік протягом останніх років... Всі щеплення робилися тваринною лімфою».

повідомлення про захворювання і якнайшвидшу ізоляцію хворого, а також активну дезінфекцію його речей і житла. Передбачалися щеплення тим, хто був у контакті з хворим і вірив у їхню ефективність та мав бажання їх отримати⁵¹.

Вже перші роки активної роботи комісії виявили настільки несприятливі тенденції для щеплень, що після 90 засідань, на яких були заслухані 135 свідків, та публікації чотирьох поточних звітів, лорд Гершель спробував пом'якшити ситуацію, видавши у 1892 р. попередній звіт, у якому рекомендував скасувати повторні покарання за ухилення від виконання закону 1867 р. Це викликало крайнє невдоволення та роздратування як медиків, так і уряду, який не очікував раптової появи цього головного болю. По гарячих слідах пропозиції лорда Гершеля у 1893 р. був знову поданий законопроект, що вимагав скасування закону 1867 р., і знову був провалений у першому читанні.

Членам комісії були надані відомості загалом про шість тисяч випадків важких хвороб, що розвилися після щеплень, вісімсот з яких закінчилися смертю (навіть чи можуть бути сумніви, що це був лише зовсім невеликий відсоток від дійсної кількості нещастя, які спричинили щеплення).

У 1896 р. Королівська комісія закінчила свою роботу. Результатом стали прямо протилежні думки її членів, що й було зафіксовано у підсумковому документі. Більшість підписала «Звіт більшості», меншість – «Звіт меншості». Хоча в цілому висновок більшості комісії був на користь щеплень, недобрі передчуття медичної галузі виправдалися. Вакцинальний ритуал багато в чому тримався на примусі та остраху, і саме лише створення комісії додало сміливості багатьом батькам. З початку роботи комісії відсоток щеплених дітей почав неухильно знижуватися, тому що влада на місцях, очікуючи публікації результатів роботи комісії і вже здогадуючись, якими вони будуть, припинили застосовувати колишні, досить

⁵¹ У згадуваній вище (див. прим. 33) статті її автор, Дж. Свейлс, заявляє, посилаючись на представника «Ланцета», що інспектував «лейстерське диво» у 1886 р., що щеплення всім, хто був у контакті з хворим на испу, були невід'ємною частиною програми. Крім того, у статті повідомлялося, що програма Біггса, маючи на меті боротьбу з насильством та карантинними заходами здійснювала ще більше насильство, ніж те, що було пов'язане зі щепленнями – в цьому нібито було «внутрішнє протиріччя» лейстерського руху. Ці повторювані й нині жалюгідні вигадки були спростовані ще Головним санітарним інспектором Лейстера Ф. Брейлі, який повідомив Королівській комісії, що з 183 чоловік, направлених у карантин (у госпіталі) з 1877 р. (рік введення нової системи) по 1886 р., не менш ніж 133 чоловік не одержували ніяких щеплень, а інші одержали їх за власним бажанням. Крім того, 15-20 чоловік взагалі відмовилися підкоритися вимозі карантину, і ніяких заходів до них застосовано не було.

непопулярні, санкції стосовно непокірних батьків. Рекомендація 1892 р. ще більше підбадьорила прихильників відмови від щеплень. У підсумку, крім висновків суто медичного характеру (так, комісія підтвердила можливість передачі сифілісу при вакцинаціях при переносі матеріалу для щеплень за методом «від руки до руки» і заявила про необхідність перейти винятково на телячу «лімфу»), вона рекомендувала надати батькам право на відмову від щеплень «за міркуваннями совісті».

Вакцинатори не тільки намагалися ігнорувати рекомендацію комісії у своїй практиці, але й почали контрнаступ. Хоча рекомендація *de jure* не набула ще форми закону, *de facto* кількість щеплених після її обнародування почала скорочуватися ще швидше. На тлі стрімкого зниження обсягів щеплень, комітет з парламентських законопроектів Британської медичної асоціації вніс у 1898 р. пропозицію про те, щоб функції примусу та покарання за непокору закону про обов'язкові щеплення були передані від міських піклувальних рад, що часто контролювалися або відвертими противниками щеплень, або просто людьми, які не бажали брати участь у цькуванні інакомислячих, спеціальним чиновникам зі щеплень, які призначалися державою. Але ця партія вакцинаторами була вже програна. Коли слухняні вказівкам свого начальства медики серед парламентарів, що готували законопроект, спробували не включити до нього пункту щодо свободи вибору, це призвело до такого розпалу пристрастей у парламенті, до такої хвилі громадського обурення й такого катастрофічного падіння популярності консерваторів, які знаходилися тоді при владі, що лорд Артур Бальфур (1848-1930), лідер торі, який сам симпатизував руху проти щеплень, поспішив виправити цю помилку, і необхідна поправка була повернута на місце. Ухвалений того ж 1898 р. закон про щеплення (*Vaccination Act*) передбачив можливість відмови за міркуваннями совісті, обмежив штрафи двома (або одним на суму двох) і вимагав використання винятково глицеризованої телячої лімфи. Про те, як чекали англійці на цей закон, можна судити хоча б з кількості тих, хто скористався правом на відмову від щеплень дітям: до кінця 1898 р. місцевою владою було видано 203 413 сертифікатів «відмовника за міркуваннями совісті», що звільнили від щеплень не менш ніж 230 тис. британських дітей. Однак сформульована законом 1898 р. вимога до батьків надати місцевій владі «задовільний доказ того, що відмова дійсно робиться за міркуваннями совісті» була занадто розпливчата і дозволяла дуже багато вільних тлумачень, чим не забарилися скористатися вакцинатори. Вони різко підсилили тиск на місцеву владу, вимагаючи обмежити кількість

таких сертифікатів⁵², щоб не допустити краху вакцинного бізнесу. Крім того, у відповідь на ухвалення небажаного закону в 1898 р., наступного року була створена Імперська ліга вакцинації (Imperial Vaccination League), яка розгорнула активну пропагандистську роботу. Під тиском вакцинаторів у наступні роки кількість виданих сертифікатів різко знизилася, і громадське невдоволення з приводу вихолощування з таким трудом здобутого закону відразу ж відродило до життя ліги проти щеплень. Дорога вже була протоптана, і потрібно було лише кілька років активної боротьби, щоб поставити крапку. У 1907 р. лібералами було ухвалене нове формулювання закону про щеплення, яке знищило останню лазівку вакцинаторів. Тепер батькам було потрібно лише декларувати відмову від щеплень на підставі власних переконань, без будь-яких «задовільних доказів» – як це й пропонувалося з самого початку, але було відкинуто Бальфуром, який вбачав у такому формулюванні закону занадто велику поступку протищепленевому лобі у парламенті. Тут цікаво відзначити, що лейстерські радикали не вдовольнились і цим, продовжуючи відмовлятися щепити своїх дітей без будь-яких декларацій, і вважаючи необхідність декларувати відмову також порушенням їх священних громадянських прав. Ця безглузда виснажлива війна тривала ще декілька років, поки нескінченні скандали, зокрема й у парламенті, куди Лейстер незмінно делегував противників щеплень, і стійкість городян не змусили вакцинаторів погодитися на протищепленеву вольницю у тому вигляді, як її розуміли лейстерці. Законодавча ж обов'язковість щеплень, до якої закон від 1907 р. робив лише одне виключення у вигляді відмови за переконаннями, була остаточно ліквідована в Англії лише у 1948 р. Після 1907 р. активність руху проти щеплень поступово зійшла на нівель – мету було досягнуто.

Був, втім, ще один фактор, що до деякої міри змусив британських лікарів і виробників лімф для щеплень примиритися з неминучою

⁵² Наприклад, закон взагалі не пояснював, що варто розуміти під «міркуваннями совісті» і, відповідно, «задовільними доказами» їхньої наявності, й чиновники на місцях відмовляли робітничим родинам у праві на відмову від щеплень на тій підставі, що батьки малоосвічені і не можуть продемонструвати, що розуміються на темі. У законі не було чітко сказано, хто з батьків має право заявляти про бажання відмовитися від щеплень. У ті часи вважалося, що виключним правом приймати рішення щодо дитини володіє тільки батько (і тому саме на батьків накладали стягнення за «нехтуванням здоров'ям дитини», див. прим. 28), у той час як найчастіше противницями щеплень були матері, які набагато краще за працюючих з ранку до вечора батьків могли бачити наслідки вакцинації. Див. *Durbach N. Class, gender, and the conscientious objection to vaccination: 1898 – 1907 Journal of British Studies* Jan 2002(41); 1:58-83.

втратаю віспощепленевого заробітку. Наприкінці 1870-х – початку 1880-х рр. французький хімік Луї Пастер (1822-1895), який займався бактеріологією, запропонував свій метод послаблення «коре-ню» різних інфекційних хвороб, проклавши тим самим дорогу до створення нових вакцин⁵³. Полягав він у послідовних розведеннях продуктів хвороби, що містять у собі збудника, з метою послаблення вірулентності останнього. Назвати цей метод новим просто не повертається язик, тому що Пастер «відкрив» те, що гомеопатам було вже відомо і практикувалося ними понад півстоліття. В основі своєї ідеї використовувати ліки за принципом «чим забився, тим і лікуйся», видозміненому на «чим можеш забитися, тим заздалегідь і захистися», зрозуміло, ґрунтувалася на старій інокуляційній практиці. Але нічого нового не було й у пропозиції послідовно послабляти отруйну речовину, призначену створити несприйнятливості до хвороби. З самого початку XIX ст. послабленням початкової діючої речовини займався засновник гомеопатії Самуїл Ганеман, а пізніше і всі його послідовники. Ідею використання продуктів хвороби у вигляді гомеопатичних препаратів, тобто у розведених і потенційованій формі, для лікування тієї самої хвороби висловив у 1828 р. майбутній засновник американської гомеопатії та один з найвидатніших світових гомеопатів д-р Костянтин Герінг (1800-1880). Того року вперше стало відомо про ізопатію (лікування не за ганеманівським принципом *подоби*, а за принципом *тотожності*; не *similia similibus curantur*, а *aequalia aequalibus curantur*) з його статті «Додаткові відомості про отруту змій», опублікованої в «Архіві Штапфа» (том 10, зошит 2, с. 24). У цій статті Герінг запропонував використовувати виготовлені за законами гомеопатії (тобто розведені й потенційовані) продукти натуральної та коров'ячої віспи (останньої – виходячи з твердження французьких лікарів, що коров'яча віспа – це по суті людська віспа, яка видозмінилася на тварині) для профілактики та лікування натуральної віспи. Пізніше, у 1833 р., він приготував ліки *Hydrophobinum* (він же *Lyssinum*) зі слини скаженого собаки і випробував їх. У тому ж 1833 р. у Лейпцизі було опубліковано книгу німецького ветеринара Іоганна Йозефа Вільгельма Люкса (1796-1849) «Ізопатія заразних хвороб або Всі заразні хвороби містять у своїй заразній речовині засіб до зцілення від них», у якій він ділився своїми успіхами в лікуванні сапу, сибірської виразки й інших захворювань

⁵³ Вакцина, як слово, утворене з латинської *vassa* – корова, могло позначати лише матеріал так званої коров'ячої віспи, але за пропозицією Пастера, зробленою ним у 1881 р., стало універсальним позначенням для всіх біопрепаратів такого роду.

розведеними й потенційованими препаратами⁵⁴. Питання про місце нозодів у гомеопатії для лікування тих самих хвороб, продуктами яких вони були, викликало багато суперечок у середовищі гомеопатів. Я не можу тут заглиблюватися у їхню сутність. Відзначу лише, що активні дослідження у цій галузі, що проводилися гомеопатами у середині XIX ст., дали початок багатьом гомеопатичним препаратам, серед яких можна відзначити, наприклад, *Hydrophobinum* для лікування й профілактики сказу, *Anthracinum* – сибірської виразки і *Variolinum* – натуральної віспи⁵⁵. У цій книзі будуть згадуватися деякі нозоди для профілактики й лікування їхніх «материнських» хвороб, запропоновані низкою гомеопатів. Відносно ж «геніальних відкриттів Пастера» я цілком поділяю думку д-ра Лева Бразоля: «Пастер... збирає плоди чужої думки, і для характеристики цього вченого цікаво відзначити, що він ніде жодним словом не згадує про тих осіб, які ще 50 років тому зробили те відкриття, за яке він тепер одержує від уряду щорічні субсидії у сотні тисяч франків... Пастер у своїх захисних вакцинаціях цілком свідомо та з великим талантом практикує справжню ізопатію»⁵⁶. Славнозвісний російський гомеопат помилявся лише у тому, що ця ізопатія була справжньою – це був *погіршений* варіант ізопатії (пізніше на ці самі граблі наступив і Роберт Кох, який не зробив висновку з пастерівських невдач, намагаючись лікувати туберкульоз своїм туберкуліном і приводячи тим самим пацієнтів до швидкої смерті), тому що Пастер, по-перше, як щирий матеріаліст, виходив з того, що яким би великим не було розведення, у лікарському препараті неодмінно повинна залишатися визначена діюча речовина, а по-друге, він не потенціював препарати, що вводять пацієнтам. Аж ніяк не винятковими були трагедії коли той, хто одержав «рятівне лікування» від сказу антирабічними сироватками, гинув, а той, хто був покусаний тим самим «скаженим» собакою, але відмовився від лікування щепленнями, залишався живий і

⁵⁴ Див. Д-р Nebel К истории изопатии. *Врач-гомеопат*, 1901, 9, с. 333-345.

⁵⁵ Саме за допомогою нозода *Variolinum* гомеопатами були досягнуті найбільш вражаючі успіхи у профілактиці та ліванні натуральної віспи, що відображені у гомеопатичній періодиці того часу. Найповніший звіт із використання *Variolinum* був представлений у доповіді д-ра Чарльза Вудхалла Ітона з Де-Мойна (Айова) «Факти про *Variolinum*» на одній з конференцій Американського Інституту гомеопатії, стенограма якої (а також дискусії про неї), була опублікована у *Transactions of the American Institute of Homeopathy* 1907, pp. 547-567. Цікаво відзначити, що гомеопати виграли кілька позовів у Айові: суддями було вирішено, що навіть при законодавчій необхідності щеплень, людина сама має право вибирати, яке саме щеплення – «внутрішнє» гомеопатичними ліками або «зовнішнє» вакциною – їй робити, і влада не повинна будь-яким чином обмежувати її у правах нав'язуючи небажаний нею метод.

⁵⁶ Бразоль Л. Е. Дженнеризм... с. 33.

здоровий⁵⁷. З країн, які впровадили пастерівський метод лікування, повідомляли про збільшення випадків зареєстрованого сказу після введення щеплень. Справедливо відмітив проф. Майкл Пітер: «Пан Пастер не лікує гідрофобію – він заражає нею!». Випадки смерті та паралічів замовчувалися директорами мережі антирабійних інститутів Пастера до 1927 р. (!) – як через страх дискредитувати метод (і, відповідно, своїми руками позбавити себе доходів), так і через страх розплати за своє «лікування», і були визнані лише тоді, коли теорії вакцинації остаточно вкоренилися і ніяке викриття вже не могло встояти перед успіхами багаторічного промивання мозків пропагандою щеплень. Втім, вакцинатори всюди й завжди, коли це було тільки можливо, намагалися приховати результати своєї «рятівної профілактики». От приклад, який стосується зараження щеплених від віспи сифілісом, про що я говоритиму далі: «У 1876 р. викликав надзвичайне хвилювання в публіки випадок у Лебусі, де з 26 учениць однієї школи, ревакцинованих від однієї дитини зі спадковим сифілісом, 15 занедужали на конституціональний сифіліс. Внаслідок цього окружне управління (Франкфурта-на-Одері) розіслало циркулярний рескрипт від 20 березня 1877 р. всім ландратам, шкільним інспекторам, окружним лікарям та поліцейській владі, у якому ця вакцинна сифілізація доводиться до їхнього відома, і разом з тим пропонуються запобіжні заходи для попередження подібних випадків. Слідом за цим розсилається інший урядовий циркуляр від 10 квітня того ж року, що має на меті перешкодити подальшому поширенню першого циркуляра, тому що той означає «фактичне розголошення всього цього сумного випадку та надходження його в загальну гласність, наслідком чого треба передбачати дуже невігідний вплив на готовність батьків піддавати своїх дітей вакцинації». Недарма також прихильний до вакцинації доктор Гайд пише у передмові до свого твору пише про зараження сифілісом при вакцинації... наступне: «*На щастя (!?)* найближче знайомство із цими обурливими випадками не виходить за межі вченого світу. Широке поширення цих фактів серед публіки, за поширеної тепер агітації проти вакцинації, дало б наймогутніші знаряддя до рук противників віспощеплення»⁵⁸.

Що ж стосується Пастера як безсоромного компілятора та плагіатора, то досвід творчого «запозичення» в гомеопатів був далеко не єдиним у його біографії, що була досить багата також на вигадки,

⁵⁷ У липневому (1890) р. номері *National Review* д-р Чарльз Белл Тейлор опублікував список відомих йому осіб, які загинули від «лікування» Пастера, у той час як, ті кого покусали їхні собаки, залишалися здоровими (а будь вони хворі на сказ, то загинули б неодмінно – така природа цієї хвороби).

⁵⁸ *Бразоль Л. Е.* Мнимая... с. 49-50.

фальсифікації експериментальних даних і, говорячи сучасною мовою, чудові піар-кампанії. Якщо Дженнер прославився тим, що купив собі титул доктора медицини, вигадав 25-річний досвід роботи з коров'ячою віспою, протягом якого «відкрив», що та на все життя захищає від натуральної віспи, а також без найменших докорів сумління експериментував над дітьми, одних відправляючи до могили, а інших перетворюючи на хворих, то й Пастер у багатьох аспектах, особливо у навколощепленевій міфотворчості, виявився цілком гідним свого вчителя. Згадаймо хоча б історію, яка переходить із книги в книгу, про хлопчика Йозефа Мейстера, покусаного нібито скаженим собакою, – перший об'єкт пастерівських експериментів, який у 1885 р. був щеплений антирабічною сироваткою і... яке диво! – залишився живий⁵⁹. Нам чомусь не розповідають про те, що той самий собака того самого дня покусав ще кількох людей та й свого власника. Ніхто з них не звернувся за порятунком від неминучої смерті до Пастера, і всі вони залишилися живі й здорові. На пастерівських «чудесах» та рецептах, за якими вони готувалися⁶⁰, я також сподіваюся докладніше зупинитися у своїй майбутній книзі. Наразі ж нам важливо відзначити, що головна заслуга Пастера була аж ніяк не у тому, що

⁵⁹ Один з останніх відомих мені переказів цієї історії: «У якості піддослідного був взятий хлопчик, якого скусав скажений собака, і який мав померти, якби не вакцина Л. Пастера. Ранком 4 липня 1885 року, коли він йшов до школи, на нього налетів собака, збив з ніг і страшно скусав, зробивши йому 14 важких ран, заливаючи слиною його обличчя та рани. Через 60 годин після нападу собаки хлопчику ввели вакцину. Хлопчик залишився живий. Ім'я хлопчика було Йосип Мейстер. Це був перший випадок в історії людства порятунку людини за допомогою вакцини, створеної людськими руками» (*Васильев А. В. и др. От Дженнера до наших дней или технология производства вакцин. М., 2002, с. 5*). Вражає фотографічно точний, «для оживляжу», опис трагедії, немов автори книги були особисто присутні на місці події. До речі, і «який мав померти» не відповідає істині. «При покусах дійсно скаженими тваринами хворіють та гинуть від 3 до 50% людей (у середньому 15%). Кількість ця залежить від вірулентності вірусу, його дози, джерела зараження. За мірою небезпечності укусів для людини можна розташувати тварин у такий спосіб: вовк → кішка → собака → велика рогата худоба» (*Пилле Э. Р. Иммунология бешенства и антирабическая вакцинация // Профилактика вирусных инфекций в свете современных достижений иммунологии. М., 1985, с. 27-28*).

⁶⁰ Відношення найбільш непримирених гомеопатів тієї епохи до Пастера може бути вдало ілюстровано наступною цитатою із книги Лева Бразоля: «Тріумфальне плавання Пастера під прапором «вакцинації» становить досить спиритну комерційну комбінацію. Популярність пастерівських дослідів заснована на глибокій вірі людства у захисну дію «коров'ячої вакцинації» і у мимовільному висновку, що удавана успішність цієї дійсної вакцинації не стоїть осторонь у природі, а становить поодинокий прояв бажаного загального закону, ключ від якого, за твердженнями Пастера, перебуває в нього. Пастерівські вакцинації – це блискучий феєрверк у чисто французькому смаку, що представляє для Пастера дуже вигідний гешефт. Одержуючи від уряду щорічні субсидії, сума яких перевищує вже 500 000 франків, він пише для себе жваві реклами, що не витримують натиску фактів і критики перевірючих дослідів» (*Бразоль Л. Е. Дженнеризм... с. 31-32*).

він зробив легітимним надбанням усього наукового світу погіршений варіант ізопатії, при цьому видавши його за свій винахід. Пастер, у черговий раз «творчо переробивши» працю попередника (цього разу проф. П'єра-Жака Антуана Бешана (1816-1908) з Марселя⁶¹) створив теорію, відповідно до якої винними у всьому є мікроорганізми, що потрапляють до тіла людини, там розмножуються та викликають хвороби. Як така ця ідея також не була абсолютно новою – вперше її висловив знаменитий італійський лікар, поет, ботанік, астроном і філософ епохи Відродження Джироламо Фракасторо (1483-1553), відомий сучасним медикам головним чином тим, що він дав сифілісу його нинішню назву. Ідея мікроорганізмів була розвинена їм у книзі «Про контагій, контагіозні хвороби та їхнє лікування» («De Contagionibus et Contagiosis Morbis, et eorum Curatione»), що побачила світ у Венеції в 1546 р. Невидимі частки або тільця, що можливо викликають хвороби, були названі ним *seminaria contagionum* (нагадаю читачам, що перший мікроскоп, зроблений голландцем Антоні ван Левенгуком, з'явився лише у 1683 р.). Згодом ідея про невидимі частки або організми, що спричиняють хвороби, знаходила висвітлення у працях багатьох видатних медиків (так, і Самуїл Ганеман її цілком поділяв щодо холери), але саме Пастер й ніхто інший звів її до рангу абсолюту та побудував на ній теорію інфекційних захворювань, що мало змінилася за понад сто років, що минули відтоді. Знищення цих згубних часток, які виявилися живими організмами, повинне було, за Пастером, стати завданням та сенсом існування медицини. Ця ідея була сприйнята із захватом з багатьох причин. По-перше, на відміну від багатьох наукових теорій, вона була доступна навіть для розуміння людини з найнижчим рівнем освіти й інтелекту. Лікар та пацієнт могли тепер розмовляти один з одним спільною мовою. По-друге, роль жертви й об'єкта несправедливих переслідувань традиційно була близька та зрозуміла більшості людей. Але якщо раніше людина страждала від злих духів та бісів, а рятуватися мала зверненням до релігії, молитвою та покаєнням, то тепер винуватцями були визнані шкідливі мікроорганізми, а функції церкви на себе охоче взяла ціла армія професійних захисників та рятувальників, а саме – медиків, зі своїм арсеналом озброєнь – вакцинами, таблетками, лабораторними дослідженнями для визначення збудника та іншими ритуалами. Поява такої теорії, заснованої на традиційній парі «агресор – жертва», найкраще відповідала сподіванням лікарів, що ніколи не випускали можливості заставити навіть найабсурднішу й

⁶¹ Докладніше про це див. *Hume E. D. Bechamp or Pasteur? A Lost Chapter in the History of Biology, 1923* й *Pearson B. R. Pasteur, Plagiarist, Imposter, 1942*, а також *Geison G. L. The Private Science of Louis Pasteur. Princeton, 1995*. Книга Б. Пірсона в деяких розділах являє собою виклад книги Етель Хьюм.

ні на чому не засновану теорію працювати на їх власну кишеню, не кажучи вже про цілком респектабельні наукові розробки. Нудні розмови про санітарно-гігієнічний стан міст і сел, про поліпшення каналізації та водопостачання, про зміну характеру харчування та підвищення життєвого рівня населення мали на увазі насамперед соціальні реформи і не обіцяли прямого заробітку медикам, у той час як наявність такого чудового й помітного за допомогою наукових приладів ворога, як мікроби, гарантувало, що лікарі продовжать грати одну з головних ролей у суспільстві. У цілому теорія Пастера найкращим чином відображала примітивно-механістичні уявлення про природу та її закони, що були характерні для XIX століття. Взнявши ідеї проф. Бешана, Пастер дбайливо вихолостив їх, залишивши в них лише те, що припускало подальший розвиток вакцинного бізнесу, та викинув з них найголовніше – вказівки на те, що першопричиною хвороби є аж ніяк не мікроорганізми, а *стан макроорганізму*, що створює передумови до інфікування цими мікробами та наступного розвитку інфекційного процесу. А вже такі пророчі висловлення геніального Бешана, як, таке: «Найсерйозніші, навіть смертельні наслідки можуть бути викликані введенням живих організмів у кров; ці організми, живучи у певних органах, виконують необхідні хімічні й фізичні функції, введення ж їх у кров – середовище, що для них не призначене, викликає страшну маніфестацію їх найгірших хвороботворних властивостей... Мікрозми (так проф. Бешан називав мікроорганізми. – О. К.), навіть морфологічно ідентичні, можуть розрізнятися функціонально, і ті, що характерні для одного виду або центру певної діяльності, не можуть бути введені тварині іншого виду або навіть в інший центр діяльності тієї ж самої тварини, не створивши при цьому серйозної небезпеки...»⁶², не могли бути відображені у працях Пастера за визначенням.

Повернемося до історії щеплень проти віспи, у початок XX ст. З появою у населення права вільного вибору щеплень на Британських островах, природно, ще поменшало. Вакцинатори не помилялись, припускаючи, що скасування обов'язковості щеплень позначиться на заповітному «масовому охопленні» та «колективному імунитеті до хвороби». До 1905 р. щеплення проти віспи щорічно одержували лише 53,8% британських немовлят, а до 1921 р. – близько 40%. При цьому... все менше ставало й самої віспи! Кількість щеплень та захворюваність на натуральну віспу знижувалися у Британії паралельно одна до одної. Треба, щоправда, сказати, що тенденція до зниження захворюваності на натуральну віспу досить чітко позначилася у розвинених (і навіть середньорозвинених – таких, як Росія) країнах у другій

⁶² Цит. за Hume E. Bechamp... p. 242.

половині 1880-х рр., і віспа, що катувала їх із середини XVII ст. і не звертала уваги ні на молитви, ні на інокуляції, ні на щеплення, відтоді неухильно йшла на спад. Однією з причин цього, як вважається нині, було поступове витиснення в Європі та США вірулентного різновиду віспяного вірусу (*variola major*), іншим, м'яким (*variola minor* або аластрим), про що вже згадувалося вище. З питанням, чому так трапилося, ясності є не більше, ніж з питанням, чому зворотний процес відбувся у XVII ст. Лише як приклад відзначу, що у своїй статті «Деякі малозрозумілі ефекти сироваткової терапії» лондонський хірург Беддоу Бейлі (1887-1961), активіст руху проти щеплень в Англії й засновник Товариства проти вівісекцій, наводить слова д-ра Мак-Донафа. Останній пише про те, що, імовірно, широке поширення інфекції серед людей викликає поступові зміни властивостей збудника у бік пом'якшення хвороб, що ним викликаються, а тому щеплення можуть лише порушити природний процес. Як приклад такого небажаного втручання Мак-Донаф навів віспу: «...Стає дедалі сумнівнішим, чи завдяки щепленням знизилася частота натуральної віспи, що в останні роки змінилася аластримом... Це, звичайно, ніяк не може бути віднесене на рахунок щеплень, тому що частішання випадків аластрима збіглося зі збільшенням числа нещеплених. Можливо, що зміни [на користь аластрима] відбулися б і раніше, якби щеплення не були настільки поширеними»⁶³.

Не бажаючи втомлювати читача статистикою, обмежу себе декількома цитатами. Так, видатний російський педіатр Нил Філатов (1847-1902) у 1899 р. писав: «Віспа належить у цей час до низки досить рідких хвороб»⁶⁴. У брошурі іншого, менш відомого російського педіатра, проф. Миколи Гундобина (1860-1908) «Дитяча смертність у Росії та засоби боротьби із нею», що містить тільки 31 сторінку, віспа вперше з'являється лише на 14-й сторінці. До цього читаємо, наприклад: «Що стосується причин високої дитячої смертності, то тут всі дослідники на перше місце ставлять бідність російського народу та низьку його культурність. Низька культурність населення ясно виражається у невмінні доглядати за грудними дітьми й, головним чином, у варварському звичаї давати немовлятам соску із жуваного хліба ледве не з перших днів життя. Бідність народу пояснює погане його харчування, до неї приєднується ще зростання у всіх культурних країнах таких хвороб, як сифіліс, алкоголізм та туберкульоз. У результаті зазначених умов діти вже нерідко народжуються слабкими й нежиттєздатними. Серед інших причин високої смертності слід ще зазначити питомницький промисел та сучасне зростання фабричної

⁶³ Bayley B. Some little understood effects of serum therapy *Medical World* April 6, 1934.

⁶⁴ Филатов Н. Ф. Краткий учебник детских болезней. Изд. 5-е, М., 1899, с. 534.

промисловості, які працевлаштовують не тільки чоловіче, але й жіноче, і навіть дитяче населення. Нарешті, деякі дослідники вказують, що всю європейську Росію можна розділити за дитячою смертністю на два райони: північно-східний і південно-західний. У південному регіоні велика кількість водних шляхів сполучення сприяє розвитку заразних хвороб, від яких, головним чином, гинуть діти 2-10-річного віку. У північно-східних губерніях особливо висока смертність припадає на нераціональне харчування й заразу дитячої холери, поширенню якої в значній мірі сприяє літня спека, задушливі та тісні хати селян. Такі головні причини дитячої смертності в нашій батьківщині»⁶⁵. Щодо натуральної віспи Н. Гундобин пише: «...Черевний тиф майже невідомий у Німеччині, а від віспи там гине лише кілька десятків чоловік щороку. У нас в Росії середня смертність від віспи становить близько 60 000 жителів, значна частина населення залишається нещепленою, а наші розкольники, відповідно до релігійних оман, вважають саме віспощеплення за печатку Антихриста. Таким чином, знову неосвіченість селян та необізнаність незнання ними необхідних гігієнічних заходів значно сприяють поширенню епідемій»⁶⁶.

У 1901 р. читав свою лекцію «Суспільне значення, причини дитячої смертності й боротьба з нею» головний лікар Софійської (нині ім. Філатова) лікарні, д-р Д. Є. Горохов, який очолював Московське товариство боротьби з дитячою смертністю разом з такими прославленими діячами російської медицини як Г. Л. Грауерман, В. Я. Канель, Л. А. Тарасевич, С. А. Четвериков. Серед основних причин дитячої смертності раннього віку він назвав шлунково-кишкові захворювання (40-50%), зараховуючи до них дизентерію, тиф, холеру та ентеріти. Слідом за ними йшли «пневмонії, хвороби харчування (рахіт), хвороби нервової системи (менінгіти, серед яких і туберкульозний) та нещасні випадки». Далі Д. Горохов сказав: «Звичайно найбільша кількість

⁶⁵ Гундобин Н. П. Детская смертность в России и меры борьбы с нею. СПб, 1906 г., с. 5.

⁶⁶ Там само, с. 14. Описані вище д-ром Гундобіним проблеми, пов'язані в першу чергу з огидними санітарно-гігієнічними умовами, у яких жило сільське і найбільш міське населення, красномовніше за будь-яку статистику говорять про те, де слід було шукати корінь всіх нещасть, включаючи черевний тиф (від якого ніколи масові щеплення населенню не робилися і з яким у Росії також з успіхом впоралися у 1920-х рр.) та натуральну віспу. Джерела, звідки він взяв цифру в 60 тис. помираючих щорічно від віспи, Гундобін не вказав. Пізніше, не в змозі відмовитися від свого ідефіксу щодо щеплень, він все-таки визнав: «Зникнення віспи в культурних країнах... обумовлюється головним чином вакцинацією, але не слід забувати, що тут мають значення і загальні санітарні умови, як каналізація, добра вода, чистота приміщень тощо; значення цих умов у боротьбі з усіма заразними хворобами досить суттєве» (Воспитание и лечение ребенка до семилетнего возраста. Проф. Н. П. Гундобина. 2-е изд., СПб, 1909, с. 89).

заразних захворювань припадає на вік після 5 років. Найчастіші заразні хвороби в дітей це: грип... кашлюк... кір... дифтерія... скарлатина... та дизентерія...»⁶⁷. Як ми бачимо, натуральної віспи – переважно дитячої хвороби за своєю природою – в цьому переліку взагалі немає.

Зрозуміло, я далекий від думки, що натуральна віспа не викликала у царській Росії ані найменшої проблеми, хоча проф. Філатов і називав цю хворобу рідкою. До кінця XIX ст. захворюваність на неї в Росії знизилася, але ні унікальною, ні навіть особливо рідкою вона все-таки не була. Хочу лише підкреслити, що епідемічні масштаби хвороби в описі нинішніх істориків медицини та епідеміологів безмірно роздуті, і акцент із вкрай незадовільної санітарно-гігієнічної обстановки, у якій жило найбільш страждаюче від віспи населення, і яка була справжньою причиною як віспи, так і десятків інших «безщепленевих» хвороб, навмисне переноситься на *відсутність щеплень*. Така підміна неприпустима і повинна різко засуджуватися, як суто пропагандистська, що не має нічого спільного з серйозним науковим підходом. Щодо вірогідності дореволюційної статистики з епідемічних хвороб, можу навести таку цитату з сучасної книги: «...Відомості про захворюваність на віспу, які надавала Головна лікарська інспекція, були досить далекі від дійсності... При аналізі звітів за 1910 р. спливли й зовсім абсурдні цифри, згідно з якими у декількох губерніях смертність від віспи була вище захворюваності на неї»⁶⁸.

Якщо повернутися до історії руху проти щеплень у Великій Британії, то закономірним буде питання: так виграла чи програла Англія, в якій громадськість домоглася права вибору у питанні щодо щеплень? Вдалим буде порівняння англійської політики в галузі вакцинації з політикою Пруссії й, згодом, Німеччини. Не погидувавши відвертою неправдою, Пруська медична комісія, що поголовно складалася з прихильників щеплень, заявила рейхстагу, що «немає жодного безсумнівного факту, який би свідчив про шкідливий вплив вакцинації на організм людини», хоча нестачі таких фактів, зрозуміло, не було з часів «рятівника» Дженнера, і ні для кого вони не були секретом, як не є секретом і незліченні нинішні ускладнення щеплень, які за допомогою хитрощів проводять за статтями «збіг», «загострення перебігу хвороби», «інтеркурентне захворювання». З мінімальною перевагою голосів у 1874 р. був увалений закон, що зробив щеплення немовлятам і ревакцинації дітям у віці 12 років обов'язковими, якщо тільки батьки останніх не мог-

⁶⁷ Горохов Д. Е. и др. Детский организм в борьбе с болезнями и смертью. Публичные лекции по гигиене детского возраста Московского общества борьбы с детской смертностью. М., 1910, с. 24.

⁶⁸ Токаревич К. Н., Грекова Т. И. По следам минувших эпидемий. Л., 1986, с. 117.

ли надати свідчення про ревакцинацію, зроблену протягом останніх п'яти років, або свідчення про те, що діти перенесли натуральну віспу. Маючи приблизно однаковий рівень «охоплення» щепленнями до 1889 р., коли почала свою роботу Королівська комісія, країни потім все більше й більше відрізнялися за цим показником з року в рік. Зразковий німецький порядок суворо дотримувався і в питанні щеплень, а в Англії щеплень ставало дедалі менше. Динаміка захворюваності на віспу в обох країнах була проаналізована в опублікованій кілька років потому статті проф. Хеннока з Ліверпульського університету. Автором було доведено, що, у підсумку, захворюваність в обох країнах – в одній з майже поголовним щепленням і ревакцинацією дітей, і в іншій з кількістю щеплень, що постійно знижувалась, в якій покладалися головним чином на санітарні заходи для контролю натуральної віспи, – виявилася стабільно однаковою до кінця першого десятиліття ХХ сторіччя й надалі вже практично не змінювалася, так що твердження про німецький успіх, який не має прикладів у боротьбі з натуральною віспою винятково завдяки щепленням, повинно бути переглянute⁶⁹. Тут важливо відзначити, що Англія споконвічно перебувала у значно гіршому становищі у порівнянні з континентальними країнами (особливо такими «замкненими» всередині континенту, як Німеччина), тому що до неї натуральна віспа безперервно «імпортувалася» з південно-азіатських колоній і проникала всюди через морські порти, а тому контроль цієї хвороби дійсно вимагав повної напруги сил і, особливо, бездоганної роботи портової карантинної служби. І до того ж англійці, одного разу ухваливши закон, ніколи більше не вчиняли істерики з обов'язкових тотальних дитячих щеплень, ліквідувавши у підсумку натуральну віспу так, як це запропонував Дж. Т. Біггс. Скільки німецьких дітей заплатили життям та здоров'ям заради затвердження теорії «рятівного колективного імунітету», залишилося невідомим⁷⁰. Лише мимохідь відзначу, що німецькі противники щеплень аж ніяк не припиняли боротьбу з насильством вакцинації. Лікарі та нелікарі об'єдналися у «Спілку противників щеплень» зі штаб-квартирою в Лейпцизі («Verband der

⁶⁹ Hencock E. P. Vaccination Policy Against Smallpox, 1835-1914: A Comparison of England with Prussia and Imperial Germany *Soc Hist Med* 1998 Apr; 11:1, pp. 49-71.

⁷⁰ Щодо боротьби з обов'язковими щепленнями в Німеччині див. *Helmstadter A.* Post hoc – ergo propter hoc? Zur Geschichte der deutschen Impfgegnerbewegung *Geschichte der Pharmazie* 42, 2 (1990); 19-23, *Maehle A.-H.* Präventivmedizin als wissenschaftliches und gesellschaftliches Problem: Der Streit über das Reichsimpfgesetz von 1874 *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 1990; 9:127-146 й особливо *Wolff E.* Medizinkritik der Impfgegner im Spannungsfeld zwischen Lebenswelt- und Wissenschaftsorientierung // *Dinges M.* (Hrsgb) *Medizinische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870-ca.1933) Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 1996; 9:79-108. Дякую д-рові Еберхарду Вольфу (університет у Цюріху), який люб'язно надіслав мені примірник своєї статті.

Impfgegner, e.V., Sitz Leipzig»), що з 1908 по 1933 р. щомісяця видавала журнал «Противник щеплень» («Der Impfgegner»), у якому повідомлялося про небажані для вакцинаторів факти. Відомий німецький письменник і лікар д-р Фрідріх Вольф (1888-1953) писав у своїй книзі «Природа як лікар і помічник»: «От випадок, з яким я зіштовхнувся: здоровий син одного торговця відразу після щеплення занедужує на важке гнійне запалення лімфатичних залоз на руці, куди було зроблене щеплення, справа доходить до важкого абсцесу пахвової залози з гангренозним розпадом; через кілька днів дитина помирає... Батька, незважаючи на відчайдушний опір, примушують щепити й інших дітей... хоча він вже втратив у такий спосіб свою першу дитину, і хоча в цій місцевості протягом десятиліть не було жодного випадку віспи. На жаль, такі факти не рідкість. Майже в кожному номері журналу [Спілки противників щеплень] можна знайти свідчення та фотографії подібних випадків важких ускладнень після вакцинації. Навіть такий прихильник щеплень як д-р Штауффер змушений визнати: «Не можна заперечувати, що внаслідок щеплення коров'ячої віспи скрофульоз, що протікає дотепер латентно (сховано), може перейти в активну (запальну) стадію й найчастіше призвести до фатальних для дитини наслідків. Враження залоз, екзема (висипка), захворювання очей та вушні хвороби, а також туберкульоз можуть зустрічатися у гострій формі після щеплення». При цьому невирішеним залишається питання, чи забезпечує щеплення справжній захист від віспи. Неможливо заперечити те, що вакцина отрута призводить до небезпеки появи важких ускладнень у дітей після щеплень»⁷¹. Боротьба проти обов'язкових щеплень у Німеччині тривала до самого знищення демократичних інститутів після приходу до влади націонал-соціалістів.

Приклад Німеччини важливий ще й тому, що саме на нього посилаються при викладі історії щеплень російські вакцинатори, стверджуючи, що ніякої іншої альтернативи масовим щепленням немає і бути не може. Ось, наприклад, уривок зі статті 1915 року: «Те, що віспощеплення є єдиним надійним засобом від захворювання на віспу, у наш час визнається аксіомою. Де введене обов'язкове віспощеплення... там захворювання на віспу або зовсім припинилися, або з'являються в незначних долях відсотка»⁷². Услід за цим безапеляцій-

⁷¹ «Die Natur als Arzt und Helfer. Das neue naturärztliche Hausbuch von Friedrich Wolf Dr. med.» Stuttgart, Berlin und Leipzig, 1928, репринт Mitteldeutscher Verlag Halle-Leipzig, 1988, S. 543. Я глибоко вдячний Г. Н. Лобановій, яка люб'язно надала копію книги д-ра Вольфа і цю цитату в моє розпорядження.

⁷² Ноздровский А. С. Оспопрививание в Петрограде и его недостатки // Оспопрививание в России. Петроград, 1915, вып. II, с. 5.

ним твердженням автор публікації, А. С. Ноздровський, наводив перелік країн, серед яких чомусь була й Англія (!), а також Америка, у якій кількість щеплених від віспи традиційно була невелика, незважаючи на рішення влади⁷³, і пропускаючи, наприклад, Швейцарію, яка давно (ще у 1883 р.!) скасувала обов'язковість щеплень, або Австралію, де обов'язковість щеплень існувала лише протягом короткого часу (після смерті від щеплень декількох дітей уряд скасував обов'язковість цієї процедури); у цих й інших «бесщепленевих» країнах віспи практично не було. У той самий час автор згадує у якості «вільних» від віспи країн Японію – дійсно, з самими жорстокими законами щодо щеплень, і при цьому... безперервно страждаючи від найтяжчих віспяних епідемій. Про цю країну я хотів би сказати кілька слів окремо.

Японія ухвалила закон про обов'язкові щеплення немовлятам у 1872 р. Закон виконувався, як і заведено в японців, неухильно. Віспа не звернула на це ніякої уваги, і епідемії тривали. Тоді у 1885 р. був ухвалений новий закон, що вимагав щеплення кожні 7 років. З 1886 по 1892 р. в Японії було проведено 25 474 370 вакцинацій, ревакцинацій та реревакцинацій, якщо можна так висловитися. Підсумок був цілком передбачуваний: протягом тих семи років у Японії було зареєстровано 156 175 випадків захворювання на віспу, з яких 38 379 (майже 25%) закінчилися смертю. Це було значно вище за смертність у той період, коли в Японії взагалі не було ні одного щепленого проти віспи. Останнім акордом до семирічки щепленевого божевілья став 1893 р.: 41 898 випадків захворювання на віспу та 11 852 випадків смерті. У 1896 р. японський парламент ухвалив закон, що негайно був підписаний мікадо: вік першої ревакцинації знизився з семи до п'яти років. Невиконання закону каралося найсуворішим чином. Головний хірург Японії барон Такаліра, що брав участь у якомусь урочистому заході англійської медичної адміністрації в 1906 р., з гордістю повідомляв: «В Японії немає противників щеплень. Кожна дитина одержує щеплення у віці до 6 місяців, ревакцинується, коли йде до школи у віці 6 років. Наступна ревакцинація у 14 років, коли вона переходить у середню школу. Чоловіки одержують щеплення перед вступом на військову службу. Потім щеплення проводяться щораз при черговому спалаху віспи». Історія замовчує те, чи поставили баронові питання: звідки ж власне беруться ці «чергові спалахи», коли серед населення дуже давно вже немає нікого, хто б не отримував повну дозу щеплень? Приклад Японії підтвердив висновок деяких дослідників: за санітарно-гігієнічних умов, що не змінюються, смертність

⁷³ Див. *Johnston R. The radical...* У США на той час не було навіть федерального закону щодо обов'язковості щеплень – такий закон могли мати тільки окремі штати.

населення від віспи зростає відповідно збільшенню кількості щеплень від неї...⁷⁴.

Сповна ілюструє знайомство А. Ноздровського з предметом його вивчення така цитата: «У тих містах і державах, де віспа зникла завдяки обов'язковій імунізації населення, відсоток вдалих щеплень сягає 97,01 і не буває меншим за 95,45%»⁷⁵. Такі напівфантастичні показники «охоплення» навряд чи можна було тоді знайти навіть у країнах з найбільшим охопленням щепленнями, з найзаконослухнянішим населенням, за винятком хіба що Італії⁷⁶. Висновок автора був цілком прозорим: «...Система віспощеплення, заснована на вмовляннях та угодах, не може досягнути успіху, про що свідчить столітній досвід практичного віспощеплення у Росії, що не зменшив кількості віспяних хворих... Очевидно, населення самотужки не може перебороти своєї пасивності у набутті імунізації за допомогою віспощеплення, і має потребу в зовнішніх стимуляціях впливу – в обов'язковості віспощеплення або в інтенсивних моральних впливах»⁷⁷.

Зрозуміло, слабкий і безвладний царський, а потім і Тимчасовий уряд на такі «інтенсивні моральні впливи» виявилися нездатними, чого не можна було сказати про більшовиків, з якими вакцинатори швидко знайшли спільну мову, і які негайно допомогли населенню «перебороти свою пасивність», причому далеко не тільки у питанні щодо щеплень. Російський, а потім і вірнопідданий радянський мікробіолог Н. Ф. Гамалея (1859-1949), який з 1912 р. завідував Санкт-Петербурзьким (пізніше Петроградським) віспощепленевим інститутом, один з тих чиновників з академічними медичними титулами, які були ладні служити

⁷⁴ Статистичне обґрунтування факту, що щеплення *роблять схильними* до захворювання на натуральну віспу, з відомих мені авторів намагалися дати Лев Бразоль у двох своїх книгах і Рассел Уоллес у своєму «Короткому викладі доказів, що щеплення не запобігають віспі, а насправді збільшують захворюваність на неї» (1904).

⁷⁵ Ноздровский А. Оспопрививание... с. 11.

⁷⁶ Так, у згадуваній вище статті, що порівнює Англію і Німеччину, з об'єднаної автором в одну таблицю статистики виходить, що відсоток «вдало» щеплених дітей у Німеччині (тобто тих, у кого, за вакцинаторськими критеріями, щеплення «взялося»), досвід якого обожнювали російські вакцинатори, ніколи до часу написання брошури Ноздровського не перевищував приблизно 87-88%, і був звичайно на рівні 84-86% (Hennock E. Vaccination... p. 63). Втім, у мене є інший приклад. До часу чергового спалаху натуральної віспи в 1887 р. в англійському місті Шеффилді із двомастами тисячами жителів, було вакциновано та ревакциновано 97% населення. У 1887 р. занедужали 7 101 чоловік, 648 з яких померли (McBean E. The poisoned needle. Suppressed facts about vaccination. 1957). Хоча і відзначалося, що шанс на зараження для щеплених був нижче, ніж для нещеплених (Dixon C. W. Smallpox. London, 1962, p. 311), інтенсивність спалаху і велика кількість хворих щеплених у всіх вікових групах самі по собі ставлять під великий сумнів всі міркування про «колективний імунітет».

⁷⁷ Ноздровский А. Оспопрививание... с. 5-6.

будь-якій, навіть найлюдожерницькій владі, аби тільки та давала їм ситний пайок і зберігала за ними посади, вчасно втулив проект боротьби з натуральною віспою. Поза всяких сумнівів, що малограмотним, особливо у медичних питаннях, червоним комісарам Гамалея повторив слідом за Пруською медичною комісією, що щеплення коров'ячої віспи зовсім безпечні⁷⁸. Вже у 1918 р. віспощеплення стало загальним і обов'язковим у північних областях, а 10 квітня 1919 р. Ленін підписав декрет Ради народних комісарів «Про обов'язкове віспощеплення», яким стверджувалося: «Задля успішнішої боротьби з епідемією віспи й для поліпшення існуючої нині стану віспощеплення, Рада Народних комісарів ухвалила: 1. Встановити у Республіці обов'язковість віспощеплення на нижченаведених підставах: 1) обов'язковому віспощепленню підлягають усі новонароджені, 2) всі, хто вступає до навчальних закладів усіх типів чи потрапляє до притулків й інтернатів, 3) всі призивники й ті, хто служить в армії та на флоті, 4) всі робітники та службовці в усіх підприємствах та установах, 5) всі, хто надходить до в'язниць та ін. місць ув'язнення... Особи, що ухиляються від обов'язкового віспощеплення, а також й особи, що не потурбувалися про своєчасне обов'язкове віспощеплення своїм неповнолітнім дітям або іншим неповнолітнім, що перебувають на їхньому піклуванні, а також установи, у віданні яких перебувають верстви населення, що підлягають віспощепленню, несуть відповідальність перед Народним Судом»⁷⁹. Втім, навряд чи справа часто доходила до народних судів. У ті часи народні суди були завантажені набагато важливішими справами, про які ми тепер добре знаємо. Були й інші, цілком більшовицькі методи вирішення проблеми: «Крім санітарної пропаганди... використовували й низку досить жорстких нестандартних заходів (при ухиленні від щеплень – позбавлення продовольчих карток, зарплатні, відмова у прописці для приїжджих й ін.). Факт щеплення підтверджувався спеціальним штампом

⁷⁸ «Щеплена коров'яча віспа не тільки цілком безпечна, але навіть ніколи не викликає будь-якого серйозного захворювання, у той час як щеплення людської віспи завжди призводить до хвороби, іноді смертельної» (*Гамалея Н. Ф.* Оспа и оспопрививание. Изд. 2-е, испр., М., 1927, с. 21). Крім свідомої брехні про безпечність щеплень, звідси видно, що Гамалея був цілком безграмотний й у питаннях інокуляції. «Пізнi» інокуляції Данієля Саттона і його послідовників, про що я писав на початку цього розділу, були дійсно настільки м'які, що часто не викликали не тільки ніякої хвороби, але й навіть виявленого запалення у місці уколу або надрізу. Інокулятори перед процедурою інтенсивно розтирали шкіру на руці пацієнта рушником або просили того потримати її якийсь час у гарячій воді, щоб підсилити приплив крові до місця інокуляції і збільшити ймовірність того, що та «візьметься».

⁷⁹ Декрет Совета Народных комиссаров об обязательном оспопрививании // Оспопрививание. Сборник декретов и распоряжений Совета Народных комиссаров и Народного Комиссариата здравоохранения об обязательном оспопрививании. М., 1919.

у трудовій книжці, а у дітей – у метриці»⁸⁰. Нестандартно, що й казати. Але цілком у межах уявлень щодо законності – так, як це розуміли у Радянській Росії.

Нині важко сказати, чи були фантастичні успіхи (практичне зникнення натуральної віспи до 1930 р.), досягнуті в СРСР, вигадкою або ж певною мірою відповідали реальному стану справ. Вакцинатори завжди дуже полюбили фальсифікувати статистику на свою користь, а у країні, де фальсифікація була офіційною державною політикою, їм, звичайно, було де розвернутися. Одне безсумнівно: якщо б у 1920-х рр. не була реорганізована вся медична система і введений найжорстокіший санітарний контроль з ранньою ізоляцією хворих та спостереженням за контактуючими з ними (вочевидь, серед консультантів та фахівців минулого були медики, компетентніші за патологічних вакцинаторів на кшталт Гамалеї), навряд чи змогли б серйозно вразити віспу навіть у тому випадку, якби всіх щепили щороку.

У той час коли у Радянській Росії ухвалювали закони про обов'язкове віспощеплення, що пізніше поширилися на увесь СРСР, кампанія зі щеплень зазнавала чергового фіаско – цього разу на Філіппінах. Під іспанським пануванням ця країна вже скуштувала благ вакцинації, маючи 10%-ву епідемічну смертність від віспи, але особливої ретельності у цій справі традиційно ледачі іспанці не виявляли, що, ймовірно, і рятувало якийсь час філіппійців. Віспа дійсно заподіювала остров'янам чимало неприємностей через вкрай незадовільний санітарно-гігієнічний стан. Але ось Філіппіни були захоплені Сполученими Штатами⁸¹, і становище різко змінилося. Нові території стали відмінним ринком збуту вакцин – природно, примусового, інакше аборигени не усвідомлять

⁸⁰ *Покровский В. И.* и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 353.

⁸¹ Під час війни з Іспанією за панування над Філіппінами у 1899-1901 рр., американські солдати одержували щеплення проти віспи... кожні шість тижнів. Головний армійський хірург Ліппінкот заявляв, що «вакцинації проводяться також регулярно, як стройові навчання». Статистика показує результати такої ретельності в армії: 276 випадків віспи в 1899 р., з яких 78 закінчилися смертю, 246 випадків у 1900 р. (113 смертей) і 125 випадків у 1901 р. (37 смертей). Американцям традиційно не щастило з віспою під час їхніх війн (це зайвий раз підтверджує теза про те, що віспа – незмінний супутник антисанітарії) – і під час війни за незалежність з Англією, і під час громадянської війни, і під час війни в Кореї, вони важко страждали від цієї хвороби, хоча усіх військовослужбовців, зрозуміло, ретельно й багаторазово щепили відтоді, як з'явилася така можливість. Страждали від спалахів віспи щеплені французькі, англійські і сардинські війська під час Кримської війни 1853-56 рр. Ще приклад: «У період першої світової війни у російській армії (без обліку Кавказького фронту) з серпня 1914 по жовтень 1917 року занедужало на віспу 2708 чоловік. В австро-угорській армії тільки у 1915 році було 25 тисяч захворювань» (*Токаревич К. Н.* По следам... с. 157). Зрозуміло, військовослужбовці і російської, і австро-угорської армії були щеплені від віспи.

всіх переваг винайденого європейцями методу отруєння організму та поширення хвороб. Постійні й обов'язкові щеплення проти віспи почалися у 1905 р. З 1911 по 1920 рр. на островах було зроблено 24 436 889 щеплень⁸². На тлі на 95% щепленого десятимільйонного населення, у страшну епідемію віспи 1918-1920 рр. було зареєстровано 163 000 випадків, з яких 71 000 закінчилася смертю (тут є деяке роходження у даних: за деякими знайденими мною джерелами це співвідношення було 112 549 й 60 855 відповідно; менше випадків, але летальність відчутно вища). У найбільш вакцинованій частині Філіппін, а саме у Манілі... читачі вже здогадуються? летальність віспи була дивовижно високою – 65,3%: 1 326 випадків захворювання й 869 смертей. Найменша летальність (11,4%) була там, де вакцинаторам активно чинили опір; на Філіппінах це був острів Мінданао, жителі якого були відомі своїми «релігійними забобонами» (серед яких була й відмова від щеплень). Разом з тим епідемія віспи була лише частиною епідемічних нещасть, що звалилися на голову населення Філіппін у ті роки. За Ліонелем Доулем, ця епідемія збіглася (чи випадково?) з епідеміями малярії (93 000 померлих), інфлюєнці (91 000 померлих), туберкульозу (80 000 померлих), дизентерії, холери й тифу (70 000 померлих від всіх трьох хвороб)⁸³. Незважаючи на всі щеплення, для віспи не було зроблено виключення у скорботному мартиролозі.

Існує дуже цікава додаткова інформація щодо цієї страшної епідемії, яка, можливо, проллє світло на її причину. У 1918 р. США чомусь потрібно було реалізувати більшу кількість вакцин ніж звичайно. Цього року, за відсутності будь-яких ознак епідемії (зафіксовано поодинокі випадки віспи з м'яким перебігом, які вже довгі роки постійно були присутні на Філіппінах), за допомогою армії (поряд з поліцією – відмінний інструмент для забезпечення споживання рятівних медичних послуг!) щеплення були зроблені 3 285 376 філіппійців. З раніше щеплених 47 369 занедужали на віспу, а 16 477 померли. Саме собою зрозуміло, що єдиний можливий висновок, до якого й дійшли вакцинатори – мало щеплень. Тим більше що за якогось загадкового збігу обставин, саме того року почалася віспяна епідемія. У 1919 р. щеплення були зроблені вже 7 670 252 особам. З них занедужало 65 180, а 44 408 померло. Тобто після першого вакцинаторського наскоку померло біля третини хворих, а після другого – дві третини. Імовірно, якби епідемія тривала ще, американці зі своїми щепленнями та інші інфекційні хвороби просто б поступово винищили всіх острів'ян⁸⁴.

⁸² McBean E. The poisoned...

⁸³ Dole L. The blood poisoners, 1965.

Повернемося знову на Британські острови. Після 1907 р. гострота питання щеплень зійшла з порядку денного, і багато організацій, що боролися проти вакцинаторським насильством, поступово припинили своє існування. Однак промивання мозків суспільства й, природно, молодій лікарській зміні, не припинялося ні на йоту. Хочу ненадовго звернутися до дискусії, початок якій було покладено статтею д-ра Р. Гарроу, опублікованої у «Британському медичному журналі» 14 січня 1928 р., в якій він показав, що смертність від натуральної віспи в Англії та Уельсі в 1923 й 1926 рр. серед щеплених віком старше 15 років була у 5 разів вище, ніж серед нещеплених. В обговоренні, що відбулося на сторінках журналу 21 січня, д-р Гарроу, крім усього іншого, був звинувачений ще й у тому, що він (а не щеплення, зрозуміло) своїми шкідницькими публікаціями дає могутню зброю до рук противників вакцинації (лист д-ра Ф. Віне). Там само був опублікований лист здивованого д-ра Перрі. Молодий лікар був вихований, з його власних слів, з вірою в те, що натуральна віспа – хвороба нещеплених, яких вона веде до жахаючих наслідків; щепленим же вона не завдає жодного клопоту. Як стаття Гарроу, так і його власні спостереження переконували д-ра Перрі у зворотному. Він узагальнив усі накопичені питання у такий спосіб: «1) Яким чином може бути, що натуральна віспа у п'ять разів смертельніша для щеплених ніж для нещеплених? 2) Як могло трапитися, що при постійному зниженні відсотка щепленого населення (з 85% у 1870 р. до 40% у 1925 р.) відсоток хворих на натуральну віспу еквівалентний цьому зниженню, причому в ті роки, коли реєструється найменше щеплень, тоді і найнижча захворюваність на віспу? 3) Яким чином могло відбутися, що у найбільш щеплених містах – Бомбеї та Калькутті – віспа постійно на підйомі, у той час коли у найменш щеплених, на кшталт Лейстера, вона майже невідома? 4) Які можуть бути пояснення тому факту, що 80% з тих, хто надходить до міських лікарень через віспу, щеплені й лише 20% не щеплені? 5) Як могло бути таке, що у Німеччині, найбільш щепле-

⁸⁴ Н. Гамалії, який у книзі «Гігієна й санітарія» (1913) вже встиг оголосити віспу на Філіппінах ліквідованою завдяки американським щепленням, довелося полатати голову над виправданням своїх скоростиглих висновків. І от до чого він подумався: «Але після 1914 р. віспощеплення там прийшло – у зв'язку з війною – у занепад, і там вибухнула страшенніша епідемія віспи, яка забрала 50 тис. населення» (*Гамалія Н. Ф.* Оспопрививание. 2-е изд., Л., 1924, с. 23). Не дуже зрозуміло, чому віспощеплення там повинні було прийти у занепад (Філіппіни не були театром воєнних дій, і взагалі США вступили у війну тільки у 1917 р.), але навіть якщо це було й так, то невеликою ж повинна бути цінність віспощеплення, коли варто тому «прийти в занепад», як через кілька років трапляється найтяжка епідемія з десятками тисяч жертв! А як же бути з обіцяним захистом – нехай не довічним, але хоча б на декілька років?!

ній країні світу, більше смертей від віспи пропорційно до населення, ніж в Англії: у 1919 р. було 28 смертей в Англії і 707 у Німеччині, у 1920 р. – 30 в Англії і 354 у Німеччині; у 1919 р. у Німеччині було 5 012 випадків захворювання і 707 смертей, а в Англії у 1925 р. – 5 363 випадків і 6 смертей. Як можна все це пояснити? 6) Чи можна приписати зниження захворюваності на натуральну віспу та смертності від неї тому ж, чим пояснюється зниження захворюваності на інші інфекції та смертності від них, тобто покращенням санітарії та адміністративним контролем?»⁸⁵. У відповідь редакційний коментар, ледь приховуючи роздратування, безсило порадив лікареві «бути досить розумним, щоб не видавати припущення за факти», хоча Перрі посилався саме на добре всім відомі факти, яких вперто уникали вакцинатори...

Почавши стрімко знижуватися наприкінці ХІХ сторіччя, до середини ХХ ст. віспа практично зникла з розвинених країн, при цьому поза всякою залежністю від того, наскільки добре було в них поставлено справу по щепленням і чи були відповідні закони, що вимагали обов'язкових вакцинацій-ревакцинацій. Продовжували страждати від натуральної віспи лише країни третього світу, причому, знову ж, поза всякою залежністю від політики щеплень. Так, гірші за всіх справи були у Бразилії, Індії, Індонезії, Конго, Нігерії, Пакистані й Сьєрра-Леоне⁸⁶, причому зі всіх цих країн щеплення не були обов'язковими лише у Бразилії та Сьєрра-Леоне – у всіх інших за законом були потрібні й вакцинації, й ревакцинації⁸⁷. У низці країн щеплення були скасовані не тому, що перспектива віспяного спалаху здавалася нітрохи не страшною, а тому, що перед наслідками щеплень бліднішала навіть сама натуральна віспа. Навіть радянським авторам дозволили (правда, лише у книзі для лікарів) написати наступне: «Майже паралельно з введенням у практику вакцин, з'явилися повідомлення про їхній побічний вплив. Так, вакцинація проти віспи, навіть проведена за всіма правилами, викликала у низки хворих ускладнення. Про найважчі з них – менінгоенцефаліти – спочатку забороняли повідомляти у пресі,

⁸⁵ Цит. за *Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, pp. 206-209.* Заслуговує на увагу згадування д-ром Перрі провалу щеплень в Індії. Від себе додаю, що цей провал став безсумнівним вже на початку століття. Віконт Морлі, який відвідав Індію з інспекцією, повідомив до палати громад, що за 30 років, з 1877 по 1906 рр., в Індії було зареєстровано 3 344 325 смертей від натуральної віспи, причому всі померлі, імовірно, були щеплені, тому що щеплення були обов'язковими за законом. З іншого боку, за словами віконта, у будь-якому куточку Індії, де припинялися щеплення і замість них вводилися суворі санітарні заходи, віспа негайно зникала, і це правило не знало виключень.

⁸⁶ *Либов А. Л., Николаевский Г. П. Проблемы ликвидации оспы. М., 1970, с. 5.*

⁸⁷ Там само, табл. на с. 21-33.

щоб не відвернути населення від проведення вакцинацій. Незважаючи на заборону, зростання кількості вражень мозку після щеплень призвело до появи повідомлень у літературі, в першу чергу в Данії, потім у Голландії, Німеччині, Франції, Росії. У деяких країнах від цих ускладнень померло людей більше, ніж від захворювання на натуральну віспу. У Голландії у 1954 р. від післявакцинальних енцефалітів гинув один на 60 щеплених, що викликало паніку в країні... Крім енцефаліту описувалися й інші ускладнення – вакцинальна екзема, генералізована й повзуча вакцина й ін. Виділення вірусу з ліквору й мозку загиблих показало, що збудник цих ускладнень той самий – вірус вакцини»⁸⁸. Втім, це було тільки у книгах для фахівців. А широкий загал продовжували пригощати байками: «Своєчасне щеплення всіх здорових дітей проти віспи є практично безпечним і повністю запобігає цій страшній хворобі»⁸⁹.

Щеплення збирали свої жнива й при ліквідаціях спалахів, коли щепили поспіль усіх, хто контактував з хворими. Так, при спалаху натуральної віспи у березні 1953 р. в йоркширському містечку Тодмордені (19 тис. населення, остання смерть від натуральної віспи у 1893 р., останні випадки захворювання – у 1920-х рр.), детально описаній у книзі Діксона у викладі д-ра Лайонса, який брав участь в її ліквідації⁹⁰, при тридцятьох восьми хворих і шести померлих, щеплення були зроблені декільком тисячам осіб, що призвело до двох додаткових смертей (від генералізованої вакцини та енцефаліту), і ще одна людина важко постраждала від енцефаліту, хоча й залишилася живою. Показово, що ніхто з них взагалі не перебував у фактичній групі ризику (серед так званих контактів 1-ї, 2-ї або навіть 3-ї груп). Д-р Лайонс у своєму звіті критикував систему, за якої лікарі одержують гроші за «охоплення» щепленнями, що стимулює проведення нікому не потрібних щеплень у гонитві за заробітком: усе, що насправді було потрібно, це вакцинувати декілька десятків «контактів» 1-ї групи. Лікарі-вакцинатори заробили на цьому спалаху по 200 фунтів стерлінгів (що тоді, імовірно, було дуже непоганими грошми). У 1962 р., коли під час локального спалаху віспи у Південному Уельсі занедужали 66 осіб, 21 з яких померло, зазобована щепленнями влада,

⁸⁸ Профилактические прививки в практике педиатра. Киев, 1975, с. 13.

⁸⁹ Либов А. Л. Воспитание здорового ребенка. Л., 1971, с. 25. Помилаться читачі, які вирішили, що ці слова належать перу малоосвіченого санепідпросвітника, який звично майструє агітлітературу на замовлення. Доктор медичних наук проф. Либов (1907-1982) був першим директором Ленінградського НДІ дитячих інфекцій (НДІДІ) і очолював цю установу з 1949 по 1958 і з 1961 по 1965 роки. Крім того, він був представником Товариства дитячих лікарів СРСР у Всесвітній організації педіатрів.

⁹⁰ Dixon C. Smallpox. pp. 429-445.

що збожеволіла з переляку та забула про лейстерські уроки, почала терміново вакцинувати всіх, хто контактував, міг контактувати, міг контактувати з тими, хто контактував чи міг контактувати (за деякими даними щеплено було до 900 тис. осіб!)... і в підсумку післявакцинальні ускладнення відправили на той світ ще 17 осіб, не кажучи вже про тих, хто «легко» постраждав від щеплень, ставши інвалідом або важко занедужавши.

У 1958 р. з ініціативою почати кампанію з викорінювання натуральної віспи виступив представник СРСР на Всесвітній Асамблеї охорони здоров'я, вірусолог проф. В. М. Жданов (1914-1987). «За наданими розрахунками, при 80% щеплених можливо було досягти припинення циркуляції вірусу та ліквідації хвороби протягом 4-5 років. Радянський Союз запропонував велику кількість вакцини; так само зробили й багато інших індустріально розвинених країн»⁹¹. Експерти ВООЗ зустріли радянську ініціативу зовсім неодностайно. Так, проф. Арьє Цукерман з вірусологічної експертної групи ВООЗ категорично чинив опір плану всепланетних щеплень, заявляючи, що наслідки такого заходу будуть незмірно небезпечніше від самої хвороби⁹². Втім, сама ідея викорінювання натуральної віспи була цілком реальною з причин, що не мають ні найменшого відношення до наявності або відсутності щеплень. Натуральна віспа належить до антропонозів, тобто хвороб, збудники яких вражають лише людину (як і скарлатина, кір, поліомієліт й ін.). Крім того, при натуральній віспі немає тварин і комах, що переносять хворобу (на відміну від чуми або черевного тифу), немає й природних тваринних резервуарів збудника (на відміну від малярії). При натуральній віспі не буває «здорових носіїв» інфекції (на відміну від дифтерії) – той, хто заражається віспою, неодмінно занедужує на неї у тій або іншій формі. При цьому клінічні симптоми віспи чітко простежуються та практично не можуть бути переплутані з симптомами інших хвороб (як нерідко плутають, наприклад, симптоми кору і краснухи). Вірус натуральної віспи генетично стабільний (на відміну, скажімо, від вірусу грипу), так що людству за всю його історію боротьби з натуральною віспою доводилося мати справу з тією самою хворобою

⁹¹ *Fenner F. Smallpox Eradication: the vindication of Jenner's prophesy // Vaccinia, Vaccination, Vaccinology. Jenner, Pasteur and their successors. International Meeting on the History of Vaccinology 6-8 December 1995, Marnes-La-Coquette, Paris, France. Elevier, Paris, 1996 p. 76.*

⁹² Важко сказати, скільки в підсумку людей у цю кампанію загинуло від щеплень і було ними скалічено, тому що акцент у ній робився на безправні країни третього світу з їхньою жахаючою смертністю від усіх інфекційних хвороб. Будь-які повідомлення про післявакцинальні трагедії, навіть якщо вони і надходили до ВООЗ, могли бути легко списані вакцинаторами на інші причини.

у двох її головних різновидах (варіола та варіолоїд, що викликалися вірусами *variola major* і *variola minor*), з тими самими проявами, що розрізнялися лише за ступенем своєї виразності. Сприйнятливість до вірусу натуральної віспи у людському співтоваристві далека від абсолютної і набагато нижче такої, наприклад, як до збудників кашлюку та вітряної віспи, не кажучи вже про кір (за даними деяких авторів сприйнятливість до натуральної віспи не перевищує 50%), а тому будь-який спалах захворювання цілком піддається контролю шляхом ранньої ізоляції хворого та активному спостереженню за всіма, хто був у контакті з ним. Крім того, були приклади країн, які були практично вільні від натуральної віспи без будь-яких нав'язаних законом щеплень. Так, в Австралії, Англії, Бахреїні, Ліхтенштейні, Люксембурзі, Монако, Омані, США, Уругваї, Франції, Фінляндії, Швейцарії та ще низці дрібних країн щеплення проти натуральної віспи не були обов'язковими⁹³ і, відповідно, там був невеликий відсоток щепленого населення, а ревакциновано було зовсім небагато. Фактично, у низці країн ендемічна натуральна віспа не відзначалася вже багато років (у СРСР останній «власний» випадок був відзначений у 1937 р., у США – у 1949 р., у Канаді останній спалах був у 1916 р. і т.д.), а «імпортовану» віспу, завдяки системі чітко налагоджених санітарних та адміністративних заходів, вдавалося швидко локалізувати. У СРСР останній випадок завезеної віспи було зареєстровано у 1960 р. Від хворого, який побував в Індії й там заразився віспою, у Москві були інфіковані 19 осіб (7 родичів, 9 чоловік персоналу і 3 пацієнта лікарні, куди він був госпіталізований з нерозпізною віспою), потім від цих 19 заразилися ще 23 людини і від останніх – ще троє⁹⁴. Невже всі вони були нещеплені, звідки стільки нещеплених у країні тотальних щеплень? Ні, не може бути. «Усі хворі вакцинувалися в дитинстві. У 1957 р. ревакцинувалися 10 чоловік, у трьох з них була позитивна реакція на щеплення. У 1960 р. було ревакциновано 23 людини до захворювання, з них з позитивною реакцією – 14. Під час захворювання було ревакцино-

⁹³ Либов А. Л. Проблемы... табл. на с. 21-33. Відчайдушний заклик радянських вакцинаторів: «Логічний висновок з сучасної ситуації може бути тільки один: доти, поки віспа на земній кулі не ліквідована, не усунута небезпека її занесення до будь-якої країни. Тому реальним шляхом для ліквідації можливості занесення інфекції у вільні від віспи країни і небезпеки смерті від віспи нещеплених і від вакцинальних ускладнень від первинно щеплених дорослих, є своєчасна обов'язкова імунізація дитячого населення і регулярна ревакцинація» (с. 35) у цих країнах так і не був почутий. Імовірно, у них був інший «єдиний» логічний висновок. Або ось, говорячи про Швейцарію: «У місті, що нараховує 44 000 жителів, на рік вакцинується проти віспи близько 200 чоловік. При таких темпах знадобилося б 120 років, щоб імунізувати все населення міста» (с. 34). Не знадобилося.

⁹⁴ Гальперин Э. А. Клиника оспы и прививочных реакций. М., 1962, с. 17.

вано 14 чоловік, з них з позитивним результатом – п'ятеро»⁹⁵. Отже, з 46 хворих у Москві в дитинстві одержали щеплення *всі*, 23 людини – того ж року, коли занедужали (ось які ефективні щеплення!), десять чоловік – за три роки до хвороби, і ще чотирнадцятьом щеплення, зроблені на тлі вже існуючого зараження, також не допомогли. Троє хворих померли (з них двоє з важкими фоновими захворюваннями), інші перенесли віспу різного ступеня важкості (переважно вариолоїд). Ну, й який же висновок? Ось вона, дивна перлина вакцинаторської логіки: «Переважання легких стертих форм захворювань при спалаху віспи в Москві у 1960 р. ще раз підтверджує величезне значення обов'язкових у СРСР щеплень проти віспи»⁹⁶. Добре хоч, що вже не говорилося про щеплення як засіб попередження віспи – тепер лише підтверджувалося, що щеплення роблять віспу легкою та ледь не приємною. Цей творчий підхід вперше був розвинений вакцинаторами під час віспяної епідемії 1816-1819 рр. в Англії, коли вперше виявився провал щеплень коров'ячої віспи вже у національному масштабі. Під час тієї епідемії, як це нерідко траплялося і раніше (прикладі були наведені проф. Крейтоном у розділі про натуральну віспу в його «Історії епідемій у Британії»), переважали м'які форми віспи, що негайно було приписано корисній дії щеплень. З тих пір приказка «якщо щеплення і не захищає, то робить хворобу м'якшою» стала однією із

⁹⁵ Там само, с. 18.

⁹⁶ Там само, с. 19. Порівняйте з наступним: «...Як показав московський спалах... навіть відносно високий рівень колективного імунітету повністю не запобіг поширенню інфекції (як відомо, *за два роки до спалаху в Москві у зв'язку з майбутнім Міжнародним фестивалем молоді і студентів на додаток до планових щеплень була проведена масова вакцинація населення міста і прилеглих районів*). Більш того, переважна більшість піддавалася протягом життя декількаразовим ревакцинаціям» (виділено мною. – О. К.) (Покровский В. И. Эволюция... с. 358). Заради міфічної безпеки вбивають і калічать щепленнями сотні і тисячі людей, але кого це хвилює? Висновок пропагандистів щеплень стандартний: «Немає сумніву, що і поширення віспи, і важкість перебігу хвороби були б незмірно більшими за відсутності або за нижчого рівня колективного імунітету до віспи». Ну й, зрозуміло, «за 6 днів у Москві і прилягаючих районах було щеплено проти віспи понад 8 млн. чоловік, понад 9000 перебували під наглядом, з яких більше 3000, що контактували, було поміщено для карантинної обсервації у різні медичні установи» (там само). Проектуючи статистику смертності від щеплень при спалаху у Південному Уельсі (див. вище) на московський спалах, можна припустити, що при трьох померлих від віспи щепленнями вмертвили ніяк не менш півтори-дві сотні людей, і набагато більше скалічили. Точних цифр, які, цілком за Шоу, могли б налякати й Ірода, немає. Скромно відзначено: «Під час загальних щеплень у Москві з повною очевидністю виявилася надмірна реактогенність віспяної вакцини. На відміну від існуючої думки про відсутність у СРСР післявакцинальних ускладнень... виявилось, що вакцина, яка застосовувалася, викликає як післявакцинальні енцефаліти, так й інші важкі ускладнення» (там само). Справді, хто б тільки міг подумати!

найпоширеніших у пропаганді вакцинації. І справді: яка б не була важка хвороба, якщо тільки вона не закінчується смертю, завжди можна припустити, що без щеплення її перебіг був би ще важчим, а тому людині, яка щиро вірить у щеплення, заперечити й справді нема чого. Тут між іншим цікаво відзначити поступовий розвиток настанов щодо вакцинації. Дженнер стверджував, що щеплення коров'ячої віспи робить щепленого на все життя несприйнятливим до натуральної віспи. Його послідовники уточнювали: не на все життя, а тільки на певний час, щеплення потрібно повторювати. Потім виявилось, що щеплення, скільки їх не повторюй, від хвороби однаково не рятують. Лев Бразоль писав про це у своїй книзі: «Запобіжна сила вакцинації повинна була діяти все життя; потім тільки 20 років, потім 15, 10 і 5 років. Але в останні епідемії 70-х років стало зрозуміло, що й 5-ти річний термін занадто великий, тому що від віспи скрізь занедужували та помирали діти через три, два роки, навіть через рік або часто за кілька місяців після успішної вакцинації. Нарешті, професор Фридберг у Бреславлі, відомий поборник примусового віспощеплення, у своїй праці про захисну вакцинацію... говорить, що вакцинація оберігає від віспи тільки доти, поки немає віспяної епідемії, а «з появою віспяної епідемії віспяна отрута здобуває таку силу заразливості, що знищує запобіжну силу попередньої вакцинації». З цього стає зрозуміло, що захисна сила вакцинації дорівнює нулю, і того, чого не може дати вакцинація, звичайно, неможливо досягнути за допомогою ревакцинації»⁹⁷.

Коли вже стало неможливим заперечувати факт безглуздості й повторних щеплень, тоді в хід пішов новий винахід: так, захворюванню вони взагалі не запобігають, але натомість зменшують смертність серед щеплених і роблять перебіг хвороби в них м'якше. Це остання лінія оборони щеплень, далі цього відступати вже нікуди: наступним логічним кроком залишається тільки заявити, що щеплення взагалі ніякого впливу на захворюваність і смертність не мають.

Втім, поряд зі стандартними пропагандистськими міркуваннями, було підтверджено й всім давно відоме: «Московський спалах, як і багато аналогічних за кордоном, підтверджує, яке велике значення для попередження віспи має повноцінна своєчасна діагностика першого захворювання. Разом з тим, навіть у великих містах, за наявності достатньо розвиненої медичної мережі, виникнення захворювань на віспу, як показує досвід низки країн, не може викликати значних епідемій. У найгіршому випадку спалах обмежується десятками захворювань. Цим віспа в країнах, високоорганізованих з медичної точки зору, відрізняється за своєю течією від розвитку захворювання у від-

⁹⁷ Бразоль Л. Е. Мнимая... с. 43.

сталих країнах, де віспою хворіли і хворіють тисячі й десятки тисяч людей навіть в останні роки» і «Далеко не завжди завезення інфекції веде до її спалахів, а тим більше до епідемічного поширення віспи. Матеріали Всесвітньої Організації охорони здоров'я є доказом того, що в половині (10 з 18) випадків завезення віспи до країн, де хвороба ліквідована, спостерігаються лише поодинокі випадки. Медичні працівники повинні пам'ятати, що хвороба не поширюється не тільки у зв'язку з досить напруженим імунітетом населення, але *навіть за його недостатньої резистентності, якщо вчасно ізолювати хворого*» (виділене мною. – О.К.)⁹⁸. Або: «Фридеман (Friedeman, 1927) спостерігав сотні осіб, що контактували в загальних приміщеннях із хворими на віспу. Він ізолював серед тих, хто контактував, тільки хворих з появою найперших ознак захворювання і не бачив жодного випадку подальшого поширення віспи, що залежала від передачі інфекції ізолюваними хворими. Діксон (1948) наводить аналогічні спостереження. Ці дані свідчать про те, що рання госпіталізація хворих на віспу є потужним засобом попередження її поширення. А якщо це так, то обсервація «контактів», що супроводжується госпіталізацією всіх тих, у кого з'явилися мікросимптоми інфекційного захворювання, є досить сильним профілактичним заходом. Разом з вакцинацією ці заходи достатні для профілактики віспи. З ними відповідає необхідність карантинізації осіб, що контактували з хворими. Обсервація полягає у вимірюванні температури до та після закінчення роботи та огляді шкіри і слизових оболонок осіб, які контактували з хворим на віспу»⁹⁹. Викинути звідси вакцинацію, і ми отримуємо Лейстер у чистому вигляді!

Вже в розпал «колективних зусиль всього людства з викорінювання натуральної віспи», у 1971 р. Англія й США *взагалі* припинили щеплення проти натуральної віспи, оскільки ризик важких ускладнень безмірно переважував передбачувану користь. Так, у США, за фактичної відсутності самої хвороби, у 1959-1968 рр. противіспяні щеплення стали причиною тільки офіційно зареєстрованих 68 смертей – 60 при первинній вакцинації і 8 при ревакцинації¹⁰⁰. Про точну статистику смертей та інвалідностей після віспяних щеплень у СРСР ми навряд чи коли-небудь довідаємося, але з деяких уривчастих відомостей можна припустити, що їхня кількість не тільки нітрохи не поступалася американській, але й, найімовірніше, її перевершувала. Так, в одному лише Ленінграді за чотири роки в клініці вакцинальних

⁹⁸ Гальперин Э. А. Клиника... с. 18-19.

⁹⁹ Там само, с. 129-130.

¹⁰⁰ Профилактические... с. 179.

реакцій НДІДІ після щеплень проти віспи було госпіталізовано 173 дитини, з них 37 – з ураженням центральної нервової системи (енцефалопатія – 29, енцефаліт і мієліт – по 3, менингоенцефаліт і серозний менінгіт – по 1), інші – з генералізованою вакцинією, вакцинальною екземою, повзучою вакцинією, загостренням інших хвороб на тлі щеплень. Скільки дітей загинуло, скільки залишилося інвалідами й взагалі чи хтось видужав автор публікації не повідомляє, обмежуючись скромним «результат захворювання частіше залежав від часу початку специфічної терапії (гамма-глобулін, метисазон й ін.)»¹⁰¹. Питання про ускладнення щеплення від натуральної віспи досить докладно розбирається у ВООЗівській публікації «Натуральна віспа та її викоринювання» Ф. Феннера й співавторів (1988), а тому я на ньому детально зупинятися не буду. Підведемо підсумки про те, що ускладнень цих загалом було багато, причому частота і важкість їх залежали від безлічі факторів – починаючи зі стану здоров'я щепленого і штаму вірусу, яким робилося щеплення (деякі штами на початку 1960-х рр. довелося замінити через неприйнятну кількість спричинених ними ускладнень), і закінчуючи тим, хто ці ускладнення реєстрував. Для ілюстрації: в Австрії за період з 1948 по 1953 рр. енцефаломієліт у віці старше двох років реєструвався із частотою 1 219 випадків (енцефалопатія у віці молодше двох років – 103 випадки) на мільйон щеплених, для Голландії (1940-1943) – 348 і 50, а для США цей показник за 1968 р. дорівнював лише 2 та 7 відповідно¹⁰². Всього ж, наприклад, у США за 1968 р. було зареєстровано 572 ускладнення різного ступеня важкості на 14 168 000 щеплень¹⁰³.

З огляду на те, що смертність при враженні мозку після віспяних щеплень традиційно була високою (від 30 до 80% за даними різних авторів), та, крім того, і вакцинальна екзема, і повзуча вакцинія також могли призводити до смерті¹⁰⁴, і екстраполюючи ці дані на весь СРСР за 60 років щеплень проти віспи (включаючи до розрахунку систематично ревакцинованих, що також дають свій відсоток захворюваності й смертності після щеплень), можна з обережністю припус-

¹⁰¹ *Бондарев В. Н.* Поствакцинальные осложнения со стороны нервной системы при иммунизации оспенной вакциной // Профилактические прививки и их влияние на детский организм. Материалы конференции (май 1968 г.). Л., 1968, с. 63.

¹⁰² *Fenner F.* Smallpox... р. 307.

¹⁰³ *Ibid.*, р. 304.

¹⁰⁴ Так, летальність при ускладненнях, згідно з даними однієї аналітичної статті, була наступною: з 64 хворих з поразкою центральної нервової системи вмерло 22, з 16 хворих з вакцинальною екземою вмерло 4, з 8 хворих з хронічною прогресуючою вакцинією вмерло 7 (*Conybeare E. T.* // *Monthly Bull Minist Hlth Lab Serv* 1964; 23:126-133, 150-59, 182-186. Цит. за *Либов А. Л.* Международная практика иммунизации. М., 1971, с. 76).

тити, що не менше кількох десятків тисяч осіб загинули від віспяних щеплень у СРСР, і у багато разів більше стали інвалідами. Чи була у цьому необхідність, якщо тут взагалі доречно використати таке слово?

І, зрозуміло, я зобов'язаний підкреслити, що тут йдеться лише про безпосередньо пов'язані зі щепленнями та доведені ускладнення. Однак, протягом всієї історії вакцинації говориться і пишеться про те, що щеплення сприяють розвитку найнебезпечніших хвороб. Наприклад, щодо раку д-р Елеонор Мак-Бін у своїй книзі наводить такі висловлювання фахівців: «Головною, якщо не єдиною причиною дивовижного росту захворюваності на рак, є щеплення» (д-р Роберт Белл, провідний спеціаліст Лондонського ракового госпіталю); «Я впевнений, що близько 80% всіх смертей від раку обумовлені щепленнями. Останні відомі своїм небезпечним і необоротним впливом також на серце» (д-р Герберт Сноу, хірург Лондонського ракового госпіталю); «Я не соромлюся заявити, що, на мою думку, найчастіша причина, яка призводить до розвитку раку, вноситься у кров вакцинаціями та ревакцинаціями» (д-р Денніс Тернбул, дослідник раку після 30 років вивчення проблеми)¹⁰⁵. Формат книги в цілому і цього розділу зокрема є єдиним обмеженням для того, щоб опублікувати сотні заяв такого роду, які пов'язують щеплення з найрізноманітнішими захворюваннями. З тієї ж книги Мак-Бін я лише наведу статистику збільшення захворюваності у США за 70 років (до 1957 р.): психічні хвороби – 400%, рак – 308%, анемія – 300%, епілепсія – 397%, хвороби серця – 179%, діабет – 1800%, поліомієліт – 680%. Звичайно, деякою мірою, збільшення могло бути приписане просто кращій діагностиці хвороб, але факту дивовижного росту захворюваності найважчими недугами у ХХ ст. це істотно применшити не може. Багато шановних лікарів, які серйозно займаються проблемами щеплень і не пов'язані з вакцинним бізнесом, могли б сказати читачам, що за такі страшні цифри багато в чому маємо дякувати вакцинаціям. У старій радянській монографії, присвяченій щепленням, повідомляють: «Варто згадати також про спостереження низки авторів щодо провокуючого впливу віспощеплення на деякі захворювання, що хронічно протікають. Так, В. Н. Лебедев (1963), Н. В. Потанін (1964), А. В. Мазурін (1965) підкреслюють, що під впливом віспяної вакцинації відзначається загострення або перший прояв деяких форм геморагічного діатезу (геморагічний васкуліт, хвороба Верльгофа), а Е. А. Котс зі співробітниками (1964) спостерігала важке загострення лейкемічного процесу у хворих лейкозом під впливом

¹⁰⁵ *McBean E. The poisoned...*

вакцинації. Е. М. Тареев із співробітниками (1964) описав 2 випадки післявакцинального лімфогранулематозу та ретикульозу з летальними наслідками, а також загострення під впливом віспощення різних системних захворювань, серед яких і колагенозів... В поодиноких випадках віспяна вакцинація може викликати загострення різних алергійних захворювань, зокрема, поновлення нападів астми, іноді після тривалої ремісії... Н. В. Захарова спостерігала двох дітей з бронхіальною астмою, перші напади якої з'явилися у зв'язку з віспяним щепленням»¹⁰⁶.

Курс на викорінювання натуральної віспи було схвалено ВООЗ у 1959 р., а сама кампанія стартувала на початку 1960-х рр. Зрозуміло, лейстерський досвід не мав авторитету для ВООЗ, а тому ніяких інших ідей, як ліквідувати віспу без щеплень, у більшості ВООЗівських експертів виникнути не могло. Ударна кампанія з боротьби із віспою щепленнями досить швидко показала свою повну неефективність – віспу вакцинаціями обдурити не вдалося, як не вдавалося протягом усього періоду щеплень з часів Дженнера. Щеплень ставало дедалі більше, а захворюваність на віспу нітрохи не зменшувалася. Довелось, пересилиючи себе, повертатися до лейстерського досвіду... Нова стратегія та нова «інтенсифікована» програма були випробувані у 1967 р., коли після 7 років старанного щеплення 42 країни повідомили про 131 000 випадків віспи (причому, за оцінками експертів ВООЗ, це становило лише близько 5% дійсної кількості випадків). Намагаючись щомога уникати відкритого визнання, радянський автор повідомляє: «До основних факторів, що вплинули на результат першого етапу програми, варто віднести також недооцінку епідеміологічного нагляду як найважливішого інструмента у боротьбі з віспою. Ця недооцінка ролі активних протиепідемічних заходів у боротьбі з віспою мала місце не тільки протягом усього першого етапу, але й на початку інтенсифікованої програми... З урахуванням накопичених спостережень, Комітет експертів ВООЗ у 1972 р. визначив епідеміологічний нагляд як наріжний камінь стратегії, спрямованої на ліквідацію віспи. Відповідно до визначення Комітету експертів, основним змістом епідеміологічного нагляду є виявлення випадків захворювання, проведення епідеміологічного розслідування і здійснення з урахуванням отриманих даних комплексу протиепідемічних

¹⁰⁶ Влияние профилактических прививок на организм ребенка. Под ред. проф. С. Д. Носова. Л., 1968, с. 80 і 147. Здатність щеплень від віспи провокувати лімфопроліферативні хвороби не залишилася таємницею й для закордонних дослідників. Див., наприклад, *Bichel J. Post-vaccinal smallpox lymphadenitis developing into Hodgkin's disease Acta Med Scand 1976; 199:523-525.*

заходів для переривання трансмісії інфекції. Проведення систематичної вакцинації населення почало розглядатися як підтримуючий захід»¹⁰⁷.

Перенесення акценту з щеплень на ранню ізоляцію хворих і спостереження за контактуючими з ними, як це було й у Лейстері, виявилось таким же вдалим і у світовому масштабі. Ліверпульський мікробіолог, проф. Дерік Бексбі, один з найбільших фахівців з віспяних вакцин та автор чисельних публікацій про натуральну віспу, який заявив у своїй статті у «Британському медичному журналі», що розповіді про викорінювання віспи за допомогою щеплень пасують хіба що для науково-популярних брошур¹⁰⁸, висловився таким чином: «Безсумнівно, щеплення відігравали роль у зниженні частоти захворюваності до рівня, доступного для контролю. Проте, головний фактор викорінювання хвороби був у перенесенні акценту з не дуже вдалим масових щеплень на динамічну кампанію з наглядом, спрямовану на запобігання зараженню, підкріплену щепленнями. Важливість такої політики була продемонстрована у С'єрра-Леоне. У 1967-1968 рр. захворюваність на віспу в С'єрра-Леоне була найвищою у світі. Кампанія з викорінювання стартувала там у січні 1968 р., а останній випадок було зареєстровано у квітні 1969 р. З трьома із чотирьох найбільших спалахів віспи вдалося впоратися без масових щеплень. Такого ж успіху було досягнуто в інших країнах західної та центральної Африки»¹⁰⁹ (виділене мною. – О.К.). Або: «В Індії програма масової вакцинації, що проводилася з 1962 р., хоча й зіграла певну роль у зниженні захворюваності, виявилася малоефективною щодо ліквідації цієї інфекції. Тому ВООЗ рекомендувала застосувати у боротьбі з віспою систему епідеміологічного нагляду, яка виправдала себе, та вибіркової вакцинації. З вересня 1973 р. в

¹⁰⁷ Ладный И. Д. Ликвидация оспы и предупреждение ее возврата. М., 1985, с. 54-55.

¹⁰⁸ Два російських професійних вакциноватори, що яскраво описали всі ті жахи, яким піддається нещеплена дитина, звеличують подвиги щеплень, заявляючи при цьому: «Що вже казати про віспу, ліквідація якої у світі була досягнута винятково за допомогою тотальної вакцинації населення» (Таточенко В. К., Озерецковський Н. А. Родителям о прививках. М., 2001). Або от зразок неосвіченості, гідний занесення до паноптикуму: «Отже, чи потрібні профілактичні щеплення? Ми знаємо, які страшні смертельні хвороби існували раніше. Епідемії чуми, чорної віспи охоплювали міста, країни, цілі континенти. Населення найчастіше вимирило повністю, видужували одиниці... Однак нині ці захворювання не зустрічаються... Саме профілактичні щеплення у всіх країнах позбавили людство від цих страшних інфекцій» (Тимофеева А. М. Беседы детского доктора. М., 2000, с. 125-126). Неможливо повірити, що це написано лікарем!

¹⁰⁹ Vaxby D. Surveillance-containment is key to eradication of smallpox *BMJ* 1995; 310:62.

Індії почала проводитися вакцинація тільки за епідемічними показниками»¹¹⁰. З небажанням визнають ці факти й інші вакцинатори¹¹¹.

Висновки

Після прочитання цього розділу може виникнути питання: добре, що ж взагалі являли собою ці самі хвороби, щеплення яких людині нібито захищало її від натуральної віспи? Смішно, але, схоже, що відповіді на це питання немає. Вся ця історія з кінським мокрецем та коров'ячою віспою із самого початку була тісно пов'язана з корисливими вигадками Дженнера, який декілька разів змінював свої погляди на природу і властивості коров'ячої віспи залежно від того, що саме можна було вдаліше «продати» широкому загалу, а тому, за точним виразом проф. Крейтона, він ніколи не висловлювався недвозначно, коли можна було бути потайливим та розпливчастим.

Почнемо з так званого кінського мокрецю (*horsegrease*), хвороби кінської бабки, яку Дженнер у першому й найголовнішому своєму есе 1798 р. оголосив «джерелом істинної коров'ячої віспи». Думка про щеплення смердючого гною з кінських копит була сприйнята публікою настільки ворожо (особливо відговорювали Дженнера від цієї ідеї д-ри Вудвиль і Пирсон у Лондонському інокуляційному госпіталі), що з 1799 р. й надалі Дженнер і словом про неї більше не обмовився, переключивши увагу на унікальну коров'ячу віспу, що «самостійно зароджується». Проф. Д. Бексбі дає у своїй книзі лаконічні відомості про деякі захворювання коней, які можуть розглядатися як ті, що мають відношення до питання про натуральну віспу та захист від неї¹¹². Я наведу лише основний зміст цієї інформації. Існує дуже багато неточностей в описах різних кінських хвороб та у їхніх назвах. Якщо припустити, що Дженнер говорив про ту хворобу, яка нині зветься мокрецем, то вона не має ніякого відношення до натуральної віспи та у цілому до сімейства вірусів *Poxviridae*, до якого належать різні «віспяні» віруси. Ця хвороба виникає у коней, які утримуються в умовах підвищеної вологості та мають постійний контакт зі брудом. За поліпшення умов утри-

¹¹⁰ *Ладный И. Д.* Ликвидация... с. 64-65. Але ж віконт Морлі (див. прим. 85) доповідав про «систему епідеміологічного нагляду» як про головний засіб ліквідації віспи ще за 60 років до того, як ВООЗ, яка перекалічила і вбила противіспяними щепленнями не одну тисячу людей, визнала це!

¹¹¹ Наприклад, разом з констатацією того, що до середини 1960-х рр. стало очевидно, що потрібно шукати нову стратегію, підкреслювалася важливість докладання зусиль до активного пошуку хворих для їхньої ранньої ізоляції, не задовольняючись лише повідомленнями постфактум (*Fenner F. Smallpox... p. 76*).

¹¹² *Baxby D.* Jenner's smallpox vaccine. The riddle of vaccinia virus and its origin. 1981, pp. 171-178.

мання ця хвороба, що можливо викликається грибом *Dermatophilus congolensis*, проходить безслідно. Під хворобою ж, що називалася у XIX ст. кінською віспою (*horserox*), нині розуміють зовсім іншу хворобу, що також не має ніякого відношення до предмета, який цікавить нас, а саме кінську екзантему, що викликається вірусом герпесу. Важко наразі сказати, звідки саме брали вакциноватори свій чудодійний матеріал та наскільки можна довіряти їхнім розповідям про неймовірні успіхи в справі захисту від натуральної віспи за допомогою кінського мокреця. Хоча, Бексбі припускає, що у XIX ст. існувала якась інша, *справжня кінська віспа*, що очевидно викликала вірусом з того самого сімейства *Poxviridae*, підродина *Chordopoxviridae* й виду *Orthopoxviridae*, і при цьому казна-звідки виникала – імовірно, так само, як й у випадку з коров'ячою віспою (див. далі), джерелом була «невідомо маленька дика тварина» (*some unknown small wild animal*)¹¹³, що ретельно постачала потрібні віруси свійським тваринам. Треба віддати належне спритності цього невловимого маленького хитруна¹¹⁴, який вже два століття примудряється ховатися від дослідників, я хотів би лише звернути увагу читачів на те, що саме з появою вірусологічних досліджень справжня кінська віспа, чим би вона не була, немов за фатальним збігом обставин зникла і ніколи більше не з'являлася. Останній спалах цієї хвороби, зі слів Бексбі, було зареєстровано в 1901 р. та двома роками пізніше описано д-ром Ф. Блексоллом¹¹⁵ (який був, до речі, директором англійського Урядового інституту лімф для щеплень, що відкрився у 1899 р.), та й у тому описі не було нічого важливого. Відомо, що при контакті з рукою людини, вона викликала виразки, що нагадують прояви коров'ячої віспи. Д-р Джон Лой з Йоркширу експериментував з кінською віспою, щеплячи нею спочатку корів, а потім вже й дітей, зокрема й один від одного, та інокуляційний тест у нього незмінно показував, що вони захищені від натуральної віспи. Про це він повідомив у своїй статті «Звіт про деякі експерименти щодо з'ясування джерела коров'ячої віспи» у 1801 р.¹¹⁶ Він надіслав її копію Дженнеру; той схвалив ці дослідження та заявив у одному з приватних листів, що «вони переконливо підтверджують мої ранні висловлення». Однак на той час, як я вже сказав вище, Дженнер назавжди вирішив відмовитися від

¹¹³ Там само, р. 178.

¹¹⁴ Його роль у пізніших публікаціях була відведена, наприклад, ховрашкам Туркменії та мишам Східної Європи. Однак у Західній Європі, де й відбувалися всі головні щепленевовіспяні дива XIX ст., виявити його у гризунів так і не вдалося. Див. *Benett M., Baxby D. Smallpox J Med Microbiol* 1995; (45):157-158.

¹¹⁵ *Blaxall F. R. Report on equine variola. In Annual Report of the Local Government Board, 1901-2* (London: HMSO, 1903), pp. 568-9. Цит. за *Baxby D. Jenner's...* р. 178.

¹¹⁶ *Loy J. An Account of Some Experiments on the Origin of the Cow Pox. London, 1801. Цит. за Ibid., p. 176.*

будь-якої участі кінського мокрецю у своїй теорії, й ніякого подальшого розвитку справа не отримала, хоча Дженнер використовував надалі кінську віспу разом із коров'ячою. Оскільки сама ця хвороба була досить рідкою і практично ніколи не була джерелом лімф для щеплень¹¹⁷, ніякої об'єктивної інтерпретації результатів декількох сумнівних за якістю експериментів захоплених дослідників зараз бути вже не може, а самої хвороби більше не існує, то всю історію з кінською віспою можна визнати занадто туманною та не дуже достовірною, хоча й у книзі, що згадується, й у пізніших своїх роботах проф. Бексбі заявляв, що вірус вакцини походить саме від тієї таємничої кінської віспи (яка так вчасно зникла!). У першу чергу виникає цілком логічне запитання про причини цього поспішного зникнення «справжньої» кінської віспи. Невже через те, що раптово перевелися загадкові «невідомі маленькі дикі тварини», не чекаючи, коли вони стануть предметом неупередженого наукового вивчення?

Але що ж з заповітною коров'ячою віспою? Не бажаючи стомлювати читача деталями, які можуть становити інтерес лише для фахівців, я, як і у випадку з кінським мокрецем, лише наведу нинішні уявлення з цього питання (які й дотепер є предметом дискусії). Те, що у XIX ст. і раніше називали коров'ячою віспою, може бути проявом декількох зовсім різних хвороб, серед яких найчастіше зустрічається паравакцинія, викликана парапоксвірусом, якою нерідко заражаються від худоби фермери¹¹⁸, коров'ячої віспи (вірус якої, як і вірус натуральної віспи, належить до того ж виду *Orthoroxviridae*), а також бичачого герпесу та декількох видів бородавок. Коров'яча віспа, незважаючи на свою назву, насправді *не є хворобою корів* (нею так само, як і корови, заражаються представники сімейства котячих, а також слони, носороги, мурахоїди, окапі; описане зараження коров'ячою віспою домашнього собаки), але хто є справжнім хазяїном цього вірусу – невідомо (див. вище про «невідому маленьку дику тварину»). Людина, в цілому, дуже мало сприйнятлива до цієї хвороби (так, в Англії реєструється один-два випадки на рік), причому в половині випадків зараження відбувається зовсім не від корів, а від кішок. Чи побачив Дженнер справжню коров'ячу віспу, чи пізніше виявлення вірусу того ж сімейства та виду, що викликає цю хворобу, було простим збігом, залишиться загадкою. Коров'яча віспа у домашньої худоби традиційно була настіль-

¹¹⁷ Так, проф. Едгар Крукшенк писав, що «лімфи для щеплень, які походять від хвороби коней, майже зовсім невідомі медикам» (*Crookshank E. M. History and pathology of vaccination. London, 1889, vol. 1, p. 394. Цит. за Razzel P. The Origin of Vaccinia Virus – A Brief Comment Soc Hist Med 1999 Apr; 12:1, p. 141.*)

¹¹⁸ Хоча цей вірус належить до того ж сімейства, але до зовсім іншого виду, і ні до якого захисту від натуральної віспи (справжньої або уявної) відношення мати не може.

ки рідким явищем¹¹⁹, що протягом всього XIX ст. ніколи не була хоч скільки-небудь надійним джерелом матеріалу для щеплень. Сам Дженнер, зробивши лише декілька вдалих (з його власних слів) щеплень, швидко втратив це джерело і через якогось студента-ветеринара на прізвище Теннер, що асистував д-ру Вудвиллю у згадуваному Лондонському інкуляційному госпіталі, одержав якийсь досить підозрілий матеріал з пустул пацієнтки на ім'я Енн Бампас, яка незабаром після щеплення коров'ячої віспи занедужала найсправжнішою натуральною віспою¹²⁰. Саме лімфа, отримана Вудвилем з лондонського корівника у Грейс Інн Лейн, і, можливо, заражена в його госпіталі натуральною віспою, також і від Енн Бампас, дала початок багатьом європейським лімфам (серед яких і тим, що використовувалися Дженнером). Простежити їхню долю важко, але, поза всяким сумнівом, те, що протягом всього XIX ст. найчастіше видавалося за щеплення коров'ячої віспи, було нічим іншим, як старими добрими *інкуляціями*, з домішкою коров'ячої віспи або без неї – не є суттєвим. Рідкість самої хвороби, тобто цієї справжньої коров'ячої віспи, і ще більша рідкість інфікування нею людини, змушують замислитися над тим, що ж саме Дженнер, Вудвиль й інші дійові особи вважали за коров'ячу віспу. Дуже імовірно, що *не людина заражалася коров'ячою віспою від корів* (як через свою малу сприйнятливість до вірусу коров'ячої віспи, так і через рідкісність самої хвороби), а *корови заражалися натуральною віспою від людини* (наприклад, від когось з нещодавно інкульованих працівників ферми), а потім вже ослабленою натуральною віспою знову заражався хтось з доглядаючих за худобою. Це пояснює, чому пустули виникали тільки у корів (а не в биків чи телят) і тільки на вимені – адже з ним і стикалися руки свіжоінкульованих доярів і доярок. Хоча такий розвиток подій напевно чи був дуже частим, все-таки ймовірність його була набагато вище ймовірності зараження людини справжньою коров'ячою віспою. Свого часу питанням щодо можливості зараження корів людською натуральною віспою займалась так звана Ліонська комісія на чолі з д-ром Шаво, що опублікувала свій звіт у 1865 р. Хоча корови і не хворіли на типову натуральну віспу (по іронічному зауваженню проф. Крейтона, з таким же успіхом можна було намагатися перетворити кінський каштан на каштанового коня), проте, пустули одержувати все-таки вдавалося. Логічно припустити, що точно така ж історія могла бути не тільки з

¹¹⁹ Звідси ще й той висновок, що Дженнер при всьому бажанні не міг набрати достовірної кількості постраждалих від коров'ячої віспи в одному місці.

¹²⁰ Студент з безцінним вантажем був терміново відправлений до приятеля Дженнера Маршалла в Істінгтоні, щоб там збільшити запас лімфи. Потім Дженнер, цілком у своєму дусі, заявляв, що ця лімфа і є справжній, *їм самим* отриманий матеріал коров'ячої віспи!

коровами, але й з кіньми, бабки яких могли заражати нещодавно інокульовані конюхи (які в ті часи, до речі, займалися й доїнням корів, так що могли переносити інфекцію з вимені корів на бабки коней). Думаю, що частковим підтвердженням цієї гіпотези може бути успіх лікування натуральної віспи нозодами *Malandrinum* (з кінського мокрецю) та *Vaccininum* (з коров'ячої віспи), що описується гомеопатами. Якщо все це так, то коло замикається. Ніяких оригінальних щеплень нової хвороби не було – йшлося все про ті самі інокуляції в різних їхніх модифікаціях (вірус проходив через корів, коней, потім через людей). Зрозуміло, що він втрачав властивість викликати типову натуральну віспу. Однак неможливо відмахнутися від факту, що багато дослідників статистично доводили, що щеплення *сприяють* наступному захворюванню на натуральну віспу, не кажучи вже про незліченні документовані факти ганебного провалу обіцяного «захисту», які вакцинатори традиційно намагалися списувати на що завгодно, аби тільки не ставити під загрозу, говорячи словами д-ра Седильо, «недоторкану святиню», якою є сам ритуал віспощеплення¹²¹.

Після того, як тисячі й тисячі з тих, кого рятували від натуральної віспи, були заражені сифілісом й іншими настільки ж малоприємними хворобами при перенесенні матеріалу «від руки до руки», у різних країнах поступово дійшли до необхідності (незважаючи на лютий опір деяких вакцинаторів, які все ще намагалися заперечувати очевидне), відмовитися від гуманізованої лімфи на користь телячої лімфи або методу ретровакцинації. Для одержання такої лімфи теляті вносився вміст віспяних пустул хворої на натуральну віспу людини, а коли на тварині визрівали десятки віспяних пустул, рідина бралася з них і фіксувалася гліцерином. Ніякого відношення до коров'ячої віспи, зрозуміло, ця процедура не мала. Це, знов-таки, була інокуляція, хоча й модифікована – ослаблення досягалося проходженням вірусу віспи через тварину. Пізніше телятам почали вносити різні штами вірусу вакцини, про що необхідно сказати декілька слів. Коли наприкінці 1960-х рр. були перевірені вакцинальні штами, що використовувалися у низці країн,

¹²¹ «Іноді наводяться дані, які на перший погляд, говорять про неефективність щеплень. Танавала (Thanawala, 1956) вказує, що в Індії середня летальність у вакцинованих хворих дорівнює 16,7%. Однак слабка результативність щеплень пояснюється недотриманням строків ревакцинації і поганою якістю вакцини. З 121 хворих на віспу американських солдат під час одного зі спалахів у Кореї померло 25. Спалахи й епідемії останніх років у Пакистані протікали з величезною летальністю, що сягала 40-50%. Аналіз цих та аналогічних за важкістю перебігу спалахів та епідемій дозволяє виявити причину високої смертності. Як правило, вона пояснюється відсутністю щеплень, порушенням правил ревакцинації або неповноцінністю вакцини та умов її зберігання» (Гальперин Э. А. Клиника... с. 17). Було б бажання, а відповідне пояснення завжди можна знайти.

то виявилось, що деякі з них за структурою ДНК явно мали своїм попередником вірус *variola*, той вірус, що викликає натуральну віспу в людини. Така практика «людина – теля – людина» (ретровакцинація) з різними модифікаціями була поширена до кінця 1930-х рр., коли ліверпульським бактеріологом Алленом Уолтером Доуні (1901-1988) було виявлено так званий вірус вакцини – третій, на додаток до двох вже відомих нам вірусів з виду *Orthoroxviridae* (коров'ячої та натуральної віспи; останній, до речі, був остаточно ідентифікований лише у 1947 р.) сімейства *Poxviridae*. Саме його штами лежать в основі всіх нинішніх протівіспяних вакцин. Походження цього вірусу невідомо, але припускається, що він є гібридом коров'ячої й натуральної віспи. Взаємозв'язки між трьома представниками одного сімейства є досить складними і не завжди вкладаються у традиційні уявлення про «перехресний захист» (якщо взагалі вірити в універсальність такого захисту). Так, щеплення віспяної вакцини, заснованої на вірусі вакцини, *не захищає* від інфікування коров'ячою віспою, «хоча, можливо, і робить прояви хвороби м'якше»¹²² (знову це незмінне «м'якше!»).

Отже, «темна вода во облацех». Що саме відкрив Дженнер, та й чи відкрив він щось взагалі? Навряд чи хтось може дати відповідь на це питання, тому що ми не знаємо, з чим він і його послідовники мали справу. Якщо все, що виявив Дженнер, це сліди натуральної віспи людини на вимені корів (що, припускаю, найімовірніше так і було), то доведеться відмовити йому навіть у мінімальній пошані. Залишимо все це, однак, під сумнівом. Але огидні аморальні експерименти на дітях, наукова несумлінність, корислива брехня¹²³, приховання небажаних для просування бізнесу фактів¹²⁴ та безмірна жадібність «благодійника

¹²² *Baxby D.* Indications for smallpox vaccination: policies still differ *Vaccine* 1993; 11:395-396.

¹²³ Навіть цілком лояльний до Дженнера Бексбі визнає, що Дженнер повинен був відмінно знати: щеплення тієї ж хвороби, від якої має захистити щеплення, тобто інюкуляція, не дає не тільки довічного, але й навіть гарантовано надійного захисту (випадки, коли інюкульовані пізніше занедужували на найтипівішу натуральну віспу, аж ніяк не були поодинокими і були добре відомі й Дженнеру). Таким чином, ніяких підстав вважати, що близьке захворювання виявиться ефективнішим, ніж те саме, у нього не було. Проте, він стверджував, що коров'яча віспа дає не просто захист, а довічний захист, свідомо вводячи слухачів в оману (але ж завдяки цій омани він одержав гроші від парламенту!). Крім того, Дженнер підкреслював подібність виникаючих після інюкуляції й при коров'ячій віспі елементів на шкірі, що також було невірною – вони досить відрізнялися (це пізніше було цілком чітко зазначене д-рами В. Вудвилем та Дж. Пірсоном, які експериментували у Лондонському інюкуляційному госпіталі). У пошуках виправдання Дженнера, Бексбі припускає, що у такий спосіб той намагався залучити до своєї ідеї інюкуляторів (*Baxby D.* Edward Jenner's role in the introduction of smallpox vaccine // *Vaccinia...* р. 62). Якщо це так, то це є свідченням ще однієї навмисної брехні Дженнера; якщо ж він елементарно не міг розрізнити цілком очевидне, то як же бути з розхваленою науковою сумлінністю «рятівника»?

і рятівника людства» навряд чи можуть викликати будь-які сумніви у неупередженого читача. Російський автор, який написав, що з ім'ям Дженнера «у медицині пов'язана ціла епоха, а його наукові праці, ідеї й думки живі й дотепер»¹²⁵ був насправді абсолютно правий, хоча мав на увазі безумовно інше. Людство дотепер не може звільнитися від впливу тієї епохи «праць, ідей і думок» Дженнера, поставлених на службу вакцинаторам усіх мастей та рангів.

Завершуючи цей розділ, повернемося до головного питання: яка ж була роль щеплень у справі викорінювання натуральної віспи? Точну відповідь зміг би дати тільки наступний фантастичний сценарій: винайти машину часу, вирушити в минуле та якимось чином перешкодити Дженнеру оголосити про відкриття засобу, що на все життя рятує від натуральної віспи. Цілком можливо, що тоді зникнення віспи людство побачило б набагато раніше, ніж це відбулося разом зі щепленнями (як фактично зникла чума, але з натуральною віспою це зробити, імовірно, було б ще простіше, тому що натуральна віспа – антропоноз, тобто хвороба лише людини). Але машини часу у нас немає. Виходить, залишається проаналізувати наявні факти. Провали віспяних щеплень протягом всієї історії боротьби людства з натуральною віспою за допомогою вакцин добре задокументовані незалежними спостерігачами в різних країнах – у цьому розділі я навів лише дуже незначну частину з найбільш відомих. У тих країнах, які покладалися винятково на самі щеплення, нічого кардинально не змінюючи у сфері гігієни та санітарії (Японія, Мексика, Англія до останньої чверті XIX ст. й ін.), натуральна віспа не тільки нікуди не зникала, але віспяні епідемії підсилювалися та частішали, забираючи, відповідно до зростання «щепленості» населення, все більше жертв. Коли ВООЗ, яка принципово ігнорувала накопичений людством досвід, вперто

¹²⁴ Так, у своєму листі до друга й біографа Дж. Мура Дженнер у 1810 р. згадував: «Коли я виявив, що д-р Вудвиль має намір опублікувати повідомлення про запальні висипки, що спостерігалися в його госпіталі (після щеплень коров'ячої віспи. – О. К.), я вмовив його у найенергійніших вираженнях, як листом, так і в особистій бесіді, не робити цього, тому що це може сильно зашкодити прогресу щеплень». Ну, як можна після цього дорікнути пруським лікарям або Н. Ф. Гамалії, які заявляли про повну безпечність щеплень коров'ячої віспи? Чи не такому підходу вчив їхній духівник? Шкідницькі одкровення Вудвиля, хоча й взяті Дженнером вчасно під контроль, не пройшли повз несхвальну увагу російського історика В. Святловського (1869-1927), що повідомив у своєму іконографічному витворі наступне: «...Вудвиль, не задовольняючись розголошенням невдалих дослідів, вносив ще смуту в слабкі розуми, заявляючи в публікаціях, що коров'яча віспа часто набуває характеру досить злоякісного захворювання» (*Святловский В. В.* Эд. Дженнер... с. 50). Як справжній вчений, Вудвиль повинен був замовчувати, даючи розумам зміцнити?

¹²⁵ *Нечаев С. Н.* Эдвард Дженнер и оспопрививание: личность в историческом процессе *Эпидемиология и инфекционные болезни* 1996, 2, с. 54-56.

намагалася ліквідувати натуральну віспу самими щепленнями, вона швидко переконалася у повному провалі цього плану, після чого була змушена, фактично, перейти до лейстерського методу – ранньої ізоляції хворих та спостереження за контактуючими з ними. Однак це був погіршений варіант, оскільки він містив вакцинацію тих, хто контактує з хворими на віспу, чого у Лейстері практично не робилося. Якщо проектувати успішний досвід Лейстера, частково передбачений д-рами Хейгартом і Симпсоном, на увесь світ, то щеплення можна було б сміливо відкинути – вони просто були б непотрібні. З іншого боку, перед нами є приклади не тільки Лейстера, але й країн, де щеплення проти натуральної віспи або не були потрібні за законом взагалі, або відсоток щеплених був традиційно таким незначним, що й за край заниженими вакцинаторськими мірками ні про який колективний імунітет не могло бути й мови. Втім, все це має значення лише у тому випадку, якщо ми віримо, що щеплення захищають на практиці, а не на сторінках престижних наукових журналів та у досліджах на пацюках і кроликах. Очевидно одне: якби не було щеплень – було б збережено життя десятків тисяч жертв післявакцинальних ускладнень, не було б зруйновано життя ще сотень тисяч, що стали після щеплень інвалідами, і життя членів їхніх родин...

Розділ про історію натуральної віспи був би незавершеним, якби я не згадав про наукову гіпотезу, що пов'язує СНІД з щепленнями проти натуральної віспи. 11 травня 1987 р. на першій сторінці лондонської «Таймс» з'явився великий текст під заголовком «Щеплення проти натуральної віспи дали початок вірусу СНІДУ». Радник ВООЗ, який побажав зберегти анонімність, заявив у своєму інтерв'ю «Таймс»: «Я вважаю цей зв'язок лише збігом, поки не були отримані останні дані щодо можливих реакцій на віспаєну вакцину. Тепер я думаю, що теорія, яка пов'язує цю вакцину та СНІД, пояснює й раптову появу останнього». На підтримку цієї теорії, зі слів експерта ВООЗ, свідчить наступне: 1) Сім африканських держав, що найбільш страждають від СНІДУ, – це саме ті сім країн, де найбільш активно проводили кампанію зі щеплення від натуральної віспи. 2) Бразилія, єдина країна у Південній Америці, де проводилися масові щеплення проти віспи за програмою ВООЗ, має найвищий рівень захворюваності на СНІД. 3) Діти з країн Центральної Африки у віці молодше 11 років (тобто ті, кого не щепили проти натуральної віспи) мають меншу захворюваність на СНІД. 4) Факт, що в Африці СНІД не робить різниці через стать, тоді як в західних країнах на нього хворіють в основному гомосексуалісти, можна пояснити у такий спосіб. Близько 14 тис. гаїтян, що працювали в Африці під егідою ООН, одержали там щеплення проти віспи. Вони повернулися на Гаїті саме у той час, коли Гаїті став улюбленим місцем розваг сан-францискських

гомосексуалістів. 5) Збудник СНІДУ, що раніше вважався вченими «слабким, уразливим та повільним», набув в африканських країнах нових агресивних рис, що можна пояснити здатністю живих вірусів (отриманих зі щепленнями проти натуральної віспи) будити до життя дрімаючі віруси, зокрема, й вірус СНІДУ. Коли «Таймс» звернулася за роз'ясненнями до д-ра Роберта Галло, який ідентифікував вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), що викликає СНІД, то він відповів: «Зв'язок між програмою ВООЗ із викорінювання натуральної віспи та епідемією СНІДУ в Африці – цікава і важлива гіпотеза. Я не можу стверджувати, що все було саме так, але я давно вже говорю про те, що використання живих вакцин – таких як, наприклад, вакцина проти віспи, – може активувати дрімаючу інфекцію, таку, як ВІЛ»¹²⁶.

Чи має увесь цей розділ винятково історичний інтерес? Аж ніяк. Хоча загрози натуральної віспи більше не існує, інші пропагандисти щеплень не лінуються закидати ідею про нову масову вакцинацію проти віспи – то в зв'язку з ними ж самими вигаданої загрози віспяного біотероризму, то через місцеві спалахи інфекцій, пов'язаних з іншими вірусами виду *Orthoroxviridae*. Хоча американські вакцинологи за закликом президента Буша у 2002-2003 рр. намагалися за планом вакцинувати мало не десять мільйонів працівників служб охорони здоров'я й порятунку через міфічну небезпеку з боку Іраку, «охопити» вдалося лише 39 тисяч, причому троє поплавилися за це життям, двоє – довічною інвалідністю, а 85 – потрапили до лікарень, нерідко до реанімаційних відділень. Загалом про побічні реакції повідомили 822 людини, у 100 вони були визнані серйозними. 75 тис. доз вакцини (вартістю, імовірно, не один мільйон доларів), що так і не вдалося нав'язати, довелося знищити після закінчення терміну придатності¹²⁷. Однак вакцинні підрядники – британська «Акамбіс» з датською «Баваріен Нордік» – зовсім не мають наміру відмовлятися від вірного заробітку. Тепер за замовленням уряду США вони напружено працюють над новими, «кращими» вакцинами проти віспи. Останній крик моди, торжество біотехнології: вакцини на основі сплайсингу («склеювання») антитіл людини... та шимпанзе. «Це важлива знахідка для розробки ефективних заходів проти потенційної біотерористичної атаки, включаючи використання смертельного вірусу натуральної віспи», – заявив д-р Еліас Зерхуні, директор Національного інституту здоров'я. «Конче потрібно мати у своєму розпорядженні ефективно

¹²⁶ *Mendelsohn R. S. Immunizations. The terrible risk your children face that your doctor won't reveal. 1988, pp. 66-67 й James W. Immunization: The Reality Behind the Myth. 1988, pp. 124-125.*

¹²⁷ *Conolly C. Mixed Report on Smallpox Inoculations Side Effects Less Common Than Feared, but Heart Ills Remain a Mystery Washington Post December 7, 2005; Page A05.*

лікування, доступне кожному при біотерористичній атаці», – додає д-р Ентоні Фауці з Національного інституту алергії та інфекційних хвороб, де проводилося дослідження»¹²⁸.

А ось одне з повідомлень, повторених 21-22 лютого 2002 р. у багатьох російських ЗМІ: «Як вважає директор НДІ вірусології імені Іванівського академік РАМН Володимир Львов, є достатньо підстав, щоб запровадити у Росії загальну вакцинацію від цієї хвороби. Про це, як повідомляє РІА «Новості», він розповів у вівторок на колегії Мінздраву. Академік відзначив, що хоча віспа й ліквідована як хвороба, її збудник у природі залишився. В африканських джунглях останнім часом реєструється так звана «мавпяча віспа», яка, насправді, є «віспою, що передається через дрібних гризунів, які живуть на цьому континенті». Збудник віспи, що передається через гризунів, був виявлений і в нашій країні, зокрема, на Кольському півострові, у Заполяр'ї, у середньоазіатській пустелі. За словами Володимира Львова, у світі зараз існує величезна кількість природних вогнищ, де може відбутися адаптація до передачі віспи людині. У зв'язку з цим академік відзначив, що він цілком переконаний, що потрібно починати масову вакцинацію. Уряд США, за його словами, вже закупив 100-300 мільйонів доз вакцини для імунізації населення. Академік відзначив також, що найкращі результати досягаються при вакцинації дітей»¹²⁹.

Не поспішайте називати це маренням, мої поінформовані читачі. Російські вакцинатори настільки впевнені в тому, що вакцина, яка вже з'явилася, не може зникнути назавжди, що нині розробляють нову пекельну суміш: вакцина проти натуральної віспи разом з вакциною проти гепатиту В. Одна шкідлива й безглузда вакцина буде скомбінована з іншою, не менш шкідливою та ще безглуздішою. Як вам сподобається

¹²⁸ Chimps may provide safer smallpox vaccine – study. Повідомлення *Reuters* від 23.01.2006.

¹²⁹ Повідомлення *Lenta.ru* від 22.02.2002. При цьому інші російські вакцинатори, незважаючи на «розповіді академіка», дотримуються діаметрально протилежної думки, підкріплюючи свою точку зору посиланням на ВООЗ: «На підставі спостережень, експерти ВООЗ дійшли до висновку, що мавпячий вірус не являє собою небезпеки з погляду епідемічного поширення інфекції. Було зроблено загальний висновок про те, що тварини не є носіями натуральної віспи людини... за допомогою генно-інженерної технології було встановлено, що вірус віспи людини не можна одержати з вірусу віспи мавп, оскільки розходження між молекулами ДНК вірусів віспи виражені значно й унеможливають трансформацію одного вірусу в інший» (*Учайкин В. Ф., Шамшева О. В.* Вакцинопрофілактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 84-85). Вся ця мила метушня навколо вірусів «віспяної» групи заслуговувала б на публікації виятково у журналах з сотнею-другою передплатників, але від результатів її залежить здоров'я, а то й життя мільйонів людей, яким можуть бути нав'язані чергові «вкрай необхідні» щеплення заради прибутків купки зацікавлених осіб, які забули або ніколи й не знали про честь та совість.

таке: «Російськими вченими з новосибірського наукового Центру «Вектор» розроблено новий, модифікований варіант вакцини проти віспи. Про це... заявив заступник директора ДНЦ вірусології та біотехнології «Вектор», член-кореспондент РАН Сергій Нетесов. «У центрі «Вектор» отримано поки що лабораторний варіант вакцини на культурі кліток вірусу віспи», – уточнив вчений. При цьому новий варіант вакцини може одночасно захищати людину і від віспи, і від гепатиту В. «Росія й зараз захищена проти віспи – у разі епідемії в країні є достатній запас противіспної вакцини, але вона у деяких випадках викликає різні хворобливі реакції у людини, можливі навіть смертельні випадки», – розповів Нетесов. «Те, що зараз розроблено нашими вченими, не є радикально новою вакциною проти віспи, але вона безпечніша, дає значно менше побічних реакцій у організмі», – заявив замдиректора Центру вірусології та біотехнології. Тепер ця вакцина повинна пройти атестацію на тваринах у Державному контрольному інституті ім. Тарасевича, а потім клінічні випробування на нешкідливість та переносимість на людях. Вчені вважають, що за своїми параметрами вона цілком може бути використана для імунізації...»¹³⁰.

Не можуть змиритися фахівці з далекого «Вектора» з тим, що марно пропадають дбайливо збережені й вирощувані ними віруси натуральної віспи, шукають застосування для них та своєї кипучої енергії. Виходить, рано раділи ті, хто вважав, що разом з натуральною віспою відійшло у небуття не менше, а то й більше зло – щеплення проти неї?

Люди... будьте пильними!

¹³⁰ Повідомлення *PIA Новости* від 02.04.2004. Фантазії у справі щеплень фахівцям з «Вектора» явно вистачає: «...Над створенням істівних вакцин вчені в усьому світі працюють вже досить давно. Дійсно, заманливо замість уколу з'їсти смачний та корисний овоч, щоб вберегтися від небезпечної хвороби. Дешево, просто та безпечно. Природно, овоч повинен бути трансгенним, для цього у рослину вносять ген вірусного білка, а він викликає в організмі утворення антитіл, які будуть працювати і у тому випадку, якщо доведеться зустрітись зі справжнім вірусом. Томати ідеально підходять для створення істівної вакцини, тому що їх не потрібно піддавати кулінарній обробці. Таку вакцину створили дослідники з ДНЦ вірусології та біотехнології «Вектор» у Новосибірській області... Дослідження продемонструвало, що вже після першого прийому «томатної» вакцини формується мукозний імунітет проти гепатиту В та ВІЛ, а після другого – збільшується рівень антитіл у крові (системний імунітет)» (Істівна вакцина проти гепатиту й ВІЛ. *Зеркало недели on the Web* 29(556), 2005 з посиланням на агентство «Информ Наука»). Залишається тільки сподіватися, що такі «смачні й корисні овочі» не будуть надходити до нашого столу – у всякому разі, без нашого відома. А такий варіант цілком можливий, тому кращим доказом є хоча б «вакцинація нишком» населення, що проведеться вже десятки років живою поліовакциною Себіна. Сюди ж: «Заслугує на серйозне обговорення питання про поновлення вакцинації проти віспи, але вакцинами нових поколінь, швидше за все полівалентними. У Росії проводяться роботи з підготовки поновлення вакцинації проти віспи» (*Покровский В. И.* Еволюция... с. 644-645).



Вітряна віспа

Хвороба

Вітряна віспа – захворювання, що викликається вірусом *Varicella-zoster* з групи герпетичних вірусів, відноситься до числа цілком нешкідливих дитячих хвороб. Хворіють звичайно діти дошкільного та молодшого шкільного віку. Важливо відзначити, що «у новонароджених та немовлят захворювання виникає тільки у тому випадку, якщо мати в дитинстві не хворіла на вітряну віспу»¹. Інфікування вірусом вітряної віспи на ранніх строках вагітності може спричинити вроджені вади розвитку, а на пізніх – зараження вітряною віспою немовляти, коли смертність досягає 31%². Тому можна тільки вітати перенесення здоровою дитиною, особливо дівчатками, вітряної віспи у призначеному для цього природою віці.

Зараження відбувається повітряно-краплинним шляхом як від хворих на вітряну віспу, так і від хворих на оперізуючий герпес, відомий також як оперізуючий лишай. Інкубаційний період триває два-три тижні. Починається захворювання гостро, з різкого підвищення температури до 38°C та появи висипки, яка протягом доби перетворюється на пухирці. Через два-три дні пухирці підсихають; протягом приблизно тижня скоринки, що утворилися, відпадають, не залишаючи рубців на шкірі³. Звичайно ніякого спеціального лікування не потрібно. Вітамін А та С, велика кількість рідини (мінеральна вода й натуральні соки) та піст протягом декількох днів у поєднанні з відпочинком у чистій постелі – от і все, що необхідно при нормальному перебігу хвороби. Після зниження температури ще протягом доби варто продовжувати давати натуральні фруктові соки, розведені водою, потім два-три дні дотримуватися вегетаріанської дієти. Госпіталізація не потрібна. Лікування може знадобитися лише за наявності

¹ Самарина В. Н., Сорокіна О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб; М., 2000, с. 59.

² Meyers J. D. Congenital varicella in term infants: Risk considered *Journal of Infectious Disease* 1974; 129:215-217. Про смертність немовлят у 23% випадків при зараженні вагітної протягом останніх п'яти днів перед пологами та матері протягом перших десяти-дванадцяти днів після пологів, повідомляється у статті *Sauerbrei A., Wutzler P. Neonatal varicella J Perinatol* 2001 Dec; 21:545-9.

³ Проте, при сколуванні виспаних пухирців можуть залишатися невеликі рубчики. Тому важливо коротко підстригати дитині нігті та намагатися відволікати її читанням та іграми. Для зменшення сверблячки можуть бути також рекомендовані ванни з кукурудзяним крохмалем.

симптомів, які сильно турбують дитину, наприклад, сверблячки або безсоння при рясних висипаннях. Дуже корисним може виявитися використання гомеопатії⁴.

Першими ліками, на які треба звернути увагу при лікуванні інфекційних хвороб, повинні стати *Aconitum* та *Belladonna*. У зв'язку з тим, що до них я буду повертатися ще багато разів на сторінках цієї книги, я хотів би зараз, при першому згадуванні, охарактеризувати кожне з них й, тим самим, запобігти можливій плутанині надалі. За влучним зауваженням відомого французького гомеопата д-ра Леона Ваньє (1880-1963), «ці два препарати ніколи не слід чергувати, тому що вони характеризуються протилежними показаннями»⁵. Існує кілька простих диференційно-діагностичних ознак, що дозволяють зробити вибір між цими двома дійсно чудовими ліками, правильне призначення яких дозволяє обірвати хворобу на самому її початку.

Отже, для *Aconitum* характерні *звужені зіниці*, «сухий», звичайно без поту, жар, *збудливість* та *страх*. Це засіб для здорових, міцних, вгодованих дітей, підлітків або дорослих, хвороба яких почалася з перебування на холодному сухому вітрі або внаслідок того, що вони одяглися не за сезоном. Саме завдяки достатній кількості життєвих сил та нормально функціонуючій імунній системі відповідь організму характеризується високою інтенсивністю. Хвороба починається раптово: «хвилину назад був здоровий, а зараз вже хворий». «В *Aconitum* немає ознак тривалої лихоманки, що повільно розвивається. Лихоманка *Aconitum* – це звичайно коротка яскрава атака»⁶. Пацієнт збуджений, метушиться, страждає. Важливою рисою цих ліків є сильна спрага. Пацієнт постійно вимагає холодної води, але спраги вона не втамовує. Стан поліпшується у прохолоді (хворий знімає одяг, скидає ковдру).

Інша картина характерна для *Belladonna*. Професор Джеймс Тайлер Кент (1849-1916) виділяв специфічну тріаду для цих ліків: *жар*, *почервоніння й печіння*. «Жар буває такий сильний, що, доторкаючись до хворого *Belladonna*, ви миттєво відсмикуєте руку, начебто торкнулися розпеченої грубки... Неважливо, у якій частині тіла розвивається

⁴ Якщо не вказано інше, гомеопатичні препарати, пропоновані у цій книзі для лікування гострих станів, рекомендується давати у 30-му сотенному розведенні (30С). Разова доза – 4-5 крупинок під язик (або розчинених у невеликій кількості теплої кип'яченої води) за 20-30 хв. до їжі або через 3-4 години після їжі. Якщо використовується спиртовий розчин, то достатньо взяти 3-4 краплі на зазначену вище кількість води. При відсутності ефекту через 4-5 годин, таку ж дозу можна дати ще один раз. Варто пам'ятати, що повторювати прийом ліків не треба доти, поки триває їх спостережувана дія (зниження температури, зменшення занепокоєння, сверблячки й т.д.).

⁵ Ваньє Л. Гомеопатические средства при острых состояниях. М., 1993, с. 10.

⁶ Кент Дж. Т. Лекции по гомеопатической Materia Medica М., 1999, т. I, с. 13.

запалення, у будь-якому випадку відзначається жар крайнього ступеня виразності»⁷. Хворі вкрай чутливі навіть до найменших струсів (звичайно внаслідок не запалення, а, за Кентом, «нервової гіперестезії»), світла, шуму, та скаржаться на відчуття пульсації в тілі. Зіниці розширені, спрага може бути як присутня (при цьому пацієнт просить лимонад або які-небудь газовані напої), так і відсутня (при цьому у роті значна сухість), і пацієнт прагне тепло вкритися. «Після періоду жару з'являється пітливість – найбільш рясна на вкритих частинах тіла. Як тільки пацієнт починає потіти, він намагається вкритися. Піт гарячий й рясний, і як тільки він з'являється, нервовість пацієнта зменшується, й він стає менш дратівливим... Таким чином, неможливо помилитися: якщо приходить пацієнт із сухою лихоманкою, збудженням, болями – тоді це Аконіт; й навпаки, якщо хворий приходить з вологою лихоманкою (з вологою шкірою) та пригніченням – це Беладона»⁸. Якщо пацієнти *Aconitum* збуджені, то пацієнти *Belladonna* пригнічені, перебувають у ступорозному стані. У *Belladonna* також може бути присутнім страх, але якщо в *Aconitum* це страх смерті, то в *Belladonna* це страх уявлених речей, який нагадує делірій.

Ці симптоми можуть бути провідною ниткою для тих читачів, які побажають використовувати гомеопатію у своїй домашній практиці.

Відомий американський гомеопат д-р Вільям Тейлор вважає, що усього кілька препаратів у цілому перекривають до 95% зі всіх випадків вітряної віспи, коли взагалі потрібне лікування. При розвиненій хворобі найчастіше (60% випадків) використовується *Pulsatilla*, потім йдуть *Rhus* (15%) та *Antimonium tartaricum* (менш 10%). При вітряній віспі, що нормально протікає, найчастіше потрібна *Pulsatilla* – особливо вона показана, коли в дитини сильна сверблячка, що погіршується від теплої постелі чи гарячої ванни, примхливість, бажання свіжого повітря – діти просять відчинити вікна. Сильне занепокоєння дитини на тлі сверблячки може потребувати прийому *Rhus toxicodendron*. *Antimonium tartaricum* звичайно призначається при ускладненнях, що приєдналися з боку дихальної системи (найчастіше мова йде про кашель внаслідок бронхіту), а з пухирців виділяється жовтувата рідина, що нагадує мед. Інші випадки припадають на *Antimonium crudum*, *Mercurius vivus* або *Mercurius solubilis* й *Sulphur*. Існує чимало добрих гомеопатичних посібників, у яких докладно викладаються патогенези цих ліків. До них я й відсилаю батьків. У важких випадках вітряної віспи, що іноді зустрічаються у дітей із фоновими хронічними захворюваннями або в дорослих, для лікування застосовується ацикловир

⁷ Там само, с. 281.

⁸ Ваньє Л. Гомеопатические... с. 10.

(зовиракс), однак цей препарат сам має чимало побічних ефектів, а тому його використання повинно бути виправдане. Звичайно ацикловир для внутрішньовенного введення рутинно застосовується для осіб, які страждають на хвороби імунної системи та мають високий ризик розвитку ускладнень вітряної віспи. Застосування «про всяк випадок» або заради короткочасного комфорту антибіотиків, кортикостероїдів, аспірину або парацетамолу є не тільки зовсім безглуздим, але й небезпечним. Сьогодні навіть ВООЗ визнає, що штучне зниження температури не може вважатися доцільним заходом: «Лихоманка являє собою давню, універсальну й звичайно цілющу відповідь на інфекцію, тому її придушення у більшості випадків не приносить ніякої відчутної вигоди або ж приносить дуже малу. З іншого боку, продемонстровано, що придушення високої температури може бути шкідливим. У більшості людей ця шкода майже непомітна, але коли мова йде про мільйони, то вона може стати причиною збільшення захворюваності та смертності. Відповідно, не слід заохочувати широке використання жарознижуючих (антипіретиків) ні в країнах, що розвиваються, ні у розвинених країнах»⁹. Навряд чи підлягає сумніву, що значний відсоток випадків важкого протікання вітряної віспи та її несприятливих наслідків (ускладнень), що нібито ставлять під сумнів нешкідливість цього захворювання, слід приписати бездумному та безвідповідальному лікуванню.

Ускладнення вітряної віспи є рідкими й в останній чверті ХХ ст. демонстрували тенденцію до подальшого зниження. Так, у США кількість енцефалітів, викликаних вітряною віспою, знизилася з 58 у 1970-1979 рр. до 28 у 1980-1983 рр.¹⁰. Серед них є показовим зниження кількості зафіксованих випадків синдрому Рея – важкої енцефалопатії, яка супроводжується конвульсіями і комою, що у першу чергу пов'язане з відмовою від практики лікування саліцилатами (аспірином). Німецькі автори, підрахувавши усі можливі ускладнення вітряної віспи за 1997 р., визначили ризик розвитку ускладнень у здорової дитини – 8,5 на 100 тис. дітей у віці до 16 років. При цьому 38,6% випадало на ускладнення, викликані приєднанням бактеріальної інфекції (близько 61% – неврологічні ускладнення, практично усі завершилися без проблем). Жодної смерті або загрозливого для життя стану, викликаного, наприклад, кровотечею, зафіксовано не було¹¹. Супутні бактеріальні ускладнення дійсно можуть стати небезпечними, але розвиток їх є характерним для дітей, які страждають на захворювання імунної системи.

⁹ Eichenwald H. F. Fever and antypiretics (Commentary) *Bull World Health Organ* 2003, 81 (5).

¹⁰ Preblud S. R. Varicella: complications and costs *Pediatrics* 1990; 86:874-882.

¹¹ Ziebold C. et al. Severe complications of varicella in previously healthy children in Germany: a 1-year survey *Pediatrics* 2001 Nov; 108:E79.

Можна знайти обґрунтування щеплення проти вітряної віспи для дітей, що проходять хіміотерапевтичне лікування у зв'язку з онкологічними захворюваннями крові, але саме їм воно протипоказане.

Після перенесеної вітряної віспи виникає стійкий, звичайно довичний, імунітет. Це тим більш важливо, що сприйнятливість до вірусу вітряної віспи є високої (до 90%), а у дорослому віці хвороба має значно важкіший перебіг¹². Ризик смерті від вітряної віспи для здорових дітей у США оцінюється у 0,0014%¹³.

Заслугують на відзначення недавні дослідження, які показали, що крім довичного імунітету захворювання на вітряну віспу може виявитися корисним і в іншому аспекті. Було виявлено, що в людей, які мають антитіла до вірусу вітряної віспи, менша ймовірність розвитку найчастіших пухлин мозку, названих гліомами, що, можливо, пояснюється подібністю антигенів вірусу та гліом¹⁴. Після одужання від вітряної віспи вірус не зникає з організму, а зберігається у нервових вузлах (гангліях) спинного мозку і у деяких людей може виявити себе пізніше у вигляді оперізуючого герпесу.

Помилково було б припустити, що дитина зобов'язана перенести хворобу у її чіткому, клінічно помітному вигляді, щоб мати підстави вважати, що в неї сформовано імунітет до вітряної віспи. В університеті Лавала у Квебеці кілька років тому було проведено дослідження рівня антитіл до вітряної віспи, у якому взяли участь 2 000 учнів четвертих класів. Виявилось, що до 10 років 92% дітей мають такий імунітет, причому він є й у 63% дітей, у яких була відсутня історія самого захворювання. Автори статті відзначили, що варто було б спочатку оцінювати імунний статус щеплених, але це, безумовно, буде складно та спричинить зниження «охоплення» дітей цим щепленням¹⁵. Слід також зазначити, що в анотації до вакцини «Варивакс» (див. нижче) її виробник відзначає, що хоча тривалість вакцинованого імунітету є

¹² При тому, що серед хворих на вітряну віспу, дорослі становлять приблизно 2-3%, саме вони дають до 50% смертності від цієї хвороби. У Франції 92% випадків захворювання на початку 1990-х рр. припадало на дітей до 14 років (*Deguen S. et al. Epidemiology of chickenpox in France (1991-1995) J Epidemiol Community Health 1998 Apr; 52 Suppl 1:46S-49S*).

¹³ Див. прим. 10. А от статистика розподілу смертності від вітряної віспи в США по вікових групах, опублікована в 1996 р. За цими даними, смертність від віспи серед дітей досягає 6,23 на 100 000 захворілих (0,00623%), у віці 1-4 року – 0,00075%, 15-19 років – 0,0027%, 30-49 років – 0,025% (*MMWR* July 12, 1996; vol. 45, No.RR-11).

¹⁴ *Wrensh M. et al. Does prior infection with varicella-zoster virus influence risk of adult glioma? Am J Epidemiol 1997 Apr; 145:594-7* й *Wrensch M. et al. Prevalence of antibodies to four herpesviruses among adults with glioma and controls Am J Epidemiol 2001; 154:161-165*.

¹⁵ *Boulianne N. et al. Most ten-year-old children with negative or unknown histories of chickenpox are immune Ped Inf Dis J 2001; 20:1087-1088*.

невідомою, імунітет у популяції щеплених може зникнути внаслідок припинення постійного контакту з вірусом *Varicella*, що постійно «підживлює» його нині. Більш доступною мовою, сама ідея елімінації цього вірусу як такого загрожує чималими неприємностями, і цьому в нас вже є підтвердження. Справа в тому, що, коли ми говоримо про стійкий довічний імунітет після якої-небудь інфекційної хвороби, ми, з позицій сучасної науки, зовсім не маємо на увазі, що виниклі після перенесеної хвороби антитіла будуть, немов заведені, нескінченно вироблятися самі по собі десятиріччями за відсутності жодних стимулів для цього. Необхідні постійні антигенні «поштовхи» з навколишнього середовища, що науково іменуються бустерами (від англ. *booster* – той, хто допомагає, підсилює), періодичний контакт зі збудником, щоб імунна система реагувала на клітинному й гуморальному рівні, захищаючи свого хазяїна від неприємностей. Циркуляція вірусів серед людей саме й дозволяє одержувати такі «поштовхи»¹⁶. Як тільки вірусу, внаслідок тих або інших причин (наприклад, щеплень), стає менше, то й імунітет, який вважався нам тривалим або навіть довічним, перестає бути таким. Відносно вітряної віспи все вищезгадане є дуже доречним.

Тут необхідно ненадовго відволіктися, щоб відповісти на дуже важливі питання, які незмінно виникають у кожного уважного читача: як узгоджуються твердження про неефективність щеплень, яке часто повторюються у цій книзі, зі зниженням циркуляції збудників у популяції та зменшенням зареєстрованих випадків захворювання? Виходить, щеплення таки є ефективними, якщо хвороб, проти яких їх роблять, стає менше? Дійсно, незважаючи на триваючі спалахи хвороб, що вакцинуються, серед повністю щеплених (що змушує узяти під сумнів довгострокову ефективність вакцинації), ми все-таки спостерігаємо зниження захворюваності на хвороби, що є «керованими щепленнями». Щоб розібратися у всьому цьому, порівняймо вакцинальний процес та патологічний процес при інфекційному захворюванні. За винятком правця, збудник якого може потрапляти до організму через інфіковані рани, усі збудники «хвороб, яким запобігають щеплення», попадають до нас через слизові оболонки дихальної або травної системи. Справжня еволюція хвороби є дуже далекою від примітивної схеми «проникнення збудника → симптоми хвороби → вироблення антитіл → одужання», що звичайно демонструється публіці. У відповідь на вторгнення збудників на слизових оболонках починається вироблення імуноглобуліну А (IgA). Фактично, ті клінічні прояви гострих захворювань, які ми спостерігає-

¹⁶ Приклад таких постійних контактів низької інтенсивності медичних працівників зі збудником гепатиту В буде наданий мною в главі, яка присвячена цій хвороби.

мо, навряд чи складають й 1% від усіх випадків інфікування, швидше за все їх набагато менше – можливо, у тисячі разів. Коли трапляється природна хвороба, то, крім вироблення IgA, хімічні сигнали зі слизових оболонок запускають гармонійний «ансамбль» імунної системи, у результаті чого імунна відповідь стає зрілою, а імунітет, що виникає після хвороби, за умови постійного «антигенного підживлення» – як правило, довічним. Перш, ніж потрапити у печінку, селезінку, вилочкову залозу (тимус) або кістковий мозок, збудники розмножуються в органах лімфатичної системи, ініціюючи там потужну первинну імунну відповідь. Активізуються численні захисні системи організму: починається реактивне запалення в інфікованих вірусом тканинах, активуються лейкоцити та макрофаги, білкові фракції сироватки й ін. Перші симптоми, що виникають у катаральному періоді хвороби (чихання, кашель, діарея), свідчать про зусилля організму позбутися від збудників природними шляхами. У механізмі захисту задіяний і гуморальний імунітет – з появою розгорнутих симптомів хвороби в крові вже визначаються антитіла, а пік хвороби збігається з максимальним титром циркулюючих антитіл. Однак антитіла є не тільки не єдиним, але навіть і не головним захистом від гострої хвороби. Потрібна цілісна, міцна реакція всього організму. На дитячі інфекції не випадково занедужують малята – імунна система розвивається через «навчання», тільки так вона може досягти зрілості й надійно слугувати своєму власникові у дорослому віці. Ми вважаємо загалом здоровою людиною не того, хто не хворіє ніколи і ні при яких обставинах, а того, хто занеджує рідко і швидко видужує, що може бути можливим лише при тренованій, нормально функціонуючій імунній системі. При парентеральному введенні ослаблених збудників відсутній інкубаційний період, немає здорової системної реакції організму і він не має можливості позбутися від вірусу ні через слизові оболонки верхніх дихальних шляхів кашлем та чиханням, ні діареєю, ні висипкою. Я хочу ще раз це підкреслити: щепленням ми позбавляємо організм можливості позбутися збудників наявними у його розпорядженні природними й простими засобами. Збудники негайно потрапляють у внутрішні органи. Фактично, відбувається саме те, чому повинна запобігти імунна система. Для того щоб впоратися з інфекцією, не знешкодженою частково на рівні слизових оболонок і до боротьби з якою організм не був підготовлений завчасно отриманими хімічними сигналами, він змушений витратити у багато разів більшу кількість лімфоцитів, ніж коли це відбувається при природній хворобі. Саме це мала на увазі проф. Городилова, яку я цитував у розділі «Щеплення: основні проблеми»: «Запас лімфоцитів поступово вичерпується, і організм виявляється беззахисним перед різними антропогенними факторами. Людина старіє раніше за свій вік. Фізіологічне, природне старіння – процес

поступового згасання, зів'янення усіх ланок імунної системи. Вакцини ж прискорюють, підганяють процес «витрати» лімфоцитів, штучно приводячи організм людини до передчасного старіння, звідси старечі хвороби у молоді»¹⁷. Підміняючи сукупність вироблених еволюцією імунних реакцій механічним короточасним наповненням крові антитілами й у такий спосіб постійно «обманюючи» імунну систему та організм у цілому, ми відмовляємо їм у можливості «тренування» й розвитку і готуємо ґрунт для зниженої функції імунітету. Коли ми говоримо, що щеплений не занедужає на ту хворобу, від якої його прищепили, ми насправді не маємо на увазі, що за допомогою таких маніпуляцій ми зробили його несприйнятливим до певного патогену. Ми маємо на увазі лише те, що він не переніс хворобу у гострій, клінічно помітній формі. Епідеміологи радіють: щеплення доводять свою ефективність, з успіхом знижують захворюваність, настав час ставити питання про ліквідацію хвороби, що ще треба? Залишається з'ясувати тільки питання, чи варто щепленому поділяти цю радість. Він не став здоровішим, не перенесши одно- або двотижневу гостру хворобу – він став носієм хронічної вакцинної інфекції, нездатним розвинути гостру реакцію та позбутися за її допомогою інфекційних агентів¹⁸, що потрапили до його організму. Таким чином, щеплення «засівають» організм живими вірусами, небезпека чого лише нині починає оцінюватися належною мірою (у розділі про гепатит В я коротенько розповім про можливий механізм зв'язку аутоімунних захворювань та щеплень). Статистика захворюваності у наш час розглядається так, начебто різними хворобами хворіють зовсім різні, а не ті самі люди. Зниження захворюваності на кір або кашлюк – це добре, а зростання онкологічних та аутоімунних захворювань – погано. Але за кір та кашлюк відповідають інфекціоністи, за онкологічні хвороби – онкологи, за аутоімунні хвороби – ендокринологи, ревматологи, неврологи й інші фахівці. Вважається, що інфекційні захворювання людина у змозі контролювати щепленнями, і вона повинна до такого контролю всіляко прагнути, а рак, аутизм, діабет, розсіяний склероз та артрити... ну що ж, їхніх причин ніхто не знає і ще довго знати не буде. На кожне незалежне епідеміологічне дослідження, яке показує сплеск захворюваності на найтяжчі недуги паралельно кампаніям з вакцинації, одразу майструється замовлене «науково-доказове» спростування, так що публіка, яка вже розучилася керуватися здоровим глуздом, за-

¹⁷ Червонская Г. П. Прививки... с. 384.

¹⁸ Див. детальне обговорення питання в статті *Moscowitz R. The Case Against Immunizations Journal of the American Institute of Homeopathy March 1983; 76:7*. Там само автор заявив, що найкраще, що можна зробити для дітей – це надати їм можливість заразитися й перехворіти кором і свинкою у віці 6-7 років й запобігти тим самим можливій проблемі у майбутньому. Переклад статті д-ра р. Московіця є в Рунеті.

лишається у здивуванні – може, і справді немає ніякого зв'язку між щепленнями та зростанням захворюваності на діабет, а в усьому винні винятково малорухомість вкупі з кока-колою, чіпсами та гамбургерами? Я пропоную читачам поміркувати над цими питаннями з погляду так званої холістичної медицини, яка розглядає людину не як набір органів або систем, що працюють у повній ізоляції один від одного, з кожною з яких можна виробляти усе що завгодно, не очікуючи реакції з боку інших органів та систем, а як цілісну структуру, вплив на частину якої неминуче викликає реакцію інших її частин. З цієї точки зору ефективність щеплень, яка полягає в тому, що людину позбавляють можливості перенести гостру хворобу за рахунок перетворення її на носія хронічної інфекції з непередбачуваними наслідками – зовсім не те, що варто вітати й до чого прагнути.

Повернемося до наслідків кампанії зі щеплення дітей від вітряної віспи. У 2002 р. дослідники з англійської Лабораторної служби суспільної охорони здоров'я почали бити на сполох. У своїй статті вони вказали, що зниження кількості дітей, хворих на вітряну віспу (і, відповідно, зниження можливостей для усіх навколо одержувати бустери від вірусу *Varicella*) неминуче призведе до збільшення кількості хворих на оперізуючий герпес. Ця хвороба, яка у дощепленеву еру була майже винятково привілеєм людей похилого віку й дуже рідко вражала дітей у якості наслідку вітряною віспи, викликається реактивацією вірусу вітряної віспи і може стати причиною смерті у п'ять, а госпіталізації – у три рази частіше, ніж сама вітряна віспа. Звичайними ускладненнями захворювання являються сліпота, глухота, параліч лицьового нерва, ураження сечового міхура і післягерпетична невралгія. За підрахунками вчених, якщо усі діти у трьохсотмільйонній популяції одержать щеплення від вітряної віспи, це призведе до додаткового 21 мільйону (!!) випадків захворювання на оперізуючий герпес і смерті 5 000 чоловік у віці старше 60 років. При цьому, як було зазначено в статті, можуть бути врятовані життя 5 000 дітей (з огляду на нинішню статистику захворюваності на вітряну віспу та смертності від неї в США, зовсім незрозуміло, яким чином робився цей підрахунок). На думку дослідників, у світлі дикої дилеми такого ініційованого людиною «обміну» життя дітей на життя дорослих, треба або щепити тепер і *дорослих*, або взагалі відмовитися від проекту щеплень від вітряної віспи¹⁹.

На той час потяг нового щеплення вже набрав повний хід, і на цю публікацію, зрозуміло, уваги не звернули – чи мало що вчені напропорочать. Ліквідацію кору й поліомієліту теж давно вже обіцяли, так нічого

¹⁹ MacKenzie D. The hidden catch *New Scientist* May 4, 2002 (2341).

не вийшло. Але справа з вітряною віспою повернулася ще гірше, ніж передбачалося. Якщо англійці говорили тільки про дорослих, то у повідомленнях, опублікованих у 2003 р. в журналі «Вакцина»²⁰, американський дослідник д-р Гарі С. Голдмен показав, що при скороченні захворюваності на вітряну віспу на тлі масових щеплень раптово різко зросла захворюваність на оперізуючий герпес й у дітей, що раніше перенесли вітряну віспу! Сам Голдмен зацікавився цим явищем лише після того, як бувши у 1995-2002 рр. аналітиком лос-анджелеського відділення проекту спостереження за вітряною віспою Центра контролю захворювань, він став раptom одержувати повідомлення від шкільних медсестер, які до того жодного разу в житті не бачили оперізуючий герпес у дітей. Голдмен пророкує, що нам незабаром доведеться побачити спалах цієї хвороби, як у дітей, так і у дорослих, у яких її наслідки можуть бути куди більш серйозними за наслідки вітряної віспи. У відповідь на це фармацевтичні компанії заявили, що... мають намір розробити вакцину і проти оперізуючого герпесу, і зробили це – нещодавно така вакцина була ліцензована в США. Голдмен же різко засудив цю абсурдну з погляду здорового глузду ідею, заявивши, що так і буде крутитись нескінченне колесо «хвороба – лікування – хвороба». На його думку, зі щепленням від вітряної віспи було б куди менше проблем, якби всім дітям надали можливість набутти імунітет до неї²¹ природним шляхом, а щеплення ро-

²⁰ Див. три статті д-ра Голдмена: *Goldman G. S. Varicella susceptibility and incidence of herpes zoster among children and adolescents in a community under active surveillance; Incidence of herpes zoster among children and adolescents in a community with moderate varicella vaccination coverage; Using capture-recapture methods to assess varicella incidence in a community under active surveillance Vaccine* 2003; (21) 27/28 pp. 4238-55. Див. недавню статтю з тими ж висновками – широке використання щеплень проти вітряної віспи сприяє росту захворюваності на оперізуючий герпес (*Yih W. K. et al. The incidence of varicella and herpes zoster in Massachusetts as measured by the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) during a period of increasing varicella vaccine coverage, 1998-2003. BMC Public Health* 2005; 5:68), а також статтю *Goldman G. S. The case against universal varicella vaccination Int J Tox* 2006; (25):313-317. Щиро дякую докторові Голдмену, що люб'язно надіслав мені власні публікації та матеріали журналу «Medical Veritas», який він редагує.

²¹ «Data Reveals Threat of Shingles Epidemic From Vaccine Use; Health Officials Threaten Legal Action Against Researcher», повідомлення PRNewswire, цит. за матеріалом розсилки новин NVIC від 1 жовтня 2003 р. Окрім вже згадуваних ускладнень, для оперізуючого герпесу характерні болі неймовірної інтенсивності, що можуть тривати тижнями. Одна з назв хвороби голландською мовою - «пекельний вогонь», що досить точно характеризує відчуття, які переживає хворий. До речі, виробники вакцин створили й отримали ліцензію на вакцину від оперізуючого герпесу! Одна її доза коштує біля 100\$, а сумарні витрати на те щоб досягти того рівня імунності дорослого населення США до оперізуючого герпесу, який було даровано природою зовсім безкоштовно до початку масових щеплень від вітрянки, оцінюються у 20-40 млрд. доларів (Див. *Brisson M. et al. Modelling the impact of immunization on the epidemiology of varicella zoster virus. Epidemiol. Infect.* 2000; (125):651-669 та *Goldman G. Cost-benefit analysis of universal varicella vaccination in the U.S. taking into account the*

билися тільки тим, хто не набув його до віку дванадцяти років. Неважко уявити, до якого катастрофічного обвалу доходів виробників вакцини проти вітряної віспи могла б призвести реалізація подібної пропозиції, а тому зовсім природно, що вона ніколи не буде розглядатися всерйоз. Поки що деякі батьки, які спостерігають з тривогою, як у їх дітей залишається все менше можливостей перехворіти на вітряну віспу природним шляхом і побоюються як щеплень із їхніми непередбачуваними наслідками, так і того, що не набувши імунітету до вітряної віспи в дитинстві, їхні діти можуть постраждати від неї в підлітковому й дорослому віці, почали потихеньку повертатися до підзабутих «віспяних вечірок». Батьки приводять своїх здорових дітей грати з хворими, і залишають їх також ночувати, щоб вони могли заразитися і вчасно перенести цю нешкідливу хворобу у відповідному для цього віці та стані здоров'я²².

Говорячи про вітряну віспу, не слід забувати і про те, що відсутність можливості набутти природний імунітет у дитячому віці неминуче «зрушує» хворобу до дорослого віку і, потенційно, до дитячого віку наступного покоління коли хвороба незмірно небезпечніше (як це відбувається нині з багатьма інфекційними хворобами). Можливі виходи тут – або повна елімінація вірусу (чого практично нереально досягти у найближчі кілька поколінь, з огляду на його здатність зберігатися у нервових гангліях), або довічні щеплення. Чи не до такого вибору, засно-

closely related herpes-zoster epidemiology *Vaccine* 2005; (23):3349–3355). Так робляться гроші на рівному місці... Історія з публікацією матеріалів Голдмена буде неповною без повідомлення самого Голдмена про погрози судового переслідування з боку Центру контролю захворювань у випадку, якщо він насмілиться опублікувати ці дані в медичній літературі. Голдмен насмілився. Більше ні в яких фінансованих державою проєктах його брати участь не запрошують, а він зараз очолює незалежний медичний журнал «Medical Veritas». А скільки було в історії щеплень тих, хто не насмілився, розсудливо вирішивши, що своя сорочка ближче до тіла? Або тих, кому знайшли спосіб заткнути рота? Всю історію брехні, фальсифікації наукових даних, підробок, замовчування та корупції навколо щеплень від вітряної віспи він виклав у своїй книзі «Вакцина від вітряної віспи: нова епідемія хвороби та корупції» (*The Chickenpox Vaccine: A new epidemic of disease and corruption*), що побачила світ у 2006 р.

²² Див. *Soe V. A Pox On Your House? Please Call! Chicken pox parties may be back in vogue San Francisco Chronicle, CA January 29, 2004*. Цит. за матеріалом розсилки новин *NVIC* від 29.01.2004, а також *Deardoff J. Chickenpox party, anyone? Chicago Tribune May 31, 2006*.

²³ В 1987 р. автор однієї зі статей писав: «Не варто було б планово щепити дітей, якщо імунітет з роками зникає, залишаючи популяцію дорослих, які схильні до вітряної віспи, незахищеними... Фактично, єдиний спосіб перевірити, чи не зникає імунітет, це прищепити велику кількість здорових дітей та спостерігати за ними довгі роки. Таким чином, лише система спостереження після ліцензування (вакцини. – *О. К.*) може бути використана для відповіді на це питання» (*Gershon A. A. Live attenuated varicella vaccine Annals and Reviews of Medicine 1987; 38:41-50*). Мільйони дітей та їхніх батьків беруть участь у цьому експерименті, що невідомо зареєстровано, чим закінчиться й цілком може виявитися згубним.

ваного на довільній «прив'язці» до вакцин, нас ведуть?²³ Спочатку винаходять нову вакцину, якою щеплять мільйони, а потім нам заявляють, що буцімто ми стали вакцинозалежними (модне слівце, уведенне в обіг у Росії зовсім нещодавно, у зв'язку з розширенням програм вакцинації та необхідністю насадження ідей про їхню важливість), тепер тільки і залишається, як все життя регулярно робити щеплення...

Як я вже згадував вище, реальну небезпеку вітряна віспа може являти майже винятково для дітей, які мають враження імунної системи²⁴. Чи виправдовує прагнення вберегти від хвороби тих, кому це щеплення може бути протипоказане (дітей, що страждають онкологічними захворюваннями крові), масові щеплення мільйонам дітей, які не тільки не ризикують серйозними наслідками від хвороби, але для яких вона може бути й корисна? Ще до того, як жадова вакцинаторів переважила усі аргументи розуму, англійський медичний журнал писав: «Програма загальної імунізації заради дітей з порушеннями функцій імунної системи вимагала б від батьків погоджуватися на щеплення своїх дітей не задля їх власної користі, а заради вигоди їхніх менш щасливих однолітків. Батьки мали б піддавати своїх дітей потенційно більшому ризику первинної вітряної віспи у дорослому віці. Це примусовий альтруїзм. Якщо ми не примушуємо дорослих жертвувати свої нирки або навіть кров, то хіба чесно буде вимагати від дітей бути «добрими самаритянами»? Це також суперечить стандарту «у першу чергу – інтереси своєї дитини», яким керуються батьки, приймаючи рішення»²⁵.

У ряді публікацій підкреслювалося, що заявлена економічна вигода від цього щеплення пов'язана зовсім не з дітьми, а з їхніми батьками. Ця вигода досягається за рахунок зменшення виплат за листами непрацездатності, які батьки беруть для догляду за хворою дитиною. Автори однієї зі статей підраховали, що такого роду економічний збиток на родину із захворілою на вітряну віспу дитиною становить 293\$ плюс 20\$ на медикаменти²⁶. Але є й економічні ж заперечення проти такого підходу. Наприклад, вказується наступне: «Програма дитячих щеплень може призвести до збільшення кількості випадків захворювання на вітряну віспу в дорослих, включаючи вагітних, які ризикують більшою, у порівнянні з дітьми, кількістю ускладнень. Хоча економічні витрати, що пов'язані

²⁴ «Контакт з хворими на вітряну віспу є небезпечним для дітей, що одержують лікування кортикостероїдними гормонами й цитостатиками, у них захворювання протікає у важкій, часто ускладненій формі». Див. прим. 1.

²⁵ *Friedman Ross L., Lantos J. D. Immunisation against chickenpox BMJ Jan 7, 1995; (310):2-3*

²⁶ *Lieu T. A. The cost of childhood chickenpox: parents' perspective Pediatr Infect Dis J 1995; (310):2-3.*

з відсутністю батьків на робочому місці, різко знизяться, витрати на медичне обслуговування можуть зрости»²⁷. Чи вигідна така політика самій дитині та, в остаточному підсумку, усій державі – вирішувати читачам, зокрема й на підставі даних, які наведені у цьому розділі.

Сусіди Росії вже звернули увагу на наявність вакцини, що дотепер не увійшла до місцевих календарів щеплень: «Останнім часом у Латвії стрімко зростає захворюваність на вітрянку, тому інфектологи просять уряд виділити фінансування на вакцинацію населення від цієї хвороби... Зараз зробити щеплення від вітрянки можна добровільно. Однак, як вважають фахівці, ні батьки, ні сімейні лікарі не приділяють цій проблемі достатньої уваги, вважаючи, що діти повинні просто перехворіти на вітрянку (злочинно легковажний і зовсім не враховуючий інтереси «інфектологів» з компанією підхід, чи не так? – О. К.). Як пише газета «Час», посилаючись на слова керівника кафедри традиційної інфектології Ризького університету ім. Страдіня Людмили Віксни, для будь-якого заразного захворювання характерні циклічні періоди зростання та спаду. Зараз у поширенні вітрянки в Латвії спостерігається тенденція до зростання, тому ризик заразитися інфекцією є в кожного жителя країни, і занедужати на неї можуть не тільки діти, але й дорослі. Як підкреслила Віксна, обов'язково щепитися від вітрянки потрібно вагітним жінкам, оскільки це захворювання становить велику небезпеку для ще не народженої дитини. Професор Даце Гардовська відзначає, що жодне інфекційне захворювання не проходить для здоров'я людини безслідно, тому й суспільству, й державі необхідно усвідомити, що дітей по можливості потрібно огороджувати від цієї інфекції, у іншому випадку кількість хворих на вітрянку продовжить зростати. Медики також вказують, що у багатьох європейських країнах та в США вакцинація від вітрянки уведена до календаря обов'язкової імунізації дітей. Фахівці визнають, що програма вакцинації населення від інфекцій у Латвії відповідає всім вимогам Всесвітньої організації охорони здоров'я, однак з урахуванням зростання захворюваності до неї потрібно включити й щеплення від вітрянки»²⁸. *Живими вірусами* латвійські професо-

²⁷ Ferson M. J. Another vaccine, another treadmill? *J Paediatr Child Health* 1995 Feb; 31(1):3-5. Дійсно, у Японії, де щеплення проти вітряної віспи робляться вже понад 20 років, відзначене значне збільшення захворюваності на вітряну віспу дорослих, і «соціальна вартість» (social cost) такого розвитку подій змушує місцеві влади всерйоз задуматися. Див. *Varicella in Adulthood Kansenshogaku Zasshi* 1997 Nov; 71(11):1113-9.

²⁸ «Латвію обиспало вітряною». Повідомлення *Rupor.info* від 05.07.2005.

²⁹ «При імунізації будь-якою вакциною у вагітних жінок можливе інфікування плоду та виникнення в нього хронічної інфекції, тому що вакцинний вірус здатний долати плацентарний бар'єр...» (Постовит В. А. Детские папельные инфекции у взрослых. М, 1982, с. 86).

ри готові щепити навіть вагітних²⁹, переважна більшість яких саме завдяки відсутності щеплення мають природний імунітет до вітрянки і передадуть його дітям! Турбота професорів про те, що «жодне інфекційне захворювання не проходить для здоров'я людини безслідно» викликає радість, але заради справедливості варто нагадати, що й жодне щеплення не проходить для здоров'я людини безслідно, тим більш живими збудниками.

Міністерству охорони здоров'я України теж не дає спокою щеплення від вітряної віспи, і воно вже готове включити його до свого календарю вакцинації – але поки що лише для «цільових груп та груп ризику дитячого населення», як записано у меморандумі конференції «Особливості імунопрофілактики керованих інфекцій та грипу на сучасному етапі в Україні», яка відбулася 11-12 листопада 2003 р. Тут доречно буде згадати, що не так давно Україна ходила по світу з простягнутою рукою, благаючи надати їй протидифтерійну вакцину, а сьогодні вже готова витратити гроші на вакцину проти вітряної віспи. Невже з іншими інфекційними хворобами вже немає проблем? Аж ніяк. Наведу лише кілька цитат з нещодавнього інтерв'ю українського інфекціоніста, академіка Жанни Возіанової, яка багато років очолювала кафедру інфекційних хвороб Національного медуніверситету імені А. Богомольця: «Знаєте, скільки всього інфекційних ліжок у тримільйонному Києві? Біля сотні для хворих на СНІД, та ще 285 – для всіх інших, причому 120 з них – в інфекційному відділенні міської лікарні і на кафедрі інфекційних хвороб Національного медуніверситету. Зовсім нескладно підрахувати, скільки їх залишилося після закриття даного відділення, і це в той час, коли епідемічна ситуація з цілої низки інфекційних захворювань ще більш загострюється... Ще не закінчилася епідемія дифтерії (про це не кажуть, але в ЦМКЛ такі хворі не переводилися, тільки за період епідемії більше 4 тисяч пацієнтів пройшло через наше відділення)... Як і раніше актуальні кишкові інфекції, що, втім, не дивно, з огляду на високе забруднення води. Парадоксально, але жодне інфекційне відділення Києва не має очисних споруд!.. У нас і черевний тиф є, але про це не заведено говорити. В Одесі навіть пляжі закривали через погрозу зараження... У нас зустрічаються і малярія, і лихоманка Західного Нілу, і геморагічна лихоманка з нирковим синдромом, й інші інфекційні захворювання, про які раніше навіть не підозрювали. Але у більшості випадків ці хвороби проходять під іншими діагнозами, а, через це, й лікують «не від того»... Майже 98% всіх інфекційних захворювань у Києві списують на грип та ГРВІ. Адже це дуже зручно – об'єднати десятки різних хвороб з респіраторним синдромом та навіть без нього в

одне: тоді і специфічна діагностика ні до чого, і про епідемію грипу можна повідомляти хоч щороку. А це вже привід для оголошення карантину, проведення масових вакцинацій (sic! – О. К.) та інших заходів, що вимагають чималих матеріальних витрат... Під діагнозом грип або ГРВІ ховають усе – від геморою до туберкульозу. Ми якось підраховали, що за один рік через наше відділення пройшли хворі приблизно з 50 різними захворюваннями, але направлені зі стандартним діагнозом «грип»...»³⁰. Розповідь академіка про ті катастрофічні умови, у яких працюють київські інфекціоністи, я повторювати не буду – повністю інтерв'ю доступне в Інтернеті. Звідки ж при такій занедбаності та розрусі візьмуться гроші на боротьбу з вітряною віспою?

Навряд чи можуть бути сумніви, що незабаром розмови про необхідність захищати дітей та дорослих від вітряної віспи почнуться й у Росії. Адже навіть сам президент країни не втомлюється нагадувати про необхідність нещадної боротьби з інфекційними захворюваннями й закликає до партнерства західні країни.

Вакцина

Як і у випадку з вакциною проти гепатиту А, те, що зовсім ще недавно здавалося б абсурдом, нині стало реальністю: вакцина проти вітряної віспи не тільки існує, але вже й стала обов'язковою в США, хоча розробка вакцини почалася у 1974 р. в Японії. Найпоширеніші зараз на ринку вакцини «Ока Вакс» («Авентіс Пастер»), «Варілірікс» («Сміт Кляйн Бичем») та «Варивакс» («Мерк»). За повідомленням «Уолл Стріт джорнел», компанія «Мерк» у свій час вклала п'ять мільйонів доларів у розробку своєї вакцини, яка й була ліцензована у 1995 р. У останні роки «Мерк» особливо пристрасно переконує американців, що ускладнення від вітряної віспи, про які навіть багато педіатрів за весь час своєї роботи ніколи й не чули, настільки серйозні та небезпечні, що вкрай необхідно щепити мільйони американських дітей. Насправді в США щорічно занедужують на вітряну віспу біля чотирьох млн. чоловік, але лише 10-11 тис. з них потрібна госпіталізація. Біля сотні людей від неї помирають (з них половина дітей), які звичайно страждають на важкі фонові хвороби. Приблизно про таку ж смертність повідомляють з Англії та Уельсу, де від вітряної віспи помирає 25 осіб на рік³¹.

³⁰ Скрипник О. Академик Жанна Возианова: «У нас инфекционные заболевания, о которых раньше не подозревали» *Зеркало недели On the Web* 2005, №42 (570).

³¹ Rawson H. et al. Deaths from chickenpox in England and Wales 1995-7: analysis of routine mortality data *BMJ* 2001 Nov; 323:1091-3.

Безпечність

Про склад вакцини «Варивакс», взятої тут лише для ілюстрації (великої різниці у технології виробництва вакцин у різних країнах та різних компаніях не існує), її виробник «Мерк» повідомляє в анотації наступне: «Варивакс» готується зі штаму «Ока/Мерк» живого послабленого вірусу вітряної віспи. Вірус був отриманий від дитини, яка захворіла на вітряну віспу, потім введений до культури людських ембріональних легеневих клітин, а потім розмножений у культурі клітин ембріонів морських свинок. Після цього вірус був розмножений у людських діплоїдних клітинах (WI-38). Потім у дослідницьких лабораторіях компанії «Мерк» цей вірус був послідовно проведений через культури людських діплоїдних клітин (MRC-5), вільних від сторонніх домішок... Кожні 0,5 мл дози містять: 1350 ОД відтвореного вірусу вітряної віспи штаму «Ока/Мерк», приблизно 25 мг сукрози, 12,5 мг гідролізованого желатину, 3,2 мг хлориду натрію, 0,5 мг одонатрієвого L-глутамату, 0,45 мг двохосновного фосфату натрію, 0,08 мг одноосновного фосфату калію, 0,08 мг хлориду калію, залишкові елементи клітин MRC-5, включаючи ДНК та білок, а також сліди одноосновного фосфату натрію, EDTA, неоміцина та ембріональної бичачої сироватки. Продукт не містить консервантів...»³².

Таким чином, призначений для використання у вакцині вірус двічі проходить через клітинні лінії, прабатьком яких є абортований плід, і один раз через клітини ембріонів морської свинки. Оскільки надалі ми будемо зіштовхуватися з вакцинами, віруси для яких вирощуються на клітинних лініях, отриманих від абортованих плодів, про ці лінії варто сказати декілька слів. У цей час широко використовуються дві клітинні лінії – MRC (Medical Research Council) – 5 і WI (Wistar Institute) – 38. Лінія MRC-5 була розроблена у вересні 1966 р. з легеневих фібробластів плода, який нормально розвивався, чоловічої статі, абортованого на 14-му тижні вагітності за бажанням його 27-річної матері. Клітинна лінія WI-38 була розроблена д-ром Свенном Гардом у липні 1962 р. з легеневих фібробластів плода, що нормально розвивався, жіночої статі, абортованого на 12-му тижні вагітності за бажанням матері. На цих лініях вирощуються віруси для вакцин від сказу, вітряної віспи, вірусного гепатиту А, краснухи (також і як складова комплексних вакцин MMR, MMR II, MR Vax й ін.), поліомієліту (вакцина «PolioVax») та натуральної віспи (вакцина «Акамбіс 1000»). У 1995 р. була розроблена нова лінія – PER C6. Про неї відомо, що розроблена вона була на основі клітин, що отримані від абортованого за бажанням матері

³² Varivax® [Varicella Virus Vaccine Live (Oka/Merck)]. Manuf. and dist. by Merc and Co., Inc., West Point, PA, 19486, USA. November 2000.

плода, який нормально розвивався, на 18-му тижні внутрішньоутробного життя. Ця лінія використовується для розробки нових вакцин (проти вірусів імунодефіциту людини, грипу, Ебола). Вважається, що використання людських клітинних ліній безпечніше, ніж використання клітинних ліній тварин, а у фетальних клітинних лініях віруси ростуть швидше, ніж у клітинних лініях, отриманих від дорослих людей. Чи етичним є використання клітин, отриманих від абортів плодів, для виробництва вакцин, які вводять дітям, мають вирішувати самі читачи. Проблема частково пов'язана й з тим, що матеріал так званих спонтанних абортів, що відбуваються через хромосомні порушення, або інфекції, виявляється невідповідним для одержання стандартних клітинних ліній. Потрібні тканини, отримані саме від плодів, які розвивалися нормально, та були абортівані за бажанням матері.

Маючи описану вище технологію виробництва, «Варивакс», зрозуміло, лідирує й за кількістю незміненої ДНК ссавців, що міститься в кожній дозі вакцини, значно перевищуючи аналогічну кількість ДНК в інших вакцинах, що означає зростаючу ймовірність вкрай небажаного зараження середовищ, на яких вирощується вірус. З поваги до релігійних переконань й відповідно до закону, у цьому аспекті однакового в усіх цивілізованих країнах, що вимагає надання максимально повної інформації пацієнтові або його опікунам щодо планованої процедури, факт виробництва вакцини на клітинних лініях, отриманих від людських плодів, повинен повідомлятися, але цього ніхто не робить. Мало того. Було виявлено, що і кількість хромосомних аберацій (поломок) у клітинній лінії MRC-5, які можуть спричинити онкологічні хвороби, перевищує припустиму. В опублікованому у 1995 р. дослідженні було заявлено, що не знайдено свідчень на користь того, що це підвищує ризик пухлинного переродження клітин³³, але навряд чи таке пояснення задовольнить тих, хто постраждає від щеплення, а згодом механізм буде виявлено і пояснено у більш досконалому дослідженні, проведеному пізніше³⁴.

³³ Krause P. R., Klinman D. M. Efficacy, immunogenicity, safety, and use of live attenuated chickenpox vaccine *J Pediatr* 1995; (4)127:518-525.

³⁴ «Присутність у препаратах клітинної гетерологічної ДНК у великій концентрації становить онкогенну небезпеку, тому що ДНК може викликати інактивацію супресорних онкогенів або активацію протоонкогенів після її інтеграції із клітинним геномом. За вимогами ВООЗ рівень такої гетерологічної ДНК у вакцинах не повинен перевищувати 100 пг на дозу. Проблема онкогенної небезпеки існує й для знову розроблюваних вакцин, що складаються із чистої ДНК збудників інфекційних хвороб» (Медуницян Н. В. Вакцинологія. М., 1999, с. 116). 100 пг – це всього лише оцінювальний рівень, отриманий у дослідях на тваринах, невідомого ступеню вірогідності стосовно до людей. Однак відсутність точних знань про те, як розвиваються пухлини в людини, не заважає просуванню на ринок все нових вакцин, серед яких і генно-інженерних.

Вакцини проти поліомієліту, віруси для яких вирощували на культурах мавпячих нирок, теж вважали дивовижно чистими та вільними від будь-яких біозабруднень, доки не з'ясувалося, що кількість мавпячого вірусу SV-40, який виявляють нині в людських пухлинах (докладніше див. розділ про поліомієліт), у сорок разів перевищувала у них кількість вірусів поліомієліту.

Як і інші вакцини, «Варивакс» не тестували на канцерогенний або мутагенний потенціал, так само як і не вивчали її на вагітних тваринах.

Відповідно до виробника, можливі ускладнення щеплення найчастіше містять у собі підвищення температури, чутливість, біль, набряк, еритему, сверблячку, гематому, затвердіння й оніміння у місці ін'єкції та висип, що нагадує такий при вітряній віспі. У менш ніж 1% випадків зустрічалися: захворювання верхніх дихальних шляхів, кашель, роздратування, нервозність, втома, порушення сну, діарея, втрата апетиту, блювота, отит, контактна висипка, головний біль, нездужання, біль у животі, інші види висипок, нудота, лімфоаденопатія, скарги на болі у вухах, озноб, міалгія, важкорухомість шиї, артралгія, захворювання нижніх дихальних шляхів, алергійні реакції (включаючи алергійні висипки або кропивницю), запор, сверблячка, екзема (сухість шкіри), дерматит, «холодні» виразки. Рідко повідомлялося про пневмонії в дітей (<1%) і про фебрильні судоми (<0.1%). З моменту появи вакцини на ринку повідомляється про наступні побічні реакції: анафілаксія, тромбоцитопенія, енцефаліт, синдром Гийєна-Барре, поперечний мієліт, параліч Белла, атаксія, парестезія, фарингіт, синдром Стівенса-Джонса, еритема, мультиформна еритема, пурпура Шенлейн-Геноха, вторинна бактеріальна інфекція шкіри й м'яких тканин, включаючи імпетиго та целюліт, оперізуючий герпес.

Рекомендоване одне щеплення дітям з віку 12 міс. та старше.

Сьогодні на ринку є й вакцина «Варивакс-II», яку можна зберігати в холодильнику.

³⁵ Центр контролю захворювань нині більше помірний у своїй оцінці: 85% ефективності вакцини. Схожу (87% ефективності) оцінку дають автори статті *Vazquez M. et al. The effectiveness of the varicella vaccine in clinical practice N Engl J Med 2001 Mar 29; 344(13):955-60.* З березня 1997 р. по листопад 2000 р. вони збирали статистику захворюваності на вітряну віспу в Нью-Хевені (Коннектикут, США). З 274 захворілих дітей з діагнозом вітряної віспи, підтвердженим виявленням вірусу, 56 (20,43%) були щеплені, що, з огляду на традиційну нешкідливість самої хвороби й неминучу небезпечність вакцини, навряд чи свідчить на користь застосування останньої.

Ефективність

Ефективність своєї вакцини виробник оцінює винятково високо: 99% щеплених мають захисний рівень антитіл протягом року після щеплення³⁵. Тривалість захисту невідома. Цікаве роз'яснення в анотації щодо того, що через шість років щеплених, які мають потрібний рівень антитіл, виявиться вже 100%, що суперечить досвіду використання інших вакцин, де рівень антитіл досить швидко знижується після зробленого щеплення. Феномен вітряної віспи пов'язаний з дуже активною циркуляцією серед людей «дикого» вірусу, що дає необхідні «поштовхи» імунітету; ефективність же щеплення під час відсутності такого взагалі невідома. Так чи інакше, нинішня практика показує, що, зазвичай, ефективність щеплення дуже перебільшена. Під час спалаху вітряної віспи в одному з дитячих садків Конкорда (Нью-Гемпшир, США), що почалася із щепленої за три роки до того дитини, захисна ефективність вакцини, відповідно до числа захворюлих, виявилася рівною... 44%. Крім того, дослідники заявили, що в тих дітей, які одержали щеплення трьома або більше роками раніше, ризик захворювання на вітряну віспу виявився у два рази вище, ніж у тих, хто був щеплений ближче до часу спалаху. Автори статті також припустили, що друга доза вакцини могла б підвищити ефективність вакцинопрофілактики. Представник «Мерк» у відповідь на публікацію заявив, що щеплення не означає гарантії захисту, але, *імовірно*, робить для щеплених хворобу м'якше (звичайно, і тут не обходиться без незмінного вакцинаторського «м'якше», коли виявляється відсутність обіцяного захисту від хвороби). Дослідження, проведене під егідою Центру контролю захворювань у десятих школах округу Монтгомері в США у січні 2001 р., показало ефективність, що дорівнює 55%. Спалахи вітряної віспи серед щеплених³⁶, що регулярно відбуваються останнім часом, досить наочно демонструють

³⁶ Наприклад, під час спалаху хвороби в одній з початкових шкіл округу Лаундаун, з 47 хворих дітей половина були щеплені (*Boodman S. G. An Imperfect Vaccine: Chickenpox Cases Stir Call for Booster Washington Post* December 24, 2002; p. HE06). Під час недавнього спалаху віспи в одній зі шкіл Гейлсвилля (Висконсін) з 44 хворих щеплені були 42. При цьому щеплені вони були вакцинами різних виробників й у різний час, так що обвинуватити певну серію вакцини виявилось неможливим (*Chickenpox outbreak investigated at Gale-Ettrick-Trempealeau. Повідомлення Associated Press* від 20.01.2006). Але й це ще не рекорд. Дійсний рекорд залишається за нещодавнім спалахом хвороби у початковій школі реально існуючій в США Тройі (Алабама): після восьми років свободи від вітряної віспи (хворів тільки один учень), відбувся великий спалах хвороби. Занедужали понад сорок школярів, щеплені раніше були *всі без винятку* (*Clower M. Chicken pox outbreak Troy Messenger* February 27, 2006).

не занадто високу ефективність вакцини. Навряд чи можуть бути сумніви, що незабаром буде оголошено: потрібно друге щеплення; потім, імовірно, будуть потрібні ще й ще.

Як і у випадку зі щепленням проти гепатиту А, нині активно розробляють та просувають на ринок вакцинні «коктейлі», щоб без зайвого шуму та роз'яснення батькам гострої потреби щепити дитину проти такої страшної хвороби, як вітряна віспа, вводити по 4-5 чи більше вакцин у одному шприці³⁷.

Закінчуючи розмову про цю вакцину, треба ще згадати, що зафіксовано вже й передачу вірусу зі щеплення. Описано випадок з дванадцятимісячною дитиною, у якої через 24 години після щеплення розвинулася висипка, що нагадувала віспяну, і вона заразила свою вагітну матір, яка була змушена зробити аборт³⁸. Інша дитина, щеплена за тиждень до того, заразила свою матір на 39 тижні вагітності³⁹. Оскільки щеплення проти вітряної віспи може викликати появу характерної для вітряної віспи висипки (приблизно в 3,4% щеплених сип виникає навколо місця введення вакцини, а в 3,8% сип може поширитися на все тіло⁴⁰), то в такому випадку щепленому рекомендується уникати контакту з немовлятами, вагітними та особами, які страждають на захворювання імунної системи.

Щеплення від вітряної віспи ще не з'явилося у календарях профілактичних щеплень тих країн, де живе більшість моїх читачів, але активне промивання мозків, що готує ґрунт для широкого наступу нової вакцини на дітей, там вже почалося. Як висвітлено в цьому розділі, щеплення від вітряної віспи призводить до порушення нормальної циркуляції збудника хвороби й її цілком можна вважати злочинном не тільки проти дітей, але й проти дорослих. Чи варто нам брати у ньому участь?

³⁷ Див., наприклад, *Nolan T. et al.* Reactogenicity and immunogenicity of a live attenuated tetravalent measles-mumps-rubella-varicella (MMRV) vaccine *Vaccine* 2002 Dec; 21:281-9 й *Arbeter A. M. et al.* The combination measles, mumps, rubella and varicella vaccine in healthy children *Dev Biol Stand* 1986; 65:89-93.

³⁸ *Salzman M. B. et al.* Transmission of varicella-vaccine virus from a healthy 12-month-old child to his pregnant mother *J Pediatr* 1997(1);131:151-154.

³⁹ *Huang W. et al.* Transmission of varicella to a gravida via close contacts immunized with varicella-zoster vaccine. A case report *J Reprod Med* 1999 Oct; 44(10):905-7.

⁴⁰ *Leung A. K., Kao C. P.* The truth about chickenpox *Can J Diagn* 1999; 16 (12):79-87.

Висновки:

- Вітряна віспа – одна з найнешкідливіших дитячих хвороб, яка призводить до ускладнень лише у виняткових випадках і, як правило, у дітей з ураженою імунною системою. Перенесене захворювання дає стійкий, звичайно довічний, імунітет за умови нормальної циркуляції вірусу в людському середовищі. Гомеопатичне лікування вітряної віспи є цілком ефективним.
- Кампанії щеплень проти вітряної віспи мають на меті не стільки захист від неї дітей, скільки економію державних коштів на листах непрацездатності батьків по догляду за дитиною.
- Елімінація вірусу вітряної віспи може призвести до непередбачуваних наслідків, ставлячи під загрозу здоров'я як дорослих, так і дітей. Останнім часом реєструється підвищена захворюваність дітей на оперізуючий герпес, який є значно небезпечнішою хворобою, ніж вітряна віспа, і може бути тільки одним з таких наслідків.
- Висока ефективність вакцини, про яку заявляє її виробник, є сумнівною. Не минуло й п'яти-шести років з моменту ліцензування вакцини, як почали лунати голоси, що вимагають повторних щеплень. Вакцина має свої побічні реакції, серед яких і реакції з боку нервової системи, а вміст ДНК ссавців у ній, значно перевищує такий в інших вакцинах, що може збільшити ризик онкологічних захворювань у щеплених.



Гепатит А

Хвороба

Ще яких-небудь 15-20 років тому думка про вкладання грошей у розробку вакцин для масового застосування проти таких хвороб як вітрянка або гепатит А, могла б здаватися зовсім абсурдною, але на тлі нинішнього масового наступу щеплень на людей по всіх фронтах вчорашній абсурд і тема для виступів гумористів перетворюється на сьогоднішню аж ніяк не веселу реальність. Гепатит А, відомий також як епідемічний гепатит, інфекційний гепатит або хвороба Боткіна, традиційно вважається однієї з найлегших інфекційних хвороб. На відміну від гепатитів В та С, які передаються майже винятково через кров, гепатит А – типова дитяча ентеральна інфекція, «хвороба брудних рук», а простіше – хвороба недоброякісної води та незадовільних санітарно-гігієнічних умов. Вірус гепатиту А виділяється хворою людиною у навколишнє середовище з фекаліями; відповідно, зараження відбувається фекально-оральним шляхом. Інкубаційний період хвороби становить у середньому 30 днів (максимум – 50). Симптоми переджовтяничного періоду, тривалістю близько тижня, нагадують симптоми грипу (різке підвищення температури, головний біль, нудота, втрата апетиту), але поява жовтяничного кольору шкіри та склер, потемніння сечі й знебарвлення калу, як і у випадку інших гепатитів, вказує на враження печінки й початок жовтяничного періоду тривалістю до двох тижнів. Такий перебіг типового гепатиту А буває, за даними різних авторів, приблизно лише у 10-30% випадків *в середньому*, але в дітей найчастіше це захворювання проминає в стертій формі, без виявлених клінічних проявів і просто лишається непоміченим¹.

Діагноз ставиться як за клінічною картиною захворювання, так і за виявленням у крові антитіл до вірусу гепатиту А. Навіть у книгах, що рекламують щеплення, авторам важко знайти якесь раціональне обґрунтування для вакцинації проти гепатиту А, що впливало б із важкості самого захворювання. От приклади: «За захворювання часто протікає в безжовтяничній або в субклінічній формі. Важкі,

¹ У багатьох посібниках повідомляється, що у дітей до двох років захворювання як правило протікає безсимптомно, але приблизно у 70% дорослих супроводжується жовтяницею. Російські автори звертають увагу, що «при однаково низькій частоті інфікування дітей та дорослих частка клінічно вираженого ГА (гепатиту А. – О. К.) в останніх суттєво вище (1:1 у дорослих проти 1:50-1:100 у дітей)» (Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 58).

фульмінантні² та хронічні форми хвороби практично не зустрічаються³ або «Перебіг гепатиту А звичайно сприятливий. Повне клінічне одужання у більшості випадків (90%) настає протягом 3-4 тиж. від початку хвороби. У 10% період одужання затягується до 3-4 міс., але хронічний гепатит не розвивається»⁴. У недавній книзі санкт-петербурзьких авторів, присвяченій винятково уславленню щеплень, найжахливішими з наведених фактів є наступні: «Лікування хворих тривале. Одужання звичайно настає через 1-3 міс., але нерідко протікання ВГА може затягтися через розвиток загострень й специфічних ускладнень. Згодом загиблі печінкові клітини заміщуються сполучною тканиною, що проявляється збільшенням печінки (у багатьох випадках довічним). Розвиваються запальні зміни, дискінезія жовчовивідних шляхів. Нерідко порушується робота підшлункової залози. Іноді довгостроково зберігається жовтяниця»⁵. Здається дещо сильнішим, але, з огляду на те, що ні до яких серйозних наслідків, як би авторам цього не хотілося, ані «довічне збільшення печінки» зокрема, ані гепатит А у цілому все-таки не призводять, навіть ця «страшилка» виглядає не надто переконливо для інформованої батьківської згоди на щеплення. Раз перенесене захворювання залишає стійкий, як правило довічний імунітет. Госпіталізація при звичайному перебігу хвороби не потрібна. Також немає необхідності в якому-небудь особливому лікуванні. Спокій та велика кількість рідини для запобігання інтоксикації – от і все, що звичайно потрібно хворому.

У дорослих ця хвороба протікає важче, але й тоді серйозні наслідки є винятком та майже завжди бувають тільки у літніх осіб, які мають важкі хронічні захворювання. При тому, що гепатит А – переважно дитяча хвороба (67%), майже 70% смертності дають особи віком від 49 років⁶.

Щодо гепатиту А варто відзначити недавню інформацію, що надійшла зі Стенфордського університету (Каліфорнія, США). Відповідно до проведеного там дослідження, інфікування на вірус гепатиту А захищає людину від алергій. Потрапляючи до клітин, вірус гепатиту А взаємодіє з деякими генами, що відповідають за розвиток алергійних реакцій. Так, він придушує активність гена TIM-1, який контролює активність імунних клітин й пов'язаний з аутоімунними реакціями. Відповідно до

² Швидкоплинні, небезпечні для життя; від лат. *fulminare* – вражати блискавкою. О. К.

³ Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 198

⁴ Инфекционные болезни. Справочник для всех. СПб, 2000, с. 136.

⁵ Тимченко В. Н. и др. Все о детских прививках. СПб, 2003, с. 72.

⁶ Hadler S. G. Global impact of hepatitis A virus infection changing patterns // Hollinger F. B., Lemon S. M., Margolis H. (eds.) Viral hepatitis and liver disease. Baltimore, 1991, pp. 14-20.

заяви дослідників, ці дані можуть частково пояснити, чому алергійні реакції та аутоімунні хвороби набагато рідше зустрічаються в країнах, що розвиваються, де дуже висока захворюваність на гепатит А⁷.

Дійсно, гепатит А – типова хвороба країн третього світу, які не мають каналізацій або нездатні підтримувати її в справному стані⁸ й, що не менш важливо, характеризуються високою скупченістю проживання населення. Це неодмінна умова. Російські автори повідомляють: «Разючий і дещо несподіваний спад захворюваності на ГА став відзначатися у 90-х роках, коли вона досягла найнижчих за усю історію реєстрації ГА величин: у 1998 р. – 34,0 на 100 тис. населення... Цей спад безсумнівно пов'язаний з особливостями нового соціально-економічного укладу: у соціальній сфері руйнівні процеси переважали над творчими. Парадоксально, але таке положення вело до скорочення потенційних вогнищ зараження ГА. Це було пов'язане з тим, що зменшилося число дитсадків та піонерських таборів, припинили своє існування студентські будівельні загони й молодіжні спортивні бази, зникли дешеві підприємства громадського харчування; загалом знизилася активність контактів більшості сприйнятливого населення (дітей та підлітків) поза родиною. Не виключено, що ці явища збіглися у часі з природним спадом захворюваності на ГА»⁹. Згідно з наведеними авторами відомостями, середній показник захворюваності на гепатит А на 100 тис. населення у 1992-1996 рр. дорівнював 106,9 випадкам, а у 1997-2001 рр. – лише 50. За відомостями з сайту Центра держсанепіднагляду РФ, захворюваність на гепатит А склала 46,68 у 2002 р. та 28,41 у 2003 р. Для порівняння: захворюваність на гепатит А в США у 1983 р. складала 9,2, а у 1989 р. – 14,6 на 100 тис. населення¹⁰.

Отут би, здається, російському читачеві треба радіти: хвороба безпечна, клінічні форми у дітей рідкі, імунітет формується на все життя, захворюваність у останні роки знижується. Ну, справді, які тут ще можуть бути щеплення? Навпаки пишатися треба тим, що коли американці всупереч будь-якій логіці вводять це щеплення до календаря вакцинації, що й без того переповнений численними дозами різних вакцин, росіяни святкують близьку перемогу, нехай навіть над таким незначним ворогом як вірус гепатиту А, зовсім без щеплень й навіть при тому, що проблема з водою належної якості далека ще в Росії від свого

⁷ *Mcintire J. J. et al. Immunology: hepatitis A virus link to atopic disease Nature 2003 Oct; 425:576.*

⁸ Підтвердженням цьому може служити хоча б той факт, що до п'ятирічного віку 90% дітей в економічно малорозвинених країнах вже інфіковані вірусом гепатиту А. Там само.

⁹ *Покровский В. И. Эволюция... с. 57.*

¹⁰ *Shapiro C. N. et al. Epidemiology of hepatitis A in the United States // Hollinger F. B. Viral... pp. 71-76.*

рішення¹¹. Це – згідно зі звичайним здоровим глуздом та логікою. Але для небезкорисливих адвокатів вакцинації (як так? є вакцина, і не використати її?) все бачиться зовсім по-іншому: «Яким би не був соціально-епідемічний стан у країні та епідеміологічна ситуація відносно ГА у перші роки сторіччя, що настає, масова вакцинація сприйнятливої населення проти ГА повинна стати першочерговим завданням. Навіть якщо припустити, що збережеться нинішня тенденція до зниження захворюваності на ГА без виваженого професійного втручання (?! – *О.К.*), що призведе до подальшого збільшення неімунного прошарку населення, можна очікувати спалахів ГА внаслідок природних, техногенних або соціальних катастроф, відсутність яких поки не може бути гарантована»¹².

Отже, коли хвороба на підйомі, то щеплення потрібні, щоб від неї захистити. Коли хвороби немає (може, саме *завдяки відсутності* «виваженого професійного втручання»?), то... щеплення також не менше потрібні, тому що немає імунітету до хвороби, а відсутність катастроф хто ж може гарантувати. Коротше кажучи, *щеплення потрібні завжди* – що з хворобами, що без них. Мабуть, цей приклад спритної торгашеської логіки – як би справа не поверталася, товар треба виробляти та продавати – викликав би тільки посмішку, якби не йшлося про здоров'я тисяч і мільйонів людей, і за закинутими вудками розмов про щеплення від гепатиту А не маячила жахаюча тінь вакцинації «неімунного прошарку населення» від натуральної віспи, яка забрала (тут йдеться саме про вакцинацію, а не про хворобу) тисячі людських життів. Що ж стосуєть-

¹¹ «Проблема забезпечення населення доброякісною питною водою залишається гострою. Незважаючи на зменшення скидання забруднених стоків у водойми, що відзначається, якість води з джерел централізованого водопостачання не поліпшується. За санітарно-хімічними показниками не відповідають гігієнічним вимогам 29% проб води, а за мікробіологічними близько 9% проб води джерел водопостачання. Половина з усіх поверхневих джерел водопостачання не відповідає санітарним нормам і правилам через відсутність організованих зон санітарної охорони» (*Шляхтенко Л. І.* Внимание: желтуха! *Медицина для всех* 2001, 1).

¹² *Покровский В. И.* Эволюция... с. 61. Порівняйте з наступним: «Оскільки гепатит А – надзвичайно розповсюджена інфекція у нашій країні, можна ставити завдання про поголовну вакцинацію в дитячому віці. Однак через високу вартість вакцини виконати це завдання не уявляється можливим» (*Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофилактика... с. 198). Звертає на себе увагу і слово «поголовна», наче мова йде про худобу або справа відбувається не у 2001 р., а в часи ленінського декрету про насильницьке тотальне віспощеплення. Учайкін же, небагато пізніше: «Немає підстав вважати, що проблему захворюваності на гепатит А, як будь-якої іншої кишкової інфекції, можна вирішити за рахунок підвищення якості життя. Сьогодні всім очевидно, що вакцинація проти гепатиту А повинна бути внесена до Федерального календарю профілактичних щеплень» (*Учайкин В. Ф.* Научные и организационные приоритеты инфекционной патологии у детей *Педиатрия* 2003, 7, с. 6-10). Зрозуміло, що за рахунок поліпшення рівню життя можна вирішити проблему захворюваності лише на ті хвороби, проти яких немає щеплень, або останні з якихось причин не вдається нав'язати всьому населенню. Так, проблему холери і тифів довелось, скріпивши серце, вирішувати хлоруванням води і улаштуванням каналізації, а дизентерії – санепідпросвітом.

ся того, наскільки першочерговим завданням повинна стати «масова вакцинація сприйнятливого населення проти гепатиту А», то це нехай вирішують читачі моєї книги самостійно. Підозрюю, що вони навряд чи погодяться з тими, хто вважає, що жодних інших проблем, окрім гепатиту А, у російської охорони здоров'я не залишилося.

Показово, що ті, хто не має своєї частки в вакцинному бізнесі, вбачають зовсім інший шлях: «Аналіз свідчить, що тільки впровадження кардинальних заходів соціального устрою: будівництво очисних споруд, проведення ремонтних робіт систем каналізації й водопостачання призводить до зниження захворюваності на (гепатит А. – *О.К.*). Прикладом може бути Богучарський район Вороніжської області, де захворюваність знизилася до спорадичної у 1997-1999 рр. (16,3 – 29,5 на 100 тис.) з 207,4 – 316,6 у 1992-1996 рр. після проведення зазначених заходів»¹³. Втім, за наявності вакцини й таке різке падіння захворюваності завдяки таким раціональним заходам може бути цілком віднесене до епідемічного циклу хвороби.

Вакцина

Перша вакцина проти гепатиту А була ліцензована в США у 1995 р. Найбільш поширеними є вакцини «Хаврикс» (виробник «Сміт Кляйн Бічем»), «Вакта» та «Аваксим» («Авентіс Пастер»). Вони ліцензовані й у Росії. Крім того, у РФ використовується й вакцина місцевого виробництва ГЕП-А-инВАК (МП «Вектор», Новосибірськ), яка представляє собою суміш інактивованих очищених віріонів вірусу гепатиту А, адсорбованих на гідроокису алюмінію. Останній, так само як і формальдегід, присутній в усіх перерахованих вакцинах. Анотація до «Хаврикс» повідомляє, що вірус для вакцини вирощується на людських діплоїдних клітинах, тобто на клітинній лінії, отриманій від абортів плоду¹⁴. Це означає, що у вакцині неминуче повинна бути присутня залишкова ДНК.

Безпечність

Виробник вакцини повідомляє: «Хаврикс» не оцінювалася щодо канцерогенного потенціалу, мутагенного потенціалу або потенціалу ушкодження здатності до відтворення». Так само не проводилися до-

¹³ Чубирко М. И. и др. Характер эпидемического процесса при вирусном гепатите А по Воронежской области // Инфекции, обусловленные иерсиниями (иерсиниоз, псевдотуберкулез) и другие актуальные инфекции. Материалы международной конференции. Санкт-Петербург, 29-31 мая 2000 г.

¹⁴ Havrix[®] (Hepatitis A Vaccine, Inactivated). Prescribing information.

слідження й на вагітних тваринах¹⁵.

Виробник згадує наступні можливі неприємності, які можуть бути наслідками щеплення: від 1 до 10% – ущільнення, почервоніння й набряк місця уколу, розбитість, підвищення температури (понад 37,5°C); менше 1% – нездужання, гематома, сверблячка, висипка, уртикарія, фарингіт, інфекції верхніх дихальних шляхів, болі у животі, пронос, нудота, біль у суглобах, біль у м'язах, сонливість або безсоння, підвищення тиску, фотобія, запаморочення. «14% дорослих та до 9% дітей» скаржилися на головний біль. Після появи вакцини на ринку були отримані повідомлення про випадки анафілактичного шоку, синкопи, жовтяниці, гепатиту, мультиформної еритеми, гіпергідрозу, ангіоедеми, диспное, судом, енцефалопатії, запаморочення, нейропатії, мієліту, парестезії, синдрому Гійєна-Барре, розсіяного склерозу; повідомлялося також про вроджені каліцтва, хоча виробник і відзначає, що причинно-наслідковий зв'язок між цими захворюваннями та щепленням не встановлено¹⁶. Перелік, проте, вражає, якщо не сказати більше. Важко уявити собі батьків, які пішли б на ризик розсіяного склерозу або мієліту у власної дитини, щоб захистити її від хвороби, яка звичайно має перебіг не важче від грипу.

Крім перелічених стандартних реакцій на щеплення та таких досить рідкісних, але жахаючих, як синдром Гійєна-Барре або мультиформна еритема, заслуговує на увагу й таке ускладнення, як гепатит. Даних про те, чи перебігає він легше ніж природний гепатит, й чи не призводить до важкіших наслідків, мені виявити не вдалося.

Ефективність

Ефективність захисту оцінюється виробником «Хаврикс» у 84%¹⁷. Як і при гепатиті В, вакцина може не забезпечувати захисту при вже наявному зараженні.

У зв'язку з тим, що для багатьох батьків головна неприємність від щеплення пов'язана з необхідністю зайвий раз відвідати лікаря й піддати дитину процедурі уколу, зараз все активніше розробляються нові «вакцинні коктейлі» – одночасне введення у одному шприці декількох вакцин, включно й з вакциною проти гепатиту А. Вивчаються її комбінації з вакцинами проти гепатиту В, проти гемофільної інфекції та DPT (АКДП). Як і слід було очікувати, результати перевершують усі сподівання – ефект анітрохи не губиться, небезпеки для дитини немає ні найменшої й далі у тому ж дусі. Поки що виробник ще виявляє

¹⁵ Havrix® (Hepatitis A Vaccine, Inactivated). Prescribing information.

¹⁶ Там само.

¹⁷ Там само.

обережність, застерігаючи в анотації від змішування в одному шприці вакцини проти гепатиту А з іншими вакцинами, але безсумнівно, що у найближчому майбутньому на ринку з'являться нові «коктейлі» зі щеплень, що містять й обговорювану тут вакцину.

Судячи з наявної інформації, при цілковитій абсурдності щеплення внаслідок нешкідливості хвороби, вакцину проти гепатиту А лише з великим перебільшенням можна віднести до ефективних.

«Вакцинацію проти гепатиту А рекомендується починати з 12-місячного віку. Стандартний первинний курс складається з однієї дози. Другу підтримуючу дозу рекомендується вводити через 6-12 місяців після першої дози. В інструкції до вітчизняної вакцини проти гепатиту А рекомендується триразова вакцинація за схемою 0, 1, 6 міс. з наступною ревакцинацією кожні 5 років»¹⁸. І далі: «...Після введення другої бустерної дози титр антитіл різко зростає і практично в усіх забезпечує захист протягом 5 років і більше»¹⁹. Це нерішуче «більше 5 років» в іншій екзальтованій книзі якимось чарівним образом перетворюється... вже на 20 років: «Повний курс вакцинації з використанням препаратів «Хаврикс» та «Вакта» забезпечує захист від захворювання на ВГА протягом 20 років... Прищепити дитину краще заздалегідь (як то кажуть медики, у плановому порядку), коли їй виповниться два-три роки. Тоді ви зможете спокійно відправляти сина або дочку до дитячого садочку, знаючи, що протягом найближчих 20 років будь-який контакт із хворими на вірусний гепатит А їм не страшний»²⁰. Власне, з тим же успіхом можна було б стверджувати і 40, і 60 років, і навіть гарантувати спадковий імунітет онукам та правнукам. Беручи до уваги, що немає ніякої відмінності у складі першої та другої доз, що вводяться, очікувати, що перша з них створить імунітет тільки на один рік, а вже друга почне ураз творити дива на десятиріччя, означає просто дурити людей²¹. Втім, це екстремальний випадок вакцинаторських фантазій. Зазвичай скрізь

¹⁸ Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 199. Кожні п'ять років щепитися від гепатиту А – що може бути нерозумніше!

¹⁹ Там само, с. 200.

²⁰ Тимченко В. Н. Все о детских... с. 73-74.

²¹ В анотації до вакцини її виробник визнає: «Тривалість захисту, забезпечуваного повною імунізацією «Хаврикс», не встановлена. Тому невідомо, чи збережеться захист, забезпечений імунізованим дітям, до дорослого віку». Відповідно, ніяких строків – ані точних, ані приблизних – в анотації взагалі не згадується (Наvгіx®...). Звідки береться грандіозна цифра у 20 років, втім, відомо. Це аж ніяк не строк захисту від хвороби, а оцінка можливої присутності антитіл у деякому титрі, що зроблена на основі кінетичної моделі (Zimmerman R. K. et al. Routine vaccines across the life span, 2005 *A supplement to the Journal of Family Practice* 2005, vol. 54, 1, pp. S9-S26). Як доводить практика щеплень, подібне моделювання, на підставі якого вакцинатори сміливо обіцяють торжество над хворобою на довгі роки, як правило не має ніякого відношення до реального життя.

повторюється досить обережний термін, приблизно у п'ять років. Крім того – я не втомлююся це повторювати – при розрахунку ефективності вакцин враховується періодичний бустерний контакт зі збудником, що дає необхідні «поштовхи» імунітету. Як довго ж насправді триває захист за відсутності такого контакту – ніхто не знає. Приклад такого роду (коли захист зникає внаслідок зниженні циркуляції збудника) я наводив у розділі про вітряну віспу.

Впродовж 2005 року у Росії відбулося декілька спалахів гепатиту А, від яких у підсумку постраждали кілька тисяч осіб. Напевно, не один російський медик або просто мінімально обізнані у медичних питаннях люди із здивуванням спостерігали за випусками національних новин, які незмінно починаються зведеннями захворюваності на гепатит А («ще 50 осіб звернулися до медиків...»), немов мова йшла не про хворобу, що звичайно протікає не важче ніж грип, а про бубонну чуму, холеру або натуральну віспу, і за театралізованими виставами під назвою «репортажі з інфекційних лікарень». Було зовсім незрозуміло, що ж роблять хворим на гепатит А у лікарнях, де краще, що можуть запропонувати для їхнього лікування – це чиста питна вода та спокій, і кому та навіщо знадобилося їх госпіталізувати. Загальним же для всіх повідомлень ЗМІ був заклик негайно прищепити усіх навколо й захистити їх тим самим від жахів гепатиту А. Вакцини постійно знаходилися, як і кошти на це у місцевої влади. Не тільки там, де були спалахи, але і в інших місцях вакцинатори майстерно вибивали гроші на нікому, крім них самих та тих, чиї замовлення вони виконували, не потрібні щеплення. Ось, наприклад, як добре вдалося їм пожитися у Санкт-Петербурзі: «...Члени уряду ухвалили рішення щодо виділення з міського бюджету засобів на проведення вакцинації... Вакцинувати будуть людей, які входять до групи ризику – 12 тисяч 524 дорослих петербуржців, які працюють на харчових підприємствах, та 1200 дітей з дитячих будинків. На вакцинацію від гепатиту А уряд спрямує майже 14 млн. рублів (з розрахунку 1040 рублів на одного дорослого та 600 рублів на дитину). Голова комітету з охорони здоров'я Юрій Щербук відзначив, що лікування одного хворого на гепатит А коштує значно дорожче, ніж вакцинація – приблизно 8-9 тис. рублів»²².

Аргументація відверто анекдотична, але навряд чи чиновники зрозу-

²² Горбунова А. Главное – профилактика *Петербуржский дневник* №32(44) від 15 вересня 2005 р., с. 5. На сусідній сторінці в цьому номері газети опублікована інша стаття під назвою «Губернатор надоїла літр молока», у якій повідомлялося про участь губернатора Санкт-Петербурга в церемонії відкриття 4-го Молочного фестивалю. «За фестивальною традицією В. И. Матвієнко подоїла корову; надій склав 1 літр». Не густо. Читачі погодяться із мною, що санкт-петербурзькі вакцинатори цілком могли б запропонувати своєму губернаторові уроки професійного доїння.

міли це, раз із купецькою щедрістю виділили з безрозмірного міського бюджету майже півмільйона доларів на вакцинацію. Якщо людину, якій для одужання потрібні лише спокій, копійчані вітаміни та багато пиття протягом одного-двох тижнів, госпіталізувати, робити їй щодня аналізи, приставити до неї штат медичних працівників, призначити купу ліків, які в лікарнях вічно переплутають або передозують, отруюючи пацієнтів, заразити його внутрішньолікарняною інфекцією, а потім вже лікувати наслідки усього цього, то таке лікування у підсумку може обійтися й у 80, й навіть 800 тис. рублів, що, однак, не виправдовує необхідності щеплень. Безглуздою госпіталізація є й з метою запобігання поширенню інфекції: «З огляду на доброякісний характер хвороби, можна вважати цілком виправданим лікування таких хворих у домашніх умовах. Заперечення епідеміологів у зв'язку з небезпечністю хворих як джерела інфекції не мають достатніх підстав, оскільки виділення вірусу з фекаліями практично у всіх хворих припиняється вже у перші дні жовтяничного періоду»²³. Але навіть якби потрібно було їх госпіталізувати, й насправді витратити 8-9 тис. рублів на лікування кожного хворого на гепатит А, то для узгодження реєстру осіб для вакцинації варто було б попередньо відправити представника у Дельфи, щоб місцевий оракул зміг підтвердити, яким саме громадянам судилося у майбутньому занедажати на гепатит А, а тому щеплення для них економічно виправдане. У протилежному випадку неможливо знайти хоч скільки-небудь раціональне пояснення цій безглуздій розтраті коштів.

Незадоволені «недощепленнями» й у російській столиці. От як обурюється Головний державний санітарний лікар по Москві Н. Філатов: «Мають місце недостатній обсяг та несвоєчасне проведення протиепідемічних заходів. Так, у 2004 р. за епідемічними показниками від ГА в Москві було щеплено лише 3,5 тис. чоловік, серед яких 2 тис. дітей, що недостатньо для забезпечення епідеміологічного благополуччя у місті. Не відбувається імунізації проти ГА дітей та підлітків, що виїжджають на літній відпочинок до ендемічних територій...». І наказує: «Керівникам підприємств... незалежно від відомчої приналежності та форми власності... забезпечити організацію проведення вакцинації проти ГА за рахунок власних коштів підприємств... Головним лікарям центрів держсанепіднагляду в адміністративних округах... забезпечити контроль за проведенням профілактичних щеплень проти ГА на контрольних об'єктах; Керівникові Департаменту охорони здоров'я м. Москви... забезпечити своєчасне проведення профілактичних (вакцинація) і протиепідемічних заходів у вогнищах ГА з метою запобігання поширенню

²³ Учайкин В. Ф. Вирусные гепатиты у детей: этиологическая структура, особенности течения и лечение *Эпидемиология и инфекционные болезни* 1998, 2, с. 4-8.

інфекції»²⁴. Чужих грошей та чужого здоров'я не шкода!

Досить кумедний приклад, пов'язаний з гепатитом А, добре ілюструє, наскільки далекі від розуміння своїх функцій деякі російські керівники як мінімум у тому, що стосується питання захисту прав громадян. Нижегородська прокуратура встановила, що спалах гепатиту А в місті у вересні 2005 р. (більше 3 тисяч хворих) було викликано проникненням збудника у питну воду; при цьому дані аналізів, які свідчать про зараження води, були зігноровані головним технологом МП «Нижегородський водоканал». Проти нього було порушено кримінальну справу, а прокурор Нижегородської області додатково розпорядився, щоб співробітники міліції зібрали заяви в тих, хто перехворів на гепатит А, щоб визнати їх потерпілими. Вчинок прокурора, який лише сумлінно виконує покладені на нього законом обов'язки, виявився настільки незвичним для Росії, де традиційно ніколи не знаходять відповідальних, що місцевий мер... назвав це провокацією прокурора, спрямованою проти міської влади! На жаль, це не анекдот²⁵.

У будь-якого щеплення є один аспект, про який найчастіше взагалі не згадується. Кожне нове щеплення позначає додаткове парентеральне антигенне навантаження. Це збудники хвороби та їхні токсини, які попадають в організм протиприродним шляхом, в обхід встановлених еволюцією захисних бар'єрів. Це ртуть, формальдегід, алюміній, фенол та інші настільки ж шкідливі речовини. Це чужорідна ДНК. Де ж межа? З'являються все нові вакцини, зокрема й від зовсім нешкідливих хвороб, і їх прагнуть негайно ввести до календаря щеплень, забезпечуючи колосальні доходи всім, залученим у вакцинний бізнес. Ненажерливість вражає, але колись прийдеться таки зупинитися? Невже можна так і продовжувати десятками збільшувати кількість доз щеплень для дітей – нічого, мовляв, зійде? Якщо американські батьки будуть сьогодні додержуватися не лише тільки календаря вакцинації, але й «науково обґрунтованих» додаткових рекомендацій, то їхня дитина протягом перших шести місяців життя одержить 52 дози різних вакцин 15-ю ін'єкціями. Головний російський вакцинатор пише: «З урахуванням нових вакцин Національний календар профілактичних щеплень у недалекому майбутньому може бути суттєво розширено. Висловлювалася думка, що в першій половині поточного сторіччя у ньому буде не менш 36-40 вакцин. Природно, може виникнути питання, як імунна система реагуватиме на введення такої кількості вакцин. Нам здається, дуже вдалу відповідь дали американські педіатри: «Немовля відразу після народження з повіт-

²⁴ Постанова Головного державного санітарного лікаря по Москві Н. Філатова №1 від 21 лютого 2005 р. «О состоянии заболеваемости вирусным гепатитом А и мерах по ее снижению» (*Санитарно-эпидемиологический собеседник* 2005, 5(33), с. 24-25).

²⁵ Повідомлення *Regnum.ru* від 20.01.2006.

рям, їжею й за рахунок контакту з навколишнім середовищем одержує майже одномоментно величезну кількість антигенів, зокрема й безумовних патогенів, і при цьому чомусь ні в кого не виникає побоювання за його імунну систему»²⁶. Вдалою цю думку за своєю некомпетентністю відповідь, кому б вона насправді не належала, може здаватися лише тим, хто не має жодного уявлення про імунітет та про наслідки парентерального, в обхід головних механізмів захисту людини, надходження до організму дитини високотоксичних «коктейлів», що містять і збудників хвороб, яким природою призначено потрапляти до організму зовсім іншою дорогою. «Величезна кількість антигенів, зокрема патогенів» у здорового немовляти потрапляє на слизові оболонки дихальної системи й у лімфоїдні утворення, де й знешкоджуються інфекційні агенти, чого за визначенням не може відбутися при вакцинації. Не тільки токсичність вакцин, але й неприродний шлях проникнення збудників стає причиною як ускладнень, часом дуже важких і навіть смертельних, так і нестійкості імунітету після щеплень. Про це ми ще не раз поговоримо далі.

Я свідомо вніс до книги цей розділ, щоб ще раз показати читачам: для вакцинаторів усе населення – неохоплений або недоохоплений щепленнями контингент і, відповідно, засіб заробити гроші. При цьому не має жодного значення, наскільки важка сама хвороба. Кампанії вакцинації проти гепатиту А – краще підтвердження цієї тези.

Висновки:

- Гепатит А є досить легкою, зазвичай, дитячою хворобою. У переважній більшості випадків, особливо у дітей молодшого віку, хвороба протікає непомітно або не розпізнається через її легкість. Ускладнень практично не буває, хронічного носійництва вірусу гепатиту А не існує. Захворювання дає стійкий, переважно, довічний імунітет.
- Гепатит А – типова хвороба незадовільних санітарно-епідемічних умов, хвороба «брудних рук». Жодних спеціальних захисних заходів, крім наведення елементарного ладу у каналізації й водопостачанні та вироблення у дітей навичок мінімальної охайності, не потрібно.
- Зафіксовано хвороби, серед них і досить важкі, які були наслідками щеплення проти гепатиту А, що визнає й сам виробник. Крім ускладнень, щеплення несе в собі додаткове вірусне навантаження та додаткові токсичні речовини, що попадають до організму.

²⁶ Учайкин В. Ф. Национальный календарь профилактических прививок: достоинства и недостатки *Детские инфекции* 2004, 2(7), с. 4-8.



Гепатит В

Хвороба

Гепатит В – вірусна інфекція, що вражає печінку й передається через кров або, дуже рідко, через інші рідини організму. Можливості інфікування через брудні руки гепатитом В, що також має назву сироваткового, не існує. Цей гепатит традиційно вважається «професійною хворобою» наркоманів, які користуються спільними шприцями для ін'єкцій, повій, гомосексуалістів, а також тих пацієнтів, яким переливають цільну кров або плазму (наприклад, хворі на гемофілію або пацієнти відділень гемодіалізу). Навіть медичний персонал, що не працює постійно з продуктами крові, не піддається значно більшому ризику зараження, ніж інші групи населення¹. Імовірність передачі вірусу гепатиту В (не плутати з захворюванням!) при разовому сексуальному контакті оцінюється у 20-70%; випадки побутового зараження від члена родини, носія вірусу, відносяться скоріш до рівня казуїстичних, і ймовірність їх може бути практично повністю виключена через використання індивідуальних зубних щіток, гребінців, бритов й манікюрних ножиць. Для тих, хто не належить до наведених вище груп ризику й не змінює безперервно статевих партнерів, реальна можливість зараження на гепатит В може бути пов'язана майже винятково з медичним втручанням, наприклад з інструментарієм, що не пройшов необхідної стерилізації, або з багаторазовим використанням одноразових медичних інструментів².

¹ Як було доведено у статті *Dienstag J. L., Ryan D. M. Occupational exposure to hepatitis B virus in hospital personnel: infection or immunization? Am J Epidemiol* 1982 Jan; 115(1):26-39, імовірність виявлення HBsAg (австралійського антигену – див. далі) у медиків збільшується внаслідок роботи з продуктами крові, гепатиту В анамнезі, стажу роботи та віку, але не внаслідок кількості контактів з пацієнтами, причому виявлення маркера скоріш вказує на імунізацію внаслідок постійних контактів низької інтенсивності зі збудником, ніж на перенесене активне захворювання. Російські автори вказують, що особливо висока інфікованість на гепатит В в хірургів, що оперують, й особливо лікарів-гематологів (в останніх – до 84,6±1,9%) (*Тайц Б. М., Рахманова А. Г. Вакцинопрофілактика. Краткий справочник. 3-е изд., СПб, 2001, с. 181*).

² Тут цікаво буде відзначити, що одне з найперших свідчень на користь парентерального шляху передачі так званого сироваткового гепатиту пов'язано ні з чим іншим, як із щепленнями. У серпні 1883 р. через декілька спорадичних випадків натуральної віспи було вирішено вакцинувати або ревакцинувати усіх працівників німецької промислової компанії «Актієн-Гезельшафт Везер». Щеплення робилися у трьох окремих приміщеннях заводу колективом з шести докторів. Підсумок:

Перенесене захворювання забезпечує стійкий, звичайно довічний імунітет. Принаймні у 80% дорослих і ще більшої кількості дітей хвороба закінчується повним видужанням без жодних наслідків. Лише від одного до чотирьох відсотків дорослих, що захворіли на гепатит В, стають хронічними носіями хвороби³. Фактори, що впливають на хронізацію гепатиту В, до кінця не з'ясовані. Відзначається, що переходу хвороби в хронічну форму можуть сприяти приналежність до чоловічої статі, супутні захворювання органів шлунково-кишкового тракту, дихання або сечовиділення, алергози, атипова (стерта, безжовтянична) форми хвороби, тривале збереження маркерів реплікації вірусу, стійкий виражений синдром цитолізу, мікстинфекція (поєднання гепатиту В з іншими видами гепатиту), виражена Т-лімфоцитопенія, наявність певних HLA-антигенів й ін.⁴ Найімовірніше, увесь цей перелік є проявом якогось специфічного генетичного ушкодження, природу якого дослідники ще не визначили. Фахівці дійшли до згоди в тому, що виразність клінічних проявів хвороби перебуває у зворотній залежності до ступеня ризику хронізації: чим яскравіше прояви гепатиту, тим менша вірогідність того, що він набуде хронічної форми. У невеликого відсотка хворих на хронічний гепатит В (звичайно у людей з важкими фоновими захворюваннями або імунною недостатністю) наслідком хвороби можуть бути цироз печінки або гепатоцелюлярна карцинома. Зі збільшенням віку небезпека переходу гепатиту В хронічну форму знижується. Найнебезпечнішим за своїми наслідками є

приміщення I – 141 з 540 щеплених занедужали на гепатит; II – 35 (466); III – 14 (283). У той час були відсутні 50 чоловік, і щеплення їм було зроблено пізніше. Занедужав один. Зрозуміло, це був далеко не єдиний випадок, коли щеплені заражалися гепатитом. У 1938 р. семеро дітей з притулку для розумово неповноцінних у Британії отримали щеплення проти кору (вакцину було приготовано з сироватки людей, що одужали від кору). Усі семеро важко занедужали, троє з них померли від гострої атрофії печінки. Пізніше з'ясувалося, що це була тільки частина усєї історії. Міністерство охорони здоров'я Великобританії повідомило, що всього отримали щеплення на основі інфікованої сироватки 109 чоловік, 8 з них померли. Аналогічний випадок стався у 1951 р. Занедужали 7 з 10 чоловік, що одержали щеплення для профілактики кору. Троє померли, причому один помер від енцефаліту без ознак жовтяниці. Плазма була зібрана від 60 донорів, 6 з яких мали історію жовтяниці в анамнезі. У 1944 р. 226 британських призовників були щеплені проти паротиту сироваткою людини, що тільки одужала від цієї хвороби. Майже в половини щеплених розвинулася жовтяниця, хоча сироватка була відфільтрована і до неї доданий консервант (мертіолат), який містить ртуть. Вірус гепатиту Від цих маніпуляцій анітрохи не постраждав (Wilson G. S. The Hazards of Immunization. London, 1967, pp. 113-114).

³ Stratton K. R. et al. Adverse Events Associated with Childhood Vaccines: Evidence Bearing on Causality. IOM, 1993, p. 211. Читачі можуть знайти цю книгу в Інтернеті на сайті видавництва National Academic Press.

⁴ Бондаренко А. Л. Прогнозирование хронического вирусного гепатита *Российский медицинский журнал* 1998, 1, с. 15-17.

перетворення гострого гепатиту В на хронічний у немовлят (за деякими оцінками ризик переходу гострого гепатиту В у хронічний дорівнює для них 90%, а в частини потім розвивається цироз печінки⁵), але вже до чотирьох років життя цей ризик оцінюється всього у 10%. Вважається, що лікування інтерфероном здатне зменшити як відсоток хворих, у яких хвороба переходить у хронічну форму, так і відсоток тих хронічних носіїв вірусу, в яких виникають серйозні захворювання печінки. Д-р Фредерік Кленнер (1907-1984), який прославився своїми публікаціями про користь вітаміну С при всіляких захворюваннях, вважає його препаратом вибору при вірусному гепатиті та пропонує внутрішньовенно вводити вітамін С у дозі від 400 до 600 мг (залежно від важкості захворювання) на кг ваги кожні 8-12 годин. Додатково до цього 10 г щодня слід приймати у вигляді таблеток⁶.

Звичайно для гепатиту В характерне порівняно легке протікання. Загальні симптоми захворювання нагадують симптоми грипу, хоча жовтяниця, потемніння сечі, посвітління калу й болі в суглобах дозволяють поставити клінічний діагноз гепатиту. Випадки злоякісного перебігу є рідкими (менш 1%) й при цьому, як правило, спостерігаються лише в пацієнтів з важкими фоновими захворюваннями. Лабораторно діагноз підтверджується виявленням у крові антитіл до поверхневого антигену вірусу гепатиту В, або, як його ще називають, австралійського антигену (HBsAg), за відкриття якого американський дослідник Барух Бламберг одержав у 1976 р. Нобелівську премію з фізіології. Проте насправді виявлення HBsAg може не мати нічого спільного з реальною наявністю гепатиту В, відображуючи лише генетичний поліморфізм людської популяції або так званий фізіологічний стрес. HBsAg систематично виявляють у третини хворих синдромом Дауна та у кожного десятого хворого на лейкемію, які ніколи в минулому не хворіли на вірусний гепатит, і цей факт був добре відомий самому Бламбергу⁷.

⁵ «...Тільки в 5% дітей з хронічним гепатитом В захворювання закінчується цирозом печінки» (Учайкин В. Ф. Вирусные гепатиты у детей: этиологическая структура, особенности течения и лечение *Эпидемиология и инфекционные болезни* 1998, 2, с. 4-8).

⁶ Klenner F. R. Observations on the Dose and Administration of Ascorbic Acid When Employed Beyond the Range of a Vitamin in Human Pathology *J Appl Nutr* 1971, vol. 23, No's 3 & 4. Оскільки ім'я Кленнера та його методика лікування різних захворювань за допомогою мегадоз вітаміну С будуть згадуватися і в інших розділах цієї книги, я відразу ж обмовлюся, що Кленнером використовувався розчин аскорбата натрію, методика приготування якого з позначкою «тільки для лікарів!» наводиться на веб-сайті <http://www.orthomed.com/civprep.htm>

⁷ Докладніше про історію виявлення австралійського антигену та пов'язані з ним проблеми див. статтю Maniatis A. et al. Why is the Hepatitis B vaccine still mandated? *Medical Veritas* 2006; 3:1206-1210. Переклад її під назвою «Почему продолжают обязательные прививки против гепатита В?» можна знайти в Рунеті.

Вакцина

В США ініціатори кампанії боротьби з гепатитом В за допомогою щеплень спочатку планували вакцинувати тільки групи ризику, але це не призвело до відчутних результатів, тому що саме ті, кого вакцина повинна була захистити від хвороби, щепитися не бажали, і захворюваність на гепатит В не знижувалася. Вироблена вакцина, на яку було витрачено чимало грошей, лежала без діла. Тоді було вирішено змінити стратегію на користь масової вакцинації... немовлят, що не мають жодного стосунку до груп ризику. У 1991 р. Центр контролю захворювань (CDC) рекомендував це щеплення для всіх немовлят, з повторенням його у віці 1-2 та 6-18 місяців. Як заявив керівник Американської академії педіатрії (фактичного рупора фармацевтичних компаній) д-р Джордж Пітер 12 червня 1992 р., для цього є наступні підстави: 1) Гепатит В являє собою проблему громадської охорони здоров'я, й захворювання на нього трапляються поза групами ризику. 2) Ті, хто входять до групи ризику, відмовляються від цього щеплення або до них важко добратися. 3) Діти доступні. 4) Вартість дитячого щеплення нижча, оскільки потрібна менша доза⁸. Вражаючим у цій заяві є ступінь цинізму та байдужості до інтересів тих, про кого повинні піклуватися педіатри, і недостатність здорового глузду. Доступність (читай: беззахисність) контингенту щеплених та економічний зиск виробників та розповсюджувачів вакцин переважили усі аргументи розуму. А ось як російські вакциноватори пояснюють необхідність термінових, перш ніж дитина залишить пологовий будинок, щеплень: «Зазвичай, теоретично можна припустити, що якщо у вагітної немає маркерів гепатиту В... то вакцинація немовляти може бути відстрочена на пізніші місяці життя, однак, при такому підході не можна дати гарантій того, що не відбудеться зараження у післянатальному періоді: у пологовому будинку, у відділенні патології немовлят, за інших обставин. Тому в регіонах з високим рівнем носительства HBsAg, безсумнівно, починати вакцинацію необхідно одразу після народження й поза залежністю від того, виявляються чи ні маркери гепатиту В у матері»⁹. При яких ще загадкових «інших обставинах» немовля може заразитися гепатитом В, як не за допомогою медиків? Елементарне наведення порядку в лікарнях та поліклініках, забезпечення їх одноразовим інвентарем й здійснення контролю донорської крові не принесуть відчутної користі нікому, окрім хворих. Інша справа щеплення!

⁸ *National Vaccine Information Center Newsletter August 1992.*

⁹ *Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика инфекционных болезней: настоящее и будущее Эпидемиология и инфекционные болезни 1997, 1, с. 10-14.*

Ефективність

Навіть дорослі та підлітки, які не ведуть характерний для груп ризику спосіб життя, не кажучи вже про немовлят, не є контингентом, що має серйозний шанс занедужати гепатитом В, тому щодо них ніякого виправдання для масових щеплень бути не може. Подвійно безглуздо є вакцинація немовлят, що практикується. Аргументація, яку звичайно наводять, що імунізація немовлят має запобігти інфікуванню їх у підлітковому віці, не витримує критики навіть з погляду самих прихильників цього щеплення. Ніхто не знає, як довго зберігається в крові рівень антитіл, що нібито достатній для запобігання зараженню, а проголошене «захист для всіх на 10 років» не більш ніж звичайний вакцинаторський блеф. Останнім часом «10 років» без зайвого галасу змінилися на «7 років»; не виключено, що ця цифра буде знижуватися й надалі пропорційно розширенню ринку збуту для вакцин, і дуже швидко з'ясується, що щеплення від гепатиту В потрібно повторювати кожні 3-4 роки¹⁰. Історія зі щепленнями проти натуральної віспи наочно демонструє таку тенденцію. У двох дослідженнях, проведених у 1990 р., були отримані результати, що досить відрізняються від заявлених адвокатами щеплення від гепатиту. В одному з них було продемонстровано, що через 4,5 роки «захисний» рівень антитіл мають 60% щеплених¹¹, а в іншому – що через 4 роки він є лише у 52%¹². У цілому з цими даними згодний й інший поборник щеплень з США, а саме, вже згадуваний вище Центр контролю захворювань¹³. Ще одне дослідження з низки опублікованих у великих реферованих медичних журналах взагалі побило рекорд з низької ефективності щеплень: більшість дітей, щеплених при народженні, до віку 5 років вже повністю втратили антитіла до вірусу гепатиту В, при цьому в третини не виявилось й «імуної пам'яті», коли при новому контакті зі збудником у раніше щеплених швидко виробляються антитіла¹⁴. Певна річ, що

¹⁰ А от що підсовується публіці: «Вакцинація проти гепатиту В призводить до розвитку тривалого імунітету. Тому щеплення, проведені в дитинстві, будуть запобігати захворюванню протягом усього життя» (Таточенко В. К., Озерецковський Н. А. Родителям о прививках. М., 2001).

¹¹ Street A. C. et al. Persistence of antibody in healthcare workers vaccinated against hepatitis B *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1990; 11:525-30.

¹² Pasko M. T., Beam T. R. Persistence of anti-HBs among health care personnel immunized with Hepatitis B vaccine *American Journal of Public Health* 1990; 80:590-93.

¹³ Згідно з CDC Prevention Guidelines: A Guide to Action (1997), від 30% до 50% людей, у яких виробилися антитіла до антигену вірусу гепатиту В після трьох доз вакцини, втрачуть їх протягом семи років.

¹⁴ Petersen K. et al. Duration of Hepatitis B Immunity in Low Risk Children Receiving Hepatitis B Vaccinations from Birth *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23(7):650-655.

до підліткового віку або навіть пізніше, коли тільки й виробляється стиль поведження та життя, яке визначає підвищену імовірність зараження, ніякого захисту не залишиться навіть за заниженими критеріями¹⁵, а тому важко заперечити твердження, що «фінансові витрати лише для початкової серії з трьох доз вакцини (близько 200\$ на одну особу) для дітей, які не належать до групи ризику, являють собою абсурдну розтрату ресурсів охорони здоров'я»¹⁶. Навіть якщо взяти до уваги меншу вартість вакцин у державах, менш економічно розвинених, ніж Канада, для якої було зроблено цей підрахунок, витрати на шкідливі й дійсно абсурдні з погляду епідемічного процесу цієї хвороби щеплення, повинні бути дуже відчутні¹⁷. Російські вакцинатори на місцях докладають неабияких зусиль, щоб переконати батьків купувати вакцину та робити щеплення від гепатиту В своїм дітям. Ось що повідомляють дитячі лікарі з Івантеевської Московської області: «Розуміючи, що... підлітки й діти «недекретованих» віків мають не меншу потребу в захисті від гепатиту В, ми всіляко прагнули залучити для цього кошти батьків. Оскільки вартість вакцинації проти гепатиту В у комерційних центрах імунопрофілактики у 2-3 рази перевищує вартість вакцини (за рахунок сплати послуг, податків та оренди), ми організували продаж вакцини Енджерікс-В в аптечному кіоску при дитячій поліклініці та її безкоштовне введення у дитячому кабінеті поліклініки. Паралельно було проведено роз'яснювальну кампанію через засоби масової інформації. Ці заходи дозволили щепити 30-50 дітей на місяць за рахунок коштів

¹⁵ Виступаючи перед комітетом з освіти, мистецтва й гуманітарних проблем масчусетської палати представників 27 березня 2001 р., Джуді Конв'орс (дієтолог, авторка популярної книги «Коли ваш доктор помиляється. Щеплення від гепатиту В та аутизм», яка сама серйозно постраждала від цього щеплення та має дитину, яка ледве не загинула після нього) вдало порівняла таку політику з прийомом аспірину у понеділок з метою запобігти похміллю в п'ятницю.

¹⁶ The 396 Million Dollar Experiment. Ottawa: The Nightingale Research Foundation, 1994. Цит. за *Diodati C. J. M. Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 125*

¹⁷ «Фінансові проблеми помітно обмежують використання НВ-вакцин. Незважаючи на те, що зниження ціни на НВ-вакцину в країнах, що розвиваються, з 20 USD до 3,0-5,0 USD за одну дозу уможливило масове використання цієї вакцини в дитячих імунізаційних програмах, вона як і раніше залишається дорожче більшості інших вакцин» (*Jangu Banatvala* и др. *Пожизненный иммунитет к гепатиту В: роль иммуногенности вакцины в формировании иммунологической памяти Медицина для всех* 2001, 1). За наявними в автора відомостями, ціна трьох щеплень у РФ становить від 600 до 800 руб. або близько 21-28\$. Цікаво було б довідатися, за рахунок чого досягається десятикратно менша вартість щеплення. Чи вже не за рахунок того, що в її ціну для третьосортних країн не вкладається компенсація за можливий збиток здоров'ю щепленого?

батьків»¹⁸. Ось так. Державні поліклініки конкурують з комерційними центрами у жвавій реалізації вакцин. На жаль, це далеко не та конкуренція, що сприяє прогресу та покращенню здоров'я людей.

Традиційно вважалося, що діти, народжені в матерів, які є носіями вірусу, являють одну з головних груп ризику, і вже вони-то безумовно повинні отримувати щеплення проти гепатиту В, але й тут все далеко не так однозначно. У недавній публікації було наведено дані, що лише 15 немовлят від 402 матерів, у яких був виявлений HBsAg (тобто всього 3,7%), були інфіковані вірусом гепатиту В при народженні, причому факторами ризику були передчасні пологи, титр антитіл до вірусу гепатиту В у крові матері та концентрація вірусної ДНК¹⁹. Вирішуючи питання про те, чи необхідне немовляті досить небезпечне щеплення проти гепатиту В, варто взяти усе це до уваги. Примітно, що саме в тих немовлят, у яких імовірність інфікування найбільш велика і яким, здавалося б, щеплення конче потрібне, воно має найменше шансів на успіх, тобто на вироблення антитіл!²⁰ Додамо ще, що приблизно в половини дітей, які народжуються з позитивним тестом на HBsAg, до піврічного віку тест стає негативним. Все це робить користь щеплення проти гепатиту В дуже сумнівною навіть у тих випадках, коли, на перший погляд,

¹⁸ Фролова Г. С. и др. Сравнительная характеристика двух схем массовой вакцинации против гепатита В детей первого года жизни *Педиатрия* 2000, 1, с. 47-49.

¹⁹ Xu D. Z. et al. Risk factors and mechanism of transplacental transmission of hepatitis B virus *J Med Virol* 2002 May; 67(1):20-6. Нещодавно мені до рук попався автореферат дисертації на здобуття ступеню кандидата медичних наук Нгуена Зуй Фонга «Порівняльна клініко-лабораторна й епідеміологічна характеристика та особливості вірусних гепатитів В та С в осіб фертильного віку у В'єтнамі» (СПБ, 1997). Дисертант повідомляє: «Нами було досліджено 300 пар сироваток крові «мати-дитина». З них HBsAg виявлено у 35 матерів (11,6%). Крім HBsAg маркери інших вірусів в обстежених не були виявлені, були відсутні також і клінічні прояви захворювання. Всі породіллі вважали себе практично здоровими. Обстеження в динаміці 35 дітей, що народилися від «матерів-носіюк» HBsAg дозволило виявити наступні закономірності. Якщо в перші дні життя в жодного немовляти маркери HB-вірусної інфекції виявлені не були, то через 3 місяці, HBsAg визначався вже в 10 дітей (28,5%). У віці 6 місяців додатково виявлено ще 4 випадки носительства HBsAg. У такий спосіб кумулятивний показник склав 40%. Така ж частота виявлення HBsAg зберігалася при обстеженні дітей на 9-ому та на 12-ому місяці життя, тобто додаткового інфікування не відбувалося. Отримані дані дозволяють нам висловити припущення про те, що інфікування даної групи дітей відбулося або під час пологів, або в післянатальному періоді. Оскільки усі діти перебували на грудному вигодовуванні, то логічним може бути твердження, що вірус ГВ міг потрапити до організму дитини під час годування. Наші дані збігаються з результатами, що отримано іншими авторами... Проблема трансплацентарної передачі вірусу ГВ вимагає подальшого вивчення». Ця інформація досить точно відбиває слабе розуміння механізмів, через які відбувається передача вірусу від матері дитині, а тому логічно було б припустити, що перед розробкою вакцини і, головне, насильницьким щепленням усіх немовлят, у це питання буде внесена хоч якась ясність, але наврод чи з цією точкою зору погодяться ділки від вакцинації.

²⁰ del Canho R. et al. Failure of neonatal hepatitis B vaccination: the role of HBV-DNA levels in hepatitis B carrier mothers and HLA antigens in neonates *J Hepatol* 1994 Apr; 20(4):483-6.

для нього є всі показання, не кажучи вже про щеплення народжених від здорових матерів, яким воно навряд чи може принести що-небудь окрім шкоди без найменшої користі з будь-якої розумної точки зору²¹.

Щеплення проти гепатиту В включене до календарів вакцинації багатьох країн і графік його проведення практично однаковий. Воно робиться при народженні²², у 1-2 та 6-18 або у 1-2, 4 й 6-18 місяців життя. У матерів-носіюк вірусу, щеплення немовлятам звичайно роблять при народженні (відразу після введення імуноглобуліну) та у віці 1, 2 і 12 місяців. Не щепленим раніше або тим підліткам, хто отримав тільки одне щеплення, його роблять у віці 11-15 років дворазово з інтервалом у 4 місяці.

Навіщо взагалі потрібні повторні щеплення? Вважається, що по-справжньому повна імунна відповідь (вироблення антитіл) може відбутися тільки після додаткових «поштовхів»; при цьому перші дві дози розглядаються як «початкові», або «ініціюючі» процес (щось подібне до запалу), а от уже від третьої очікують високого титру антитіл²³. Незвичність такого підходу (доки не зроблено *всі три щеплення*, на імунітет можна не розраховувати) допомагає якоюсь мірою зрозуміти інше роз'яснення, що міститься в анотаціях до деяких вакцин (наприклад, «Енджерікс В»). Виявляється, щеплення може не допомогти не тільки доки не зроблені усі три уколи, але й при вже наявному зараженні гепатитом В. Оскільки щеплених на наявність HBsAg не перевіряють²⁴

²¹ Варто відзначити, що розбіжності з приводу «вертикального» (від матері до дитині) шляху передачі відбито й у науковій літературі. Так, в одній зі статей заявляється наступне: «Оскільки передача вірусу гепатиту В при народженні чинить, найімовірніше, дуже незначний вплив, а діти інфікуються пізніш у дитячому віці, вакцинація при народженні не показана...» Pelizzer G. et al. Serological survey of hepatitis B infection in Tanzania *Public Health Nov 1994; 108(6): 427-431*.

²² «Лікар-неонатолог у перші години життя маляти повинен забезпечити обов'язкову вакцинацію (зокрема й від гепатиту)...», – повчає російський «Медицинский вестник», № 9(244) березень 2003 г., с. 7.

²³ Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 95

²⁴ Незрозуміло, як ця інформація погоджується з таким оптимістичним тлумаченням для публіки у російському науково-популярному виданні: «Щеплення роблять дітям і дорослим, які не хворіли на гепатит В, але лабораторне дослідження перед щепленням не проводять. Навіть якщо в крові людини циркулює вірус гепатиту В, але симптомів хвороби немає, щеплення тільки прискорить вироблення антитіл й, отже, одужання» (Тимченко В. Н. и др. Все о детских прививках. СПб, 2003 г., с. 64). Імовірно, автори цього видання просто не ознайомилися з інформацією виробника вакцини. Ось бадьор роз'яснення на кшталт цього в іншій книзі: «На думку американських педіатрів, визначення маркерів гепатиту В може виявитися дорожчим, ніж сама вакцинація, а оскільки від уведення вакцини можна чекати *тільки позитивний ефект*, більш раціонально проводити вакцинацію без попереднього дорогого лабораторного обстеження» (виділене мною. – О. К.). (Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 100). Про «тільки позитивний ефект» ми поговоримо далі.

(цілком завбачливо, чи не так? Інакше могло б з'ясуватися, що певна кількість людей вже мають імунітет до вірусу гепатиту В, і «охоплення» щепленнями неминуче б зменшилося), то щоразу, коли гепатит Виникає у проміжках між щепленнями або до півроку після останнього третього щеплення (така максимальна тривалість інкубаційного періоду гепатиту В), все законно можна списати або на неефективність «неповного» щеплення, або на гепатит, що вже був²⁵. Нехитрий, але цілком ефективний виверт!

Показово, що і через 11 років після введення обов'язкових щеплень для немовлят, повної ясності з повторними (бустерними) дозами вакцини не було (втім, немає її й нині, 14 років потому). Так, виробник вакцини «Рекомбівакс» визнає, що тривалість захисту не встановлена й донині, а тому питання про повторні щеплення залишається відкритим²⁶. Крім того, дотепер ще окремим великим питанням є те, яку роль антитіла, що виробляються у відповідь на введення вакцини, грають в імунітеті проти гепатиту В. Відомо, що міцний та тривалий імунітет до гепатиту В можливий й при досить низькому рівні антитіл, менше 10 mIU/L, визнаному сьогодні таким, що захищає. Можливим поясненням цього факту може бути те, що справжня невразливість до гепатиту В базується на клітинному, а зовсім не на гуморальному імунітеті²⁷. Усупереч тому, що іноді говориться батькам, щоб тримати їх у вузді календарю вакцинації, повторні щеплення пізніше рекомендованих строків не зменшують ефективності вироблення антитіл²⁸.

Від теоретичних міркувань перейдемо до реальності. Читачам, зрозуміло, буде цікаво довідатися, як вплинули щеплення проти гепатиту В на рівень відповідної дитячої захворюваності. Коли у травні 1999 р. на слуханнях у конгресі США про це запитали Гарольда Марголіса, керівника відділу гепатитів Центра контролю захворювань, той відрепортував, що число захворюєлих у віці до двох років знизилос... з 266 в 1990 р. до 95 в 1997 р. Таким чином, щоб знизити захворюваність за 7 років на

²⁵ Відповідно до статті *Carman W. F. et al. Vaccine-induced escape mutant of hepatitis B virus Lancet Aug 11, 1990; 336(8711):325-9*, 44 повністю імунізованих осіб, включаючи й дітей матерів-носієк вірусу гепатиту В, було інфіковано вірусом гепатиту В (підтвержене лабораторними аналізами).

²⁶ Physicians Desk Reference. 2001, p. 2016.

²⁷ *Tilzey A. J. Hepatitis B vaccine boosting: the debate continues Lancet 1995; 345:1000*. Там само автор говорить: «Практика підсилювати або не підсилювати імунітет (повторними щепленнями. – О.К.) мінлива й заснована скоріш на догмах, ніж на наукових даних».

²⁸ *Jilg W. Immune responses to late booster doses of hepatitis B vaccine J Med Virol 1985; 17:249-54* й *Hadler S. C. Effect of timing of hepatitis B vaccine dose on response to vaccine in Yucpa Indians Vaccine 1989; 7:106-10*.

171 чоловік, якщо взагалі віднести це зниження на рахунок вакцини (цілком імовірно, що могли бути й інші причини), щеплення отримали мільйони немовлят, і чимало з них стали після цього інвалідами або загинули (див. нижче). Крім усього іншого, статистично малозначима кількість – 266 дітей, що занедужали на гепатит В у віці до двох років, зайвий раз доводить, що проблеми дитячої захворюваності на гепатит В як такої у реальності не існує, а тому міркування про «користь, що переважає ризик» повинні бути визнані чисто спекулятивними й такими, що навмисно вводять в оману²⁹. Якщо звернутися до даних, що були отримані пізніше (одним із співавторів публікації був той самий д-р Марголіс), незважаючи на мільйони зроблених щеплень, рівень захворюваності на гепатит В у США не змінився – він як складав 2-4 тих, що захворіли, на 100 000 населення до початку вакцинацій, таким і залишився дванадцять років потому³⁰.

Звичайно немовлят, усупереч усім законам, щеплять, не запитуючи батьків, – вважається, що раз батьки не заперечують (звичайно через те, що взагалі нічого не знають про щеплення!), то за замовчуванням вони на нього згодні. Тому ті батьки, які хочуть від щеплення відмовитися, повинні потурбуватися про це заздалегідь – до пологів, а не після того, як новонародженого забирають. Варто завчасно заявити про відмову від щеплення та проконтролювати, щоб це було зафіксовано у медичній документації й про це знав персонал. На жаль, у деяких державах навіть усього цього недостатньо для батьківської впевненості, що дитині не буде зроблене «для його ж блага» яке-небудь щеплення або безглузда ін'єкція вітаміну К – залежно від пануючої в цей момент медичної моди та інструкцій від вищих інстанцій. У цьому випадку можна зважити два варіанти: або залишити пологовий будинок негайно після народження плаценти, або народжувати вдома за допомогою досвідченої акушерки чи лікаря. Що стосується підлітків, то їм щеплення, як і взагалі усім неповнолітнім, також можуть бути зроблені *винятково* з дозволу батьків або опікунів.

²⁹ У 1997 р., наприклад, з Іллінойсу, Массачусетсу, Нью-Джерсі й Пенсільванії не було повідомлено про жодний випадок гепатиту В у дітей у віці до 5 років. У Нью-Гемпширі був зареєстрований 1 випадок, у Вашингтоні – 2, Мічигані – 9, Техасі – 13. Не повідомлялося, скільки дітей з їхнього числа були щеплені. Того ж року з тих самих восьми штатів у Систему повідомлень про побічні ефекти від щеплень було заявлено про 106 тільки серйозних реакцій на щеплення в дітей у віці до 5 років. З цієї кількості потерпілих 10 дітей померли; 13 ускладнень та 2 смерті сталися після введення однієї лише вакцини проти гепатиту В.

³⁰ Weinbaum C. et al. Prevention and Control of Infections with Hepatitis Viruses in Correctional Settings *CDC MMWR* 2003 Jan. 24; 52(RR01):1-33.

Безпечність

Наразі існує низка вакцин проти гепатиту В, які, по суті, відрізняються лише кількістю HBsAg, що міститься в них. Консервантом для всіх є ртуть (тімеросал, він же мертіолят у російській вакцині «Комбіотех») у концентрації 0,005%, за винятком південнокорейської вакцини «Еувакс» (0,01%), а в американській вакцині HB-VAX II наявний ще й формалін (0,008-0,012%). Як сорбент використовується гідроокис алюмінію.

Перша вакцина, що вироблялася з плазми хворих на гепатит В, була ліцензована американською фармацевтичною компанією «Мерк» у 1981 р. Після її застосування були зареєстровані випадки оптичного невриту, що супроводжувався повною або частковою втратою зору, захворювання на синдром Гійєна-Барре, поперечним мієлітом й ін.³¹ Однак не через ці ускладнення, а через масові відмови від щеплення через побоювання передачі ВІЛ такою вакциною та пов'язаний з цим комерційним провалом³², «Мерк» почала розробляти нову генно-інженерну (рекомбинантну) вакцину, яка була ліцензована у 1986 р.³³ Передбачалося, що ця вакцина, заснована на досягненнях генної інженерії, ознаменує собою нову еру у вакцинології, що нібито навчилася нарешті створювати препарати, які взагалі не викликають ускладнень. Але цей оптимістичний прогноз не виправдався ні у найменшому ступені. Нова вакцина виявилася не тільки не менш, а більш небезпечною, ніж її «старомодні» попередниці. Крім того, щеплення так поспішали проштовхнути на ринок, що Комітет з вакцин та біологічних продуктів Управління контролю за харчовими продуктами та ліками (FDA), який настільки непохитно стоїть на захисті права суспільства на безпечну та надійну медицину, коли мова заходить про альтернативні ліки, раптово став настільки м'яким й поступливим, що дозволив виробнику не перевіряти вакцину в клінічних умовах, а за гарантію ефективності прийняти лише рівень антитіл, які утворюються після введення вакцини, без

³¹ Shaw F. E. et al. Postmarketing surveillance for neurological adverse events reported after hepatitis B vaccination *Am J Epidemiol* 1988; 127(2):337-352.

³² СНІД як нозологічна одиниця і проблема для охорони здоров'я був визнаний в 1981 р., а плазма, що використалася для виробництва вакцини і збиралася саме від гомосексуалістів, хворих на гепатит В, була зібрана в 1977-1980 роках і безумовно могла бути заражена ВІЛ. Скільки людей заразилися на ВІЛ через це щеплення, на завжди залишиться таємницею.

³³ Генно-інженерні (рекомбинантні) вакцини засновані на геномі живих ослаблених вірусів, бактерій, дріжджів або клітин еукаріотів у які вбудовується ген, що кодує утворення захисного антигену того збудника, зробити несприйнятливим до якого покликана вакцина.

будь-яких епідеміологічних досліджень³⁴.

Президент групи економічного прогнозування «Белкін Лімітед» статистик Майкл Белкін з Нью-Йорка, чия дочка померла через 15 годин після другого щеплення проти гепатиту В у віці п'яти тижнів, вивчив базу даних Системи повідомлень про побічні ефекти щеплень (VAERS) з ускладнень на це щеплення. На слуханнях щодо щеплення проти гепатиту В у підкомітеті конгресу США 18 травня 1999 р. він заявив, що, за зробленими їм підрахунками, до VAERS з липня 1990 р. по жовтень 1998 р. було спрямовано 24 755 повідомлень про побічні реакції, які йшли слідом за введенням вакцини проти гепатиту В, причому 439 випадків закінчилися смертю щеплених, а у 9 673 випадках наслідки виявилися «просто» серйозними (візити до прийомних відділень лікарень, госпіталізації, інвалідизація різного ступеню важкості). З 24 755 повідомлень 17 497 відносилися винятково до щеплення проти гепатиту В, а інші – до настільки популярних сьогодні в США вакцинних «коктейлів», коли одночасно вводилося кілька доз різних вакцин (оральна й ін'єкційна поліовакцини, вакцина проти гемофільної палички й ін.), ніяких досліджень безпеки яких ніколи не проводилося. Саме на ці «коктейльні» експерименти американських вакцинаторів, що складають собою менше третини зроблених щеплень, припало дві третини (291) всіх смертей, які відбулися у середньому через два дні після вакцинації³⁵. Белкіну було задане наступне питання: «Чому ж,

³⁴ Див. *The Pink Sheet* July 28, 1986, p. 44 и August 1, 1988, p. 133. «Pink sheet» – назва матеріалів спільних засідань представників виробників вакцин і представників прищеплювальної влади. «Вакцина «Рекомбивакс Ейч-Бі» (Recombivax HB) компанії «Мерк» була схвалена Управлінням з контролю харчових продуктів і ліків (FDA) 23 липня 1986 р., через 5 місяців після подачі заяви про ліцензування... серед приблизно 50 нових ліків, ліцензованих в 1985–1986 рр., нема ні одного, схваленого до використання менше ніж через 12 місяців після подання заяви. Ліцензування «NIX», шампуня проти вошей, зайняло 13 місяців. Ліцензування більшої частини інших ліків зайняло більше 2-х років...». *Yazbak E. F. The First Cancer Vaccine: Facts and Failings* <http://www.vaproject.org/yazbak/first-cancer-vaccine-20070406.htm> Переклад статті під назвою «Первая вакцина от рака: факты и неэффективность» мається в Рунеті. Чим, цікаво, пояснити такий поспіх із ліцензуванням? Поспішали відробити отримані від виробника гроші?

³⁵ «Вивчивши питання, чи повинні бути приписані щепленню проти гепатиту В дані Системи повідомлень про реакції на «коктейлі», ми повинні визнати, що дані однозначно підтверджують: комбіновані множинні вакцини можуть бути дуже зручними і вигідними для педіатрів, але смертельними або тими, що скалічують дітей. Де наукові дослідження, які демонструють, що вакцину проти гепатиту В можна безпечно призначати разом з DTP (АКДП. – О. К.), вакциною проти гемофільної палички, оральною або ін'єкційною поліовакцинами й т.д.? Хто-небудь займався аналізом вартості таких досліджень, з огляду і на дані, які демонструють більше високу смертність і серйозні реакції, наявні в розпорядженні Системи повідомлень про побічні ефекти щеплень? Чому немає? Чи є обумовлений генетичний маркер у тих, у кого трапилися конвульсії, щоб відістати підданих конвульсіям у майбутньому? От теми для вивчення незалежними вченими», – заявив Белкін.

замість щеплення дітей, просто не перевіряти матерів на носійство вірусу гепатиту В (оскільки це єдиний шлях, яким немовля може заразитися цією хворобою)?». Відповідь Белкіна була цілком вичерпною: «Продаж вакцин є вкрай вигідним бізнесом, а процес рекомендації вакцин запламований зловживанням службовим становищем виробників вакцин й осіб у Дорадчому комітеті з імунізаційної практики та Американській академії педіатрії. Модель бізнесу, за якої купівлю товару нав'язує держава, є мрією монополіста». Дійсно, навіщо витрачати гроші на пошуки тих одиниць серед вагітних, майбутні діти яких можуть постраждати від гепатиту В, та робити вибіркові щеплення, коли можна поголовно щепити усіх немовлят?³⁶

Того ж дня, коли виступав Майкл Белкін, виступила й Мерилін Кіршнер, мати 16-річної Ліндзи, яка стала повним інвалідом після отриманого щеплення проти гепатиту В. Цілком здорова до того дівчинка на наступний день після щеплення зомліла. Відтоді вона страждає від дуже важких головного болю та запаморочень, конвульсій, болю у суглобах, випадіння волосся, нападів нудоти й блювоти. Зі слів Мерилін Кіршнер, після того, як про це нещастя розповів кореспондент WPLG Крісті Крюгер (це був перший репортаж про наслідки щеплення проти гепатиту В у США), їй стало відомо про величезну кількість випадків такого роду.

На слуханнях свідчила також фахівець з молекулярної біології проф. Бонні С. Данбар з Бейлорівського медичного коледжу (Х'юстон,

³⁶ Відповідно до останньої статистики VAERS, у 1999-2002 рр. в США у віковій групі від 0 до 6 років після щеплень від гепатиту В було повідомлено про 13 363 побічних реакцій або ускладнень, серед яких у 1 840 випадках потрібна була госпіталізація, а 642 випадки закінчилися смертю. У моєму розпорядженні є й така статистика американського педіатра Едварда Ф. Язбака: з 1990 р. до кінця 2002 р. у Систему повідомлень про побічні ефекти щеплень було заявлено про 9520 ускладнень після щеплень від гепатиту В (однією, або у комбінації з іншими вакцинами) у дітей у віці до року, 627 з яких закінчилися смертю (в 401 випадках був поставлений універсальний для таких випадків діагноз «синдром раптової дитячої смерті»), ускладнення ще у 284 випадках були визнані загрозливими для життя; у 4 227 випадках батьки привозили дітей до приймальних відділень лікарень й 1 591 дитина була госпіталізована. У сукупності до кінця 2002 р., тобто за 12 років щеплень, надійшли повідомлення про 38 600 випадки ускладнень після щеплення вакциною проти гепатиту В (однієї або в комбінації з іншими вакцинами) в усіх вікових групах; 753 з них закінчилися смертю щеплених, у 14 476 випадках потрібне було відвідування приймальних відділень лікарень, 3115 пацієнтів було госпіталізовано; 914 постраждалих залишилися інвалідами, в 224 розвинулася жовтяниця. Особливо згубною виявилася комбінація вакцин проти гемофільної палички та гепатиту В, яка легко й без зайвих питань дозволена каучуковими «експертами зі щеплень» у 1996 р. (вакцина НВНЕРВ): за 5 років (1997-2002 рр.) надійшли повідомлення про 2863 ускладнень, 123 з яких закінчилися смертю (Yazbak F. E. The Saga of Pediatric Hepatitis B Vaccination. From the Pink Sheets to the VAERS Reports. Матеріал представлений на сайті www.redflagsdaily.com). Am nitum nondam perobsed re quam.

штат Техас), лауреат премії імені Маргарет Пітмен, заснованої Національним інститутом здоров'я за розробку нових вакцин. Її брат отримав важку інвалідність і тепер страждає на нейродегенеративне захворювання, а одна зі студенток почала стрімко втрачати зір (імовірно, внаслідок оптичного невриту) після цього щеплення. Данбар, що почала вивчати проблему щеплень проти гепатиту В, заявила: «Зараз я перебуваю у прямому контакті з сотнями важко хворих людей (а також з лікарями, у яких сотні таких пацієнтів), у яких розвинулися важкі несприятливі реакції у відповідь на щеплення проти гепатиту В. Я вважаю, що конче потрібно досліджувати як ранні реакції, так і їх подальше прогресування в аутоімунні хвороби, з надією, що нам вдасться знайти більш специфічне лікування й запобігти відстроченим реакціям у тих, хто вже постраждав від цього щеплення». У відповідь на питання про доцільність щеплення проти гепатиту В для немовлят, Данбар сказала: «Я заперечила б твердження моїх колег, дослідників у клінічних та фундаментальних областях, які проголошують, що ми загалом розуміємо імунну систему дітей. На моделях тварин доведено, що імунна система новонароджених дуже відрізняється від імунної системи дорослих й навіть підлітків. Фактично, імунну систему новонароджених тварин дуже легко потривожити таким чином, щоб переконатися, що у дорослому житті її функція буде порушена. І навпаки – вкрай низька імовірність того, що в США немовля має хоч скільки-небудь значний ризик зараження на гепатит В у дитячому віці, оскільки це хвороба, що передається через кров. Навряд чи немовлята можуть бути втягнуті у внутрішньовенне використання препаратів або небезпечний секс. Навряд чи вони можуть постраждати від зараженої голки, як медичний працівник. Єдиний шлях, яким вони можуть заразитися на гепатит, – через вже інфіковану матір. Варто уваги те, що в світлі відсутності наукової та медичної інформації про неонатальну імунологію, немовлята – і особливо ті, що не перебувають у групі ризику за гепатитом В, – одержують численні щеплення проти гепатиту В. Існує мало клінічних досліджень, якщо вони взагалі є, для адекватної оцінки можливих відстрочених реакцій на щеплення немовлятам, особливо у тому, що стосується генетичних розходжень».

Данбар також звернула увагу присутніх на слуханнях на те, що за визнанням співробітників Управління контролю за харчовими продуктами і ліками, в VAERS повідомляється лише про від 1 до 10% з усіх післявакцинальних ускладнень. Таким чином, реальна кількість постраждалих від щеплення проти гепатиту В може бути у десятки разів більшою. Крім того, згадуючи про рекламовану безпеку генно-інженерних вакцин, до яких належать і вакцини проти гепатиту В, Данбар сказала: «Будь-який пептид (обмежена послідовність амінокислот білку) або

повний пептидний набір, або «усічений» білок (що отримується у результаті виділення з біологічного джерела та очищення, або шляхом використання технології рекомбинантної ц-ДНК), після введення до організму може бути «перероблений» імунною системою і, залежно від природи цього білка, може стати причиною відстрочених аутоімунних реакцій... Не викликає сумніву, що вірус гепатиту В (і вакцина, створена на основі поверхневого антигену вірусу) дуже відрізняється від інших вірусів (вакцин). Розробляються нові теорії та експерименти (наприклад, теорія так званої молекулярної мімікрії та антиідиопатичних антитіл), які мали б пояснити несприятливі реакції, що викликаються цим вірусом та вірусним протеїном, який використовується у вакцині... Десятки публікацій, що пов'язують цей вірус і його вакцину з аутоімунними хворобами... доводять нам, що вірусний антиген викликає аутоімунні хвороби»³⁷. Заслугує також бути згаданим, що ще у 1996 р., за три роки до слухань, на яких виступала проф. Данбар, автори статті у цілком престижному науковому журналі писали: «Не викликає сумніву, що нова рекомбинантна вірусна вакцина від гепатиту В здатна запускати аутоімунність»³⁸.

Зв'язок щеплень та аутоімунних захворювань – окреме й дуже складне питання, детальне висвітлення якого не входить до завдань цієї книги. Лише для того, щоб читачі мали деяке загальне уявлення про проблему та можливий механізм аутоімунної відповіді організму на вакцини, я процитую фрагмент зі статті американського гомеопата д-ра Річарда Московіця: «Давно відомо, що живі віруси здатні довгі роки залишатися у схованому стані всередині клітин-хазяїв, не викликаючи виникнення гострого захворювання. У більшості випадків генетичний матеріал вірусу (у вигляді окремої частки або «епісоми») вбудовується до геному клітини-хазяїна та розмножується разом з ним.

³⁷ Феномен молекулярної мімікрії, заснований на подібності послідовності амінокислот малого поверхневого антигену вірусу гепатиту В (SHBsAg) та структур макроорганізму (основного білку мієліну та глікопротеїну олігодендроцитів мієліну), що дозволяє пояснити, яким чином генно-інженерні вакцини призводять до порушення імунної толерантності організму та викликають аутоімунні хвороби, зараз активно вивчається. З найостаннішого на цю тему див. *Bogdanos D.-P. et al. A study of molecular mimicry and immunological cross-reactivity between hepatitis B surface antigen and myelin mimics Clinical & Developmental Immunology* September 2005; 12(3): 217-224, *Girard M. Autoimmune hazards of hepatitis B vaccine Autoimmunity Reviews* 4 (2005); 96-100, *Faure E. Multiple sclerosis and hepatitis B vaccination: could minute contamination of the vaccine by partial Hepatitis B virus polymerase play a role through molecular mimicry Med Hypotheses* 2005; 65:509-20 й *Comenge Y., Girard M. Multiple sclerosis and hepatitis B vaccination: Adding the credibility of molecular biology to an unusual level of clinical and epidemiological evidence Med Hypotheses* 2006; 66:84-6.

³⁸ *Cohen A. D., Shoenfeld Y. Vaccine-induced autoimmunity J Autoimmun* 1996 Dec; 9(6):699-703.

При цьому клітина одержує інструкції та продовжує практично нормально існувати, синтезуючи паралельно з власними й вірусні білки. Латентні віруси вже визнані причиною трьох різновидів хронічних хвороб: 1) *рецидивуючих гострих захворювань*, таких як герпес, оперізуючий лишай, папіломи й т.д.; 2) *повільних вірусних захворювань*, підгострих або хронічних, звичайно прогресуючих і часто смертельних (наприклад, куру, хвороба Кройцфельда-Якоба, підгострий склерозуючий паненцефаліт; можливо, синдром Гійєна-Барре); 3) деяких *пухлин*, як доброякісних, так і злоякісних. У кожній з цих форм латентний вірус існує в клітині-мішені як сторонній елемент, так що імунна система, якщо вона ще здатна реагувати, повинна продовжувати виробляти відповідні антитіла. Однак, якщо вірус залишається вбудованим у геном клітини-хазяїна, ці антитіла будуть спрямовані проти самої клітини. Перманентна наявність в організмі живих вірусів та інших сторонніх антигенів неминуче викликає *аутоімунні реакції*, оскільки руйнування заражених клітин є єдиним способом, що дозволяє організму позбутися цього постійного антигенного подразника. Оскільки при звичайній вакцинації живі віруси та інший високоалергенний матеріал уводяться до кровотоку практично кожної людини, напрошується висновок, що це невідворотно призведе до значного зростання кількості аутоімунних захворювань»³⁹.

Процитую також думку російського вченого: «...Будь-яке введення у клітини людського організму генних конструкцій, з якою б метою воно не робилося, може мати негативні наслідки, що здатні призвести до порушення функцій будь-яких генів, серед них і тих, що регулюють розмноження клітин та імунні реакції. Це може, у свою чергу, викликати вкрай небажані зміни в організмі, включаючи утворення ракових клітин»⁴⁰. Згадаємо тут, що мова йде про несформовану імунну систему немовляти, для якої небезпека непередбачуваних та небезпечних імунних реакцій є у багато разів вищою.

Серед інших доповідачів на слуханнях був і д-р Дж. Бартелоу Классен, президент науково-дослідної групи «Классен Імьюнотерапіз». Він заявив, що, згідно з проведеними його групою дослідженнями, частота діабету I типу в Новій Зеландії зросла на 60% після введення до календаря вакцинації цього щеплення⁴¹. Цей висновок, на його дум-

³⁹ *Moscowitz R. The Case Against Immunizations Journal of the American Institute of Homeopathy March 1983; 76:7.* Переклад статті під назвою «Аргументы против вакцинации» можна знайти в Рунеті.

⁴⁰ *Зеленин А. В. Генная терапия на пороге третьего тысячелетия Вестник РАН 2001, т. 71, №5. Цит. за Червонская Г. П. Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 273.*

⁴¹ *Classen J. B. Diabetes epidemic follows hepatitis B immunization program New Zealand Medical Journal 1996; 109:195.*

ку, підтверджують і результати іншої групи дослідників, згідно з якими щеплення у перші 8 тижнів життя, пов'язані з підвищенням ризику захворювання на діабет на 90%⁴², і це узгоджується з останнім дослідженням самого Классена⁴³. У наступному році на річних зборах Американської діабетологічної асоціації припущення Классена підтвердили італійський педіатр проф. Паоло Позіллі та його колеги, що простежили за 150 тис. щеплених дітей та стількома ж нещепленими й виявили, що шанс захворіти на діабет для нещеплених у цілому в півтора рази нижче, ніж для щеплених, а для тих, хто щасливо уникнув щеплення у віці 12 років, він нижче у 2,5 рази⁴⁴.

За місяць слухання продовжилися. Д-р Джейн Орієнт, терапевт з Таксона (Аризона), виконавчий директор Американської асоціації лікарів та хірургів (створеної в якості альтернативи Американській медичній асоціації, що виступає за вакцинацію)⁴⁵ заявила 14 червня, що ризик тільки серйозних реакцій на вакцину проти гепатиту В може у 100 разів перевищувати ризик зараження цією хворобою для переважної більшості дітей. Крім того, д-р Орієнт підкреслила, що батьків свідомо вводять у оману, коли їм кажуть, що ризик захворювання вище за ризик ускладнень від щеплення, оскільки яким би мізерним не був ризик зараження на гепатит В для дітей, він усе-таки існує, а ускладнення ніколи спеціально не вивчалися й тому, на думку вакцинаторів, їх не існує взагалі! Варто відзначити, що д-р Орієнт також згадала про неприпустимість нинішнього стану справ, коли рішення про щеплення у національному масштабі приймаються невеличкою групою людей, неодноразово ввійманих на так званому «конфлікті інтересів», тобто тих, хто мав власний і цілком відчутний прибуток (акції й робота у якості консультантів або експертів у фармацевтичних компаніях, наукові гранти від виробників вакцин) від ухвалення рішень, що рекомендують усе нові й нові обов'язкові масові щеплення.

Зрозуміло, що ні про наявні факти аутоімунних захворювань, ні про сумніви щодо результатів сміливих маніпуляцій з імунною системою дітей не повідомляється у підбадьорливих вакцинаторських агітках та «наукових» публікаціях, які закликають щепити дітей, ні про що

⁴² *DeStefano F.* The timing of hepatitis B immunization and risk of insulin dependent diabetes mellitus *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1997; 6:2-60.

⁴³ *Classen D. C., Classen J. B.* The timing of pediatric immunization and the risk of insulin-dependent diabetes mellitus *Infectious Diseases in Clinical Practice* 1997; 6:449-54.

⁴⁴ Повідомлення *WebMD Medical News* від 13 червня 2000 р.

⁴⁵ Ця асоціація декларує свою незалежність від виробників ліків й вакцин та від будь-якого державного фінансування, чим, зрозуміло, не може похвалитися Американська медична асоціація. Метою існування Американської асоціації лікарів та хірургів є, за її власним визначенням, «охорона святості взаємин лікаря та пацієнта».

не турбуючись⁴⁶. Але ж при аутоімунних хворобах не буває одужання у 90-95% випадків, як це відбувається при природній хворобі! Аутоімунне захворювання *практично завжди* означає інвалідність більшого або меншого ступеню важкості й досить безрадісний прогноз на майбутнє. Експерти Інституту медицини при Національній Академії наук США під тиском фактів вже визнали причинний зв'язок між наступними вакцинами та аутоімунними хворобами: дифтерійний та правцевий анатоксини, а також вакцини від кору та поліомієліту – синдром Гійєна-Барре; MMR (вакцина від кору, паротиту та краснухи) – тромбоцитопенія, аналогічна ідіопатичній тромбоцитопенічній пурпурі; краснушна вакцина – артрит. На черзі все нові пари-кандидати... Порівняйте оприлюднені на слуханнях у конгресі США дані з такою характеристикою ускладнень від щеплення проти гепатиту В, що взяті з однієї російської брошури: «Загальні та місцеві реакції відзначаються дуже рідко. Загальна реакція може проявлятися підвищенням температури тіла, болем у суглобах, у животі, нудотою, нездужанням. При тривалих та стійких скаргах необхідна консультація лікаря для диференціального діагнозу щодо якогось

⁴⁶ Всього лише один приклад: «Рекомбінантна вакцина «Енджерікс В» відрізняється високим ступенем чистоти, післявакцинальних ускладнень не спостерігається, але можливі місцеві реакції у вигляді короткочасного підвищення температури, відчуттів болю та гіперемії в місці введення вакцини. Для застосування вакцини «Енджерікс В» практично немає протипоказань. *Вакцинації підлягають усі діти, незалежно від приналежності їх до груп здоров'я*» (виділене мною. – О. К.) (Учайкин В. Ф. Вирусные...). Чи збирається сам В. Учайкин відповідати за наслідки заяв такого роду, що змушують засумніватися у тім, що вони написані людиною у здоровому розумі? Чи, як завжди, вакцинологи при необхідності будуть звертатися до трюків, що наведені у розділі «Післявакцинальні ускладнення»? От свіжий приклад такого роду: «Попередній діагноз «післявакцинальна реакція», поставлений 7 дітям з Сургуту після щеплення проти гепатиту «Б», підтверджено не було, повідомила «Інтерфаксу» у п'ятницю головний педіатр Сургуту Тетяна Прохорова. За словами співрозмовника агентства, відразу після появи перших випадків реакції на щеплення в Сургуті була створена комісія, до якої ввійшли представники міського комітету з охорони здоров'я й департаменту охорони здоров'я округу. «Відповідно до висновку комісії: симптоми, що виявлені у дітей, не є реакцією на вакцинацію. Крім того, проведене обстеження дітей виявило, що у кожного з них спостерігалися різні фонові захворювання, які у деяких випадках носили спадковий характер. Вакцинація сприяла швидшому прояву клінічних симптомів, які в дитини згодом однаково мусили б з'явитися», – відзначила Т. Прохорова (виділене мною. – О. К.) (Діагноз «поствакцинальна реакція» после прививки против гепатита «Б» у детей в Сургуте не подтвердился. Повідомлення *Інтерфакс* 21 жовтня 2005). Який, одначе, впевнений прогноз – «згодом однаково мусили б з'явитися», і крапка. А раз так, то до чого тут щеплення? Мені хотілося б подивитися на судове засідання, на якому у повній відповідності з вищевказаною вакцинаційською концепцією адвокат запропонував би звільнити від відповідальності свого клієнта, обвинувачуваного у вбивстві, адже жертва злочину однаково рано чи пізно мала померти у силу природних обставин.

супутнього захворювання»⁴⁷. Про ускладнення це – все! Крім того, імовірно, передбачається, що тільки зовсім випадково захворювання, яке збіглося у часі («що приєдналося»), може бути приводом для звернення до лікаря; від щеплення ж нічого серйозного, такого, що потребує консультації, бути не може...

Говорячи про ускладнення, анотація до вакцини «Енджерікс Б» (виробник «Сміт Клайн Бічем») згадує наступні можливі наслідки щеплення: звичайні (від 1 до 10% всіх щеплень) – легке місцеве запалення, почервоніння та ущільнення місця уколу; рідкі (менше 1%) – низькотемпературна лихоманка, нездужання, втома, біль у суглобах, запалення суглобів, біль у м'язах, головний біль, запаморочення, синкопа, нудота, блювота, пронос, біль у животі, лімфоаденопатія, патологічні зміни у печінкових пробах, висипка та кропивниця. Після появи вакцини на ринку повідомлялося про випадки анафілаксії, багатоформової еритеми, включно з синдромом Стивенса-Джонсона; відстрочені наслідки включають біль у суглобах (що звичайно минає), сверблячку й кропивницю, екхимози, вузликову й мультиформну еритему. Повідомлялося також про тромбоцитопенії, алопеції, кератити, герпес, тромбоцитопенічну пурпуру, біль у вухах. Неврологічні прояви можуть бути представлені парезами та паралічами, нейропатією, поперечним й оптичним невритами, синдромом Гійєна-Барре⁴⁸, розсіяним склерозом. Серед ускладнень на введення вакцини наводиться гостра мозочкова атаксія⁴⁹.

Щодо найважчих ускладнень з цього переліку, у звіті комітету експертів, створеному при згадуваному вище американському Інституті медицини (ІОМ) з метою вивчення зв'язку щеплень з різними хворобами, було заявлено, що зв'язок щеплення проти гепатиту В з демієлінізуючими хворобами нервової системи (до яких відноситься й розсіяний склероз) та синдромом Гійєна-Барре, а також з артритами, продемонстровано шляхом наукових даних, а зв'язок цього щеплення з синдромом раптової дитячої смерті та анафілактичним шоком є теоретично припустимим⁵⁰. У «Основних проблемах щеплень» я вже згадував про факт, що у Франції, наприклад, кампанія з вакцинації проти гепатиту В розпочалася у вересні 1994 р., незважаючи на те, що у ба-

⁴⁷ Лакоткина Е. А. и др. Вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний у детей и взрослых. СПб, 2000, с. 36.

⁴⁸ Щодо можливого механізму зв'язку щеплення від гепатиту В з синдромом Гійєна-Барре див. *Khamaisi M. et al. Guillain-Barre syndrome following hepatitis B vaccination Clinical and Experimental Rheumatology 2004; 22:767-770.*

⁴⁹ *Deisenhammer F. et al. Acute cerebellar ataxia after immunisation with recombinant hepatitis B vaccine Acta Neurol Scand 1994 Jun; 89(6):462-3.*

⁵⁰ *Stratton K. Adverse... p. 9. Див. також розділ «Hepatitis B vaccine», pp. 211-235.*

зах даних з побічних реакцій на вакцини (європейська REACTIONS й американська VAERS) вистачало тривожних повідомлень про наслідки цього щеплення. Як це завжди буває у таких справах, не обійшлося й без примітивної брехні та підтасування фактів. Тільки нещодавно було визнано, що рівень інфікованості гепатитом В у Франції, на підставі якого була розкручена кампанія, міг перевищувати дійсний... зовсім не набагато, лише у сім разів⁵¹. Після того як адвокати захворілих на нейродегенеративні хвороби через щеплення проти гепатиту В подали позови до суду (згідно з наявними повідомленнями постраждало близько 15 тисяч сімей),⁵² у жовтні 1998 р. через громадський скандал, що споліхнув, французький уряд скасував обов'язковість щеплення проти гепатиту В для підлітків. Недоречно тут розповідати, яку лютю викликала ця звістка в Головного друга всіх дітей світу – ВООЗ, яка звинуватила Францію не менш як у підриві довіри суспільства до проведених ВООЗ програм вакцинації. Пізніше, немов злякавшись ВООЗ, експерти згаданого Інституту медицини у 2001 р. видали новий звіт, у якому раніше встановлений зв'язок щеплення від гепатиту В з демієлінізуючими захворюваннями тепер... проголошено недоведеним!⁵³ При цьому, щоправда, було відзначено, що цих даних недостатньо ні для остаточної позитивної, ні для остаточної негативної відповіді; потрібні-де додаткові дослідження. Поки йде розгляд справи, а приручені експерти поспішають вклонитися то тим, то іншим, щеплення роблять в усе зростаючих масштабах, і ніхто не рекомендує їх призупинити хоча б для тих, хто не належить до груп ризику – нехай навіть тільки до остаточного роз'яснення питання. Але ж для виробників кількість реалізованої продукції – найголовніше. Тим часом розсіяний склероз, що зустрічався у дітей винятково рідко, щоб не сказати був казуїстичним (це переважно хвороба осіб молодого та середнього віку), став цілком рутинно реєструватися у педіатричній практиці в країнах, які долучилися до боротьби з гепатитом В за допомогою щеплень⁵⁴.

⁵¹ Antona D., Levy-Bruhl D. Epidemiology of hepatitis B in France at the end of the 20th century *Médecine et Maladies Infectieuses* 2003; 33 (Suppl A):34-41.

⁵² Marshall E. A shadow falls on hepatitis B vaccination effort *Science* 1998 Jul. 31; 281(5377):630-1.

⁵³ За даними вже згадуваного вище д-ра Язбака (див. прим. 36) усього за 12 років у США було повідомлено про 50 випадків розсіяного склерозу, 113 – синдрому Гійєна-Барре, 108 – мієліта або енцефаломієліта, 67 – оптичного неврита, 342 – різних паралічів, 129 – атаксії, 51 – сплутаності свідомості, 32 – втрати слуху і 121 – аутизма.

⁵⁴ Див. Boiko A. et al. Early onset of multiple sclerosis. A longitudinal study *Neurology* 2002; 59:1006-10, Ghezzi A. et al. Multiple sclerosis in children: clinical features of 149 cases *Multiple sclerosis* 1997; 3:43-6, Ruggieri M. et al. Multiple sclerosis under 6 years of age *Neurology* 1999(53):478-84, Hamard H. et al. Infantile acute optic neuritis *Bulletin de l'Académie National de Médecine* 2000; 1984(7):1511-21.

Нещодавно опубліковане дослідження, що вивчало частоту виникнення розсіяного склерозу в щеплених від гепатиту В та нещеплених від нього англійців у період з 1993 по 2000 рр., виявило, що протягом трьох наступних років після щеплень частота виникнення цієї страшної хвороби у щеплених була утричі більше...⁵⁵.

На мою думку, тут доречно буде розповісти невелику історію, яка стосується як щеплень від гепатиту В, так і комітету експертів при Інституті здоров'я, що останнім часом постійно перебуває під вогнем критики. Ця історія дасть читачам певне уявлення про те, наскільки можна довіряти деяким висновкам цього комітету, що вважається незалежним, коли справа стосується зв'язку щеплень та хвороб, що йдуть слідом за ними. У 1992 р. Хіларі Батлер, чие ім'я я вже декілька разів згадував раніше, та д-р Дж. Е. Морріс, про якого я розповім далі, підготували та відправили до комітету детальну доповідь про побічні реакції, що трапилися у 1985-1988 рр. в Новій Зеландії під час кампанії щеплень вакцинами від гепатиту В на основі донорської плазми. Крім 70 епізодів бронхоспазму, 47 випадків ангіоедеми, 10 випадків кропивниці, 42 випадків конвульсій, 22 випадків атаксії чи оніміння ніг та інших більших або менших ускладнень, вони особливо відзначили два зареєстрованих випадки анафілактичного шоку. Останній завжди був особливо неприємним для вакцинованих, оскільки несе у собі смертельну небезпеку, зазвичай розвивається негайно або у лічені години після щеплення і тому не може бути списаний ні на яку вчасно «нашаровану» хворобу або інший «збіг». У висновках доповіді Батлер та Морріс вказали, що кількість ускладнень значно перевищує таку, що визнавалася виробниками, а також звернули увагу на різні виверти вакцинаторів (наприклад, щеплення дітей вакцинами різних виробників), що виключають можливість сформувати рівноцінні групи для чесного порівняння. У січні 1994 р. Хіларі Батлер отримала подяку й звіт комітету, у якому до свого здивування виявила, що, нібито за її та д-ра Морріса даними... у Новій Зеландії *не було зареєстровано жодного випадку анафілактичного шоку* після щеплення від гепатиту В!⁵⁶ Так ось як виник висновок про лише теоретичний, не підтверджений жодним дійсно зареєстрованим випадком, зв'язок щеплення від гепатиту В з анафілактичним шоком. У той час як Батлер і Морріс марно надсилали їм листи електронною поштою та факси, висновок про відсутність випадків анафілаксії на підставі новозеландських даних

⁵⁵ *Hernán M. A. et al. Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis Neurology 2004; 63:838-842.*

⁵⁶ *Stratton K. Adverse... p. 229.*

вже щосили цитували у Центрі контролю захворювань та в Управлінні контролю за харчовими продуктами й ліками, стверджуючи, що вакцини від гепатиту В *ніколи* не викликають анафілаксії. Зрештою, у жовтні 1996 р., через 2,5 роки після того, як підробку було розкрито, керівник проекту Кетлін Страттон повідомила, що ніяких змін до звіту вноситися вже не буде. А 18 травня 1999 р., того ж дня, коли на слуханнях у конгресі виступали Майкл Белкін та інші, слово надали голові підкомітету з правосуддя, лікарських засобів та трудових ресурсів сенаторові Джону Л. Майка, який зачитав довідку Алана П. Браунштейна з Центру контролю захворювань. Відповідно до цієї довідки, під час кампанії щеплень у Новій Зеландії не було зареєстровано не тільки жодного випадку анафілактичного шоку, але... також *жодного випадку утруднення дихання або кропивниці!* Ось так до політиків та широкого загалу надходять «науково обґрунтовані висновки» про безпеку та ефективність щеплень⁵⁷.

В анотації до обговорюваної нами вакцини «Енджерікс Б» зазначено, що протипоказом до її застосування є «непереносимість будь-якого компонента вакцини». Але, запитується, яким чином це можна з'ясувати, коли щеплення у багатьох країнах робиться *всім* новонародженим через 12 годин після народження? Хто перевіряє їх на цю непереносимість та коли? Не в материнській же утробі?

Жодну з вакцин проти гепатиту В не перевіряли на канцерогенний або мутагенний ефект. Останнє підтверджується й самою анотацією, яка визнає, що дослідження на вагітних тваринах не проводилися, а тому щеплення вагітних може бути рекомендоване лише у виняткових випадках. Як й інші, вакцини проти гепатиту В не вивчалися в контексті їхніх можливих довгострокових наслідків. Стандартний період спостереження – щонайбільше 72 – 120 годин після щеплення. Усе, що б не сталося після цього, автоматично приписують чому завгодно, окрім щеплення. Можливо, вакцини викликають рак. Можливо, вони здатні викликати найтяжчі аутоімунні або нейродегенеративні хвороби. Все можливо. Але ніхто цього ніколи не вивчав. Ті, хто роблять гроші на щепленнях, й не зацікавлені у такому вивченні, оскільки негативні або навіть сумнівні результати можуть підірвати їхні прибутки⁵⁸. Набагато простіше голосливо заперечувати будь-який зв'язок, ніж перевірити, чи існує він насправді. Про те, до чого може призвести те або інше щеплення, може ставати відомим широ-

⁵⁷ Peter & Hilary Butler Just a Little Prick. Auckland, 2006, pp. 301-302 та відомості, які надала авторові особисто Хіларі Батлер.

⁵⁸ Преса неодноразово повідомляла, що щорічні доходи компанії «Мерк» від реалізації однієї тільки вакцини проти гепатиту В перевищують 1 млрд. доларів; усього ж ринок цієї вакцини на планеті приносить її виробникам понад 2 млрд. доларів на рік.

кому загалу лише ретроспективно, після того, як кількість ускладнень перевищить те, що вдається приховувати або списувати на «збіги за часом», або коли до справи береться преса⁵⁹.

У контексті відсутності належного вивчення безпечності вакцин слід згадати, що в Росії щеплення від гепатиту В було впроваджено до календаря вакцинації, де, на відміну від американського, слідом за ним через кілька днів йде щеплення БЦЖ. Наскільки мені відомо, ніяких досліджень безпечності такого суміщення свого часу не проводилося. «За замовчуванням» було вирішено вважати, що якщо щеплення від гепатиту В є безпечним, і щеплення БЦЖ також безпечне, то від суміщення цих двох безпечних щеплень нічого бути не може. За наявними (але не опублікованими) повідомленнями, кількість жовтяниць, що реєструють у немовлят у Росії, багаторазово зросла за роки щеплення від гепатиту В. Крім того, зросла й кількість випадків неоясненого погіршення стану дітей, що вимагає невідкладного втручання, серед них і лікування в реанімаційних відділеннях. Але цій правді, що загрожує неприємними розглядами, важко пробитися до світла...

Гепатит В – що робити?

Було б наївно вважати, що такої проблеми, як поширення гепатиту В, взагалі не існує. Вона безумовно є, хоча й безмірно перебільшена, тому що існують та множаться вакцини, які мають бути реалізова-

⁵⁹ Медики, природно, мають краще уявлення про щеплення та їхні наслідки. От деякі відомості, опубліковані в авторефераті дисертації на здобуття ступеня кандидата медичних наук А. Смирнова «Эпидемиологическое обоснование вакцинопрофилактики вирусного гепатита В в воинских коллективах» (СПб, 2001), що вибрав контингентом для своїх досліджень співробітників Військово-медичної академії. В авторефераті повідомляється: «При вивченні підстав відмови медичних працівників від введення вакцини встановлено, що відмовилися від введення 1-ої дози вакцини 610 чоловік. У середньому відсоток відмов по всіх клініках, що беруть участь у програмі вакцинації, склав 21,6%. Найбільш поширеною підставою відмови виявилось побоювання алергійних реакцій – 73 випадки (39,2%). 24 респондента (12,9%) відповіли, що вакцинація не гарантує захист від гепатиту В. 23 опитаних (12,4%) вважали, що в них немає можливості заразитися гепатитом В. Недовіру до якості вакцинного препарату висловили 20 чоловік (10,8%). 18 співробітників академії (9,7%) вказали на перенесений гепатит В або на вакцинацію у минулому. На думку 15 медичних працівників (8,1%) вакцинація шкідлива для здоров'я, і 12 чоловік (6,5%) вказали інші причини». За даними інших авторів, відсоток тих, хто відмовляється від «ефективного й безпечного» щеплення проти гепатиту В, ще вище: «... Мас місце великий відсоток відмов від вакцинації медичних працівників тих професій, які пов'язані з найбільшим ризиком інфікування... за попередніми даними 43% облікового складу підлягаючих вакцинації медиків відмовилися від щеплень» (Тайц Б. М. Вакцинопрофилактика... с.19б). На жаль, розкішшю такого вибору не володіють ні насильно щеплені немовлята, ні підлітки, яких зганяють на щеплення в шкільні медичні кабінети.

ними⁶⁰. Цю проблему можливо цілком розв'язати без будь-яких щеплень. Розібратися у питанні нам допоможуть знання чотирьох дій математики та інший гепатит – гепатит С, проти якого щеплень немає. Гепатит С має подібний до гепатиту В парентеральний шлях поширення, і є незмірно небезпечнішим, тому що у багато разів частіше призводить до хронічного носійства, і саме він, а аж ніяк не гепатит В, є головною причиною цирозів та раку печінки. Щоправда, при цьому вірус гепатиту С набагато менш стійкий у навколишньому середовищі, ніж вірус гепатиту В. Оскільки пропагандисти вакцинації заявляють, що саме щеплення й ніщо інше допомогли знизити захворюваність на гепатит В, то логічно було б очікувати, що захворюваність на гепатит С на тлі такої боротьби з гепатитом В у кращому випадку залишиться незмінною, однак статистика говорить про інше. Ризикуючи стомити читача цифрами, я все-таки продемонструю, який незначний (якщо він взагалі є) вплив мали щеплення на динаміку захворюваності на гепатит В за останні кілька років у Росії, де живе більшість моїх читачів⁶¹. РФ заслуговує на особливу увагу ще й тому, що коли для опису ситуації з гепатитом В наводяться США, то одразу чутно заперечення, що в Росії зовсім інша епідобстановка і потрібен зовсім інший підхід. Офіційні статистичні дані я об'єднав у таблицю захворюваності на гепатити В та С⁶², що наведена нижче.

⁶⁰ Вже згадуваного вище статистика Майкла Белкіна на слуханнях запитали: «Чому Центр контролю захворювань, Дорадний комітет з імунізаційної практики і «Мерк» говорять нам про 140 000 – 320 000 нових випадків інфікування на рік (70 000 – 160 000 випадків симптоматичних інфекцій на рік), у той час як дані самого Центра контролю захворювань демонструють лише 10 000 випадків у рік?». Белкін відповів так: «Вони наводять оцінку, гіпотетичну кількість як реальні випадки хвороби. Це статистичне шахрайство. У фінансовому світі таке перекручування фактів привело б до судового переслідування. Якщо компанія роздмухує свої доходи до 300% (як робить Центр контролю захворювань зі статистикою по захворюваності на гепатит В) й підсуває ці дані як офіційні, а не як оцінки-прикидки – її діяльністю займається Комісія з цінних паперів і біржі, а власники акцій подадуть позови до суду. Чому цього не відбувається у медичному світі? Над діяльністю самого Центра контролю захворювань немає контролю. Нам не кажуть, що це гіпотетичні, оцінні цифри, вони перекручують факти. Спробуйте ретельно перевірити ці передбачувані 320 000 нових випадків інфікування в рік. Ви їх не знайдете. Увесь цей трюк був розроблений лише для того, щоб роздути загальну істерію з приводу хвороби, ризик занедужати на яку низький, та дозволити Центру контролю захворювань підсилити свій вплив, а «Мерку» збільшити свої доходи від продажу вакцин на 900 млн. доларів на рік». Подібними спритними, хоча й дуже брудними трюками користувалися експерти ВООЗ для оцінки епідеміологічної ситуації з гепатиту В у Індії, нав'язуючи чергову безглузду, шкідливу й руйнівну кампанію щеплень цій дуже бідній країні. Див. *Puliyel J. M. Plea to restore public funding for vaccine development Lancet 2004; 363:659.*

⁶¹ Якщо немає інших посилань, то усі використані мною тут дані були взяті з офіційного сайту Федерального центру держсанепіднагляду РФ та з книги *Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика...*

⁶² Я спеціально звертаюся тут винятково до захворюваності на гепатити В та С, як до набагато надійнішого статистичного параметра, а не до кількості виявлених

Таблиця 1

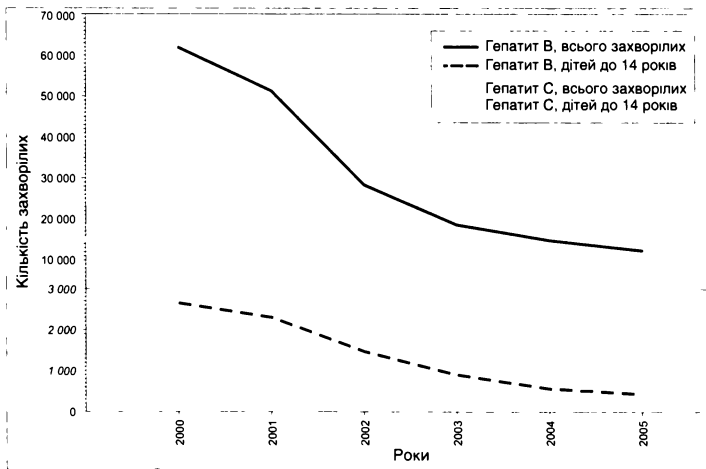
Захворюваність на гепатити В та С у РФ (в абсолютних цифрах)

Хвороба	2000		2001		2002	
	Всього	Діти до 14 років	Всього	Діти до 14 років	Всього	Діти до 14 років
Гепатит В	61 997	2 651	51 305	2 302	28 471	1 477
Гепатит С	30 810	729	24 133	641	10 312	362

Хвороба	2003		2004		2005	
	Всього	Діти до 14 років	Всього	Діти до 14 років	Всього	Діти до 14 років
Гепатит В	18 784	907	14 981	580	12 379	438
Гепатит С	5 039	195	6 890	225	6 455	179

Графік 1

Захворюваність на гепатити В та С у РФ (в абсолютних цифрах)



Винятково заради більшої наочності та точності представимо окремою таблицею захворюваність на 100 тис. населення (ні великого приросту, ні катастрофічного зменшення населення в РФ у 1990-х – початку 2000-х рр. не відбувалося, тому й таблиця 1 відбиває динаміку захворювання досить точно).

носіїв вірусів цих гепатитів. По-перше, дані по носійству дозволяють більшу кількість корисливих статистичних маніпуляцій; по-друге, відсталість та низька якість російських тест-систем для гепатитів В та С взагалі не викликає довіри.

Таблиця 2

Захворюваність на гепатити В та С у РФ (на 100 000 населення)

Роки	1994	1995	1997	1998	1999	2000
Гепатит В	26,8	35,4	36,6	35,7	43,3	42,5
Гепатит С	3,5	6,8	9,1	11,6	20,9	21,1

Роки	2001	2002	2003	2004	2005
Гепатит В	35,3	19,8	13,1	10,4	8,56
Гепатит С	16,7	7,1	5,3	4,8	4,47

Графік 2

Захворюваність на гепатити В та С у РФ (на 100 000 населення)



Доречі, рішення про внесення вакцинації проти гепатиту В до календаря щеплень було ухвалено в Російській Федерації у 1997 р.⁶³ Ні в 1997 р., ні в 1998 р. (коли відбулося невелике зниження захворюваності на гепатит В) це щеплення хоч у будь-яких статистично значущих масштабах не робилося взагалі. В 1999 р. його отримали близько 3% дітей, а в 2000 р. – близько 10%; при цьому регіонів з «необхідним охопленням щепленнями» понад 90%, не кажучи вже про запланований

⁶³ «Починаючи з 1997 р. вакцинацію проти гепатиту В ВООЗ рекомендує обов'язково включати до національних календарів профілактичних щеплень. Росія виконала цю рекомендацію ВООЗ, що знайшло відображення в наказі Мінздраву Російської Федерації № 226/79 від 03.06.1997 «Про проведення профілактичних щеплень проти гепатиту В» (Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 98) (виділене мною. – О. К.). Рекомендації ВООЗ в Росії вважаються наказами, що підлягають виконанню?»

95%, в 2000 р. (коли знову відбулося невелике зниження після підйому в 1999 р.) у РФ не існувало взагалі. До речі, й наступного, 2001 р. таких регіонів, де «вакцинованість» дітей від гепатиту В перевищила 90%, відшукалося лише 1,2%⁶⁴. Таким чином, перед нами досить «чиста», вільна від впливу вакцинації, цифра захворюваності в 2000 р. (з якого беруть відлік відомості про захворювання на гепатит В), оскільки ніякого відчутного впливу на показники захворюваності цим гепатитом у дітей щеплення зробити не могли. І ось ми бачимо, що в 2000 р. на гепатит В у Російській Федерації занедужало 61 997 осіб, з них дітей віком до 14 років... 2 651, тобто 4,27%! Як пов'язати ці дані з історичним лементом про необхідність термінового порятунку щепленнями підростаючого покоління від гепатиту В? Для гепатиту С той самий показник склав ще менш – 2,36%. Таким чином, щеплення – не тільки новонародженим, але й взагалі дітям до 14 років, просто не досягають своєї мети, оскільки ті, кому їх роблять, складають дуже невеликий відсоток у структурі захворюваності на парентеральні гепатити. Але хіба це не було зрозуміло з самого початку, тому що діти не належать до групи ризику цього захворювання? У 2001 р., коли кількість планово щеплених дітей перевищила вже 40%, випадків захворювань на гепатит В було зареєстровано 51 305, з них серед дітей – 2 302. Таким чином, умовно вважаючи тут кількість населення РФ за незмінну (тим більш, що захворюваність по відношенню до кількості населення порівняно мізерна) і віднімаючи від кількості дорослих кількість дітей, ми одержуємо наступне зниження захворюваності в дорослих: $(61997-2651) - (51305-2302) = 10343$ або приблизно на 17,5%. У щепленій віковій групі до 14 років, яка нас цікавить, це зниження склало $2651 - 2302 = 349$ або 13,16%. Менше, ніж у дорослих, що не отримували щеплень! Аналогічні обчислення для захворюваності на гепатит С становлять для нас більшою мірою академічний інтерес за відсутності щеплення від цієї хвороби, однак і вони, зроблені з використанням аналогічних арифметичних дій, демонструють зниження на 22% для дорослих й на 12% для дітей.

У 2002 р. зниження йшло наступними темпами: 44,9% для дорослих та 35,8% для дітей з гепатиту В та 57,6% й 43,5% з гепатиту С відповідно, у 2003 р. – 33,8% для дорослих й 38,6% для дітей з гепатиту В та 51,3% й 53,9% з гепатиту С відповідно. У 2004-2005 рр. захворюваність на гепатит С дорослих підвищилася, а в дітей залишилася приблизно на одному рівні. Захворюваність на гепатит В продовжує знижуватися як у дорослих, так і в дітей. Звертає на себе увагу те, що

⁶⁴ Охват профилактическими прививками детей в Российской Федерации, 1997-2001. Информационный сборник статистических и аналитических материалов. М., 2002.

захворюваність на «безвакцинний» гепатит С також стрімко знижувалася протягом 4-х років, причому, як свідчить табл. 2, це так само почалося в 2001 р. До речі, з гепатитом С теж збираються боротися аж ніяк не стерилізацією матеріалів та контролем донорської крові, а щепленнями: «Рішення проблеми гепатиту С можливе тільки шляхом створення високоефективних вакцин. У нашій країні роботи зі створення вакцини проти гепатиту С ведуться в чотирьох наукових центрах... Хід виконання цих робіт вказує, що через високу мінливість вірусу гепатиту С створити вакцину проти цього захворювання у найближчі 10 років швидше за все не видається можливим»⁶⁵. Хоч з цим гепатитом поталанило, і в найближчі десять років діти будуть врятовані від чергового «цілковито необхідного, безпечного та ефективного» породження вакцинаторської думки. Але поки що, треба так розуміти, сотні тисяч, якщо не мільйони рублів витрачаються на розробку нової вакцини.

Звичайно, мною наведена досить приблизна статистика, що не враховує багато чого, однак вона свідчить про наступне: якщо є дві хвороби, ідентичні за шляхом передачі й поширення, з цілком порівнянною захворюваністю (кілька десятків тисяч випадків на рік) і вони починають знижуватися одночасно, при цьому приблизно однаковими різкими темпами, то, безумовно, в основі цього повинно лежати щось загальне. А щодо загального відносно до гепатитів В та С відомо з давніх давен: роз'яснення контингенту груп ризику небезпечності спільного використання шприців та сексу без застосування презервативів, контроль донорської крові, забезпечення одноразовим інвентарем та усім необхідним для стерилізації інструментів у лікувально-профілактичних установах й ін. Чи випадково зниження відбулося саме у 2001 р.?

13 лютого 2001 р. відбулися парламентські слухання «Про державну політику з попередження поширення у Російській Федерації захворюваності на інфекційний гепатит», результатом чого було, принаймні, додаткове залучення уваги законодавців та громадськості до проблеми гепатитів, й, імовірно, додаткове фінансування боротьби із цим лихом. А 27 березня 2001 р. відбулася колегія Мінохорони здоров'я РФ з вірусних гепатитів, на якій було відзначено, що *«основною причиною різкого погіршення епідемічного стану є інтенсивне зростання внутрішньовенного вживання наркотиків, основними споживачами яких є підлітки й особи молодого віку. Зростає роль статевого шляху передачі інфекції, тому що вживання ряду розповсюджених у молодіжному середовищі наркотиків стимулює статеву активність та знімає морально-етичні обмеження.*

⁶⁵ Учайкин В. Ф. Научные и организационные приоритеты инфекционной патологии у детей *Педиатрия* 2003, 7, с. 6-10.

Все це свідчить про те, що захворюваність на вірусні гепати В та С трансформувалася з медичної проблеми у соціальну та становить реальну загрозу для національної безпеки країни» (виділене мною – *О.К.*). Все вірно: ні діти, ні дорослі, які не мають відношення до наркотиків та пов'язаного з ними секса, ніяк не торкаються до цієї проблеми. Також було сказано, що «...Питома вага заражень на парентеральні гепатити при проведенні медичних маніпуляцій становить від 2 до 10%. Це обумовлено недостатнім застосуванням у лікувально-профілактичних установах сучасних високоефективних дезінфекуючих препаратів, відсутністю в 40% лікарень та поліклінік централізованих стерилізаційних відділень, недостатнім забезпеченням цих установ, особливо у сільській місцевості, одноразовим медичним і лабораторним інструментарієм».

Подумати тільки: хоча майже у кожній другій російській лікарні немає належних стерилізаційних відділень, велетенські суми викидаються на шкідливе й непотрібне щеплення, що приносить користь лише його виробникам та розповсюджувачам, і на компенсації його жертвам або на ведення судових процесів, щоб уникнути виплати цих компенсацій! Навряд чи можуть залишитися сумніви, що не тільки виробники, але й агітатори на користь цього щеплення на всіх рівнях, починаючи з Мінохорони здоров'я та закінчуючи місцевою медичною владою, мають свій інтерес. Ліквідація цієї годівниці могла б стати вкрай болючим ударом для тих, хто звик до легкого й безвідповідального заробітку. Але це рано чи пізно маємо зробити в інтересах всього суспільства, якщо останнє, звичайно, хоче, щоб його кровні гроші перестали перекачуватися до кишень вакцинаторів.

Але проблема не тільки зі стерилізацією та одноразовими інструментами. Гостро стоїть також проблема контролю донорської крові. Голова піклувальної ради благодійного фонду «Служба крові – людям» д.м.н. проф. В. Максимов говорить в інтерв'ю «Медичній газеті»: «На жаль, наше суспільство не усвідомлює всієї загрози передачі з донорською кров'ю ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, сифілісу, герпесу... а дарма. При нинішньому стані справ будь-який пацієнт, якому за життєвими показниками буде потрібно переливання компонентів крові, не гарантований від інфекції. Основними складовими безпечної трансфузіології є лейкофільтрація й карантинізація. Звичайно, повністю уникнути ризику передачі гемотрансмисивних інфекцій не можна, але... цей ризик можна знизити більш ніж у 1000 разів! Нам поки що доводиться лише мріяти про це... На думку фахівців, інфікованість вірусними гепатитами В та С хворих гемофілією, яким потрібне регулярне переливання компонентів крові, досягає часом 90%. Це трагедія!»⁶⁶. Що ж заважає запобігти трагедії? Відповідь проста – немає грошей, хоча, за твердженням

⁶⁶ «Кровное дело» в России *Медицинская газета* 2005, №69 – 07.09, с. 5.

проф. Максимова, оригінальний російський лейкофільтр коштує лише декілька сотень рублів. Зате незмірно більші гроші незмінно знаходяться на щеплення, серед яких і від гепатиту В – того самого, від якого вони не можуть вберегти навіть теоретично у випадку переливання інфікованої донорської крові через величезне одномоментне вірусне навантаження. Можу послатися й на опубліковану в профільному журналі статтю про внутрішньолікарняне інфікування гепатитами В і С, у якій вказуються головні причини інфікування пацієнтів. Її автор, цитуючи різні публікації, повідомляє: «...На тлі зниження загальної захворюваності на ГВ і ГС, у Московській області в останні роки стала збільшуватися питома вага випадків захворювання на гострі форми ГВ і ГС, обумовлені інфікуванням під час проведення різних медичних маніпуляцій. Показники зросли з 12,5% в 1999 р. до 17,4% в 2002 р. для ГВ і з 4,8 до 7,8% для ГС відповідно. При проведенні гемотрансфузій показники зросли з 0,5% при ГВ й 0,9% при ГС в 2001 р. до 5,1 й 7,1% в 2002 р. відповідно... Внутрішньолікарняне інфікування в Томську у 2002 р. посідає друге місце серед встановлених шляхів передачі ВГВ і ВГС... Слід відзначити посилення «агресивності» сучасної медицини, що обумовлено збільшенням кількості інвазивних лабораторних досліджень та лікувально-діагностичних маніпуляцій, які робляться пацієнтові в процесі лікування, що істотно збільшує роль та епідеміологічне значення артифіціального (штучного) механізму передачі збудників інфекційних хвороб в умовах стаціонару... Варто підкреслити недостатню забезпеченість станцій переливання крові сучасними тест-системами для індикації маркерів інфікування на ВГВ і ВГС, а також відсутність можливостей впровадження у практику їхньої діяльності ПЛР-діагностики... Багато ЛПУ країни відчувають серйозний дефіцит сучасних дезінфікуючих засобів та виробів одноразового застосування... Більшість ЛПУ Росії має застарілий парк стерилізаційної апаратури. У сучасних умовах оснащеність медичних установ централізованими стерилізаційними у цілому по РФ становить 59,7%, устаткування їх відповідає нормативам у 52,8%... що призводить до серйозних порушень виконання вимог протиепідемічного режиму»⁶⁷. До усього вищенаведеного можна ще додати недбалість та безконтрольність, не кажучи вже про неприкрите зловживання службовим становищем працівників служб переливання крові. Читачі мають пам'ятати недавню історію з переливанням крові, інфікованої ВІЛ, породіллям у Воронежі. Як це не дивно, але ця подія не спричинила відставки жодного міністерського чиновника. Зайва ілюстрація того, як охоче бере на себе відповідальність медична влада.

⁶⁷ Акимкин В. Г. Внутрибольничное инфицирование вирусами гепатитов В и С: эпидемиология и направления профилактики *Эпидемиология и инфекционные болезни* 2004, 6, с. 13-17.

На згаданій вище колегії Мінохорони здоров'я було вирішено наступне: «...Епідеміологічний стан з вірусних гепатитів вимагає ухвалення невідкладних заходів, і проблема боротьби з ними повинна стати пріоритетною у діяльності органів та установ охорони здоров'я та державної санітарно-епідеміологічної служби». Були намічені й відповідні шляхи для зміни стану на краще, причому вказувалося на першочергову необхідність роз'яснювальної роботи серед молоді та боротьби з наркоманією⁶⁸.

Пам'ятаючи про зниження захворюваності на гепатит С у той самий час, я можу припустити, що щеплення не мало ніякого відношення до процесу зниження захворюваності на гепатит В, а зіграли свою роль винятково санітарно-профілактичні заходи, серед них і кращий контроль донорської крові та ретельніша стерилізація інструменту в лікарнях, хоч дотепер ситуація з цим ще дуже далека від того, щоб вважатися задовільною. Ось, наприклад, таке повідомлення з Вологди: «У порівнянні з аналогічним періодом 2004 року відзначається зниження рівня захворюваності всіма формами гепатитів. Зокрема, кількість хворих на гострий вірусний гепатит В знизилася більш ніж на 40%, гострий вірусний гепатит С – у 2 рази. Фахівці пов'язують це зниження з тим, що у Вологді майже 2 роки працює міська цільова програма «Профілактика парентеральних гепатитів та ВІЛ-інфекції серед населення Вологди». За 9 місяців 2005 року на заходи програми було витрачено понад 660 тисяч рублів. Більшу частину цих засобів було спрямовано на забезпечення безпечності медичних маніпуляцій та забезпечення медперсоналу спецодягом, що захищає від інфекції»⁶⁹. Усе виглядає цілком логічним. Вкладаються гроші у забезпечення стерильності медичних маніпуляцій – і ось перед нами зниження на 40% гепатиту В та на 50% – гепатиту С. Але якби на лікування хворих на гострі вірусні гепатити й хронічних носіїв інфекції, на вдосконалювання стерилізаційного устаткування й закупівлю одноразового інвентарю, на наведення порядку в лікарнях було спрямовано необхідні гроші⁷⁰, то хто б тоді заробляв на «науково-доказових дослідженнях», що

⁶⁸ Матеріали колегії є на офіційному сайті Мінохорони здоров'я РФ.

⁶⁹ В два рази снизилась заболеваемость гепатитом С в Вологде. Повідомлення *Regnum.ru* від 28.11.2005.

⁷⁰ Про стан справ у деяких медичних установах, що покликани лікувати хворих на гепатити, може дати уявлення наступне повідомлення: «Красноярський край. Закрито інфекційне відділення ЛШМД. Головним лікарем красноярського центру держсанепідагляду винесена постанова про припинення з 1 жовтня експлуатації інфекційного відділення міської лікарні швидкої медичної допомоги. Як повідомляє РІА «Пресс-Лайн», останній раз інфекційний корпус ремонтувався у 1994 році. Гігієнічне покриття стін, стель, вікон, підлоги зруйноване на 70%. З кінця серпня не переться білизна.

славлять вакцинопрофілактику, на укладанні угод з постачальниками та розповсюджувачами вакцин, на введенні щеплень до національного календаря? Ось і стає щеплень все більше й більше. План «охоплення» нині має на меті мільйони громадян. Ось що повідомляє російська журналістка: «Міністр охорони здоров'я й соціального розвитку Михайло Зурабов в інтерв'ю програмі «Вісті» ще раз приголомшив росіян новиною: виявляється, найважливішим напрямком національного проекту «Здоров'я» буде зовсім не поліпшення медичного обслуговування в поліклініках або підвищення платні лікарям. Найважливішим міністр назвав вакцинацію 30 мільйонів громадян проти гепатиту В... У Росії на гепатит В занедужують щороку 9 чоловік на кожні 100 тисяч, причому за останні роки *захворюваність зросла в 2,5 рази*. Зараз у нас, за оціночними даними, хворіють 7 млн. осіб, а деякі вірусологи вважають, що значно більше – просто багато хто про свою хворобу навіть не підозрюють. В більшості своїй це люди молоді, яким ще жити та жити, працювати, ростити дітей... Обов'язкова вакцинація проти гепатиту В та зниження рівня захворюваності до 3 чоловік на 100 тис. населення не тільки є важливою складовою частиною національного проекту «Здоров'я», але й одержали фінансування в повному обсязі... В 2006 році будуть вакциновані 10 млн. школярів – усі ті, хто не отримав щеплення раніше. В 2007 році планується вакцинувати ще 15 млн. – молодих людей від 18 до 35 років, знов-таки тих, хто до того часу не буде щеплений. На такі цілі буде витрачено 4,2 млрд. руб. у 2006 році й 6,1 млрд. – у 2007 р.» (виділено мною. – О. К.)⁷¹. Так зростає захворюваність на гепатит В чи падає? Або зменшується в офіційних зведеннях, а для вибивання грошей на програми щеплень – зростає? Якщо зменшується, то навіщо щепити ще мільйони громадян, витрачаючи на це мільярди рублів, де логіка? А якщо зростає, то яку користь приносять тоді щеплення і навіщо ще збільшувати витрати на них, а разом з тим і кількість післявакцинальних ускладнень? Хотілося б вірити, що автор цієї книги – не єдиний, кого турбують ці питання...

Частина хворих приносить своє, а хтось спить без нього. Халати медики перуть у підсобці, а сушать між сходовими прольотами. Тільки 23,8% постільних принадлежностей після виписки хворих піддаються камерній дезінфекції. У зв'язку з тим, що ці порушення санітарно-епідеміологічних вимог збільшують ризик внутрішньолікарняного зараження хворих і персоналу, і була винесена ця постанова» (Повідомлення *Regions.ru* від 02.10.2003). Картина, ганебна навіть для XIX століття! Однак такі повідомлення з'являються в російських ЗМІ регулярно, і вони нікого не дивують.

⁷¹ Батенева Т. Россиян готовят к вакцинации *Известия.ru* от 10.01.2006.

Висновки:

- Гепатит В, так само як і гепатит С – хвороба специфічних груп ризику (наркоманів, що користуються спільними шприцями, повій, гомосексуалістів, або пацієнтів, які одержують у процесі лікування переливання крові або її продуктів), у меншому ступені – це хвороба нерозбірливих у статевих зв'язках дорослих. Відносною групою ризику є медперсонал, що працює із кров'ю.
- Новонароджені, підлітки та інші категорії населення, що не належать до перерахованих груп ризику, не мають серйозного шансу захворіти на гепатит В.
- Щеплення від гепатиту В має величезну кількість відомих й описаних у літературі побічних ефектів, включаючи найважкіші хвороби нервової системи, що ставить під сумнів необхідність його використання навіть щодо тих, хто дійсно ризикує занедужати на гепатит В, не кажучи вже про тих, для кого цей ризик мінімальний або відсутній взагалі. Питання про те, чи варто робити щеплення немовлятам матерів-носіюк вірусу гепатиту В, повинне вирішуватися після ретельних лабораторних аналізів (визначення титру антитіл і концентрації вірусної ДНК у вагітної) та врахування всіх інших факторів, що можуть призводити до інфікування дитини.
- На державному рівні раціональна боротьба з гепатитами В та С – це забезпечення лікувальних установ одноразовим інструментарієм та необхідними системами стерилізації, широка роз'яснювальна робота з підлітками й молоддю, боротьба з наркоманією.



Грип

Останнім часом ми щорічно стаємо свідками потужної «психічної атаки» під назвою «Щеплення – кращий захист від грипу!». Коли переглядаєш осінні медичні новини, то не можеш позбутися враження, що всі інші проблеми зі здоров'ям вже давно вирішено і турбуватися рішуче немає про що, окрім щеплення проти грипу. Відлік до призначеного кимось початку епідемії йде, як до вибуху атомної бомби або зіткнення планети з велетенським метеоритом. Всі повідомлення тільки про те, скільки вже «охоплено» щепленнями, і що потрібно зробити, щоб «доохопити» інших. У Росії вихваляють владу на місцях, яка не має грошей, щоб виплачувати зарплатню лікарям та вчителям й забезпечувати тепло в будинках взимку, але щедро кидає сотні тисяч рублів на щеплення від грипу. І, навпаки, соромлять тих, хто вважає, що грошам можна знайти краще застосування. У школах й дитсадках на користь щеплення завзято агітують батьків. В інститутах не дають проходу студентам, доки ті не щепилися. Здається, ось-ось побачиш відомий плакат часів Громадянської війни з трохи зміненим закликом: «Ти записався на щеплення від грипу?». У той час як немає жодної інтернетівської дискусії, у якій би ті, хто отримали щеплення, не повідомляли, що одразу після нього їх звалив той найтипівший грип, залізний захист від якого їм обіцяли, а потім усю зиму з застуд не вилазили. ЗМІ та наукова література повідомляють про взяті немов з паралельного Всесвіту, що живе за власними законами, факти фантастичного зниження смертності, захворюваності, виплат за листами непрацездатності й далі у тому ж дусі, і все це – винятково завдяки диво-щепленню...

Хвороба

Ця всім нам прекрасно відома хвороба викликається вірусом, що містить РНК, з сімейства Orthomyxoviridae, та має три серологічних типи, які умовно називаються А, В та С. «Типи А та В викликають епідемії хвороби. Вірус грипу А поділяється на субтипи залежно від особливостей двох поверхневих антигенів гемаглютиніна (H) та нейрамінідази (N). Захворювання у дітей обумовлені різноманітними комбінаціями трьох підтипів гемаглютининів... та двох підтипів нейрамінідази»¹.

¹ Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее, М., 2001, с. 175.

Найбільшу небезпеку з епідемічної точки зору викликають змінення вірусу типу А. Цей вірус вражає не тільки людину, але й морських ссавців та свійських тварин (свиней та коней, наприклад), а також птахів. Змінивши кількох хазяїв, вірус може набути вкрай небезпечну вірулентність. Вважають, що епідемії «іспанського» (1918-1920), «азійського» (1957), «гонконгського» (1968) та «російського» (1977) грипу були викликані саме таким видозміненим вірусом грипу А. Наразі популярною є гіпотеза, що носіями усіх відомих різновидів вірусів грипу є водоплавні птахи. Віруси в них не тільки не змінюються швидко, але й перебувають фактично у стані еволюційного застою. Спалахи епідемії – і в птахів, і в людини, і в нижчих ссавців – відбуваються при передачі вірусів від птахів ссавцям, у яких вони іноді зазнають мутацій, що спричиняє епідемії. Так, свинячий грип 1970-х рр. почався як інфекція свиней, яких заразили грипом птахи, а вже потім в епідемічний процес була залучена людина. Можливо, свині нерідко стають головною передавальною ланкою між птахами та людиною, а тому має сенс досліджувати віруси свиней (а не птахів, як це заведено зараз), намагаючись вгадати, якого різновиду грипу варто очікувати².

Декілька слів варто сказати про «Велику білу чуму» – епідемію сумно відомого «іспанського грипу» або «іспанки», що забрала життя понад 20 млн. людей. Нас наполегливо переконують, що ця епідемія була викликана у першу чергу високою вірулентністю вірусу грипу, що мутував, і вже нібито доведено, що цей вірус був подібний за своєю структурою на наводячий сьогодні паніку (ретельно роздмухану ласими на сенсації ЗМІ, подібно тому як кілька років назад вони роздмухували паніку навколо атипової пневмонії, про яку сьогодні вже мало хто пам'ятає) вірус пташиного грипу. Але той факт, що епідемія спалахнула наприкінці Першої світової війни, й першими постраждалими були військовослужбовці, які потім принесли інфекцію до тилу, змушує припустити, що тут усе було далеко не так просто³ (якими б значними не були пізніші мутації вірусу грипу, нічого навіть близько схожого на

² Webster R. G. et al. Interspecies transmission of influenza viruses *Am J Respir Crit Care Med* 1995 Oct; 152:25-30.

³ Лише у якості однієї з гіпотез походження цієї загадкової епідемії наведу статтю Patrick J. Carroll «Vaccine not virus responsible for Spanish flu», опубліковану в *Irish Examiner* 1 травня 2003 р. У статті було заявлено, що дійсною причиною епідемії виявилася якась вакцина, яку одержували американські солдати, що перебували у Франції та страждали від побічних ефектів щеплення проти тифу (зі слів автора, тільки у 1917 р. до американських армійських госпіталів було поміщено 19 608 чоловік, що постраждали від цього щеплення). Інша гіпотеза – епідемія була викликана штамом вірусу, розробленим американцями як біологічна зброя, що вийшла з-під контролю. На цю думку наводять, зокрема, нехарактерні для грипу геморагічні ускладнення, що нерідко зустрічалися під час цієї епідемії.

епідемію 1918-1920 рр. більше не повторювалося). Крім того, у низки авторів можна зустріти вказівки, що чималу кількість смертей варто приписати надмірно енергійному алопатичному лікуванню, що складалося в прописуванні величезних доз аспірину, які ускладнювали й без того нелегкий стан хворих та провокували пневмонію. Імовірно, саме з цієї причини найбільша смертність спостерігалася саме там, де пацієнти мали можливість звернутися за «кваліфікованою медичною допомогою».

Близька до занепаду американська гомеопатія блиснула тоді в останній раз, виявивши високу ефективність (яку раніше продемонструвала під час епідемій холери, тифу та жовтої лихоманки, що й було причиною масового переходу американських лікарів з алопатії до гомеопатії), перш ніж зійшла зі сцени майже на півсторіччя. У 1921 р. «Журнал Американського інституту гомеопатії» опублікував статтю д-ра Вілліса А. Девея (1858-1938)⁴, де повідомлялися деякі цікаві факти щодо статистики успішності гомеопатичного лікування. Так, декан Ганеманівського коледжу у Філадельфії д-р В. Пірсон зібрав інформацію про 26 795 пацієнтів, які лікувалися в гомеопатів. Смертність при гомеопатичному лікуванні дорівнювала 1,05%, у той час як алопати звичайно втрачали близько 30%. Статистику з 24 тис. випадків зібрав д-р Т. Мак-Кенн з Дейтона (Огайо) – смертність при алопатичному та гомеопатичному лікуванні виявилася приблизно такою ж, як і за статистикою д-ра Пірсона. Славнозвісний д-р Герберт Робертс (1868-1950) з Дербі (Коннектикут), автор книги, що стала нині неодмінним посібником в усіх гомеопатичних коледжах⁵, був у роки Першої світової війни лікарем на військовому кораблі. Він розповідав: «Усі мої пацієнти – а їх було 81 – видужали й щасливо зійшли на берег. Під час плавання до нас підійшов інший корабель: на ньому скінчилися труни, і нас просили поділитися трунами з нашого запасу. Коли ми повернулися в порт, командир запитав мене, чи всі я використав труни. «Так, – відповів я, – і при цьому не втратив жодної людини!». Тридцять лікарів-гомеопатів з Коннектикуту відповіли на запит д-ра Робертса: у сукупності вони лікували 6602 пацієнта і втратили лише 55 з них. Члени Гомеопатичного товариства лікарів округу Колумбія повідомили, що вони лікували

⁴ «Homeopathy in influenza – a chorus of fifty in harmony» by W. A. Dewey, M. D., University of Michigan *JAIH* May 1921; p. 1083. Коротенько стаття викладена у *Winston J. Influenza-1918: Homeopathy to the Rescue The New England Journal of Homeopathy* 1998; vol. 7, No 1. Копію цієї рідкої статті мені надіслав Джуліан Вінстон з Тави (Нова Зеландія), історик та популяризатор гомеопатії, автор чудової книги «Обличчя гомеопатії. Ілюстрована історія перших двохсот років» (Тава, 1999), який помер 12 червня 2005 р. Нехай буде благословенна його пам'ять!

⁵ *Roberts H. A. The Principles and Art of Cure by Homoeopathy, 1936.*

15 тис. пацієнтів. Померли тільки 15.

Звичайними були такі повідомлення американських лікарів-гомеопатів, згадані в статті:

«У мене був пакет з тисячею таблеток аспірину, з яких 994 були зайвими. Навряд чи я використав й півдюжини з цієї кількості. Аспірин просто був непотрібний... Я практично незмінно давав *Gelsemium* та *Bryonia* і не втратив би жодного пацієнта, якби вони запрошували мене до того, як прямувати до аптеки за аспірином, після чого мені нерідко доводилося лікувати вже пневмонію...» (д-р Дж. П. Хафф, Олів Бранч, Кентуккі).

«Я лікувала 350 пацієнтів і втратила лише одного, із занедбаною пневмонією, що з'явився в мене після того, як прийняв сотню гранів⁶ аспірину протягом останньої доби» (д-р Кора Сміт Кінг, Вашингтон, Дакота).

«Застосування аспірину та препаратів з кам'яновугільного дьогтю потрібно засудити, як таке, що призводить до величезної кількості нічим не виправданих жертв. Всюдисущий аспірин – найшкідливіші ліки. Вони обманюють своєю короткою дією, полегшуючи біль, але це все мішура. Аспірин послаблює серце, гнітить життєві сили, збільшує смертність у легких випадках й сповільнює одужання. Він завжди маскує симптоми та робить знаходження цілющих ліків незрівнянно більш складним» (д-р Гай Беклі Стірнс, Нью-Йорк).

«На заводі, де працювало 8 тис. працівників, ми втратили лише одного. Пацієнтів не обгодовували ліками до смерті, ми не використовували ні аспірину, ні вакцин. Практично єдиним лікарським засобом був *Gelsemium*» (д-р Франк Віленд, Чикаго).

«Я не втратив жодного хворого на грип, а смертність від пневмонії в моїх пацієнтів дорівнювала 2,1%. Саліцилати, включаючи аспірин та хінін, були майже єдиною зброєю старої школи, і не було нічого незвичного у повідомленнях, що при пневмоніях вони втрачали до 60% своїх пацієнтів» (д-р Дадлі Вільямс, Провіденс, Род-Айленд).

«Один лікар з Піттсбурга запитав медсестру, чи знає вона спосіб лікування кращий, ніж той, який застосовував він, оскільки багато хто з його пацієнтів вмирили. «Так, доктор. Припиніть лікування аспірином, відправляйтеся до гомеопатичної аптеки та купіть там

⁶ 1 гран дорівнює 0,0647981 грама. Таким чином, пацієнт прийняв близько 6,48 грамів аспірину. Щоб читачі не подумали, що мова тут іде про винятковий випадок, прочитуйте ще один пасаж з тієї ж статті: «Один зі старших аптекарів Монреаля сказав д-ру Т. Мак-Кенну, що від грипу померло 900 чоловік. На питання, які ліки застосовувалися, він відповів, що аспірин використовувався частіше всіх інших ліків разом взятих. Пропонувалося приймати одну пігулку в 5 гранів кожні 3 години, але багато хто приймали по 10 гранів кожні три години». Коментарі зайві.

гомеопатичні ліки». – «Що, лікувати гомеопатією?!». – «Так. Гомеопати, в яких я працювала, не втратили жодного хворого» (д-р В. Едмундсон, Піттсбург).

Д-р Раймонд Зейдель (1908-1980), відомий американський гомеопат минулого століття, розповідав, що остаточно і безповоротно він вирішив стати гомеопатом, коли десятирічним хлопчиком працював посильним у лікаря-гомеопата у Нью-Джерсі під час цієї епідемії. Тоді він бачив, як «помирали ті, хто приймав аспірин; та сама доля чекала на половину з тих, хто багато пиячив... ті ж, хто лікувалися гомеопатією – одужували».

Але повернемося до хвороби. Джерелом зараження при грипі звичайно є хвора людина, механізм передачі – повітряно-краплинний. Інкубаційний період може тривати від одного до семи днів (звичайно до 48 годин). «Грип починається гостро, нерідко з ознобом. Температура тіла у першу добу сягає максимального рівня, частіше у межах 38-40°C. На перший план виступають ознаки інтоксикації – головний біль з характерною локалізацією у лобовій області, біль в очних яблуках, у попереку, у різних групах м'язів. Ураження дихальних шляхів характеризується появою сухого кашлю, першінням у горлі, саднінням за грудиною, закладеним носом, іноді носовими кровотечами... Висока температура тіла зберігається до двох діб, після чого знижується. Загальна тривалість гарячкового періоду не перевищує 4-5 днів»⁷.

Небезпеки для вагітних грип, імовірно, не становить (принаймні, за відсутності надмірно енергійного алопатичного лікування). Так, у 1993-94 рр. були вивчені 1659 вагітних у Ноттингемі, з яких, як з'ясувалося, 11% перенесли грип. Автори дослідження заявили, що грип у другому й третьому триместрі вагітності – явище цілком розповсюджене, і ні до трансплацентарної передачі вірусу плоду, ні до утворення аутоантитіл він не призводить, так само як і до якихось ускладнень вагітності⁸.

Факторами ризику для госпіталізації у зв'язку з грипом є хвороби серця та бронхіальна астма, причому грип вимагає меншої (у США та Німеччині – в три рази) кількості госпіталізацій, ніж так званий респираторно-синцитіальний вірус, усі спроби створити вакцину проти якого провалилися⁹.

Відповідно до опублікованої статистики, щорічно грип та його

⁷ Инфекционные болезни. Справочник для всех. СПб, 2000, с. 163.

⁸ *Irving W. L. et al.* Influenza virus infection in the second and third trimesters of pregnancy: a clinical and seroepidemiological study *BJOG* 2000 Oct; 107:1282-9.

⁹ *Weigl J. A. et al.* Influenza-associated hospitalizations in children in Germany *Epidemiol Infect* 2002 Dec; 129:525-33.

ускладнення спричиняють смерті 10-40 тис. осіб у США, з яких 80% – люди похилого віку¹⁰. Цифри виглядають значно завищеними. Як ми знаємо з історії, наявність відповідної вакцини завжди стає для лікарів та їхнього начальства з різних служб по боротьбі з інфекційними хворобами відмінним стимулом завищувати наявні дані. Смерть людей похилого віку, які страждають на важкі супутні захворювання, завжди можна віднести до того, що вигідно згадувати в інтересах ринку: грипу, геомагнітних бурь, неправильного харчування, у якому чогось не вистачає або, навпаки, є надлишок чогось. Доречно нагадати, що згідно з «Журналом Американської медичної асоціації» не що інше, як діяльність американських лікарів, є третьою за поширенням причиною смерті після онкологічних та серцево-судинних захворювань, призводячи до смерті 250 000 осіб щороку¹¹. На цьому тлі грип сприймається не таким вже й страшним.

Для пересічного споживача медичних послуг штучне виділення грипу з ряду інших простудних захворювань є малоцікавим, тому що з погляду перебігу хвороби немає великої різниці у тому, якими саме вірусами (грипу, парагрипу, аденовірусами, риновірусами чи ін.) він заразиться та занедужує. Досить схожі один на одного симптоми застуди викликаються більш ніж 200 вірусами, причому 30-40% від цього числа припадає на риновіруси, щеплень від яких не існує. Автори одного російського «популярного довідника» з інфекційних хвороб, не мудруючи, так і поєднують усі ці різні за збудником та практично нерозрізнені за своїм звичайним перебігом недуги у ГРЗ (гострі респіраторні захворювання), описуючи їх як «групу хвороб, що характеризується нетривалою лихоманкою, помірною інтоксикацією, переважним ураженням верхніх дихальних шляхів»¹². Наявність великої кількості практично нерозрізнених хвороб дозволяє тим, хто заробляє на щепленнях, робити нехитрий виверт, гарантуючи щепленим, що вони не захворіють на грип. Коли ж щеплені занедужують на «щось застудне», то їм пояснюють, що вони були врятовані лише *від грипу*, причому винятково від якогось специфічного грипу, який прогнозувався на даний сезон, не кажучи вже про усі ГРЗ. Вірус грипу можна виявити імунофлюоресцентним методом, але на практиці, зрозуміло, цим ніхто не займається.

Необхідність говорити в цій книзі про грип як про окрему хворобу пов'язана лише з тим, що в останні роки на ринок щорічно викидають-

¹⁰ Nichol K. L. et al. Effectiveness of influenza vaccine in the elderly *Gerontology* 1996; 42:274-9.

¹¹ Starfield B. Is US Health Really the Best in the World? *JAMA* 2000 July 26; 284(4):483-5.

¹² Инфекционные... с. 161.

ся усе нові вакцини, які будь-якими методами намагаються нав'язати споживачеві. Спокуса гарного заробітку (адже від грипу треба неодмінно захищати всіх, від немовлят до пенсіонерів, як здорових, так і хворих!) така велика, що протигрипозні кампанії щеплень набувають небаченого досі розмаху та інтенсивності. Так, у 2003 р. компанія «Віет», партнер компанії «Медіммюн», виробника назальної вакцини-спрея «ФлюМіст», збиралася вкласти 100 млн. доларів (!) у трирічну рекламну кампанію, покликану переконати лікарів, що їхня продукція життєво необхідна для пацієнтів¹³. «Медіммюн» з «Віет» розраховували заробляти на вакцині 1 млрд. доларів щорічно¹⁴ – стільки ж, скільки «Мерк» на вакцині від гепатиту В, введених до календарів щеплень багатьох країн. І хоча рекламна кампанія «ФлюМіста» 2003 р. зазнала невдачі¹⁵, кількість бажаючих збагатитися на «вакцині для всіх» не зменшилась: на підході вже нові вакцини нових виробників.

Засобів для лікування грипу є так багато, що лише для найповерхневішого їхнього опису потрібна була б велика монографія; немає, імовірно, такої медичної школи, яка не пропонувала б своїх перевірених засобів. Думаю, що всі школи можуть погодитись між собою у тому, що хворий повинен залишатися у ліжку, пити велику кількість рідини – мінеральної води та натуральних соків, особливо цитрусових (але не напоїв або так званих нектарів, що являють собою суміш цукрового сиропу з водою), відмовитися від їжі як мінімум на весь період температури й приймати вітаміни – у першу чергу С. Про роль вітаміну С та можливості його застосування для лікування інфекційних хвороб ми будемо надалі говорити ще не раз. Поки що обмежуся цитатою: «Щодо впливу аскорбінової кислоти на імунні реакції, важливо відзначити здатність її стимулювати клітинний імунітет... Було доведено, що гіповітаміноз та авітаміноз С призводять до зниження стійкості тварин до інфекційних захворювань, і це підтверджувалося значним пригніченням вироблення антитіл, гальмуванням фагоцитозу й одночасно дискоординацією функції надниркових залоз... зниженням інтенсивності нуклеїнового та білкового обміну... Аналіз літератури останніх років переконує, що дефіцит вітаміну С, як правило, викликає помітне порушення

¹³ Spray vaccine for flu wins FDA clearance *Washington Post* June 18, 2003, pg. A01.

¹⁴ Adler N. Medimmune awaits the \$1 billion mark and a new flu drug *The Business Gazette* Feb. 7, 2003.

¹⁵ Незважаючи на 25 млн. доларів, вкладених у дев'ятитижневу рекламну кампанію під гаслом «Хто замінить тебе, коли ти захворієш на грип?», інтересу публіки, на який розраховували «Віет» та «Медіммюн», нова вакцина не викликала. Не допомогло навіть зниження ціни з 70 до 25 доларів за дозу (*Pollack A. Advertising: Nasal Spray Mishaps NY Times* November 19, 2003).

функціонування Т-системи лімфоцитів... відзначений чіткий зв'язок синтезу антитіл і концентрації вітаміну С у лімфоїдних утвореннях... Виражена недостатність вітаміну С визначається при багатьох повітряно-краплинних інфекціях: грипі, кору, кашлюку, дифтерії... Загальновизнаним є обов'язкове включення вітаміну С до комплексної терапії хворих на грип, кір, кашлюк та дифтерію...»¹⁶.

Якщо ви не бажаєте серйозної тривалості або ускладнень хвороби, штучно знижувати температуру не треба (у всякому разі, якщо вона не досягла 39°C, хоча навіть тоді гострої потреби немає)¹⁷. Оскільки майже у кожному розділі я намагаюсь приділяти увагу гомеопатичному лікуванню й профілактиці, не стане виключенням і цей. Різноманітність можливих варіантів перебігу хвороби ускладнює однозначні та зрозумілі усім читачам рекомендації¹⁸; тому обмежусь лише найзагальнішими.

У першу чергу варто обговорити питання про гомеопатичну профілактику. Специфічна гомеопатична профілактика грипу, мабуть, почалася з епідемії «іспанки» (до цього грип не розглядався ні гомеопатами, ні алопатами як серйозна хвороба, що вимагає специфічного захисту). Відомий швейцарський гомеопат д-р П'єр Шмідт (1894-1987) виготовив нозод *Influenzinum-Hispanica*, три дози якого з перервою у вісім годин він рекомендував використовувати для профілактики хвороби¹⁹. Після цього була виготовлена чимала кількість грипозних нозодів, отриманих з мокротиння хворих. Нинішній *Influenzinum* – це «специфічний біотерапевтичний препарат, динамізована антигрипозна вакцина, виготовлена спеціально для використання у гомеопатії Інститутом Пастера (Франція) з двох типів вірусів... У зв'язку із частою зміною та модифікацією вірусів,

¹⁶ Комар В. И. и др. Водорастворимые витамины в инфекционной патологии. Минск, 1991, с. 15, 40.

¹⁷ При температурі, що дуже погано переноситься, й перевищила цю відмітку, нині алопатами рекомендується давати парацетамол (але не аспірин, через його зв'язок з енцефалопатією, відомою як синдром Рея).

¹⁸ У присвяченому грипу розділі свого класичного посібника професор Тихоокеанського Ганеманівського гомеопатичного коледжу в Каліфорнії Самуель Лілієнталь (1815-1891) перелічує 42 препарати, які можуть знадобитися для лікування (*Lilienthal S. Homeopathic Therapeutics*, 1890, republ. Indian Books & Periodicals Publishers, pp. 616-620). Д-р Д. Шеперд також говорить: «Лікар-гомеопат повинен чудово знати свою Матерію медика з усіма її ліками, щоб він зміг знайти ліки, що точно відповідають симптомам хворого. До уваги необхідно брати дуже багато факторів. Існує від 30 до 40 препаратів для лікування грипу, і знайти те, що зупинить напад лихоманки та дозволить пацієнтові видужати без яких-небудь ускладнень протягом декількох днів, вкрай важко» (*Shepherd D. Homeopathy in epidemic diseases*. England, 1967, republ. 1996, pp. 51-52).

¹⁹ *Agrawal Y. R. Prophylactics in Homoeopathy*. 3rd ed., Delhi, 2000, p. 27.

характером епідеміологічного стану, різні лабораторії виготовляють численні різновиди Інфлюєнзинів з нумерацією по роках або позначенням підтипів вірусів»²⁰. Не обговорюючи зараз спірне питання про порівняльну ефективність гомеопатичних нозодів та звичайних вакцин, відзначу, що нозоди мають низку очевидних переваг за самою своєю природою. По-перше, гомеопатичний нозод виготовляється на основі вже реально існуючого матеріалу, одержаного від захворілого під час тієї епідемії, для лікування якої й готується нозод, а не задовго до імовірної епідемії на основі лише прогнозованих штамів. По-друге, для його виробництва не потрібно складного й дорогого технологічного процесу: практично необмежена кількість ліків може бути вироблена у одній фармацевтичній лабораторії протягом кількох годин. Відповідно, й ціна препарату буде набагато доступнішою за ціну вакцини. По-третє, відсутність вірусного матеріалу робить препарат безпечним.

Оскільки *Influenzinum* застосовується отут за принципом тотожності (тобто лікування проводиться тією ж речовиною, що викликала хворобу, а не тим, що викликає подібну клінічну картину), він не є гомеопатичними ліками, хоча й потенціюється (динамізується) відповідно до гомеопатичних правил. Те саме можна сказати й про інший дуже популярний нині препарат *Oscillococcinum* – автолізат з серця та печінки барберійської качки (відомого резервуара вірусів грипу), який продається по всьому світу французькою компанією «Буарон» у розведенні 200СК. Гомеопати, що мають досвід роботи з цим препаратом, схвально відгукуються про нього і як про профілактичний, і як про

²⁰ Іванів А. П. *Materia medica, история и практика использования биотерапевтических средств (нозодов, саркодов и органопрепаратов) в гомеопатической и интегративной медицине.* Одесса, 2002, с. 196. Див. там само докладну інформацію щодо гомеопатичних грипозних нозодів. Оскільки, імовірно, деякі читачі побажають ознайомитися з цією книгою, а до широкої мережі продажу у багатьох містах СНД та Балтії вона не надходила, я відсилаю їх безпосередньо до д-ра О. П. Іваніва, з яким можна зв'язатися через e-mail: ivaniv@online.com.ua

²¹ Для ілюстрації читачам, наскільки можна довіряти сучасному матеріалу, що вважається науковим, я наведу одне сміховинне «дослідження», що підготоване для престижної медичної бази даних «Кокрейн» (Cochrain) якоюсь парочкою з нью-йоркського Ракового центру Слоун-Кеттерінг (імовірно, успіхи у лікуванні онкологічних хвороб там такі великі, що знемагаючи від неробства співробітники звернули свій допитливий погляд на грип та його «альтернативне» лікування). Автори вирішили оцінити ефект *Oscillococcinum*. Вони відібрали сім опублікованих на цю тему досліджень, п'ять з яких відкинули як неадекватні (або, додам від себе, що не відповідають заздалегідь зробленим висновкам), а вивчивши ті, що залишилися, (багатий матеріал!), прийшли до наступних висновків. Автори милостиво допустили, що допомогти у лікуванні грипу ці ліки все-таки дещо можуть, але рекомендувати їх зарано, тому що потрібні дослідження за участю незрівняно більшої кількості пацієнтів (на які, додам від себе, гомеопати однаково ніколи не будуть викидати гроші,

лікувальний засіб при найрізноманітніших формах грипу. За останні роки масштаби використання цього препарату в усьому світі стали такими значними, що на нього звернули увагу навіть алопати²¹.

На ринку фармацевтичних препаратів країн СНД, особливо у Росії, є велика кількість так званих комплексних гомеопатичних препаратів, що являють собою суміші низькопотенційованих гомеопатичних ліків з числа тих, що найчастіше використовуються при грипі, на різних носіях (зазвичай ними є молочний цукор або етиловий спирт). Наприклад, комплекс «ЕДАС-903» (виробник – концерн «ЕДАС», Росія) містить у собі *Gelsemium sempervirens* C6, *Phosphorus* C6, *Aconitum napellus* C6, *Bryonia alba* C3, *Drosera rotundifolia* C3, *Rhus toxicodendron* C3; «Гомео-антигрипін» («Гомеофарма», Росія) – *Aconitum napellus* 3CH, *Bryonia alba* 3CH, *Atropa belladonna* 3CH, *Baptisia tinctoria* 3CH, *Gelsemium sempervirens* 3CH, *Allium cepa* 3CH, *Eupatorium perfoliatum* 3CH, *Ferrum phosphoricum* 3CH, *Echinacea angustifolia* 3CH, *Mercurius solubilis* 6CH. Схожий склад і в «Антигрипіна» (ТОВ «Доктор-Н», Росія), «Грип-Хель» («Біологіше Хайльміттель Хель ГМБХ», Німеччина) та інших²².

Якщо бути точним, ці препарати також не є гомеопатичними, тому що не відповідають основним гомеопатичним принципам *одночасного призначення лише одного лікарського засобу* та *необхідності попереднього прувингу* (випробування лікарського засобу на здорових дорослих добровольцях). Для приготування «комплексних ліків» кожен виробник бере перші, що спали йому на думку, речовини у довірливих розведеннях й поєднує їх у один лікарський засіб. Навряд чи варто очікувати від них великого ефекту, як для профілактики, так і для лікування грипу, тому що гомеопатичні ліки проявляють усю свою силу лише тоді, коли застосовуються за принципом справжньої по-

тому й турбуватися нема про що). Що ж стосується профілактики, то «наявні дані не свідчать на користь профілактичного ефекту гомеопатії при грипі та грипозподібних синдромах» (*Vickers A. J., Smith C. Homeopathic Oscilloccinum for preventing and treating influenza and influenza-like syndromes The Cochrane Library Issue 4, 2003. Chichester, UK*). На це я дозволю собі відповісти наступне. По-перше, безапеляційний висновок щодо ефективності цілого терапевтичного напрямку дуже погано узгоджується з поставленим самими авторами вкрай скромним завданням – досліджувати результати звітів про випробування одного виду ліків. По-друге, *Oscilloccinum*, як я вказав, є ізопатичними ліками (тобто створеними за принципом *тотожності*), а не гомеопатичними (створеними за принципом *подобі*). Апофеозом неучтв авторів, що ніколи не відкривали жодного підручника з гомеопатії, стала записана ними в абстракті статті характеристика *Oscilloccinum* як ліків, що готуються за принципом «подібне лікує подібне». Багато хто, якщо не всі матеріали «незалежних» (у першу чергу від знайомства з мінімально необхідними для таких досліджень відомостями) авторів, які беруться оцінювати гомеопатію, грішать такими ж безглуздостями.

²² Дякую д-рові Олександру Мартенсу (Москва), який надав люб'язну допомогу в отриманні цієї інформації.

доби. Тому тим, хто бажає використовувати гомеопатію у своїй домашній практиці, варто розібратися з показаннями до призначення лікарських засобів, що найбільш широко застосовуються.

Крім незмінних *Aconitum* та *Belladonna* з інших розповсюджених при грипі ліків можна виділити *Gelsemium*, *Bryonia*, *Allium cepa* й *Eupatorium perfoliatum*. У випадку *Gelsemium* хвороба розвивається дуже повільно; дитина почуває себе знесиленою й постійно дрімає; повіки важкі, немов налиті свинцем; важко поворухнути рукою або ногою через слабкість (а не через біль, як у випадку *Bryonia*). Спрага відсутня. Д-р Дороті Шеперд (ок.1885-1952) вказує, що ці ліки, так само як і *Eupatorium perfoliatum*, часто потрібні тоді, коли хвороба виникає влітку або теплою, м'якою зимою²³. Втім, крім цього та ще мерзлякуватості, ці ліки більше ніщо не споріднює: для *Eupatorium* характерний дуже сильний біль у костях та крайній неспокій, а також сильна спрага з бажанням холодної води, від якої може початися блювота. *Bryonia*, на відміну від цих двох, шукає прохолоди, відчуває погіршення від найменшого руху, а біль зменшуються при тиску на хворе місце. Спрага відсутня. *Allium cepa* показане при рясних рідких виділеннях з носа та очей.

Алопатичне лікування грипу представлено, головним чином, ліками з групи амантадинів, серед яких читачам найбільш відомий ремантадин. Про якусь їхню ефективність можна говорити тільки при грипі, викликаному вірусом типу А. Препарат має виражену токсичність, особливо відчутну у літніх пацієнтів, і, крім того, до нього швидко розвивається лікарська стійкість. Рідше використовуються блокатори нейрамінідази – у таблетках (оселтамвір) або для інгаляції (занамівир). Вони діють як проти вірусів типу А, так і проти типу В, мають меншу, у порівнянні з амантадинами, токсичність, й лікарської стійкості до них зазвичай не виникає²⁴.

Звичайно ж, говорячи про ліки, необхідно пам'ятати про незліченну кількість перевірених часом, невіддільних моді та незалежних від інтересів фармацевтичних компаній «бабусиних засобів», чия ефективність аж ніяк не поступається ефективності ліків, не кажучи вже про відсутність побічних ефектів, які можуть виявитися куди небезпечніше самої хвороби. Під час нещодавнього дослідження ефекту харчової добавки з аліцином (речовиною, що міститься у часнику та відповідає за його антивірусну активність) були отримані відмінні результати. Серед тих, хто приймав добавку, захворілих на усі види застуд виявилось втричі менше, ніж серед тих, хто одержував плацебо, а видужували вони у

²³ Shepherd D. Homeopathy... p. 54.

²⁴ Kandel R., Hartshorn K. L. Prophylaxis and treatment of influenza virus infection *BioDrugs* 2001; 15:303-23.

п'ять разів швидше. Автори також відзначили, що продемонстровано виражену антивірусну активність аліцину не тільки проти традиційних «простудних» вірусів (включаючи вірус грипу В), але й проти цитомегаловірусу, вірусу герпесу типів I та II й ін. На закінчення було сказано: «Досліджена добавка, що містить аліцин, може бути справжнім лікуванням для звичайних застуд. Результати вказують на те, що інфікування та реінфікування можуть бути ефективно відвернуті при її щоденному використанні, причому потенціал економії для національної індустрії за рахунок зниження захворюваності може бути величезним. Препарат продемонстрував виражену протівірусну активність. Необхідні подальші дослідження, щоб встановити природу та принцип його дії, яка спрямована на руйнування вірусів»²⁵. Після такої заяви, здавалося б, немає нічого логічнішого, ніж почати негайне дослідження такого простого, дешевого та всім доступного засобу, як часник, щоб реалізувати на решті той величезніший потенціал економії для національної індустрії, але... Замість цього сили та кошти викидають на утримування всіляких паразитичних контор, різних «інститутів грипу», що проїдають бюджетні мільярди без жодної користі для суспільства. Вони-то й розробляють усе нові небезпечні й неефективні вакцини, які негайно ліцензуються й стають «рекомендованими до використання». Смішна навіть думка про те, що для широкого загалу будуть офіційно запропоновані загальнодоступні, діючі й практично позбавлені побічних ефектів засоби, чие широке використання наочно продемонструє справжню ціну працям нинішніх розробників профілактики та лікування грипу.

Вакцина

«Грипозні вакцини індукують гуморальний імунітет та дуже слабо – клітинний. Імунітет короточасний, тому потрібна щорічна вакцинація. Основною причиною недостатньої ефективності протигрипозних вакцин є висока мінливість циркулюючого вірусу грипу, поява нового (або повернення старого) підтипу вірусу. У зв'язку з цим дуже рідко досягається відповідність вакцинного штаму епідемічному»²⁶.

Власне, почавши з цього, розмову про вакцину можна було б цим і закінчити, тому що все необхідне вже сказано. Якщо відповідність вакцинного штаму епідемічному й справді досягається «дуже рідко», то який сенс у введенні до організму токсичних речовин і гарантії отримання «післявакцинальної» хвороби (легкої, середньої важкості

²⁵ *Josling P.* Preventing the common cold with a garlic supplement: a double-blind, placebo-controlled survey *Advances in Therapy* July/August 2001; 18(4):189-193.

²⁶ *Медуницын Н. В.* Вакцинология. М., 1999, с. 175-176.

або важкої – тут вже кому як пощастить)? Але навіть якби жадана відповідність досягалася не рідко, а часто, то й у цьому випадку важко повірити у те, що варто піддавати себе різним пов'язаним зі щепленнями небезпекам, щоб уникнути хвороби, яка 99% хворих тримає у ліжку тиждень.

«Для профілактики грипу використовуються як інактивовані, так і живі вакцини. Інактивовані вакцини залежно від характеру імунізуючого антигену поділяються на: 1) цільновіронні; 2) субординичні, що містять тільки поверхневі антигени гемаглютинін і нейрамінідазу; 3) фрагментовані зі зруйнованого вірусу – спліт-вакцини»²⁷.

Оскільки безперервно ліцензуються та викидаються на ринок все нові вакцини проти грипу, загальну їхню кількість на ринку тієї або іншої країни назвати важко. У Росії в 2001 р. було зареєстровано десять вакцин, з них п'ять російських та п'ять закордонних²⁸. Правду кажучи, з цієї кількості того року застосовувалося тільки п'ять інактивованих спліт- та субординичних вакцин («Ваксигрип», «Флюарикс», «Бегривак», «Гриппол» та «Інфлювак»). Чому лише половина? «Цільновіронні інактивовані та живі вакцини практично не використовують через високу реактогенність»²⁹.

Калейдоскоп вакцин від грипу не дає можливості детально аналізувати їхній склад. Усі нинішні інактивовані вакцини містять залишкові кількості тімеросала (наприклад, для вакцини «Флюзон» близько 0,5 µg/0,25 mL стандартної дози або 0,01% для «Ваксигриппа»), у якому міститься 49,6% ртуті. Ці вакцини, до речі, сміливо *рекомендуються* вагітним, за відсутності жодних свідчень щодо безпечності такої процедури й при наявності відомостей про ембріотоксичність ртуті! У складі вакцин від грипу може виявлятися й формальдегід, яким інактивуються віруси. З антибіотиків, що традиційно додаються для пригнічення зростання бактеріальної флори, – гентаміцин або канаміцин. Усі вакцини містять взяті у різних пропорціях цільні штами або окремі антигени – комбінація залежить від того, який прогноз дала ВООЗ на цей рік. Вгадувати ж у вакциногрипозній лотереї, як впливає з наведеної вище цитати, вдається «дуже рідко».

Віруси вирощують на курячих ембріонах, а тому їхнє введення не рекомендоване тим, в кого є алергія на яєчний білок. З огляду на традиційну здатність вакцин до сенсibiliзації організму, можна припустити, що масове застосування цих вакцин значно збільшує кількість людей, що мають таку алергію.

²⁷ Там само, с. 177.

²⁸ *Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофилактика... с. 177-178.

²⁹ Там само, с. 178.

Відповідь на питання, кого ж варто щепити від грипу, після уважного ознайомлення з рекомендаціями американської медичної влади, досить проста: так усіх поголівно, як про те завжди мріяли виробники вакцин. Малят (з шести місяців життя) та літніх (з 64 років) – тому що вони мають ризик ускладнень за віком. Тих, хто палить – безумовно. У них вкрай високий ризик ускладнень. Батьків – щоб не заразили дітей³⁰. Дітей – щоб не заразили батьків і взагалі росли здоровими. Лікарів, медсестер, соціальних працівників та всіх, так чи інакше працюючих з людьми – щоб не заразилися самі й не заразили інших. Вагітних, починаючи з другого триместру – щоб не треба було від грипу лікуватися і тим самим шкодити плоду³¹. Мандрівників – щоб не підхопили й не рознесли по всьому світу інфекцію. Тих, хто залишаються, – щоб могли спокійно працювати на своєму місці. І, зрозуміло, у першу чергу потрібно щепити всіляких хворих, тому що вже вони-то у першу чергу ризикують отримати важкі ускладнення від грипу. По наведеним у анотації до вакцини «Флюзон» підрахункам Дорадчого комітету з імунізаційної практики, у США таких хворих є: у групі старше 65 років – 35 млн. чоловік, від 50 до 64 років – 10-14 млн. чоловік, від 18 до 49 років – 15-18 млн., від 6 міс. до 17 років – 8 млн.³² Таким чином, наполегливо рекомендується (і лікарі, отже, будуть домагатися щеплень всіма правдами й неправдами, хоча б для того, щоб застрахувати себе від можливих обвинувачень на той випадок, якщо хтось постраждає від грипу) прищепити від 68 до 75 млн. чоловік, біля чверті населення США, які офіційно визнані хворими й такими, що потребують захисту від можливих ускладнень грипу. Непоганий показник здоров'я для самої щепленої нації у світі!

На цьому тлі настанови російських вакцинаторів набагато простіші: «...Обов'язкову вакцинацію проти грипу варто проводити у будинках дитини, школах-інтернатах, дошкільних установах. Вакцинацію проти грипу в інших групах дітей проводять за бажанням батьків»³³. Те, що беззахисних дітей у дитбудинках будуть щепити, нікого не запитуючи, не повинно дивувати читачів. Для того вони й існують, вихованці дитбудинків, щоб слугувати в якості людського матеріалу для різних дослідників, у першу чергу, вакцинаторів. Але те ж саме,

³⁰ Ця вдала комерційна ідея прийшлася до душі й у Росії: «Для захисту дітей перших 6 міс життя пропонується вакцинувати все його (? – О. К.) оточення». Там само, с. 180.

³¹ Показово, що на строку до 14 тижнів щеплення не рекомендоване через можливість... випадкового збігу з викиднем! Залишається тільки розвести руками: чого-тільки не вигадують, турбуючись про репутацію вакцин, а не про здоров'я людей!

³² Influenza virus vaccine Fluzone®, 2002-2003 Formula, p. 3.

³³ Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 178.

виявляється, варто робити й у «дошкільних установах», немов і там винятково мовчазні сироти. І це незважаючи на те, що у федеральному законі «Про імунопрофілактику інфекційних хвороб» однозначно сказано, що «профілактичні щеплення проводяться за згодою громадян, батьків або інших законних представників неповнолітніх та громадян, визнаних недієздатними у порядку, встановленому законодавством Російської Федерації»³⁴.

Безпечність

Ускладнення від вакцини проти грипу відомі, численні і не щадять навіть медичних працівників, якщо ті мають необережність погодитися на щеплення. В одному проведеному в Канаді дослідженні було показано, що у 89% щеплених розвилися місцеві реакції (запалення, почервоніння, набряк), а у 49% – системні (лихоманка, стомлюваність, головний біль, нежить, запалення шийних лімфовузлів, міалгії, болі у шлунку, блювота, безсоння)³⁵. Імовірно, цей досвід назавжди відбив у канадських медиків бажання самим стати об'єктом для експериментів з вакцинами. Безпечніше і, додам, набагато прибутковіше, закликати щепитися пацієнтів.

Кращою ілюстрацією того, наскільки можуть бути небезпечні навіть такі «нешкідливі» вакцини, як вакцина проти грипу, стала сумна історія вакцини проти т.зв. свинячого грипу, про яку я хотів би коротенько розповісти у цьому розділі. Коли у лютому 1976 р. дванадцять призовників занедужали на грип у військовому таборі у Форт Дікс (Нью-Джерсі)³⁶ та один з них помер, то лікарі, нібито вивчивши анти-

³⁴ Закон «Про імунопрофілактику інфекційних хвороб» № 157-ФЗ, затверджений президентом РФ 17 вересня 1988 р., ст. 11, п. 2. Див. «Додаток».

³⁵ Scheifele D. W. et al. Evaluation of Adverse Events after Influenza Vaccination in Hospital Personnel *Canadian Medical Association Journal* 1990; 142(2):127-130.

³⁶ Нагадаю, що «велика біла чума», епідемія 1918-1920 рр., також почалася у військовому таборі, й також серед попередньо багаторазово щеплених від різних хвороб. З недавніх результатів армійських вакцинацій: щеплення від сибірської виразки відправили у шпиталі з 1998 по 2000 рр. 20 765 військовослужбовців США, причому у трьох розвинувся боковий аміотрофічний склероз, від якого вони померли. Вакцинальне начальство вважає, що зв'язку між щепленнями й хворобами немає. Мова, як завжди, йде всього лише про збір (*Evans B. An incomplete picture Daily Press – Virginia. December 4, 2005*). Аналогічним збігом з надзвичайно високим числом військовослужбовців, що вийшли у відставку, з Форт Детрік (Меріленд), у яких після численних щеплень, зокрема й від сибірської виразки, пов'язаних з їхньою роботою в лабораторії з вивчення біологічної зброї, була виявлена т.зв. моноклональна гамопатія невизначеного значення (MGUS), що передує розвитку множинної мієломи, рідкого виду раку. Деякі фахівці вказують на сквален, що входить до складу вакцини від сибірської виразки, як на можливу причину хвороби. Імунолог Жюль Фрейд (1890-1960), що експериментував у середині минулого століття зі скваленом у складі вакцин і вводив його собі, помер

генну структуру вірусу, заявили, що відбулася значна мутація й варто очікувати жакливої епідемії у національному масштабі, подібної до епідемії 1918-1920 рр. Всі, хто знаходився в таборі, були терміново щеплені вакциною «Порт Чалмерс», про яку з повагою говорили, що вона захищає від усіх штамів грипу. Незабаром після цього 500 «захищених» занедужали на грип. Центр контролю захворювань негайно створив експертну комісію на чолі зі своїми улюбленими парадними кінями, «рятівниками миру від поліомієліту» Солком і Себіним, що вирішили взяти участь ще у одній прибутковій кампанії³⁷. Незабаром з'ясувалося, що ніяких підстав для паніки не було: на курячих ембріонах експериментальні віруси росли вкрай повільно та ніякої явної епідемічної небезпеки не викликали. Крім того, у поспіху й метушні термінового створення вакцини її виробник, компанія «Парк-Девіс», забула ввести до складу вакцини необхідний антиген, що, природно, призвело до повної неефективності вакцини навіть в експерименті.

від множинної мієломи. Та ж доля спіткала деяких інших вчених, які ін'єктували собі сквален. Дослідження у цій галузі, що обіцяють чимало неприємних сюрпризів, уряд США фінансувати відмовляється (*Evans B. Sailor links rare cancer diagnosis to anthrax shot Daily Press – Virginia, December 10, 2005*). Імовірно, щеплення роблять свій внесок у захворюваність російської армії. От декілька прикладів: «...Днями у диспансер було госпіталізовано 13 солдат термінової служби Сиктивкарської військової частини №5134. Всі пацієнти прибули в полк з гарнізонів Архангельської області. За уточненим діагнозом, солдатам була зроблена протитуберкульозна внутрішкірна ін'єкція вакцини БЦЖ у неналежному місці (передпліччя)» (повідомлення *regions.ru* від 5 березня 2004 р.). «Рівно рік назад надзвичайна подія відбулася у військовій частині 723330 Північно-Кавказького військового округу. Внаслідок загадкової епідемії пневмонії один солдат загинув та 272 були госпіталізовані. Всі вони... були тільки-но призвані. За одними відомостями, солдати застудилися, коли розпарени вибігли з лазні та їхали у відкритій вантажівці. Однак після того як серед захворілих виявилось багато таких, хто в лазню не ходив, з'явилася інша версія: пневмонія стала наслідком якоїсь вакцинації. Солдати повідомили, що їм зробили три уколи, які саме – дотепер таємниця слідства. Через кілька днів у хлопців з'явилися біль у боці, кашель, висока температура. Хворим давали пігулки, від яких краще не стало...» (*Известия* 20 січня 2004). Затурканість і повна безправність солдатів, а також настільки необхідна для експериментів з щеплень повна безконтрольність, завжди як магнітом притягали вакцинаторів до збройних сил. Що не «велике польове випробування нової вакцини» у Росії, то військова частина або дитбудинок, якщо мова йде про дитячі вакцини. З тих самих причин вакцини західних компаній випробовуються у країнах третього світу, звичайно – у Латинській Америці.

³⁷ Цікаво було б довідатися про деталі роботи цього комітету, тому що Джонас Солк й Альберт Себін, як відомо, зовсім щиро ненавиділи один одного: кожний вважав саме себе головним (у крайньому випадку, другим після Дженнера або третім після нього і Пастера) рятівником. Д-р Рассел Александер, професор кафедри суспільної охорони здоров'я Вашингтонського університету, що висловив сумніви з приводу безпеки вакцини та призвав до «здорового консерватизму відносно введення до організму чужорідного матеріалу... особливо, коли мова йде про двісті мільйонів організмів», тим більше відносно заходу, що вже встиг з ганьбою провалитися у 1957 й 1968 рр., до комітету запрошений не був.

Через це створення «ефективної вакцини» затяглося ще на шість тижнів. Час минав, і тільки влітку 1976 р. з'ясувалося, що ніякої епідемії немає й не передбачається, і засмучений Себін запропонував повністю згорнути програму. Однак, на той момент відбувся перший спалах так званої хвороби легіонерів у Філадельфії, і вона стала відмінним приводом для продовження розпочатої справи. Хоча ніяких свідчень на користь того, що причиною хвороби став вірус грипу, не було (пізніше з'ясувалося, що хвороба викликається невідомим до того мікроорганізмом, який назвали легіонеллою), Центр контролю захворювань звернувся до президента Джеральда Форда для того, щоб були виділені додаткові гроші на екстрену розробку нової вакцини... проти заповітного свинячого грипу! Загіпнотизований іменами авторитетних «рятівників», відчуваючи тиск Форда, який незабаром мав йти на президентські вибори та дуже хотів зробити це в ореолі борця з напастю, що загрожує благополуччю нації, конгрес надав вагому суму у 135 млн. доларів на розробку вакцини й масове щеплення населення. Ніяких серйозних перевірок ні на безпеку, ні на ефективність вакцини, у світлі необхідності всіх терміново рятувати, звичайно ж, не проводилося – не до того було. Заява Центра контролю захворювань в особі д-ра Уолтера Дудля про те, що вакцина «так само безпечна, як чиста вода» та підписаний сертифікат про безпеку продукту були нахабним обманом. До кінця листопада 1976 р. було вироблено близько 150 млн. доз і зроблено 40 млн. щеплень, в основному людям похилого віку. Результатом щеплень дійсно стала справжня епідемія... з сотень випадків синдрому Гійєна-Барре, важкої й потенційно смертельної хвороби, що часто вимагає підключення пацієнта до апарата штучної вентиляції легень, та інших неврологічних ускладнень, причому в 113 тільки документованих випадках щеплення призвело до смерті³⁸. Страхові компанії, далекі від наукових тонкощів, раніше за інших зрозуміли, чим можуть обернутися для них рятівні щеплення, і навідріз відмовилися страхувати діяльність виробників вакцин. Як завжди в таких випадках, на порятунок прийшов добрий і щедрий уряд, який взяв на себе гарантійні зобов'язання. Доброта в підсумку обійшлася йому, за різними оцінками, у суму від 400 млн. до 3 млрд. доларів, виплачених тільки в якості компенсацій за 4 тис. позовів стосовно заподіяної здоров'ю шкоди, не кажучи вже про витрати, пов'язані з виробництвом та поширенням вакцини. На тлі понад тисячі повідомлень

³⁸ *McBean E.* Swine Flu Exposure, 1977.

³⁹ У підсумку було порушено понад 1000 позовів за синдромом Гійєна-Барре й 304 позови за смертями після щеплень від свинячого грипу (*Gaskins R.* Equity in Compensation: The Case of the Swine Flu *The Hastings Center Report* 1980, 10,1,5f. Цит. а *Diodati C. J. M.* Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p.137, n. 50).

щодо синдрому Гійєна-Барре, а також раптових смертей трьох чоловік у Піттсбурзі після щеплення проти грипу³⁹, 16 грудня 1976 р. Службою суспільної охорони здоров'я вся грипощепленева активність була повністю згорнута «для оцінки небезпек, пов'язаних з використанням вакцини». Скандал вибухнув неймовірний. Щоб переконати американців у безпеці вакцини (та врятувати власне реноме), сам президент Форд закотив рукав і мужньо одержав щеплення перед телекамерами⁴⁰. Вже 9 лютого 1977 р. вакцина з наполегливістю, яка заслуговує на краще застосування, була знову рекомендована «для тих, хто перебуває у групах ризику за фатальними наслідками цієї інфекції».

Проте кампанія того року була вже безнадійно скомпрометована. Як звичайно невчасно для вакцинаторів (див. розділ про кашлюк) з'явився і невтомний д-р Дж. Ентоні Морріс. Морріс вже встиг завоювати у них вкрай недобру славу в 1971 р., коли очолюючи лабораторію з дослідження грипозних вакцин, він звинуватив рідне Відділення біостандартів (DBS) при американському Національному інституті здоров'я (NIH), що відповідало за стандартизацію й тестування вакцин, у численних порушеннях законів, що встановлюють його діяльність. До нього приєдналася д-р Бернайс Едді, чиє ім'я нам ще зустрінеться в розділі про поліомієліт. Д-р Морріс був підтриманий відомим адвокатом Джеймсом Тернером та сенатором Абрахамом Рібікоффом з Коннектикуту, за запитом якого спочатку було створено комісію, а навесні 1972 р. відбулися сенатські слухання, на яких Відділення біостандартів неабияк трусили, а жадібна до викриттів преса смакувала виявлені факти фальсифікації даних досліджень та злочинної кругової поруки. Крім всього іншого, перевірка Генеральної інспекції конгресу (GAO) розкрила, що мало місце кричуще порушення всіх правил при схваленні серії грипозних вакцин, які *взагалі* не пройшли обов'язкові тести Відділення: співробітникам було наказано

⁴⁰ Незважаючи на безмірну повагу до свого президента, всі співробітники Білого дому (за винятком прес-секретаря) навідріз відмовилися слідувати його прикладу. Д-р Арчі Калокерінос, ім'я якого я ще буду згадувати у цій книзі (див. розділ про кір), заявив тоді про свою впевненість, що все було лише спритним інсценуванням: Форд насправді одержав «порожнє» щеплення, а не щеплення від грипу. Ніхто не насмілювався б поставити здоров'я президента США під загрозу, тим більше, що дійсну безпечність вакцини ті, хто повинні були це знати, й справді прекрасно знали. Нещодавно в одному російському крикливому телевізійному шоу слово було надано противникам щеплень. Хоча через шум та галас навряд чи можна було там щось зрозуміти, проте медична влада відреагувала негайно: через пару днів у передачі «Здоров'я» було пояснено, що сам ведучий вищезгаданого шоу щепиться від грипу щороку, а кілька популярних телеведучих отримали щеплення прямо перед телекамерами, подібно до Форда. Що ж, нічого дивного – люди чесно відпрацьовують свій хліб. Ще раніше особистий теперішній подав головний санітарний лікар РФ Г. Онищенко.

прийняти без перевірки дані, які надав виробник (у дійсності ефективність вакцини виявилася меншою за 1% від декларованої). Крім того, Морріс виявив, що жива вакцина проти грипу, вже випробована на сотнях дорослих та дітей, яка навіть одержала підтримку конгресу, при введенні мишам (що не було зроблено при перевірці) стимулювала ріст ракових пухлин⁴¹.

Ці слухання надовго запам'яталися вакцинним дільцям, і відвертої розгнужданої корупції на якийсь час поменшало. Самого ж Морріса з ініціативи Рібікоффа перевели до Управління контролю за харчовими продуктами та ліками (FDA), де він продовжив свою шкідницьку діяльність проти вакцинації. У 1976 р., про який йде мова, він розіслав різноманітним керівникам доповідну записку, в якій ділився даними роботи своєї лабораторії з вивчення вакцини проти свинячого грипу. Він заявив, що немає ніяких доказів можливості передачі вірусу свинячого грипу від людини до людини; що ефективність вакцини неможливо виміряти за визначенням; що вона просто небезпечна, тому що здатна викликати сенсибілізацію та різні неврологічні розлади – від постійного головного болю до паралічу й навіть смерті. За відсутності будь-якої реакції керівництва⁴² та кампанії з щеплень, що тривала при цьому з великим розмахом, він зважився поділитися своїми сумнівами щодо вакцини з багатомільйонною аудиторією у телепередачі знаменитого Філа Донахью, що відомий громадянам колишнього СРСР за першими телемостами, де він представляв США (Володимир Познер – СРСР). Після телепередачі Морріс був негайно звільнений «за відмову дотримуватися субординації». Цікаво, що звільнивший його директор, Олександр М. Шмідт, у середині 1980-х рр. залишив

⁴¹ Під час розглядів у справі Морріса з'ясувалося, що адміністрація Відділення біостандартів відверто «пресингувала» усіх вчених, які відмовлялися підписувати брехливі вакцинаторські заготівки, так що багато чесних фахівців змушені були покинути цю організацію. Не хтувала вона й прямими підробками. Незважаючи на те, що д-р Каспер Хайят забравував три серії грипозної вакцини (виробник не надав ніяких свідчень відсутності у вакцині слідів металів), всі вони були дозволені для використання. Д-р Б. Янг виявив інфікування вірусом герпесу нирок собаки, на яких планувалося вирощувати краснушні віруси. Керівництво Відділення відмовилося вивчати цю проблему. Обоє вчених були змушені покинути Відділення (См. *Science March 1972*, р. 1227). У 1969 р. епідеміологічний комітет (Epidemiological Board) армії США виявив, що деякі серії тифозної вакцини, що перевірені та схвалені Відділенням, *взагалі* не викликають утворення антитіл.

⁴² При цьому висновки Морріса та уроки провалу цієї кампанії були все-таки враховані у майбутньому. Коли в 1988 р. від свинячого грипу померла 32-річна жителька Вісконсина, ніхто більш й не згадував про масове щеплення. Було лише сухо відзначено, що «передача цього вірусу від людини людині не відбувається» (Leads from the MMWR: Human infection with swine influenza virus – Wisconsin *JAMA* 1988; 260:21-3116).

Управління та перейшов працювати до фармацевтичної компанії «Ледерле Лебореторіз»⁴³. Ключі від вакцинаторських скриньок завжди знаходяться поряд.

У людей, втім, коротка пам'ять, і щеплення продовжилися, ніби й нічого не сталося, у наступному сезоні. З 1978 по 1981 рр. у США було зареєстровано ще 575 випадків синдрому Гійєна-Барре, 67% з яких припали на тих, хто був щеплений раніше у 1977 р., а потім отримав друге щеплення від грипу. Це могло означати лише одне – вакцини сенсibiliзували (підвищували чутливість), і кожна наступна доза підвищувала небезпеку розвитку ускладнення. До речі, й епідемія грипу 1979-1980 рр., коли щеплення робилися особливо ретельно, не звернула на вакцинації жодної уваги. Цілком імовірно, що щеплення лише посприяли розвитку епідемії, послабивши імунну систему її майбутніх жертв⁴⁴. Про всі ці факти не гріх би пам'ятати не тільки рядовим громадянам, але у першу чергу тим, хто погрожує тотальними щепленнями населенню у світлі то атипової пневмонії, то західнонильської лихоманки, то пташиного грипу...

З 1976 р. повідомлення про випадки синдрому Гійєна-Барре, невіддільно, мов тінь, переслідують кампанії щеплень від грипу. Нещодавно колектив американських дослідників вивчив базу даних Системи повідомлень про побічні ефекти щеплень (VAERS) на предмет аналізу зв'язку синдрому Гійєна-Барре з цими щепленнями. В VAERS було зареєстровано 382 випадки синдрому Гійєна-Барре, що розвинувся після щеплень проти грипу у період з 1991 по 1999 рр. (нагадаю, що за наявними оцінками в VAERS реєструється від 1 до 10% випадків післявакцинальних ускладнень, так що справжня кількість випадків синдрому Гійєна-Барре має бути набагато вищою). Автори заявили, що ризик синдрому Гійєна-Барре у дорослих після щеплення від грипу значно перевищує такий після щеплення від правця та дифтерії (ця група ними була взята в якості контрольної). Вони виявили високу концентрацію ендотоксину вірусу грипу в грипозних вакцинах: вона перевищувала у 125-1250 (!) разів концентрацію відповідного ендотоксину у вакцині від правця та дифтерії. Що ж стосується біологічного механізму розвитку синдрому Гійєна-Барре, то дослідники припустили, що до нього призводить сполучення високої концентрації ендотоксину та аутоімунні реакції, викликані введенням вакцини⁴⁵.

Крім синдрому Гійєна-Барре та енцефалітів, також описаних як

⁴³ Coulter H. L., Fisher B. L. A Shot in the Dark. NY, 1991, p. 166-167.

⁴⁴ Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, pp. 196-198.

⁴⁵ Geier M. R. et al. Influenza vaccination and Guillain Barre syndrome small star, filled Clin Immunol 2003 May; 107(2):116-21.

ускладнення щеплення проти грипу⁴⁶, у науковій літературі можна знайти вказівки й на можливість розвитку розсіяного склерозу⁴⁷. Відповідно до дослідження д-ра Хью Фаденберга, який протягом 20 років працював у ВООЗівському комітеті експертів з імунології, у тих, хто в 1970-1980-х рр. отримав поспіль п'ять щеплень проти грипу, ризик розвитку хвороби Альцгеймера у 10 разів вище, ніж у тих, хто отримав одне або два щеплення, або не отримав жодного⁴⁸. На цьому тлі такі ускладнення від щеплення проти грипу, як невралгія трійничного нерву або міжреберна невралгія, ністагм або диплопія, порушення слуху або паралічі м'язів ока⁴⁹ виглядають зовсім безневинно.

Ефективність

Питання про ефективність вакцин проти грипу тісно пов'язане з особливостями самого вірусу. Оскільки клітинний імунітет, за цитованим вище делікатним висловом, індукується ними «дуже слабо» (що у перекладі з наукової на нормальну людську мову означає, що не індукується взагалі), то, виходить, залишається сподіватися тільки на гуморальний імунітет, тобто на антитіла. Вірусу грипу властива фантастична мінливість. А «будь-яка мінливість вірусу в рамках антигенного шифта (виникнення нових варіантів того самого підтипу вірусу) призводить до його «вислизання» від антитіл, індукованих вакцинним штамом при використанні живої вакцини та строго визначеного набору антигенів у інактивованих вакцинах»⁵⁰. Тому сама ідея вакцинопрофілактики грипу видається найвищою мірою сумнівною. Висока сероконверсія (утворення специфічних антитіл) може не мати нічого спільного з рівнем справжнього захисту від грипу цього року, що, імовірно, і відбувається в дійсності. Дуже добре це було підтверджено на прикладі спалаху важкого грипу (10% смертність) в одному з голландських будинків для людей похилого віку. Були щеплені дві третини мешканців. Захворюваність серед щеплених склала 50%, серед нещеплених – 48%. Коли стали вивчати причини провалу вакцини, то, крім іншого, з'ясувалося, що у 41% щеплених й у 36% нещеплених

⁴⁶ Ehrengut W., Allerdist H. Über neurologische Komplikationen nach der Influenza-schutzimpfung *Munch. med. Wschr.*, 1977; 119/705-710, Woods C.A., Ellison G. W. Encephalopathy following Influenza Immunization *J Pediat* 1964; 65(5):745-8, Warren W. R. Encephalopathy due to Influenza Vaccine *AMA Archives of Internal Medicine* 1956; 97:803.

⁴⁷ Hennesen W. et al. Neurologische Affektionen nach Influenza-Impfung *Der Nervenarzt* 1978; 49/90-96, Yahr M.D., Lobo-Antunes J. Relapsing Encephalomyelitis Following the Use of Influenza Vaccine *Arch Neurol* 1972; 27:182-3.

⁴⁸ Fudenberg H. Hazards of Vaccine 1 & 2 *Internat J Clin Invest* 2000, 1.

⁴⁹ Hennesen W. et al. Neurologische...

⁵⁰ Учайкин В. Ф. Вакцинопрофілактика... с. 179

були антитіла до вірусу типу А, проти якого й робили щеплення. Ніякого захисту не було⁵¹. Взагалі ж грипозні вакцини нездатні викликати утворення антитіл у достатньому титрі у багатьох літніх людей, які найбільше ризикують ускладненнями грипу. За деякими оцінками, максимальна їхня ефективність у літніх людей – 52-67%⁵². Цілком марними виявляються при ближчому розгляді щеплення й дітям, що добре видно на прикладі Японії, де масові щеплення проти грипу стартували ще у 1960 р. (було щеплено 3 млн. школярів). У 1976 р. щеплення від грипу було проголошено обов'язковим, і 17 млн. школярів з усіх вікових груп двічі на рік його справно отримували. Закінчилося усе повним провалом. Захворюваність на грип не тільки не знизилася, але й зросла у 12 разів (з 5 до 60 хворих на 100 тис.). Починаючи з 1989 р. кількість щеплених школярів почала різко скорочуватися й у підсумку знизилася в три рази (з 60% до 20%), але захворюваність на грип при цьому не зросла. Крім неефективності щеплень, вони виявилися далеко не безпечними. Протягом 1972-79 рр. було подано 142 позови з вимогами компенсації нанесеного щепленнями збитку. З найважчих наслідків щеплення: 50 дітей померли, 35 одержали важку епілепсію, а 65 почали відставати у розумовому розвитку⁵³.

Тут треба згадати й досить примітний мета-аналіз даних наукової літератури, проведений колективом авторів на чолі з італійським епідеміологом д-ром Вітторіо Демічеллі. По-перше, він встановив, що, з точки зору «користі, що переважає ризик», можна серйозно розглядати лише інактивовані грипозні вакцини – застосування живих вакцин пов'язано як з їхньою крайньою неефективністю, так і з зовсім неприйнятним ризиком важких побічних реакцій. По-друге, вони виявили, що хоча вакцина і може викликати утворення антитіл у 70-90% щеплених, максимум, на що вона здатна – попереджати грип лише у 24% клінічних випадків. При цьому слід було пам'ятати, що в середньому від місцевих реакцій страждають 69% щеплених, від системних – 26%. По-третє, за оцінкою цього авторського колективу, антивірусні препарати, хоча й запобігали грипу у 61-72% випадків, але при вже наявному захворюванні скорочували строк хвороби лише на один день. Крім того, їхнє застосування також викликало серйозні побічні

⁵¹ *Beyer W.E.P. et al. Influenza-epidemie in een verpleeghuis door een virus dat niet in het vaccin was opgenomen Ned Tijdschr Geneeskd 1993; 137/39:1973-7.*

⁵² *Palache A.M. Influenza subunit vaccine – ten years experience Eur J Clin Res 1992; 3:117-38.*

⁵³ З доповіді д-ра Ямамото «Чому уряд Японії повинен був припинити обов'язкові щеплення. Точка зору педіатра», представленої на конференції «Чи повинні щеплення бути обов'язковими або вільними?», що відбулася в Неаполі 31 травня – 1 червня 1997 р.

реакції – пригнічення або порушення ЦНС та розлад функцій травної системи. Підсумовуючи все це, автори написали: «Якщо оцінювати вакцини винятково з погляду їхньої ефективності, то вони, безумовно, є найкращим заходом профілактики грипу у здорових дорослих. Але якщо брати до уваги їхню безпечність та якість життя щеплених, то парентеральні вакцини мають таку низьку ефективність й таку високу частоту звичайних побічних реакцій, що їхнє застосування стає небажаним. Це вірно навіть тоді, коли грип зустрічається часто, а побічних ефектів лікарських засобів мало. До такого ж висновку ми дійшли щодо антивірусних... препаратів навіть при високій захворюваності на грип. *На підставі цього ми робимо висновок, що економічно найвигідніший захід – це нічого не робити*»⁵⁴.

Я не випадково почав зараз розмову про економічний аспект щеплення проти грипу, тому що саме на нього останнім часом вакцинатори особливо напірають. Важко переконати звичайну людину, яка декілька разів на рік хворіє на ГРЗ, що щеплення проти грипу – це те, що врятує його здоров'я і відверне жохливі наслідки хвороби. Це ще важче, коли щеплений повинен платити за це щеплення зі своєї кишені. У цьому випадку зацікавлені в реалізації вакцин особи намагаються усіма наявними засобами переконати керівництво, що масове щеплення дозволить відчутно заощадити на оплаті листів непрацездатності та дозволить успішно вирішити традиційну зимову проблему, пов'язану з відсутністю на робочому місці захворілих. Однак і тут рахунок виходить не на користь щеплень. Американський колектив дослідників довів, що при умовно взятій (й, імовірно, завищеній) 70% ефективності вакцини у запобіганні грипу в осіб молодше 65 років і 30-40% для тих, хто старше 65 років, при традиційній розбіжності штаму вакцини та епідемічного штаму (пам'ятаєте – «дуже рідко досягається відповідність вакцинного штаму епідемічному?»), вартість (тобто усі можливі витрати) «щепленого» індивіда перевищує на 65,59 долара вартість нещепленого. Але навіть у ті вкрай рідкі благословенні для щеплень роки, коли зненацька вдається виграти у лотерею «епідемічний штам = вакцинний штам», «щепленість» коштує на 11,17 долара дорожче на одну особу, ніж «нещепленість»!⁵⁵

Особливий інтерес викликає такий вакцинаторський винахід, як виділення вірусу грипу тоді, коли потрібне підтвердження ефективності щеплення. Наприклад, щеплений вакциною від грипу занедужує не

⁵⁴ Demicheli V. et al. Prevention and Early Treatment of Influenza in Healthy Adults *Vaccine* 2000; 18:957-1030.

⁵⁵ Bridges C. B. et al. Effectiveness and Cost-Benefit of Influenza Vaccination of Healthy Working Adults *JAMA* 2000; (284)13:1655-1663.

на грип, а на ГРЗ (ГРВІ). Під час візиту до лікаря в нього беруть пробу зі слизової оболонки носу – вірус грипу не виявляється... і це вважається доказом того, що він захищений від грипу, щеплення виявилось ефективним! Той факт, що незабаром після щеплення він захворів, на тлі придушення імунітету, на іншу респіраторну вірусну інфекцію, хоч і не грипозну, не береться до розрахунку. Адже ніхто й не говорив, що щеплення захистить від усіх ГРЗ, мова йшла *тільки про грип!* Але що виграв сам щеплений від такого обміну? Він однаково занедужав, тільки не на хворобу X, а на хворобу Y або хворобу Z, при цьому ще й отримавши токсичні речовини з вакциною.

Останнім часом надходять повідомлення про спроби «прив'язати» вакцину проти грипу до вже існуючих полікомпонентних дитячих вакцин – щоб не прогавити можливість заробітку. Немає сумнівів, що незабаром ми побачимо повідомлення про «наукові дослідження», фінансовані якою-небудь фармацевтичною компанією, згідно з якими додавання вакцини проти грипу не тільки не знижує ефективність якоїсь полікомпонентної вакцини, але й значно збільшує її.

І на закінчення розмови про ефективність щеплень від грипу я наведу цитату з порівняно недавньої статті російських авторів. Ось що вони пишуть: «Боротьба з грипом у нас в країні ведеться вже більше 30 років. Щорічна масова вакцинація населення, проведена у 1970-1980 рр., на думку наших вчених і фахівців, що займаються цією проблемою, не тільки не спричинила зниження захворюваності на грип та ГРВІ, але й не сповільнила темпів росту цих інфекцій. Так, у Москві, у період найбільш активного проведення вакцинації проти грипу (1980-1986 рр.), відзначалось значне зростання захворюваності у групі грипозоподібних інфекцій, а скасування вакцинації супроводжувалося різким зниженням захворюваності на ГРВІ. Труднощі вакцинопрофілактики грипу пов'язані насамперед з високим ступенем мінливості геному вірусів грипу А, а також деколи розбіжністю вакцинного штаму та циркулюючого вірусу, що робить вакцинацію неефективною»⁵⁶.

Отже, щеплення від грипу не тільки «не сповільнюють темпів», але й самі являють собою причину зростання захворюваності на ГРВІ. Ну, й який же висновок? «Незважаючи на це, вакцинація, безумовно, продовжує залишатися найнадійнішим засобом захисту, а щеплення необхідно робити щорічно»⁵⁷. Мимоволі виникає

⁵⁶ Сельцовский А. П. и др. Зима без гриппа. Вакцинация – основной метод борьбы с гриппом *Медицина для всех* 1999; 3(14). Пасує російському й іспанський досвід: на тлі масової грипощепленої кампанії захворюваність населення на грип зростає... на 400%. Див. Joet F. et al. Survey on vaccinations in Europe: adverse effects, epidemiology, laws, and EFVV proposals *Medical Veritas* 2005, 2:1–37.

⁵⁷ Сельцовский А. П. Зима...

питання: так чи все добре з головою у тих, хто це писав? Чи кампанії «Захистися від грипу щепленням!» й справді розраховані на розумово неповноцінних?

Висновки:

- Грип – це одне з численних захворювань, що входять до групи ГРВІ, причому не найпоширеніше (до 40% ГРВІ викликають риновіруси).
- Неефективність вакцини, пов'язана, у першу чергу, з необхідністю вгадувати різновид вірусів, який буде переважати у наступному сезоні, прекрасно задокументована в науковій літературі.
- Щеплення від грипу пов'язане з чималою кількістю ускладнень з боку нервової системи.
- Потужні рекламні кампанії, що організують виробники та розповсюджувачі вакцин, спрямовані винятково на просування останніх на ринку та не мають нічого спільного з турботою про реальне благо населення.
- Існує чимало ефективних методів профілактики й лікування грипу, натуропатичних та гомеопатичних, які ігноруються системою охорони здоров'я на користь щеплень.



Дифтерія

Дифтерія¹, так само як поліомієліт та правець, належить до групи захворювань, що найбільше жахають батьків. Навіть тих, хто готовий відмовитися від щеплень проти краснухи, паротиту або кору і в разі захворювання мужньо з ним боротися, одна думка про те, що дитина залишиться «незахищеною» від дифтерії, наводить жах. Невже це неправда, запитують батьки, що «епідемія дифтерії в Росії ще раз довела, що вакцинопрофілактиці немає альтернативи, і що тільки шляхом поголівної імунізації можна досягти реального успіху в боротьбі з цією важкою інфекцією»?² Мені хотілося б сподіватися, що перш ніж батьки почнуть метушитися у пошуках «добрих» вакцин та «правильних» вакцинальних центрів, де дитину зможуть надійно захистити від дифтерії щепленнями, вони все-таки прочитають цей розділ і замисляться над своїм вибором. На відміну від інших розділів, де мені доводилося спиратися головним чином на матеріали, що стосуються інших країн, нещодавня епідемія дифтерії у республіках колишнього Радянського Союзу надає зручну можливість обговорити цю тему на близькому для більшості з читачів прикладі.

Хвороба

Імовірно, дифтерія відома людству вже досить давно, хоча описувані давніми авторами хвороби відповідають скоріше якомусь усередненому уявленню про «круп», під яке можуть також підпадати кашлюк та важка ангіна, ніж опису дифтерії. Вважається, що європейцями дифтерія була вперше точно описана в Іспанії у XVI ст. під назвою «el garrotillo», тобто «задушлива хвороба». На Сході її описи відносяться до раннішого періоду³.

Як і при правці та кашлюку, хворобу викликає не самий мікроорганізм, а його токсин (мікроорганізм у цьому випадку – це дифтерійні коринебактерії, *Corynebacterium diphtheriae*, або палички Лефлера, що живуть навколо нас і в нас самих; описано 153 штами, які відно-

¹ Від грецького «дифтера» – шкіра, оболонка. Назву дав французький лікар і дослідник П'єр Бретанно (1778-1862).

² Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофілактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 112. І знову таке улюблене авторами слово «поголівний»...

³ Див. Nakamura A. A historical survey of diphtheria in Europe, China and Japan. Part I: ancient and medieval age *Nippon Ishigaku Zasshi* 1995 Sep; 41:369-94.

сяться до різних біотипів *C. diphtheriae*). Джерелом інфекції можуть бути як самі хворі, так і носії токсигенних, тобто здатних виробляти токсин, штамів коринебактерій⁴. «Саме по собі дифтерійне бактеріоносіяство у здоровому організмі веде до вироблення антитіл... Цей інфекційний процес протікає циклічно та закінчується, очевидно, після утворення в організмі бактеріоносія антибактеріального імунітету»⁵.

«Шлях передачі інфекції – переважно повітряно-краплинний, однак можлива передача інфекції через посуд, речі загального користування, іграшки, що використовував хворий. Для зараження повітряно-краплинним шляхом необхідний досить тісний контакт з хворим, тому що паличка дифтерії поширюється не більше ніж на 2 м від носія. Сприйнятливість до дифтерії невисока та становить 25-30%»⁶. Інкубаційний період дорівнює приблизно 3-10 дням. Найчастіше дифтерія вражає рот, глотку⁷, гортань і ніс. Дуже рідко зустрічається дифтерія шкіри, очей, статевих органів або ран. Хоча в експерименті вдавалося заражати дифтерією теплокровних тварин, єдиним резервуаром хвороби залишається людина. Характерною рисою дифтерії є утворення так званих дифтерійних плівок, що складаються з білка фібрину. Тоді як, починаючи з періоду після Другої світової війни, переважають, в основному, м'які, доброякісно протікаючі форми дифтерії, токсичні форми все-таки зустрічаються, й саме такі форми дифтерії рота та глотки дають смертність та інвалідизацію. Звичайно хвороба починається з болю у горлі при ковтанні та підйому температури (зверніть увагу, що температура при дифтерії, на відміну від інших інфекційних захворювань, майже завжди залишається порівняно низькою, не перевищуючи 38°C). «При важких токсичних формах хвороби, що призводять до смерті, стан хворого у перші ж години різко погіршується: дитина бліда, апатична, може навіть знепритомніти. На шиї з'являється набряк, що опускається вниз на груди, а іноді також піднімається на обличчя. Через набряклі тканини шиї можна прощупати значно збільшені, хворобливі, тверді... лімфатичні вузли... При огляді зіву видно величезні, що іноді замика-

⁴ «...Не менше 90% захворювань на дифтерію пов'язані з інфікуванням від «здорових» носіїв збудника дифтерії» (Инфекционные болезни. Справочник для всех. СПб, 2000, с. 177).

⁵ Сизимова Г. А. и др. Дифтерия. Кемерово, 1971, с. 50.

⁶ Самарина Н. В., Сорокина О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб, М., 2000, с. 41.

⁷ Досить розповсюдженим, але від того не менш помилковим є словосполучення «дифтерія зіву». Зів – це лише простір або отвір між порожниною рота і глоткою, а в порожнечі, зрозуміло, ніякої хвороби бути не може.

ються по середній лінії, кулясті мигдалини, суцільно вкриті товстим, складчастим, сіруватим нальотом, що виходить за межі мигдалин і поширюється на піднебіння, щоки й т.д.»⁸.

Смерть при дифтерії може наступити від механічної асфіксії внаслідок закриття дихальних шляхів дифтерійними плівками (головна причина смерті у дітей), токсичного шоку або, пізніше, від таких ускладнень хвороби, як гостра серцева недостатність на тлі дифтерійного міокардиту (головна причина смерті у дорослих) або параліч дихальної мускулатури. Взагалі, ускладнення з боку нервової системи дуже характерні для дифтерії; при дифтерії глотки парез піднебіння і глотки виникає у 5-20% хворих, а при виражених токсичних формах він зустрічається практично у всіх пацієнтів, що змушує лікарів ввести назогастральний зонд (правда, через два-чотири тижні всі порушені функції відновлюються). Частіше периферичні нейропатії або поліневрити бувають після шкірної дифтерії або дифтерії ран. Після перенесеної хвороби може залишитися неврологічний дефект у вигляді різних парезів і паралічів кінцівок. Дані щодо подальшого прогнозу дуже відрізняються. Так, в одному старому дослідженні повідомлялося, що у жодного зі 109 пацієнтів з дифтерійною полінейропатією не залишилося й слідів паралічу через сто днів⁹. Інші ж автори вказують, що через рік після перенесеної дифтерії у 80% пацієнтів з периферичним дифтерійним поліневритом ще залишалися симптоми з боку кінцівок, а 6% взагалі не могли ходити¹⁰. З появою апарату штучної вентиляції легенів (ШВЛ) проблема паралічу дихальної мускулатури багато в чому втратила свою гостроту. Для відновлення нормальних дихальних функцій звичайно потрібно два-три тижня.

Діагноз встановлюється, головним чином, клінічно. «Бактеріоскопічна діагностика дифтерії не є достовірною, тому вона не набула широкого поширення. Бактеріологічні та серологічні методи діагностики становлять більше ретроспективний інтерес, вони лише дозволяють підтвердити діагноз, поставлений раніше»¹¹.

Хоча в одних посібниках стверджується, що перенесене захворювання залишає стійкий імунітет¹², це заперечується іншими¹³, й оче-

⁸ Тимченко В. Н. и др. Все о детских прививках. СПб, 2003, с. 43.

⁹ Gaskill H. S., Korb M. Occurrence of multiple neuritis in cases of cutaneous diphtheria *Arc Neur Psychiatry* 1946; 55:449-572.

¹⁰ Logina I., Donaghy M. Diphtheritic polyneuropathy: a clinical study and comparison with Guillain-Barre syndrome *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 67:443-448.

¹¹ Самарина Н. В. Детские... с. 45.

¹² Див., наприклад, *Инфекционные...* с. 178.

¹³ «Імунітет після дифтерії нестійкий. Можливі повторні випадки зараження. Антитоксичний імунітет, що виникає після вакцинації дифтерійним анатоксином, не запобігає зараженню». Див. прим. 6.

видно, насправді не відповідає дійсності, тому що вже досить давно було показано, що при кожному черговому спалаху або епідемії дифтерії 5-10% постраждалих занедужують удруге¹⁴. З огляду на порівнянню рідкість самої хвороби, такий досить високий відсоток тих, хто хворіє вдруге, повинен насторожувати. Крім того, з тих самих старих джерел ми знаємо, що до 30% хворих на дифтерію у першій половині ХХ ст. були повністю й за всіма правилами щеплені¹⁵, що збільшує підозри. Чи не логічно припустити, що контакт з дифтерійним токсином *сенсibiliзує* організм, тобто підвищує поріг його чутливості до токсину і тим самим збільшує ймовірність захворювання на дифтерію у майбутньому, особливо на тлі соціально-економічного безладдя? На користь цього припущення може говорити й той факт, що разом з введенням обов'язкових щеплень проти дифтерії в деяких країнах збільшувалася захворюваність на неї. Так, введення обов'язкових щеплень від дифтерії в Німеччині у 1939 р. супроводжувалося спочатку незначним зниженням захворюваності (з 143,5 тис. випадків дифтерії у 1939 р. до 138,4 тис. у 1940 р.), після чого вона різко зросла: у 1941 р. було повідомлено вже про 173 тис. випадків, а у 1942 й 1943 рр. – 237 й 238,5 тис. відповідно. У Франції в останні три передвоєнні роки реєстрували від 13 до 16 тис. випадків дифтерії щороку. Під час окупаційного режиму в 1941 р. французам були нав'язані обов'язкові щеплення; протягом наступних трьох років захворюваність на дифтерію неухильно зростала й досягла 46 тис. випадків у 1943 р., хоча всі ці роки бойові дії у Франції не велися. Висадка союзних військ принесла Франції звільнення не тільки від нацистів, але й від їхніх щеплень, а з ними й від дифтерії – з 1944 р. захворюваність почала знижуватися¹⁶. Також значне (на 55%) збільшення захворюваності на дифтерію після введення щеплень від неї було зареєстровано в Угорщині. У Норвегії,

¹⁴ *Brainerd H., Bruyn H. B. Diphtheria: the present day problem California Medicine* 1951; 75:290-5, *Naiditch M. J., Bower M. G. A study of 1,433 cases observed during a ten-year period at the Los Angeles County Hospital Am J Med* 1954; 17:229-45. Вже до 1902 р. було однозначно встановлено: «Одна атака дифтерії не дає тривалого захисту перед наступною атакою. Відомо, що навіть у період видужання пацієнт може занедужати на цю ж хворобу знову, і так може повторюватися не один раз» (*Quain Dictionary of Medicine* (1902 ed.), цит. за *Shelton H. M. Vaccine and Serum Evils*, 1960).

¹⁵ *Gibbard J. et al. Diphtheria in the immunized Can J Public Health* 1945; 36:188-191, *Grant J. Clinical evaluation of diphtheria prophylaxis Lancet* 1945; 1:46-8, *Naiditch M. J. A study...* У Чикаго, під час спалаху дифтерії у 1969 р., вирішили перевірити всіх хворих. З'ясувалося, що 25% були повністю, згідно з усіма вимогами, щеплені, а в 12% щеплених «неповно» антитіла були у титрі, що перевищує «захисний» (*Mendelsohn R. The truth about immunization The People's Doctor* April. 1978, p. 1).

¹⁶ Згідно з даними таблиці, наведеної у статті *Galazka A., Tomaszuna-Blaszczyk J. Why do adults contract diphtheria? Eurosurveillance* 1997; 2:8-9.

що не проводила щеплень проти дифтерії, у 1943 р. було зафіксовано лише 50 випадків¹⁷.

До появи антидифтерійної (антитоксичної) сироватки (див. нижче) успіхи алопатії в лікуванні хвороби були найскромніші. Застосовувалися різні припікання, полоскання, зрошення (наприклад, розчином перхлориду заліза або нітрату срібла). Не забували, зрозуміло, і про каломель (хлорид ртуті), блювотні, проносні засоби... Оскільки головною причиною дитячої смертності від дифтерії була асфіксія (ядуха) внаслідок закупорки дифтерійними плівками дихальних шляхів, то активно застосовувалися трахеостомія, а пізніше (з 1885 р.) й інтубація. За винятком останньої, жоден з методів лікування не показав себе хоч скільки-небудь ефективним¹⁸. Наступним за важливістю кроком було введення в широке використання антибіотиків. Хоча спочатку пеніцилін, відкритий сером Олександром Флеммінгом (1881-1955), виявився неефективним як для лікування дифтерії, так і для запобігання її ускладнень¹⁹, особливо такого, як аспіраційна пневмонія внаслідок бульбарного паралічу²⁰, подальше поліпшення якості пеніциліну та поява інших антибіотиків відіграли свою роль. Коринебактерії чутливі практично до всіх антибіотиків, які рутинно призначають при захворюваннях верхніх дихальних шляхів. Звичайно для лікування використовують такі препарати, як еритроміцин, хлорамфенікол, кліндаміцин, ампіцилін, ципрофлоксацин і деякі інші²¹. Треба лише зауважити, що лікування антибіотиками спрямовано не стільки на боротьбу з вже наявною хворобою (на токсин вони не діють), скільки на прискорення очищення організму від виробляючих токсин коринебактерій та запобігання поширенню інфекції серед населення. Смертність, навіть з урахуванням застосування новітніх методів лікування дифтерії, залишається порівняно високою – близько 5%.

Однак, тут необхідно відзначити, що 5% – це типова «середня температура по лікарні». Ось один приклад. У 1994 р. в Боткінській лікарні у Санкт-Петербурзі перебувало на лікуванні 1860 дорослих пацієнтів. У легкій (катаральній) формі перенесли дифтерію 1256 пацієнтів (67,5%). У важкій формі дифтерія протікала у 151 пацієнта (8,1%),

¹⁷ *Diodati C. J. M.* Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 137, n. 50.

¹⁸ *Lumio J.* Studies of the epidemiology and clinical characteristics of diphtheria during the Russian epidemic of the 1990s. Academic dissertation, University of Tampere, 2003, pp. 49-50.

¹⁹ *Naiditch M. J.* A study...

²⁰ Так, пневмонія була причиною у 69 з 139 летальних випадків, пов'язаних з дифтерією, за 10 років у 1940-х рр. в окружному госпіталі Лос-Анджелеса (*Naiditch M. J.* A study...).

²¹ *Lumio J.* Studies... p. 53.

42 пацієнта (2,3%) померли. Серед померлих було 26 алкоголіків (62%). Автори роблять висновок, що ризик смерті для хворого на дифтерію не алкоголіка дорівнював лише 1%²². В іншому дослідженні були проаналізовані історії хвороб 130 дорослих, що померли від дифтерії в Санкт-Петербурзі у 1990-1996 рр. Автор статті повідомляє: «89 хворих (68,5% від загального кількості) обох статей страждали на хронічний алкоголізм, більше третини з них були соціально дезорієнтовані, не працюючі особи – бомжі... у структурі преморбідних захворювань значною була питома вага серцево-судинної патології (атеросклероз, гіпертонічна хвороба), що склала 32,3% від загальної кількості (42 спостереж.), поширеної переважно серед жінок віком понад 60 років»²³. Високий рівень передачі збудника був відзначений у таких специфічних верствах населення, які характеризуються скупченістю проживання, низьким рівнем гігієни та тісними контактами, як, наприклад, бездомні та пацієнти психіатричних клінік²⁴.

Головними факторами ризику, щодо яких немає розбіжностей у різних дослідженнях, є вік молодше 5 та старше 40 років, низький рівень життя, алкоголізм. З інших факторів були відзначені пізня госпіталізація, пізній початок лікування сироваткою (вважається, що застосування її ефективно лише у перші три дні хвороби), такі ускладнення хвороби, як міокардит та пневмонія, а також відсутність щеплень²⁵. Значення останнього фактора можна легко заперечити на підставі простої логіки та здорового глузду, навіть не солідаризуючись з позицією тієї або іншої сторони у суперечці щодо щеплень. Відомо, що в тих країнах, де щеплення потрібні за законом, лише дуже невеликий відсоток їх не отримує через відводи за бажанням батьків. Як правило, відсутність щеплень пов'язана зі справжніми медвідводами через поганий стан здоров'я дитини. Такі діти набагато більшу схильність до всіх інфекційних хвороб – як тих, що «керуються» щепленнями, так і тих, проти яких щеплень не винайдено або вони масово не застосовуються. Певна річ, що відсутність щеплень – це наслідок, а не причина; як фактор ризику варто було б вказувати

²² *Rakhmanova A. G. et al.* Diphtheria outbreak in St. Petersburg: clinical characteristics of 1860 adult patients *Scand J Infect Dis* 1996; 28:37-40. Або: «Особи, які зловживають алкоголем, становлять 14% з числа хворих з легкими формами дифтерії та 72% хворих з важкими формами дифтерії» (*Чен р.* Епідемія дифтерії в Європе. Отчет о совещании ВОЗ // Совещание по эпидемии дифтерии в Европе. Санкт-Петербург, 5-7 июля 1993 г. СПб, 1993, с. 156).

²³ *Кадырова С. Н.* Особенности дифтерийной инфекции взрослых в современных условиях. СПб, 1997, с. 8.

²⁴ *Vitek C., Wharton M.* Diphtheria in the former Soviet Union – re-emergence of a pandemic disease. WHO meeting July 1993; EUR/ICP/EPI 038 Rev 1.

²⁵ *Lumio J.* Studies... p. 48.

фонові хвороби, що супроводжуються зниженням функцій імунітету, а не наявність щеплень. Впродовж усього ХХ ст. на дифтерію у розвинених країнах та без усяких щеплень ніколи не занедужувало більш ніж 15-20% дітей популяції, охопленої цією хворобою. Імовірно, приблизно кожна п'ята-шоста дитина і є тою «слабкою ланкою», яка вражається інфекційними недугами²⁶. Побічно визнають це й автори цілком ортодоксального посібника, стверджуючи: «Соціальну групу ризику з важкості перебігу дифтерії являли непрацюючі люди працездатного віку, пенсіонери та діти з родин, що ведуть асоціальний спосіб життя. Вони, як правило, не мали щеплень»²⁷. Так якби ж вони не мали *тільки* щеплень, з цим цілком можна було б миритися, як би не ставитися до цих самих щеплень! Як правило, такі діти не мали й одягу, й нормальної людської їжі, а часом навіть даху над головою. Але це, схоже, не занадто переймає академічних укладачів товстої книги, виданої у зразковій палітурці й на дорогому папері. Їх хвилює, що у таких дітей не було щеплень! Якщо замість «непрацюючі люди працездатного віку» (от евфемізм який!) написати «алкоголіки, наркомани, бродяги та біженці», а замість «пенсіонери» – «особи, прибутків яких ледь вистачає на те, щоб не простягнути ноги», то все стає на свої місця. Це стандартний контингент для всіх інфекційних хвороб, як із щепленнями, так і без них, і дифтерія тут не є виключенням.

Говорячи про інші фактори ризику, я хотів би звернути увагу читачів на дослідження, що показало зв'язок між захворюваністю на дифтерію й хронічним тонзилітом на прикладі Астраханської області. Відомо, що хронічний тонзиліт – досить типовий прояв зниженої імунної функції. Алопатичні успіхи в його лікуванні більш ніж скромні, й досить часто справа закінчується видаленням мигдалин (тонзілектомією). У розділі про поліомієліт буде зазначено, що відсутність мигдалин є значним фактором ризику для захворювання на поліомі-

²⁶ Дуже цікава стаття була опублікована у 1931 р. Її автор дійшов до висновку, що люди, які мають ІІ (А) групу крові, не здатні до створення антитоксичного імунітету до дифтерійного токсину після перенесеної хвороби. Цит. за *Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 149.* Для поліомієліту аналогічне дослідження показало, що максимальну здатність (80%) до нейтралізації вірусу поліомієліту продемонстрували люди з ІІІ (В) групою крові, у той час як та сама здатність тих, що мають І (О) і ІІ (А), виявилася рівною лише 50%, тобто меншою на 30% (*Jungeblut C. W., Engle E. T. Resistance to poliomyelitis. The relative importance of physiologic and immunologic factors JAMA 1932; 99(25):2091-2097*). Такі дослідження зайвий раз показують, що генетичні розходження людей роблять масові кампанії вакцинації в найкращому разі безглуздими.

²⁷ *Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 232.*

еліт. Поки що наведу декілька цитат з дослідження, що зацікавило мене: «Велику кількість хворих на дифтерію виявлено у тих районах [Астраханської] області, де одночасно висока враженість населення хронічним тонзилітом. Це спостереження підтверджується статистичними дослідженнями. Результати статистичного аналізу свідчать про достовірний вплив на епідемічний процес дифтерійної інфекції поширеності хронічного тонзиліту, тобто в районах, де поширеність хронічного тонзиліту велика, різко ускладнюється епідеміологічний стан з дифтерії. Це дало нам привід розглядати хронічний тонзиліт як фонове захворювання для дифтерії на популяційному рівні... За нашими даними, наявність хронічного тонзиліту у вакцинованих підвищує ризик захворювання на дифтерію. Відсоток щеплених хворих на дифтерію, не сполучену з хронічним тонзилітом, складав 22,7%, при сполученні дифтерії ротоглотки з компенсованим хронічним тонзилітом – 31,9%, а з декомпенсованим – 38,7%...»²⁸.

До кінця XIX ст. стало зрозуміло, що дифтерія є заразним захворюванням і головним заходом профілактики має бути карантин. Хоча вжиті заходи далеко не завжди були раціональними у світлі нинішніх знань про цю хворобу, свою роль вони, безумовно, відіграли. Не менш важливим було й підвищення життєвого рівня населення, в результаті чого смертність від усіх інфекційних хвороб (і в меншому ступені захворюваність на них) почали неухильно знижуватися. У США захворюваність на дифтерію постійно знижувалася з 1900 р. – за 19-20 років до появи перших вакцин²⁹. В Іспанії з 1901 р. по 1964 р., до введення щеплення DPT, смертність від дифтерії знизилася на 98,7%, а захворюваність нею – на 97,2%³⁰.

Гомеопатія, яка раніше вже довела свою високу ефективність при лікуванні епідемічних захворювань (що було однією з причин масового переходу лікарів до гомеопатії в США і спричинило розквіт гомеопатії, що тривав там понад півсторіччя), виявилася до-

²⁸ Галимзянов Х. М. и др. Дифтерия (региональные аспекты). Астрахань, 2001, с. 5, 107.

²⁹ Collins S. D. Diphtheria incidence and trends in relation to artificial immunization, with some comparative data for scarlet fever *Publ Health Rep* 1946; 6:203-40 Для порівняння: «Велика статистика минулих років яскраво свідчить про те, що захворюваність, летальність і смертність від дифтерії завжди була вище серед дітей незаможних верств населення. Це явище спостерігається й у цей час не тільки у відсталих напівколоніальних, але й розвинених капіталістичних країнах. Так, у Південно-Африканському Союзі захворюваність на дифтерію була у 30 разів вище, ніж в Англії. Захворюваність на дифтерію в Алжирі у 1958 р. була у 12 разів вище, ніж у Франції. У США захворюваність на дифтерію серед негритянського населення у всіх вікових групах у 6 разів вище, ніж у білих» (Сиземова Г. А. Дифтерия. с. 21).

³⁰ Joet F. et al. Survey on vaccinations in Europe: adverse effects, epidemiology, laws, and EFVV proposals *Medical Veritas* 2005, 2:1-37.

силь корисною і при дифтерії. Довгий час гомеопати цілком успішно лікували дифтерію такими ліками, як *Apis*, *Cantharis*, *Kalium bichromicum*, *Lachesis*, *Mercurius corrosivus*. Так, відомий історик гомеопатії д-р Томас Л. Бредфорд (1847-1918) у своїй книзі «Логіка цифр» повідомляє, що при порівнянні результатів лікування алопатів та гомеопатів в окрузі Брум штату Нью-Йорк (нагадаю читачам, що у другій половині XIX і на початку XX ст. гомеопати мали в США власні лікарні), з'ясувалося, що смертність від дифтерії серед пацієнтів алопатів становила 83,6%, а серед пацієнтів гомеопатів – 16,4%³¹. Оскільки в середньому смертність навіть при важких формах дифтерії за відсутності будь-якого лікування становить 40-50%, то звідси напрашується ще й висновок, що звернення за лікуванням до алопатів значно зменшувало шанси пацієнтів видужати³². У 1864 р. на сцені з'явився новий перспективний гомеопатичний препарат. Перший досвід успішного застосування цих ліків виявився надзвичайно дієвим у лікуванні дифтерії й був пов'язаний з Росією. У 1864 р. дифтерією важко занедужав семирічний син німецького гомеопата д-ра Карла фон Віллерса (1817-1890), який працював на той час у Санкт-Петербурзі. Ліки, що призначав д-р фон Віллерс, вважаючи, що має справу з простою ангіною, не діяли, хвороба швидко прогресувала, і коли він запросив на консультацію свого колегу, д-ра Альфонса Бека (також німецького гомеопата, що практикував у Санкт-Петербурзі), стан дитини здавався вже безнадійним. Побачивши некротичну дифтерію, яка вже зайшла досить далеко, д-р Бек згадав, що ще в університеті він читав у якомусь судово-медичному журналі про схожу картину, що спостерігалася в родини з п'яти осіб, які отруїлися ціаністою ртуттю. Відповідно до принципу подоби були застосовані терміново виготовлені в аптеці Ф. К. Флеммінга ліки *Mercurius cyanatus* у шостому сотенному розведенні, і стан хворого почав поліпшуватися. «Двадцять друга година пройшла після першого прийому ліків, і майже вся маса сіро-зеленуватого кольору дифтеритного випоту, яка вкривала слизову оболонку зіву й мала сильний несвіжий запах, зникла... З того часу хлопчик швидко почав одужувати і через два дні ніхто й не здогадався б, що він тільки-но позбувся такої важкої й небезпечної хвороби»³³. Відтоді цей препарат увійшов до повсякденної практи-

³¹ Bradford T. L. The Logic of Figures. 1900, p. 179. Бредфорд посилається на д-ра Брауна з Бінгхемптона, який опублікував цю статистику в *Trans NY Hom Med (State)* vol iii, p. 149. Дякую Френсісу Тройхерцу (Лондон), який люб'язно надіслав мені ксерокопію потрібних сторінок цієї рідкісної книги.

³² Приблизно та сама картина (40-50% при відсутності лікування й до 70-80% смертності при алопатичному лікуванні) була відзначена і під час епідемії холери.

ки профілактики та лікування дифтерії за допомогою гомеопатії. Згодом д-р Володимир фон Дітман (1842-1904), що вилікував величезну кількість випадків дифтерії протягом своєї дванадцятирічної гомеопатичної практики, жахаючися цілковитої безпорадності алопатичного лікування цієї хвороби³⁴, не витримав і під час чергової епідемії дифтерії у 1882 р. звернувся до царя з проханням дозволити гомеопатичне лікування в госпіталі. Це прохання було підтримане ад'ютантом Його Імператорської Величності контр-адміралом О. Б. Ріхтером (1830-1907), який симпатизував гомеопатам. Далі (за словами д-ра Лева Бразоля) події розвивалися наступним чином: «Государ, що завжди симпатизував гомеопатичному методу лікування й неодноразово виявляв йому своє милостиве заступництво, наказав відкрити при Миколаївському Військовому госпіталі окрему палату для гомеопатичного лікування дифтериту. У цю лікарню

³³ Гомеопатическое лечение и профилактика дифтерита доктора медицины К. фон Виллерса. СПб, 1892 // Предупреждение и лечение болезней гомеопатическими средствами. Из архива Санкт-Петербургской гомеопатической поликлиники. СПб, 1994, с. 46. Врятований хлопчик, Олександр фон Віллерс (1857-1904), згодом став досить відомим гомеопатом та редактором великого німецького гомеопатичного щорічника.

³⁴ В одній зі своїх статей д-р фон Дітман писав про враження свого дитинства, пов'язані з дифтерією, які деякої мірою визначили його майбутній вибір на користь гомеопатії: «В нашій родині було двоє маленьких дітей, менша сестра моя п'яти років і молодший брат двох років. Сестра занедужала в неділю 16 жовтня. З'явився невеликий жар, головний біль, дитина зблідла, неохоче приймала їжу, але ще не скаржилася на горло. Всі вважали, що це незначна застуда. Надвечір жар підсилювся, ніч була дуже неспокійна, на другий день була помітна пухлина привушних та шийних залоз і дитина почала скаржитися на біль при ковтанні. Послали по лікаря. При першому ж візиті, оглянувши горло нещасної дитини, лікар категорично заявив, що це «дифтерит», і що ніякої надії на видужання немає, а залишається тільки чекати в недалекому майбутньому неминучої смерті маленької пацієнтки. Кинулися по іншого алопата. Той приїхав, оглянув дитину, знизав плечима й сказав, що нічого зробити не може. Проте, він призначив внутрішню мікстуру з соляною кислотою, а зовні кантаридну мазь, що у кілька годин перетворила всю поверхню шкії нещасної дівчинки в одну величезну виразку. Припікання пекельним каменем, що лікар намагався проводити при кожному відвідуванні, на щастя не вдалися, тому що, незважаючи на всі старання, дитина не могла достатньо відкрити рота. Весь будинок був охоплений жахом. Жак цей подвоївся, коли наступного ранку помітили, що і маленький дворічний хлопчик нездужає. Негайно поїхали по лікаря. Той знову приїхав і відразу вирішив, що і у нього дифтерит, і що порятунку ніякого немає. У середу 19, вранці о 8 годині, маленький помер після 24-годинної хвороби, а до вечора у страшних стражданнях померла і дівчинка. Довго я не міг відійти від гнітючого враження цієї жахливої події. Невже, думав я, медична наука така неспроможна? Вимирає половина майбутнього покоління, і медицина не знає нічого, нічим не може допомогти! І, нарешті, якщо вже немає ніякого порятунку, навіщо ж так по-варварськи мучити хвору дитину? Навіщо ці мушки й інше, які посилюють страждання, не приносячи ні найменшої користі?». Дітман В. А. Почему я сделался гомеопатом. Письмо в редакцию журнала «Русская речь». СПб, 1881.

незабаром було доставлено дев'ятирічну дитину з найбіднішої верстви населення, що ще неле видужала від важкого кору і вже захворіла на злоскисний дифтерит. На третій день хвороби, коли вона вже встигла викликати омертвіння зіву і мигдалин з загальним зараженням крові, зовсім безнадійного хлопчика в холодний та вітряний зимовий день через усе місто везли у відкритих санях до гомеопатичного відділення, де консультант госпіталю доктор Афанасьєв у присутності доктора Дітмана констатував «гангренозний дифтерит», і наступного дня дитина померла. Це був перший і єдиний пацієнт гомеопатичної лікарні, тому що інших хворих поліцейські лікарі сюди більше не направляли, до того ж на випробуванні знаходився лише один хворий, який і помер. Було зроблено висновок, що гомеопатичне лікування дає 100% смертність, і на цьому скінчилося порівняльне випробування гомеопатичного та алопатичного лікування дифтериту»³⁵. Того ж року в «Урядовому віснику» було опубліковано підписане вищими російськими медчиновниками рішення Медичної ради, присвячене головним чином особистості д-ра Дітмана, і лише дуже незначно – сутності його пропозиції. Як і завжди в суперечці алопатії та гомеопатії, пропозицію випробувати гомеопатію було з обуренням відкинуто на підставі винятково абстрактних концепцій та безпідставних міркувань, що спиралися на залізне «цього не може бути, тому що цього не може бути ніколи»³⁶. Цього страху перед клінічним порівнянням двох методів, яким важко страждала алопатія після паневропейських епідемій холери 1830-1840-х рр., коли з'ясувалася незаперечна перевага гомеопатії та, що найголовніше, не тільки повна неефективність, але й шкідливість традиційного лікування (кровопускання, каломель, блювотні засоби), алопати не могли позбутися дуже довго. Порівняння гомеопатії та алопатії – це предмет для окремої розмови; зараз я хотів би нагадати читачам лише факти, що стосуються історії лікування дифтерії. *Corynebacterium diphtheriae* була виявлена Едвіном Клебсом (1843-1913) з університету в Цюриху в 1883 р., а в 1884 р. німецький бактеріолог Фрідріх Льюфлер (1852-1915) з університету в Грейсвальді зумів виростити коринібактерії на штучному середовищі й довести, що саме вони викликають дифтерію. Дифтерійний токсин було виділено французьким мікробіологом Емілем Ру (1853-1933) у 1888 р., а в 1891 р. німецький мікробіолог та імунолог Еміль Адольф фон Берінг (1854-1917)

³⁵ Бразоль Л. Е. Д-р В. А. фон Дитман *Врач-гомеопат* 1904, 8-9, с. 358-362. Див. також Трифановский Д. С. По поводу нападок на учреждение больницы для лечения дифтеритных больных гомеопатией. М., 1883.

³⁶ Журнальное постановление Медицинского совета 7-го декабря 1882 года, № 457 *Правительственный вестник* 1882, № 283.

разом з японським дослідником Шибасабуро Кітасато (1852-1931) розробив протидифтерійну сироватку, яку він одержував через імунізацію тварин дифтерійним токсином, і в 1891 р. її вперше успішно застосував (у 1901 р. Берінга було визнано гідним Нобелівської премії за розробку протидифтерійної сироватки). У Росії проф. Г. Н. Габричевський (1860-1907) першим почав використовувати сироватку впродовж 1893-1894 рр. За фактичної відсутності хоча б якогось ефективного алопатичного лікування дифтерії, гомеопатичне лікування, про успішність якого заявляв далеко не один д-р Дітман, було відкинуто без будь-якої перевірки, користуючись лише правом сильного вирішувати, чим варто лікувати народ! Щоб закінчити тему використання ціаністої ртуті для лікування дифтерії, наведу ще одну цитату зі старого російського гомеопатичного журналу: «Алопати тріумфують, одержуючи 20-30% смертності при використанні сироватки. Але ті самі ж алопати, що застосовували гомеопатичний ціаністий меркурій, одержували незрівнянно менший відсоток смертності. Так, алопат д-р Коте одержав 3-4% смертності, д-р Зельден особисто 2,5%; він же зібрав з літератури понад 700 випадків в інших лікарів з загальною смертністю у 7,5%. («Альгеймайне медицинише центральцайтунг», 1886, № 37)»³⁷.

Заради справедливості треба сказати, що частку гомеопатів поділили й інші «ненаукові» лікарі. Так, лікар-натуропат Лінкольн Грехем повідомив у своїй книзі, що він лікував 400 чоловік, що занедужали на грип під час сумно відомої епідемії грипу («іспанки»), і не втратив (як і багато гомеопатів – див. розділ «Грип») жодного пацієнта. Під час епідемії дифтерії в Берліні у 1900 р. він особисто лікував 28 пацієнтів, і всі вони видужали. Метод Грехема був дуже простий: 1) повна відмова від їжі до видужання; 2) склянка води, бажано джерельної, щогодини; 3) щоденна «висока» очисна клізма; 4) холодні вологі обгортання грудної клітини при симптомах пневмонії. Інший лікар-натуропат, д-р Райт, який написав передмову до книги Грехема, повідомив, що він скептично ставився до настільки спрощеного методу лікування найважчих хвороб доти, поки не наважився особисто застосувати його у своїй практиці, а д-р Гюнтер, у клініці якого д-р Грехем проводив лікування хворих на дифтерію, переконавшись у ефективності цього способу, відразу звернувся до берлінського госпіталю «Шаріте» з пропозицією застосувати його при лікуванні хворих. Пропозиція була дуже актуальною, тому що розхвалена протидифтерійна сироватка під час цієї епідемії найчастіше виявлялася цілком неефективною. Проте у госпіталі д-ра Гюнтера чекала... тверда й рішуча відмова. Підтекст: нехай малята краще

³⁷ Федоровский Н. О безусловном вреде прививок *Врач-гомеопат* 1907, 7-9, с. 234-252.

помирають «за наукою», ніж «ненауково» видужують. Суворе дотримання принципів, нехай навіть на шкоду хворим, і цього разу виявилось дорожчим ніж здоровий глузд³⁸. Метод Грехема був далеко не єдиним, що запропонували натуропати для лікування дифтерії. У 1930-х рр. у науковій періодиці публікувалися багатообіцяючі експериментальні дані щодо ефекту впливу вітаміну С на дифтерійний токсин³⁹, які не пройшли повз увагу деяких лікарів. У 1957 р. д-р Фред Кленнер опублікував статтю, у якій ділився своїми успіхами в лікуванні різних інфекційних захворювань, серед яких і дифтерії, за допомогою вітаміну С. Особливо важким пацієнтам він вводив вітамін С внутрішньовенно по два-чотири грами кожні дві-чотири години. Ефект, за словами д-ра Кленнера, був вражаючий. З тим більшою гіркотою він писав: «І, проте, є лікарі, які скоріше будуть стояти й спостерігати, як їхній пацієнт помирає, ніж використають аскорбінову кислоту – і все лише тому, що в їхній обмеженій уяві вона може існувати тільки як звичайний вітамін»⁴⁰. У своїй публікації в 1971 р. він описав випадок, коли він і його асистенти вводили маленькій дівчинці, що занедужала на дифтерію носа, 10 г аскорбінової кислоти шприцем на 50 мл кожні вісім годин протягом доби, а потім двічі з перервою в дванадцять годин. Після цього дитина одержувала 1 г ліків у таблетках кожні дві години. Дівчинка повністю видужала⁴¹. Радянські дослідники також відзначали безсумнівний ефект вітаміну С як в експерименті, так і в клінічній практиці: «...Великі дози вітаміну С підвищують стійкість тварин до дифтерії, аскорбінова кислота здатна нейтралізувати дифтерійний токсин (І. Ф. Домбровська, М. С. Норкін). Останнім часом ці дані підтверджено роботами, які засвідчили, що віта-

³⁸ Цит. за James W. Immunization: The Reality Behind the Myth. 1988, pp. 116-117.

³⁹ Harde E., Phillippe M. M. Observations on the Antigenic Activities of Combined Diphtheria Toxin and Vitamin C *Comptes Rendus Hebdomedaires des Seances de L'Academie des Sciences* 1934; 199:738-739, Jungeblut C. L., Zwemer R. L. Inactivation of Diphtheria Toxin in Vivo and in Vitro by Crystalline Vitamin C (Ascorbic Acid) *Proceed Soc Exp Biol Med* 1935; 32:1229-1234, Sigal A., King C. G. The Influence of Vitamin C Deficiency upon the Resistance of Guinea Pigs to Diphtheria Toxin *J Pharm Exp Therap* 1937; 61:1-9, Kligler J. J. et al. Effect of Ascorbic Acid on Toxin Production of C. Diphtheriae in Culture Media *J Path Bac* (London) 1937; 45:414-429. Дякую Хіларі Батлер (Нова Зеландія), що звернула мою увагу на ці публікації. Цікаво, що в першій з них автори вказують, що надзвичайна стійкість мишей до впливу дифтерійного токсину може пояснюватися їхньою здатністю синтезувати власну аскорбінову кислоту, у той час як морські свинки й людина цієї здатності позбавлені.

⁴⁰ Klenner F. R. The black widow spider *Tri-State Medical Journal* Dec 1957. На позитивний ефект вітамініотерапії, а також гіпербаричної оксигенації вказувалося і під час останньої епідемії дифтерії в Росії. Див. Lumio J. *Studies...* p. 54. На жаль, деталі були автором опущені.

⁴¹ Klenner F. R. Observations on the Dose and Administration of Ascorbic Acid When Employed Beyond the Range of a Vitamin in Human Pathology *J Appl Nutr* Winter 1971; vol. 23, No's 3 & 4.

мінізація аскорбіновою кислотою може відновити імунітет проти дифтерії в морських свинок (А. М. Кирхенштейн і Н. С. Столігво, В. К. Берзин й ін.)»⁴² Або: «...Дифтерія зіву призводить до розвитку різкого гіповітамінозу «С». Ступінь цього гіповітамінозу залежить від токсичності та від періоду хвороби. В перші дні хвороби та в період розвитку гострого міокардиту потреба у вітаміні С різко зростає та виділення його з сечею різко знижується... Лікування токсичної дифтерії вітаміном С проводилося великими дозами, від 600 до 1200 мг (концентрат шипшини та кристалічна аскорбінова кислота)... При лікуванні токсичних форм дифтерії зіву виявилось, що застосування вітаміну С знижує смертність та поліпшує перебіг гострого міокардиту. Серед хворих, яких лікували вітаміном С, смертність втричі менше, а кількість важких міокардитів удвічі менше, ніж у контрольній групі... Лікування дифтерії вітаміном С потрібно проводити великими дозами і починати якомога раніше. Застосування великих доз концентрату та кристалічної аскорбінової кислоти жодного разу не дало ніяких ознак гіпервітамінозу»⁴³.

Зрозуміло, я повідомляю всі ці факти не з метою рекомендувати якийсь метод лікування або відговорювати від нього. Я хотів би лише привернути увагу читачів до того абсурдного стану речей, коли багатоголосий хор медиків та некомпетентних журналістів, яких підготовують фармацевтичні компанії, одноставно запевняє населення у тому, що не існує й існувати не може жодної раціональної альтернативи до схвалених офіціозом методів профілактики та лікування (у цьому випадку сироваток і вакцин). Водночас, ними замовчуються і не вивчаються емпіричні методи, що довели свою ефективність у минулому, але які не можна запатентувати та використати з метою збагачення груп зацікавлених осіб.

Ще трохи про гомеопатичне лікування дифтерії. Крім *Mercurius cyanatus*, можна рекомендувати нозод *Diphtherotoxinum* (практично замінив колись дуже популярний *Diphtherinum*⁴⁴) і такі препарати, як *Ailanthus* (напівнепритомний стан, сирувато-синє горло, червоне об-

⁴² Эсиава О. П. Значение витамина С при специфической профилактике дифтерии. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Тбилиси, 1964, с. 5.

⁴³ Гаккебуш И. В. Обмен витамина «С» при дифтерии и лечение токсической дифтерии витамином «С» // Ленинградская городская конференция эпидемиологов, микробиологов и лечащих врачей. Вопросы борьбы с дифтерией. Тезисы докладов. 20-22 октября 1940 г. Л., 1940, с. 14-16.

⁴⁴ Докладніше про гомеопатичні нозоди для лікування дифтерії та її ускладнень див. розділ «Diphtherinum, Diphtherotoxinum, Diphthericum – нозоди дифтерії» книги Іванів А. П. *Materia medica, история и практика использования биотерапевтических средств (нозодов, саркодов и органопрепаратов) в гомеопатической и интегративной медицине.* Одесса, 2002, с. 152-159.

личчя, відразливий запах з роту), *Arsenicum album* (різкий занепад сил і прострація), *Lachesis* (хвороба починається на лівій стороні й переходить на праву), *Lycopodium* (хвороба починається на правій стороні й переходить на ліву), *Arum triphyllum* (дифтерія носа)⁴⁵. Всі ці ліки можна давати у 30-му сотенному розведенні щогодини до поліпшення стану. Д-р Дороті Шеперд писала у своїй книзі: «...Протягом ось вже двадцяти років я спостерігаю, як імунізація супроводжується зростанням кількості випадків суттєвого зниження опірності, також я бачу важкі, серед яких навіть смертельні, випадки токсемії, що виникають впродовж одного-двох тижнів після щеплення... Я була офіцером медичної служби в дитячій клініці у населеному районі південної частини Лондона, де знаходилось вісім великих шкіл з чималою кількістю учнів. Щодня до нас зверталися біля сотні людей. Ми не мали потреби у спеціальних повідомленнях про те, що в якийсь з сусідніх шкіл робили щеплення – про це ми дізнавалися, коли до нас приходили юрби дітей з набряклими руками, інфікованими ранами й дерматитами, що розвилися протягом декількох днів після вакцинації. Зазвичай ми давали їм *Diphtherinum* 30 щодня, і діти швидко видужували. Згодом у багатьох дітей, що благополучно перенесли щеплення, з'являлися бородавки на руках, а також сотні їх були на обличчі, особливо на щоках, маленькі темно-коричневі, майже чорні бородавки. Після прийому *Diphtherinum* 30 вони зникали за ніч, найпізніше – за один чи два тижня»⁴⁶.

Д-р Карл фон Віллерс, якого я згадував вище, писав про *Mercurius cyanatus*: «...У моїх багаторічних спостереженнях, я дійшов до 30-го сотенного розведення, і тепер для лікування дифтериту використовую винятково його. Причому в мене виникло непохитне переконання, що зі збільшенням розчинення (тобто потенції – *O.K.*) надійність та швидкість дії ціаністого меркурію зростає та підсилюється»⁴⁷.

Наводячи тут відомості про гомеопатичне лікування дифтерії, я, втім, щиро сподіваюся, що моїм читачам не доведеться не тільки лікувати дифтерію, але й навіть коли-небудь бачити її. Токсичні форми хвороби, як вже було сказано вище, характеризуються швидкомінливою клінічною картиною та стрімким погіршенням стану хворого,

⁴⁵ У своєму класичному посібнику проф. С. Лілієнталь описує 55 препаратів, які можуть знадобитися при лікуванні дифтерії. Див. *Lilienthal S. Homeopathic Therapeutics*. 1890, republ. Indian Books & Periodicals Publishers, pp. 317-324.

⁴⁶ *Shepherd D. Homeopathy in epidemic diseases*. England, 1967, republ. 1996, pp. 28-29.

⁴⁷ Гомеопатическое лечение... с. 52. Там само д-р фон Віллерс навів наступні дані: при лікуванні низькими, десятковими розведеннями ціаністої ртуті тривалість хвороби не скорочувалася і смертність досягала 28% (що, проте, було нижчим за результати звичайного алопатичного лікування), але при лікуванні тим самим препаратом у 30-му сотенному розведенні, вона становила лише 0,666% (с. 53).

і треба мати великий гомеопатичний досвід та знання, щоб впевнено почувати себе у лікуванні таких пацієнтів. Батькам, стурбованим спалахом або епідемією дифтерії по сусідству, можна запропонувати гомеопрофілактику *Mercurius cyanatus*, що добре зарекомендувала себе⁴⁸ або один з нозодів дифтерії, згаданих вище.

До широкого розповсюдження серологічних методів наявність або відсутність імунітету до дифтерії визначалася тестом, який названо на честь угорського педіатра, професора Бели Шика (1877-1967), який відкрив його у 1908 р. і п'ятьма роками пізніше запропонував для масового виявлення сприйнятливих до дифтерії дітей. Тест полягає у внутрішньошкірному введенні 1/50 мінімальної летальної (для морської свинки) дози дифтерійного токсину; поява інфільтрації та запалення в місці ін'єкції вважається показником відсутності імунітету до дифтерії. Через декілька випадків дитячих смертей цей «абсолютно безпечний» тест було заборонено в Австро-Угорській імперії й взагалі у Європі зустріли його не дуже приязно. Набагато більший інтерес до нього виявили американці, особливо виробники біопрепаратів, і в США Шик і Ко заробили на ньому великі гроші⁴⁹. Суб'єктивність та ненадійність цього тесту не один раз ставали предметом дискусій. Публікації 1930-х рр. дуже добре демонструють коливання лікарів: не вірити тесту Шика або не вірити в захисну силу щеплень, або ж взагалі не вірити ні тому, ні іншому. Наприклад, англійський лікар Мессинг-хем повідомляв: «Ті, хто має позитивну реакцію Шика, незважаючи на багаторазовий контакт з інфекцією, не заражаються дифтерією, а наявність вірулентних штамів збудника у своєму горлі не заважає людям залишатися у відмінному здоров'ї»⁵⁰. З Единбурга в 1927 р. повідомили про 54 дітей, які заразилися дифтерією, незважаючи на

⁴⁸ Уже при Радянській владі, коли гомеопатам було заборонено лікувати гострі інфекційні хвороби, дослідження, проведені в 1930-х рр. у ЛОР-клініці Ленінградського відділення Всесоюзного Інституту експериментальної медицини (ВИЕМ), показали високий ефект впливу *Mercurius cyanatus* на токсичні штами коринебактерій. «Ціаніста ртуть і зміїна отрута, що мають певний тропізм до слизуватої носоглотки й мигдалини, успішно застосовані у мікродозі при дифтерії, повинні бути найбільш відповідними засобами також при боротьбі з дифтерійним бацилоносійством... Це припущення виправдалося на досліді, проведеному в отоларингологічному інституті лікарем-бактеріологом О. Ю. Локоткіною (дисертація на тему «Про вплив малих доз деяких лікарських речовин на флору ЛОР-органів» – захищена в 1937 р. у ГДУВ)». (Габрилович Н. Е. О возможности эффективной борьбы с дифтерийным бациллоношением // Ленинградская... с. 37-39). І це дослідження не викликало ні найменшого інтересу, хоча «особливу небезпеку представляють бактеріоносії, вакцинація дифтерійним анатоксином у цьому випадку виявляється малоефективною!» (Медуницян Н. В. Вакцинология. М., 1999, с. 139).

⁴⁹ McBean E. The poisoned needle. Suppressed facts about vaccination. 1957.

⁵⁰ Lancet February 25, 1928, p. 416.

негативний результат тесту Шика⁵¹. З Інституту Коха в Берліні було повідомлено про те, що «навіть після кількаразового захворювання дифтерією у дітей все ще виявляється позитивна реакція Шика»⁵².

Сумніви щодо цінності проби Шика висловлювалися також і в радянській літературі: «На з'їзді німецьких педіатрів (1931) реакція Шика зазнала різкої критики. Так, Поккельс відзначив, що «на жаль, реакція Шика ще відіграє відому роль у літературі». Колле заявив, що реакція Шика є недостовірною пробою... «Ревізія» реакції Шика проводилася також багатьма радянськими вченими... Підбиваючи підсумок літературної полеміки навколо питання про значення реакції Шика, П. Ф. Здродовський писав: «Реакція Шика може бути недостовірною в кожному окремому випадку, але по відношенню до цілих колективів вона може відображати загальні закономірності у повній відповідності до дійсності...»⁵³. Оскільки негативна реакція Шика може призвести до непотрібного щеплення дифтерійного анатоксину цьому «кожному окремому випадку» й, відповідно, додатковому парентеральному антигенному навантаженню та невиправданому введенню токсичних речовин, то бажано, щоб її замінила точніша проба. В наш час, звичайно, проводять серологічні дослідження, однак у багатьох країнах тест Шика все ще продовжують застосовувати. Тут цікаво відзначити, що, можливо, тест Шика пов'язаний зовсім не з наявністю або відсутністю антитіл до дифтерійного токсину, а з якимись глибокими і поки що ще невідомими механізмами імунітету, які, імовірно, використовує й гомеопатія. У гомеопатичній літературі нерідко цитують проведений у 1932 р. експеримент французького лікаря-гомеопата П'єра Шаванона (1898-1962), що дав дві дози *Diphtherotoxinum* 4M з інтервалом у шість-вісім тижнів 45 дітям з негативною реакцією Шика, після чого у всіх 45 реакція Шика змінилась на позитивну⁵⁴. Зрозуміло, не слід переоцінювати результати цього експерименту, стверджуючи, що всі 45 отримали захист від дифтерії. Але такі ж самі сумніви будуть виникати і щодо дифтерійного анатоксину! Підтвердженням гіпотези про залучення до процесу захисту від дифтерії імунних механізмів, не пов'язаних з антитілами, може бути маловідоме дослідження дев'яти британських вчених середини минулого століття, у якому було показано, що перевірка рівня антитіл до токсину в хворого на дифтерію (на прикладі спалахів дифтерії в Англії у 1939-1942 рр., особливо в Данді у 1941-1942 рр.) жодного зв'язку між захворюваністю на дифтерію та

⁵¹ Annual Report for Edinburgh 1927.

⁵² *BMJ* October 31, 1936 p. 69.

⁵³ Сизємова Г. А. Дифтерія. с. 45-47.

⁵⁴ Див., наприклад, *Golden I. Vaccination? A Review of Risks and Alternatives*. 5th ed., Australia, 1998, p. 79.

присутністю антитіл не виявило: в кого рівень антитіл значно перевищував той, що вважався «захисним», занедужували на дифтерію, тоді як, за наявності безсумнівного контакту з хворими на дифтерію, ті, в кого антитіл не було взагалі, залишалися здоровими⁵⁵. Зрозуміло, британська медична влада зробила вигляд, нібито не було ніякого дослідження, що повністю спростовує теорію вакцинального імунітету, а саме дослідження поклали під сукно.

Тих, хто читає цей розділ, в першу чергу, ймовірно, буде цікавити питання про нещодавній спалах дифтерії у країнах СНД та Балтії в 1990-х рр. Про це мова йтиме далі; поки що поділюся з читачами деякими цікавими відомостями про причини цього спалаху. Виявляється, головними пособниками дифтерії були... медичні працівники! Ось декілька прикладів.

«На психологію населення і, в першу чергу, на медичних працівників, помітно вплинула серія публікацій у спеціальній медичній літературі та у популярних медичних виданнях, а також на телебаченні та радіо про шкоду від щеплень та низьку якість вакцин. Найбільше нещеплених виявилось серед медпрацівників та членів їхніх родин... Негативне ставлення деяких медиків і населення до вакцинації збільшується ще й через те, що випадки захворювання спостерігаються й серед щеплених»⁵⁶.

«Особливе занепокоєння викликає зростання частоти відмов батьків від щеплень, причому серед них багато медичних працівників. В найближчі роки потрібно приділити більшу увагу цій проблемі»⁵⁷.

«Ефективність вжитих заходів могла б бути набагато вищою, якби не систематичні негативні виступи в засобах масової інформації всім добре відомих людей. Як це не дивно, ці виступи мають найбільший негативний вплив не на загальну популяцію міста, а на ставлення до питань імунізації з боку медичних працівників, що обслуговують доросле населення»⁵⁸.

Ключі від скриньки, втім, лежали поряд, і нічого дивного в цьому

⁵⁵ *Hartley P. et al. A Study of Diphtheria in Two Areas of Great Britain. British Medical Council. London, May 1950, Report No. 272. Докладніше про деталі дослідження див. Bayley B. M. The Story of the Salk Anti-Poliomyelitis Vaccine, 1956; передруковано в Chaitow L. Vaccination and Immunization: Dangers, Delusions and Alternatives. England, Rev. ed. 1998, pp. 48-50.*

⁵⁶ *Моисеева А., Мариєвский В. Епидемия дифтерии на Украине // Совещание... с. 33.*

⁵⁷ *Реймер А., Курмангалиева А. Заболевание дифтерией в Казахстане. Там само, с. 54. Увагу дійсно приділили: на тлі нескінченних скандалів навколо щеплень, що останнім часом у Казахстані систематично калічать дітей (див. розділ про туберкульоз), з 2005 р. вакцинація в Казахстані... стала обов'язковою!*

⁵⁸ *Люткина И., Лешкевич р. Массовая иммунизация против дифтерии в Москве: опыт и проблемы. Там само, с. 66.*

немає. Населення звикло сліпо довіряти авторитетам, «загальну популяцію» можна перекопати в безпечності вакцин, що містять «у відповідності до стандартів ВООЗ» ртуть, формальдегід й алюміній. Але коли про склад вакцин і про ті умови, де їх виготовляють та тестують, довідається, нарешті, обізнаний у токсикології медичний працівник, якого не переконаєш пустою балаканиною про нешкідливість багаторазового парентерального введення отрут, то його реакція є цілком передбачуваною, як реакція будь-якої нормальної людини. Він просто прагне відгородити себе та своїх близьких від щеплень. Ну, а коли він довідується також про «неймовірно рідкісні» ускладнення, і бачить перед собою щеплених, що хворіють нітрохи не менше за нещеплених, то бажання брати участь у вакцинаторських експериментах зі здоров'ям своїх дітей стає ще меншим.

Важко сказати, яким же насправді було «охоплення» щепленнями в республіках колишнього СРСР. Певна річ, крах імперії та розвал системи охорони здоров'я не могли сприяти великому «охопленню», але все-таки, скільки ж було щеплених і нещеплених? У матеріалах своєї доповіді та у своїй книзі⁵⁹ Г. П. Червонська наводить приклади суперечливих заяв медичних чиновників щодо реальних цифр захворюваності на дифтерію в Москві в 1992-93 рр.; різниця в кількості хворих сягає півтора-двох разів! Зі статистикою «охоплення» справи йдуть ще гірше. Неможливо знайти точні цифри того, скільки ж було щеплених і нещеплених на початок спалаху, але навіть якби вони й були опубліковані, їм, як і будь-якій статистиці, що виходить з-під пера вакцинаторів, наврояд чи можна було б довіряти. Обмежуся декількома цитатами: «У 1991-92 рр. рівень нижче 90% охоплення щепленнями з дифтеріїним анатоксином був у наступних країнах: Грузія – 45%, Ірландія – 65%, Азербайджан – 69%, Туреччина – 72%, Росія – 73%, Литва – 78%, Югославія (Сербія й Чорногорія) – 79%»⁶⁰. Російські 73% зовсім не здаються катастрофічно низьким рівнем. При цьому відповідно до іншого вакцинаторського джерела, відсоток щеплених серед дітей був набагато вище: «Щепленість проти дифтерії дітей до 14 років склала в 1989-1991 рр. у середньому *тільки* 92,5%, тобто 7,5% дітей практично не були захищені»⁶¹ (виділено мною. – О. К.). Лише за декілька років до епідемії, в СРСР, у видавництві «Медицина», було видано добротну монографію з дифтерії, в якій категорично стверджувалося:

⁵⁹ Червонская Г. П. Мифы и правда о прививках // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994 и Червонская Г. П. Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 60-61.

⁶⁰ Облапенко Г., Галазка А. Дифтерия в Европе в 1985-1992 г. // Совещание... с. 14.

⁶¹ Тайц Б. М., Рахманова А. Г. Вакцинопрофилактика. Краткий справочник. 3-е изд., СПб, 2001, с. 138.

«...Встановлено, що якщо правильній вакцинації буде піддано 60-70% дітей, то дифтерія як епідемічна хвороба перестане існувати»⁶². І раптом 92,5% щеплених – це «тільки». Як це так? Чи не занадто швидко вакцинатори змінюють свої критерії?

Інші автори не вдаються до подробиць, але натомість охоче вказують на першопричину всіх лих: «...Починаючи з 1972 р. внаслідок безпрецедентної кампанії проти профілактичних щеплень, рівень щепленості на території Росії й інших країн СНД (?? – О. К.) почав швидко знижуватися: наприкінці 80-х років він досягнув критичної позначки – 50% і нижче, що призвело до швидкого підйому захворюваності»⁶³. Або: «У Москві щорічно відмовляються від щеплень від 6 до 8 тис. чоловік, а в Саратовській області відмови від щеплень становлять більше 6% й загалом по цій області з різних причин не щеплено проти дифтерії більше 11 тис. дітей, які підлягали вакцинації...»⁶⁴.

Однак враження, що захворюваність «внаслідок безпрецедентної кампанії» неухильно зростала у 1980-х рр. та вилилася в епідемію у 1990-х рр., є цілком хибним. В архівах Мінохорони здоров'я СРСР я знайшов статистику, наведену нижче у вигляді таблиці. Дані по Україні, яка також сильно постраждала від епідемії дифтерії 1990-х рр., були використані мною для порівняння.

Таблиця 1

*Кількість хворих на дифтерію в РРФСР та УРСР за 1983-89 рр. (у дужках – у віці до 14 років)*⁶⁵

Роки	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
РРФСР	1284 (305)	1319 (320)	1187 (263)	773 (195)	755 (222)	565 (32)	593 (75)
УРСР	53 (23)	62 (19)	75 (23)	97 (28)	92 (25)	81 (17)	59 (25)

Звертає на себе увагу те, що кількість хворих серед дорослих у будь-якому році була значно вищою, ніж серед дітей (і майже такий самий розподіл був під час епідемії), і що в останні чотири роки 1980-х

⁶² Фаворова Л. А. и др. Дифтерия. М., 1988, с. 55.

⁶³ Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 112. Кампанії з відмови від щеплень ніколи не було в СРСР, тому «безпрецедентною» її могли назвати тільки люди, зовсім не обізнані з історією боротьби проти вакцинаторського насильства у різних країнах. Сподіваюся, що моя книга допоможе їм ліквідувати цей недолік своєї освіти.

⁶⁴ Садовникова В. Н., Жилина Н. Я. Массовая иммунизация // Советские... с. 59.

⁶⁵ ГАРФ, фонд № 8009, описи №№ 50 (дела №№ 678 й 3977) и 51 (дела №№ 1075, 1591-2, 2147-8, 3362, 4119-20).

рівень захворюваності на дифтерію в РФ був цілком стабільним і при цьому істотно нижчим захворюваності попередніх трьох років. Я не маю точних даних про чисельність населення РФ у ті роки, щоб зробити підрахунок, але не бачу підстав ставити під сумнів повідомлення про те, що «...У 1986-1989 рр. показники захворюваності були в межах 0,38-0,5 на 100 тис. населення... З 1986 р. відзначена тенденція до зниження смертності від дифтерії»⁶⁶. Цей низький показник захворюваності, імовірно, і відповідає даним таблиці. Також цілком виваженим є інший висновок: «...У 80-і роки стало зрозуміло, що масова імунізація дітей не тільки не ліквідувала захворюваність на дифтерію, але навіть не запобігла її періодичним підйомам»⁶⁷.

І перш ніж ненадовго залишити епідемією дифтерії, улюбленицю вакцинаторів останніх років, варто додати, що ця епідемія була якщо не очікувана, то цілком передбачувана, і до того ж ніяк не пов'язана з наявністю або відсутністю щеплень. Спалахи дифтерії в розвинених країнах (на початку 1970-х рр. у США, в 1984-1986 рр. у Швеції) незмінно виявлялися в середовищі алкоголіків та наркоманів з числа бродяг. Логічно було припустити, що стрімке зuboжіння величезної кількості людей, руйнування системи охорони здоров'я та поява тисяч біженців стануть живильним середовищем для поширення інфекційних хвороб. Проте ніхто про це серйозно не замислювався. А це необхідно було зробити хоча б для того, щоб попередити лікарів бути пильнішими щодо хвороб, що не були поширеними в останні роки. Тоді не було б ситуації, за якої «спочатку діагноз «дифтерія» навіть у хворих на токсичні форми, включаючи випадки з наступними летальними наслідками, було поставлено тільки в 37,8% випадків»⁶⁸. Як завжди, сподівалися на везіння...

Вакцина

Докладніше про вакцину АКДП (DPT) мова буде йти в розділі про кашлюк. Тут я наведу лише деякі історичні відомості та стислу інформацію про безпечність та ефективність дифтерійного анатоксину.

⁶⁶ Покровский В. И. Эволюция... с. 229.

⁶⁷ Там само, с. 230. Автори, які відчули, що ці відомості можуть бути «неправильно» пояснені, поспішили додати: «Проте, щеплення вплинули на рівень захворюваності та на важкість перебігу дифтерії. Показники захворюваності у 80-і роки були нижче в 1180 разів, а смертність – в 6000 у порівнянні з початком століття (1906-1910)». (Там само). Шкода, що вони не порівняли захворюваність на дифтерію та смертність від неї наприкінці ХХ ст. з такими в 60-х рр. ХІХ ст., а найкраще – з даними ХVІ ст., коли в Європі вперше була детально описана ця хвороба. Були б отримані, безсумнівно, ще більш вражаючі цифри «на користь щеплень».

⁶⁸ Монисов А., Ваганов Н. Дифтерия в России // Совещание... с. 25.

Вважають, що введення у практику протидифтеріної сироватки допомогло значно знизити летальність від дифтерії при її алопатично-му лікуванні⁶⁹. Правда, тут є одне маленьке, але досить суттєве «але». Справа в тому, що практично одночасно з появою сироватки, аналіз мазка з горла став рутинною справою, і численні ангіни, а також різноманітні крупі, скарлатини без вираженої висипки й ін., несподівано виявилися випадками повноцінної, хоча і м'якої дифтерії. Як відомо, летальністю певного захворювання є співвідношення кількості померлих від нього до кількості хворих на нього. Звідси виходить, що збільшення зареєстрованої кількості хворих, може істотно знизити летальність, хоча реально кількість смертей може залишатися незмінною або навіть збільшуватися⁷⁰. Крім того, відомо, що сироватка ефективна в перші два, максимум три дні хвороби. Виходить, щоб почати лікування сироваткою, потрібно передусім поставити правильний діагноз хвороби, а правильний ранній діагноз поліпшує прогноз і без лікування сироваткою; крім того, він дозволяє знизити і захворюваність за рахунок своєчасної ізоляції хворого та припинення подальшого поширення інфекції. У своїй книзі лондонський хірург Б. Бейлі, на якого я посилався у розділі про натуральну віспу, зазначає, що протягом 30 років після введення сироваткового лікування у 1894 р., кількість смертей від дифтерії в Англії та Уельсі (5197) перевищила показник попередніх 30 років (4676). При цьому він підкреслює, що одночасно зі збільшенням кількості смертей від дифтерії на тлі «рятівного» лікування, кількість смертей від скарлатини і кашлюку значно знизилася⁷¹. Залишаючи осторонь спірне питання про реальне або уявне зниження смертності завдяки сироватці, відзначаю, що застосування сироват-

⁶⁹ Згадується зниження з 40-50% до 5-10%. Див. *Naiditch M. A study...*

⁷⁰ Саме на це, як на можливу причину зниження смертності, вказується в *Singer C., Underwood E. A. The short history of medicine. 2nd ed., Oxford, 1962, pp. 434-5.*

⁷¹ *Bayley B. M. The «Schick» inoculation for immunization against diphtheria. An Exposure of its Dangers and Fallacies. 1939.* Для ілюстрації: «Якщо при сироватці спостерігається менший відсоток смертності, ніж при колишньому лікуванні, то це результат лише меншої вбивчості сироваткової отрути, ніж отрут колишнього лікування. Тлумачити ж цей менший ступінь отруйної дії сироватки, як дію цілющу і благодійну, це значить навмисне спотворювати істину, навмисне вчиняти злочин». *Федоровский Н. О безусловном... А от что пишут російські автори: «Застосування високих доз ПДС не тільки не скорочує терміни лікування хворих, але й, навпаки, може провокувати розвиток ускладнень... В результаті відмови від використання високих доз ПДС (сумарна доза ПДС при токсичних формах дифтерії з 1993 по 1997 рр. знизилася з 400 тис. до 100 тис. ОД), кількість специфічних ускладнень зменшилася у 3 рази, зокрема міокардитів – в 4,5 рази» (Бондаренко А. Л. и др. Клинико-эпидемиологические особенности дифтерии в Кировской области *Эпидемиология и инфекционные болезни* 2000, 2, 26-29).* Пояснення цим фактам у статті дати не намагалися. Сучасна наука вважає, що надлишок сироватки перешкоджає виробленню антитоксину.

ки практично ніяк не могло вплинути на захворюваність. Хоча вона поступово знижувалася через підвищення життєвого рівня населення, дифтерія залишалася головною причиною дитячої смертності у першій чверті ХХ ст. Це змусило дослідників розпочати пошуки вакцини. Зрозуміло, далеко не останню роль відіграли суто економічні міркування. Як і у випадку з іншими хворобами, дифтерійні щеплення стали чудовим бізнесом для всіх медиків, що бажають поживитися за рахунок щеплень. Деякі вакцинатори до того розперезалися, що перестали дотримуватись елементарних правил поведження, що личать людині з дипломом лікаря. Чинownik Служби охорони здоров'я штату Мічиган, д-р Гай Л. Кіфер, нітрохи не соромлячись, написав у медичному журналі свого штату в 1928 р.: «У цьому штаті щорічно народжується 100 тис. чоловік. З моменту свого народження практично всі вони сприйнятливі до дифтерії, але особливо – з віку шести місяців і до моменту, поки не будуть щеплені. Якщо всі діти будуть щеплені, і за кожного лікар одержить від 5 до 10 доларів, чистий заробіток складе від 500 тис. до мільйона доларів на рік. У Мічигані щорічно реєструється 5 тис. випадків дифтерії. Якщо лікар одержить 50 доларів за кожен випадок, то загальний дохід становитиме 250 тис. доларів. Виходить, якщо щепити всіх дітей проти цієї хвороби, то на ній, завдяки щепленням, лікарі зможуть заробити більше на суму від однієї третини до трьох чвертей мільйона доларів, не очікуючи, поки дитина заразиться дифтерією і треба буде її лікувати»⁷².

Оскільки коринебактерії, також і у своїх токсичних штаммах, чудово живуть у здоровій людині, нітрохи її при цьому не турбуючи⁷³, то питання про вакцину обговорюється тільки в контексті імунітету до дифтерійного токсину, який і викликає хворобу – перешкоджати поширенню хвороботворних штамів збудника вакцина не може за визначенням. Однак і тут є чимало проблем, причому не тільки практичних, але навіть суто теоретичних.

Як зазначалося вище, перенесення самої хвороби аж ніяк не дає міцного імунітету; зрозуміло, що ще менше на нього можна розраховувати

⁷² *Journal of the Michigan State Medical Society* Aug. 1928. Цит. за *Shelton H. Vaccine...* Там само Шелтон цитує Вільяма Пітерса, директора Служби охорони здоров'я в Цинциннаті, що радить медикам, які втратили чималий дохід від фактичної ліквідації тифу в штаті внаслідок очищення води (чому ж не за допомогою щеплень?), «іти в народ» – ширше практикувати «профілактичні» перевірки дошкільників та школярів. Результатом цього будуть додаткові щеплення, видалені мигдалини, вирвані зуби й ін., що збільшить доходи лікарів, хірургів і дантистів.

⁷³ «Люди можуть бути носіями вірулентних збудників дифтерії у своєму горлі, демонструвати позитивний тест Шика, і при цьому не виявляти жодних ознак хвороби. Більше того – навіть дослідження крові може не показати обумовлених кількостей антитоксину» (*The Swab in Diphtheria Medical Echo* October 1936; vol. 14, 55:56).

від щеплення⁷⁴. Виходить, буде потрібна неабияка кількість щеплень анатоксину, назвати які безпечними може тільки закоренілий ділок від вакцинації або людина, незнайома з основами токсикології. Цілковито недосяжна, а тому свідомо абсурдна цифра, яку називає ВООЗ, – 95% антитільно-імунного до дифтерії населення *загалом* (підкреслюю – не дитячого, а *загалом!*) як засіб епідеміологічної стабільності щодо дифтерії⁷⁵, краще від будь-яких міркувань чи розрахунків говорить про те, що анатоксина профілактика викликає дуже й дуже великі сумніви. Враховуючи те, що мова йде про токсин, стає зрозуміло, що можливі проблеми, щоб не сказати нещастя, мають бути пов'язані з технологією його інактивзації, яка може бути недостатньою або взагалі зовсім неадекватною – про таку проблему ми ще згадаємо, обговорюючи правцевий анатоксин. Так само, як і для правця, для дифтерії існує проблема цифрового відображення поняття «антитоксичний імунітет». Титр антитіл (0,01 МО/мл), що вважається нині «захисним», було довільно визначено у дослідях з морськими свинками й він може відрізнитися, наприклад, для алкоголіка, наркомана, безпритульного або того, хто хронічно недоїдає (мабуть, важливу роль при цьому відіграє нестача вітаміну С). З іншого боку, для здорової міцної дитини або дорослої людини (не кажучи про людей, *конституційно* несприйнятливих до дифтерії) і в такому титрі немає жодної необхідності – але ж роблять щеплення всім поголівно, потрібні жадані 95%! Порівняно нещодавно з'явилися публікації, в яких вже вказується на те, що титр 0,01 добре підходить для «епідеміологічних цілей»; для індивідуального захисту він має бути вищим⁷⁶. Тоді як часто потрібно ревакцинуватися? Кожні два роки? Щороку? Ще частіше? «Аналіз матеріалів про протидифтерійну імунізацію 515 осіб, що занедужали на дифтерію протягом 1955-1959 рр., показує, що більшість хворих (78,2%) були щеплені проти дифтерії, 69,6% хворих отримали останнє протидифтерійне щеплення за рік і більше до захворювання, тобто *минув досить тривалий період часу*, протягом якого внаслідок якихось причин протидифтерійний імунітет міг знизитися. Слід зазначити, що з числа хворих осіб 7,7% піддавалися другій і третій

⁷⁴ «Слід зазначити, що рівень антитоксичного імунітету після введення дифтерійного анатоксину, значно нижче в порівнянні з природним імунітетом, що формується після перенесеного захворювання» (*Медуницін Н. В.* Вакцинология с. 139). Куди ж ще нижче, коли і після перенесеного захворювання він неміцний? Це точно підмітив південноамериканський лікар Л. Гарсія, який ще у 1929 р. написав: «Всі лікарі бачать випадки повторної дифтерії, а тому важко повірити, що той імунітет, що не може дати природна дифтерія, дасть щеплення» (*Arch Latino-Amer De Peditria* January 1929).

⁷⁵ WHO/UNISEF Strategy for diphtheria control in NI. Copenhagen, 1995, CMDS01, MT04. Цит. за *Lumio J. Studies...* p. 61.

⁷⁶ *Efstratiou A., George R. C.* Microbiology and epidemiology of diphtheria *Rev Med Microbiol* 1996; 7:31-42.

ревакцинації (отримали п'ять щеплень), а 76,9% хворих були імунізовані *тільки* три-чотири рази»⁷⁷ (виділене мною. – О. К.). Якщо «три-чотири рази» це «тільки», якщо рік стає вже «досить тривалим періодом часу», і навіть ті, хто отримав всі п'ять щеплень, становлять чималий відсоток хворих, то знову й знову постає питання: скільки ж потрібно щеплень, щоб бути, нарешті, захищеним? І як часто їх потрібно робити? Читачі згадають іронію д-ра Снігирьова, цитату якого я наводив у розділі про натуральну віспу. Він писав: «Жадібно прислухаючись до голосу жерців віспощеплення, суспільство чуло в однаковій мірі: поза епідемію вони повторювали про повне знищення на визначений термін сприйнятливості в організмі до віспяної зарази шляхом запобіжних щеплень, а ледь починала загрожувати епідемія, як вони забували про знищення сприйнятливості та говорили, що потрібно повторювати щеплення...»⁷⁸. Якщо поміняти «віспощеплення» на «дифтерійне щеплення», а «віспяне» на «дифтерійне», то великої різниці не буде.

Інша проблема, характерна, втім, для епохи вакцин взагалі – несприятлива зміна епідеміологічних характеристик, яка змушує припустити, що питання дифтерії не буде вирішено у найближчому майбутньому. Остання епідемія дифтерії в колишніх республіках СРСР показала, що надія на повний курс щеплень у дитинстві як гарантію довічного імунітету у більшій частини дорослого населення, виявилася марною. Дорослі залишалися здоровими доти, поки були нормальними санітарно-гігієнічні умови їхнього життя, хоча при цьому стверджувалося, що вони-де захищені щепленнями⁷⁹. Коли ж з'явилися тисячі біженців та почала стрімко розвалюватися система санітарно-епідемічного нагляду й пенітенціарна система, а збройні сили опинилися за межою бідності, то з'ясувалося, що отримані в дитинстві щеплення ні від чого захистити не в змозі. Крім того, бездумне інтенсивне використання антибіотиків щодо будь-якого болю в горлі значно знизило циркуляцію коринібактерій у людському колективі й, тим самим, можливість одержувати бустери, антигенні «поштовхи», необхідні для формування та підтримки імунітету. Тою ж мірою масові дитячі щеплення, хоча й не здатні самі переривати циркуляцію

⁷⁷ Поволоцкий Я. Л., Мещенко В. М. Материалы по эпидемиологии и специфической профилактике дифтерии в Закарпатской области // Дифтерия. Сборник... с. 59.

⁷⁸ «Записка про віспощеплення і про значення статистики віспощеплення, представлена до Медичної ради, яка завідувала віспощепленням у Петербурзі, дорадчим членом Медичної ради, доктором медицини В. С. Снігирьовим, з нагоди очікуваного введення віспощеплення в Імперію» *Правительственный вестник* 29.11.1875, № 267.

⁷⁹ Заради справедливості відзначу, що і раніше були підозри, які не дуже афішувалися, стосовно реальної ефективності щеплень при їхньому випробуванні поганими умовами життя. Від дифтерії, незважаючи на всі зроблені за повною програмою щеплення, важко страждали американські солдати в роки Другої світової війни.

коринебактерій, не давали певному відсотку сприйнятливих до дифтерії дітей занедужати на неї і збільшити через це кількість коринебактерій, що циркулюють у популяції⁸⁰. Позбавлені, таким чином, постійного контакту з коринебактеріями, дорослі стали сприйнятливішими до дифтерії. Якщо до початку масових кампаній вакцинації діти становили не менше 70% хворих, а, як правило, їхня кількість була навіть значно більшою, то в епоху щеплень на дифтерію почали занедужувати та вмирати від неї переважно дорослі⁸¹. У 1980 р. радянський педіатр проф. С. Носов писав: «У минулому навіть за високого рівня захворюваності на дифтерію хворіла на неї відносно невелика частина населення. Дорослі хворіли рідко. Вони були захищені за рахунок імунітету, набутого у процесі носійства та підкріпленого повторним інфікуванням (бустероефект). Таке уявлення підтверджується результатами досліджень останніх років, які показали наростання титрів антитоксину в процесі носійства. Якщо в цей час захворюваність на дифтерію обмежується спорадичними випадками, а носійство токсигенних дифтерійних бактерій хоча і не припинилося, але різко скоротилося, то й тим самим майже припиняється природна імунізація – підкріплення імунітету внаслідок повторного носійства. Чи не можна очікувати при цих умовах відновлення сприйнятливості до дифтерії в дорослого населення? Чи не будуть потрібні додаткові ревакцинації для підтримки імунного стану й у дорослих? На це питання в цей час відповісти важко»⁸². Принаймні на перше питання цілком переконлива відповідь була отримана у 1990-х роках.

Крім проблеми захворюваності на дифтерію дорослих, треба відзначити, що жінки, які не контактували достатньою мірою з коринебактеріями та втратили (якщо мали взагалі) щеплений імунітет до дітородного віку, не можуть передати антитіла своїм малютам, залишаючи їх беззахисними перед дифтерією, тоді як у дощепленево-доантибіотичну еру діти були захищені материнськими антитілами до шести місяців життя (саме тому вище було процитовано мічиганського медчиновника, який говорив про те, що особливо сприйнятливими діти стають після шести місяців). Відсутність такого захисту змушує все більше знижувати вік ще-

⁸⁰ Див., наприклад, *van Geldermalsen A. A., Wenning U. A diphtheria epidemic in Lesotho, 1989. Did vaccination increase the population's susceptibility? Ann Trop Paediatr 1993; 13:13-19.*

⁸¹ Лікарі Одеської міської інфекційної лікарні, які узагальнили статистику пацієнтів, що лікувалися в них у 1992-98 рр., повідомляють: «З більш ніж тисячі хворих на дифтерію... тільки 219 (21%) склали діти у віці до 10 років, і ще 5% – у віці 10-14 років. Всі інші були люди більш старшого віку. Для порівняння вкажемо, що на початку ХХ сторіччя (1896-1905) на частку дорослих припадало лише 4,5% (*Васильев К. Г., Савчук А. И. Эпидемия дифтерии среди взрослых Эпидемиология и инфекционные болезни 2003, 2, с. 6-9*).

⁸² *Носов С. Д. Инфекционные болезни у детей в прошлом и настоящем. Л., 1980, с. 45.*

плених, що не може не викликати цілком логічної стурбованості. У Росії перше щеплення робиться у три місяці, у деяких країнах – вже у два. Очевидно, незабаром буде потрібно робити його відразу після народження, а наступним етапом буде вже вакцинація у материнській утробі?

Дифтерійний анатоксин широко представлений на ринку вакцин. Він входить до складу полікомпонентних препаратів АКДП (адсорбована кашлюкова-дифтерійно-правцева вакцина), АДП-анатоксин (адсорбований дифтерійно-правцевий анатоксин), АДП-М-анатоксин (адсорбований дифтерійно-правцевий анатоксин зі зменшеним вмістом антигенів) і АД-М-анатоксин (адсорбований дифтерійний анатоксин зі зменшеним вмістом антигенів). Крім того, на російському ринку наявні вакцини компанії «Авентіс Пастер» – «Тетракок», «Д.Т. Вакс» і «Д.Т. Адюлт». Консервантами в усіх вакцинах, за винятком «Тетракока», є мертіюлат (у «Тетракокі» – 2-феноксietenол). Дифтерійний та правцевий анатоксини сорбовані на гідроокису алюмінію⁸³. Оскільки токсини інактивують формальдегідом, то зрозуміло, що і він (у якій кількості – питання, пов'язане з технологією виробництва та контролем) буде виявлятися у вакцині.

Відповідно до останнього російського календаря щеплень, діти отримують курс із трьох щеплень у віці 3; 4,5 та 6 міс. Перша ревакцинація проводиться у 18 місяців, друга – у 7 років, третя – у 14. Дорослим не тільки рекомендують, а й активно нав'язують, нередко й за допомогою протизаконних методів, ревакцинацію від дифтерії, як і від правця, кожні 10 років⁸⁴.

Безпечність

Однією з перших антидифтерійних вакцин була суміш дифтерійно-гетоксину та антитоксину. У Далласі (Техас) 12 і 13 листопада 1919 р. було зроблено кілька сотень щеплень, які призвели до трагедії. Хоча влада, як завжди, намагалася применшити її розміри та повідомила лише про 50 випадків ускладнень від щеплення, насправді постраждалих виявилось 120 (саме така кількість фігурувала у пізніших звітах), причому 10 дітей померли (7 – від токсемії, 3 – від паралічу дихальної мускулатури)⁸⁵. Практично у всіх дітей, які отримали щеплення, що ро-

⁸³ Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 112-14.

⁸⁴ Анисимова Т. Б. Прививки: полный календарь, сроки, показания и противопоказания. РнД, 2003, с. 10.

⁸⁵ Лікарі та виробник довго перекладали провину один на одного. У підсумку судового розгляду винною була визнана компанія-виробник «Эйч Кей Мьюлфорд Ко», яка й виплатила батькам загинлих дітей компенсацію. Стрілочника було знайдено компанією в особі розповсюджувача вакцини, якогось Пірса Руссела. Докладніше див. McBean E. The poisoned...

билося у дельтоподібний м'яз, протягом двох-восьми годин виникав нестерпний біль, після чого з'являлися нудота, блювота, набряк м'язів плечового пояса, гострий лімфангіт. Д-р Парк, який перевіряв цю серію вакцини, виявив, що вміст вільного дифтерійного токсину в 50 (!) разів перевищував припустимий. У Бадені 8 вересня 1924 р. дитина померла від дифтерії. Того ж дня занедужала й інша та через три дні померла. 12 вересня всі 34 дитини (6 немовлят і 28 старших дітей), що контактували з хворими, отримали щеплення з 1 мл суміші токсину з антитоксином (інокуляційний матеріал Левенштейна-Буссона з Віденського серологічного інституту) підшкірно у живіт. Через день у багатьох почалися явища некрозу шкіри, запалення та набряк поширювалися у пахову та пахову області. У 6 щеплених не було реакцій взагалі, у 11 – м'які, у 17 – важкі. Незважаючи на проведенне лікування, 4 немовлят та 3 дітей старшого віку померли. При розтині у всіх дітей було виявлено крововиливи в наднирники, за винятком однієї дитини, що померла пізніше всіх, на 41-й день, від пахіменінгіту.

Французький дослідник Гастон Рамон (1886-1963) з Інституту Пастера першим розробив метод інактивації дифтерійного токсину формальдегідом, отримавши анатоксин, однак методи стандартизації та очищення були тоді настільки примітивними (і нині вони залишаються дуже і дуже недосконалими, це постійно відчувають на собі тисячі щеплених дітей та дорослих), що багато вакцин, крім очевидної шкоди, не приносили ніякої користі або, кажучи сучасною мовою, характеризувалися дуже низькою імуногенністю, а тому широкого поширення в Європі щеплення від дифтерії не набули⁸⁶. Крім того, навіть через 10-15 років лікарі, що випробовували анатоксин, та хірурги підкрес-

⁸⁶ Російські автори, натхненні щирим бажанням продемонструвати успіхи щеплень, напевно, помиляються, повідомляючи: «Високорозвинені країни (країни Західної Європи, США, Канада, Японія) швидко налагодили виробництво препарату Рамону – дифтерійного анатоксину, і до початку 30-х років приступили до масової імунізації дитячого населення, що призвело до різкого зниження (у десятки разів) захворюваності на дифтерію» (*Покровский В. И. Эволюция... с. 218*). Згідно з іншими, менш вражаючими (й, імовірно, більше точними) даними, з числа європейських країн щеплення у 1930-х рр. використалися лише у дуже обмеженому масштабі, в основному в Німеччині та Угорщині. У всіх інших європейських країнах програма дитячих щеплень стартувала лише у другій половині 1940-х рр., та й то скоріше як відповідь на вже підзабуті епідемії, які спалахнули під час Другої світової війни. Див. *Lumio J. Studies... pp. 58-9*. У кожному разі, ясно, що ні обов'язковими, ні навіть масовими щеплення в Європі до Другої світової війни не були. Так, уроки протистояння населення щепленням проти натуральної віспи не пройшли задарма – Міністерство охорони здоров'я Англії вкрай насторожено ставилося до нових вакцинацій і, маючи вражаючу інформацію про їхню непередбачуваність і небезпеку, не поспішало гаряче рекомендувати цю процедуру і відносно до дифтерії. Див. *Lewis J. The Prevention of Diphtheria in Canada and Britain 1914-1945 J Soc Hist 1986; (20):163-176*.

лювали, що він дає зовсім неприйнятну кількість важких побічних реакцій (їх зазnamenали до 80% щеплених!), набагато більше ніж тих, що зустрічалися при використанні токсину в суміші з антитоксином⁸⁷. Використання сумішей токсину з антитоксином і навіть з рамоновським анатоксином тривало ще дуже довго, доки не відбувся остаточний перехід на щеплення самим анатоксином. Відома чимала кількість випадків, коли діти ставали жертвами дифтерійних щеплень. От лише деякі з них.

У Бундаберзі (Австралія) 27 січня 1928 р. 8 дітей отримали другу дозу дифтерійного щеплення, а 13 – першу. Того ж або наступного дня важко занедужали 18 з них; 11 померли 28 січня, а один – 29-го. Троє з загиблих були синами однієї матері – в один день через щеплення вона втратила всіх своїх до того здорових та веселих дітей. Дві померлі дівчинки також були з однієї родини; їхній брат важко занедужав, але залишився живий⁸⁸. У Ташкенті в 1926 р. 14 дітей «помилково» отримали токсин замість анатоксину. 8 померли тієї ж ночі, 4 пізніше, на тлі поліневриту. Лікування антитоксином виявилось марним. У Меделіні (Колумбія) 48 дітей з позитивною реакцією Шика отримали щеплення в дитячому центрі Лас Салас Кунас у жовтні 1930 р., 16 з них померли. У провінціях Ровіго й Венеція (Італія), як повідомлялося, «кілька сотень» дітей отримали щеплення у квітні 1933 р. Близько 30 дітей померли. У Кіото (Японія) 4 та 5 листопада 1948 р. 15 561 дитина віком від кількох місяців до 13 років отримали другу дозу антидифтерійної вакцини. У результаті 606 дітей занедужали, 9 померли протягом наступних кількох днів і ще 59 – пізніше. 80% хворих та 90% померлих були молодше двох років⁸⁹.

Певна річ, завжди, коли це було можливо, медики намагалися приховати такі факти від широкого загалу, боячись розплати за результати своєї «профілактики» та не бажаючи дискредитувати щеплення. Хоча д-р Дж. К. Марлін з лондонського госпіталю Гаю повідомив своєму начальству про 80 випадків паралічу (це лише в одному госпіталі, читачі!), що виник у дітей після щеплення комбінованою вакциною проти дифтерії й кашлюку, лікарі вирішили цю інформацію «притримати»,

⁸⁷ Див. думки лікарів в *Lancet* May 14th, 1932 (p. 1052-3), *Medical Officer* May 26th, 1934 й ін. Цит. за *Bayley B. The «Schick»...*

⁸⁸ Ця історія викладена у Герберта Шелтона (*Shelton H. Vaccine...*). Стала вона широко відомою лише через те, що нею займалася комісія парламенту Австралійської спілки, що опублікувала свій звіт 13 червня 1928 р. А скільки таких подій було приховано, скільки невірних діагнозів, покликаних обілити щеплення, поставлено їхнім жертвам?

⁸⁹ *Wilson G. S. The Hazards of Immunization. London, 1967, pp. 21-42.* Чимала кількість прикладів важких хвороб та смертей після щеплення від дифтерії наведена у *Bayley B. The «Schick»...*

розуміючи наскільки вона ускладнить проведення кампанії проти дифтерії, під безглуздим приводом необхідності... простежити за відновленням здоров'я жертв щеплень. Параліч у деяких дітей відступив протягом року, а деякі так і залишилися паралізовані⁹⁰. Той самий д-р Марлін опублікував у науковому журналі свої спостереження за 17 випадками поліомієліту, що розвинувся протягом 28 або менше діб після щеплень, причому двоє з постраждалих отримали щеплення проти однієї лише дифтерії, а ще п'ять – комбіновану вакцину від дифтерії й кашлюку⁹¹. Услід за ним опублікували аналогічні спостереження д-р Мак-Клоскі з Мельбурна та д-р Джеффен з Лондона. Мак-Клоскі вивчив 340 випадків захворювання, що було діагностовано як поліомієліт, і виявив, що у 31 випадку за три або менше місяці до його початку хворий отримував щеплення, до того ж параліч розвинувся саме у тій кінцівці, куди робилося щеплення. Джеффен вирішив відносити до післявакцинальних тільки ті паралічі, що трапилися протягом чотирьох тижнів після щеплення і тільки в тій кінцівці, куди робилося щеплення. Він вивчив всі зареєстровані в Лондоні з початку 1949 р. у дітей молодше п'яти років 182 випадки поліомієліту та виявив 32 таких хворих. У 21 випадку для щеплення використовувалася комбінована вакцина з дифтерійним і кашлюковим компонентами, у 8 – тільки дифтерійний анатоксин, в інших – тільки кашлюкова вакцина⁹². Хоча Міністерство охорони здоров'я Англії намагалося применшити значення цих публікацій, вони викликали громадське обурення, й міністерство було змушене призначити власне розслідування. У звіті, підготовленому проф. Хіллом і д-ром Ноуелденом та опублікованому у «Британському медичному журналі» 1 липня 1950 р., було заявлено, що під час спалаху поліомієліту в 1949 р. були ще такі випадки, коли параліч виникав протягом місяця після зробленого щеплення. Після цього в деяких містах Англії щеплення проти дифтерії й кашлюку, починаючи з липня, були тимчасово припинені.

Крім смертей та паралічів згадувалися й інші ускладнення дифтерійного анатоксину, які за всього бажання не можна назвати нешкідливими. Так, д-р Мерсер з Вест Юніону (Айова), прочитавши повідомлення д-ра Джессі Герстерлі про раптову смерть дитини від гострого нефриту, що виник після щеплення дифтерійного токсину⁹³, вирішив

⁹⁰ *Daily Express* April 10, 1950 й *Combined injections for diphtheria and whooping cough may cause severe cases of infantile paralysis Mercury* (Hobart, Tasmania) April 11, 1950. Цит. за *McBean E. The poisoned...*

⁹¹ *Archives of Disease in Childhood* March, 1950. Цит. за *McBean E. The poisoned...*

⁹² *Lancet* April 8, 1950 й *The Medical Officer* April 8, 1950. Цит. за *McBean E. The poisoned...*

⁹³ *The Medical Clinics of North America* March 1926. Цит. за *Shelton H. Vaccine...*

досліджувати, як нирки реагують на це щеплення. З опублікованих ним результатів виявилось, що в 27 з 125 дітей (тобто в 20%) віком від 6 до 20 місяців, які одержали щеплення, була виявлена альбумінурія – поява білка в сечі, тоді як до щеплення вона була лише в 13 (10%) з них. Висновок: «Багато дітей, що виглядають здоровими, мають альбумінурію» і «Щеплення токсину-антитоксину подвоїло кількість тих, хто страждає від альбумінурії»⁹⁴.

Наявність ускладнень щеплень, що містять дифтерійний анатоксин, визнавалася й у СРСР. Правда, лише в кулуарах. У 1971 р. у матеріалах контролерів ДНДІСК повідомлялося: «...За декілька років до контрольного інституту надійшли відомості про 20 дітей, що померли після щеплень АКДП, дифтерійно-правцевим та дифтерійним анатоксинами...»⁹⁵. Або от цитата з листа М. Я. Студенікіна (з РАМН, директора Інституту педіатрії РАМН) у Комітет вакцин та сироваток: «Співробітники інституту клініки НДІ педіатрії АМН СРСР протягом багатьох років (з 1965 р.) займаються вивченням післявакцинальних ускладнень, післявакцинальної патології. Клінічні форми її різноманітні: від незначних місцевих реакцій до важких алергійних та неврологічних ускладнень. Саме вакцина АКДП, у меншому ступені АДП-М-анатоксин, дають найбільшу кількість ускладнень, нерідко важких... Великий відсоток дітей звільнюють від подальшої вакцинації через розвиток післявакцинальних реакцій і важких ускладнень...»⁹⁶.

Оскільки нині дифтерійний анатоксин цілком завбачливо вводять до складу полікомпонентних вакцин, то часто важко виділити пов'язані саме з ним побічні ефекти. Однак вони, безсумнівно, існують.

«Всі вакцини, що містять дифтерійний анатоксин, є відносно безпечними та не дають важких ускладнень, але все-таки можливість останніх існує. Що стосується АКДП-вакцини, то при її введенні ускладнення зумовлені кашлюковим компонентом. Серед всіх вакцин найменш реактогенними вважаються АДП-М і ДТ-Адюльт»⁹⁷. Цілком природно виникає питання, що саме дозволяє так впевнено списувати ускладнення на кашлюковий компонент, у той час як є відомості про ускладнення після введення інших «відносно безпечних» вакцин з дифтерійним анатоксином, але не будемо на цьому зупинятися. Оскільки надалі я більше не повернуся до АДП-М анатоксину, яким планово щеплять дітей у шість років, підлітків та дорослих, а також тих дітей, у кого виникли сильні загальні реакції на вакцину АКДП,

⁹⁴ *Annals of Internal Medicine* Jan. 1929, p. 668. Цит. за *Shelton H. Vaccine...*

⁹⁵ ЖМЭИ 1971, № 9, с. 55. Цит. за *Червонская Г. П. Прививки... // Вакцинопрофилактика...*

⁹⁶ Там само.

⁹⁷ *Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика...* с. 119.

то лише відзначу, що вже була продемонстрована його дуже низька ефективність. Лише через рік після щеплення «незахищених» виявилося 20,1%, через 2 роки – 35,5%, через 3 роки – 80,1%⁹⁸.

«Частота виникнення й виразність реакцій на дифтерійний анатоксин визначаються як індивідуальною реактивністю, що може бути рівнозначно наявності залишкового імунітету, так і дозою дифтерійного анатоксину, яку вводять»⁹⁹. Оскільки наявність «залишкового імунітету» перед щепленнями не перевіряється, то можливість післявакцинального ускладнення стає непередбаченою. Що стосується дози, то дослідниками неодноразово вказувалося на те, що можливість її навіть теоретичної стандартизації викликає чималі сумніви; на практиці ж ця доза може відрізнятись в десятки разів не тільки між виробниками, але в різних серіях і навіть в одній серії того самого виробника. Особливо небезпечною стає така розбіжність, коли йдеться про потенційно смертельні токсини.

«АД-М анатоксин є одним з найменш реактогенних препаратів. В окремих щеплених у перші дві доби можуть розвинутиися короткочасні загальні (підвищення температури, нездужання) та місцеві (хворобливість, гіперемія, набряклість) реакції. У винятково рідких випадках можуть розвинутиися алергійні реакції (набряк Квинке, кропивниця, поліморфна висипка), незначне загострення алергійних захворювань. З огляду на можливість розвитку алергійних реакцій негайного типу в особливо чутливих осіб, за щепленими необхідно забезпечити медичне спостереження протягом 30 хвилин. Місця проведення щеплень повинні бути забезпечені засобами протишокової терапії. Особам, що дали на введення АД-М анатоксину важкі форми алергійних реакцій, подальші планові щеплення препарату припиняють»¹⁰⁰.

Таким чином, навіть препарат дифтерійного анатоксину, який вважається найменш реактогенним, здатний викликати ті ж самі реакції, які викликають й інші вакцини, і навіть призвести до анафілактичного шоку. У зв'язку з цим хотілося б довідатися, якою кількістю жертв післявакцинальних ускладнень заплатило населення країн СНД за кампанію з масової вакцинації? На жаль, таких відомостей мені виявити не вдалося. Єдині показники, що стали мені відомими, наступні: «За даними ДІСК ім. Л. А. Тарасевича, за 3 роки надійшли відомості тільки про 78 випадків післявакцинальних ускладнень, серед яких і про 8 випадків з летальним наслідком. У 17 випадках (з них 7 випадків з летальним наслідком) висновок про розвиток післявакцинальних

⁹⁸ Крюков В. И. и др. Оценка эпидемиологической и иммунологической эффективности вакцинопрофилактики дифтерии и столбняка ЖМЭИ 1994, май-июнь, с. 57-61.

⁹⁹ Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 120.

¹⁰⁰ Медуницын Н. В. Вакцинология с. 140.

ускладнень був невірним, тому що причиною неврологічної симптоматики, що розвинулася, були різні інτερкурентні захворювання, що збіглися за часом з проведеним щепленням. Не було зареєстровано жодного випадку післявакцинального енцефаліту»¹⁰¹. Хто б мав сумнів, що завжди знайдеться така доречна для вакцинаторів випадковість, як інτερкурентне захворювання, на яке можна буде списати смерть або каліцтво від щеплення, тим більше, що суддями є самі ж обвинувачувані. Так чи інакше, але цифра в 78 ускладнень, зафіксованих за три роки, нічого, крім подиву своєю занадто примітивною брехливістю, викликати не може. Імовірно, ця реальна кількість серйозних ускладнень для одного округу Москви за один рік посиленої вакцинації, але аж ніяк не для всієї Росії за три роки! У матеріалах доповіді РНКБ наводяться приклади того, як створювалося таке благополуччя: «12 жовтня 1993 року в одному з НДІ, що належить Держкомітету з санепіднагляду, за наказом директора проводилася вакцинація «проти дифтерії». Правда, препарат чомусь складався з двох анатоксинів – АДП. З 170 чоловік на щеплення з'явилися 27. У семи були ускладнення, причому в трьох – важкі, з викликом «швидкої». В результаті: весь інститут враховано в групі «охоплених», про ускладнення рекомендовано забути, оскільки вони ніде не зафіксовані. Одній з хворих видано лист непрацездатності з первинним діагнозом «міжреберна невралгія, ускладнення на АДП», а остаточною – ГРЗ»¹⁰². Коментарі тут зайві.

Ефективність

Як довго триває імунітет після щеплення? Приємно говорити про те, що «курс вакцинації забезпечує формування специфічного імунітету проти дифтерії більш ніж у 95%»¹⁰³, але ця цифра нічого не варта, якщо через короткий термін цього імунітету вже не виявляється. Нагадаю, що цей «курс вакцинації» – три щеплення, кожне із ртуттю, формальдегідом і алюмінієм та з відстроченими ефектами, які ніколи не вивчалися. Відповісти на запитання про тривалість вакцинального імунітету нещодавно намагалися у старанно щепленій Швеції, де було вивчено рівень антитоксину в сироватці крові у 457 дітей віком 6, 10 і 16 років. Всі ці діти отримали три дози анатоксину в дитячому віці, а шістнадцятирічні – ще одну дозу у віці 10 років, разом із правцевим токсодом. Рівень нижче 0,01 МО/мл, який вважається

¹⁰¹ Монисов А. Дифтерия... // Совещание... с. 28.

¹⁰² Червонская Г. П. Мифы... // Вакцинопрофилактика...

¹⁰³ Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 113.

захисним, мали 15% шестирічних дітей, 48% (!) десятирічних і 24% шістнадцятирічних. Після того, як всі діти отримали додаткове щеплення, «захисним» рівень став у 97%. «Системні реакції були нечисленними й помірними. Місцеві реакції майже не мали клінічного значення»¹⁰⁴. Таким чином, кожен шостий-сьомий шестирічний та майже кожен другий десятирічний не були, за вакцинаторськими мірками, захищені. Це підтверджують і російські вакцинатори: «За даними одного дослідження, імунітет втрачається через 1 рік у 10% дітей, через 3-13 років – у 67% та через 14-23 роки – у 83%. В інших дослідженнях було показано, що через 1 рік після введення трьох доз АКДП-вакцини імунітет втрачали від 25 до 37% дітей або титри антитіл знижувалися у 4-5 разів»¹⁰⁵. Виходить, щеплення потрібні знову й знову... Але скільки ж їх, насправді, потрібно, щоб вважати себе захищеним? Та й чи ефективні щеплення взагалі – не в утворенні антитіл, а в реальному захисті від дифтерії?

Хоча в СРСР імунізація дітей дифтерійним анатоксином, що об'єднувала три щеплення, почалася в різних районах вже в 1935 р., а в 1940 р. вона була оголошена обов'язковою, несхоже, судячи з даних російських авторів, щоб це призвело до якихось відчутних результатів. Більше того. «Повторні ревакцинації в 4 й 8 років у СРСР були введені в 1947 р., однак ці заходи істотно не вплинули на захворюваність, тому що щеплення проводилися не скрізь»¹⁰⁶. Якби автори тут уточнили, що це не вплинуло на захворюваність у тих місцях, де щеплення не проводилися, то в цьому була б логіка. Однак якщо ані вакцинації, ані ревакцинації ніяк не впливають на захворюваність у *всій країні* доти, поки вони не охоплюють всієї території, то єдиний можливий тут логічний висновок, що щеплення не забезпечують ніякого захисту, а тоді й немає ніякого сенсу домагатися їхньої поширеності. Захворюваність на дифтерію становила в СРСР у 1939-40 рр. 114-117 чоловік на 100 000 населення. У 1955 р. цей показник дорівнював 93¹⁰⁷. Порівняйте це з показником 30 (!) у більшості північних і центральноєвропейських країн у 1938 р. *без щеплень*, та з показником 3 у США при лише 50% «охопленні» дітей щепленнями від дифтерії¹⁰⁸. Певна річ, що єдиний можливий висновок

¹⁰⁴ Mark A. et al. Immunity and immunization of children against diphtheria in Sweden *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1989 Mar; 8:214-9.

¹⁰⁵ Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 117.

¹⁰⁶ Покровский В. И. Эволюция... с. 223.

¹⁰⁷ Там само, с. 220 і 223.

¹⁰⁸ Collins S. D. Diphtheria incidence and trends in relation to artificial immunization with some comparative data for scarlet fever *Public Health Rep* 1946; 61:203-40. Цит. за Lumio J. Studies... pp. 58-9.

вакцинаторів: «Головна причина цього полягала у недостатньому охопленні щепленнями дитячого населення...»¹⁰⁹. Однак, коли «охоплення» виявлялося достатнім, і навіть більш ніж достатнім, але при цьому щеплені однаково занедужували, на допомогу вакцинаторам приходили всілякі шкідливі фактори, що заважали щепленням виконувати їхнє шляхетне призначення. Ось, наприклад, що розповідають про спалах дифтерії в Керчі, який тривав з жовтня 1959 р. до кінця березня 1960 р. Повідомивши, що було зареєстровано 200 хворих та 381 бактеріоносіїв (двоє людей, що захворіли на самому початку спалаху, померли), автори починають викручуватися: «Аналіз якості протидифтерійних щеплень у 143 захворілих дітей показав, що більше половини з них були щеплені неповноцінно»¹¹⁰. Отже, з 200 хворих як мінімум 143 були щеплені (як мінімум – тому що не вказується, чи всі 200 хворих були діти; можливо, було 20-30 щеплених дорослих?). Непоганий показник ефективності! Але що таке «неповноцінно», хто це визначив і як? Це недоотримані щеплення? Це неправильно проведені щеплення – наприклад, простроченою вакциною? Ні, це зовсім інше! Найрозумнішому читачеві нізащо не здогадатися, як пов'язані з «якістю протидифтерійних щеплень» ті пояснення, що наводяться далі: «Для виявлення причин, що могли б вплинути на зниження вакцинального імунітету, нами було проаналізовано захворюваність дитячого населення міста на інші інфекції протягом останнього року. При цьому виявилось, що спалаху дифтерії передував початок підйому захворюваності на кір, скарлатину та ангіни. Клінічний перебіг дифтерії характеризувався великою кількістю токсичних та субтоксичних форм протягом всього спалаху (понад 30%). Крім того, звертав на себе увагу значний відсоток раних ускладнень у вигляді міокардитів, серед яких були і хворі на катаральну та локалізовану форми дифтерії. З огляду на те, що серед хворих переважали діти щеплені проти дифтерії, настільки важкий клінічний перебіг захворювання потрібно, вочевидь, пояснити, з одного боку особливостями збудника, та з іншого боку, можливо, це стало результатом прояву гіперергічної реакції організму хворих. У цьому відношенні звертає на себе увагу значне поширення під час спалаху стрептококових інфекцій (скарлатини й ангін), які, виходячи з даних низки авторів... можуть мати виражені сенсibiliзуючі властивості. Крім того, необхідно мати на увазі можливість синергізму збудників...»¹¹¹.

¹⁰⁹ Покровский В. И. Эволюция... с. 223.

¹¹⁰ Щелкова Т. Е., Левенштам М. А. Эпидемиологические особенности вспышки дифтерии в г. Керчи // Дифтерия. Сборник... с. 63.

¹¹¹ Там само, с. 66.

Звичайно, вся ця порожня наукоподібна балаканина про «особливості збудника» та «синергізм збудників» (прямо-таки змова проти вакцинації! на жаль, до відповідальності притягнути нема кого...) покликана була приховати факт ганебного провалу щеплень. Справді: якщо ти був щеплений, а потім перехворів на щось, заразившись хоч чумою або чорною віспою, але згодом не занедужав на дифтерію, то все зрозуміло: тебе вакциновано правильно. Але якщо після щеплення дифтерія тебе все-таки скосила, то на допомогу вакцинаторам вчасно приходять «синергісти» – різні ангіни-скарлатини, які перетворюють щеплення на «неправильні», а з таких нема чого вимагати. Ось ще пізніше повідомлення, що завзято проводить ту ж саму універсальну політику «правильних» і «неправильних» щеплень (читачі пам'ятають хибну та справжню віспи Дженнера?): «Летальні наслідки частіше відзначалися у дітей, яким не було зроблено щеплення або було зроблено неправильно. За даними Т. В. Дурасової, за останні 12 років показники летальності склали у дітей з правильним щепленням – 1,9%, що не мали щеплення – 5,2%, а з незакінченими щепленнями – 5,8%»¹¹².

Однак залишимо поки що осторонь вакцинаторську «правильність» з усіма її дуже вільними тлумаченнями. Якщо ці цифри вірні, то напрошується парадоксальний, на перший погляд, висновок, що краще взагалі не робити щеплень, ніж робити їх, а потім «не закінчити». І що таке, цікаво, «незакінчені»? Що перешкодило їх закінчити? Сам випадок дифтерії? Хвороби, які дитина отримала після перших щеплень? Можливо, цих дітей *взагалі* не можна було щепити – вони з самого початку були слабкими і хворими, а їх почали щепити та довели до такого стану, що закінчити не можна було вже за всього бажання, не ризикуючи негайно відправити дитину до могили? І саме внаслідок сенсибілізації «незакінченими» щепленнями до дифтерійного токсину діти стали схильнішими до цієї хвороби? Відповідей на ці запитання немає, а без них безглузди є всі міркування про більшу або меншу захворюваність та смертність у щеплених або нещеплених. Можу також висловити припущення щодо меншої смертності у «правильно» щеплених – незважаючи на отримані дози вакцин, діти залишалися в цілому здоровими, що й дозволило закінчити курс щеплень. Швидше за все, вони б не занедужали на дифтерію у важкій формі і без жодних щеплень.

«При вивченні причин захворюваності дітей, які мають щеплення, відзначено, що перенесені після щеплень різні інфекційні захворювання знижують імунітет до дифтерії. Варто підкреслити, що причиною летальних наслідків у дітей, які отримували щеплення, є перенесення якогось

¹¹² Сизємова Г. А. Дифтерія с. 19.

інфекційного захворювання. Тому вивчення напруженості протидифтерійного імунітету повинне проводитися в кожного щепленого після перенесення інфекційного захворювання, особливо кору, грипу тощо»¹¹³.

Відомо, що *самі щеплення* на довгий час придушують функції імунітету (про це я вже писав у розділі «Щеплення: основні проблеми»). Тобто, отримавши щеплення, дитина ризикує тими «різними інфекційними захворюваннями», які, відповідно до процитованого вище твердження, зроблять його неефективним. Виходить замкнуте коло. Без щеплень, відповідно до заяв їхніх адвокатів, неможливо захиститися від дифтерії, а самі щеплення збільшують шанс захворіти, що зведить нанівець всі позитивні якості щеплень та робить дифтерію потенційно смертельною, розладнавши вироблення інтерферону та порушивши роботу інших імунних систем, не кажучи вже про можливість на тлі придушення імунітету зараження іншими хворобами, «приємнішими», ніж дифтерія¹¹⁴. Що ж стосується необхідності вивчення «напруженості імунітету» щепленого після перенесення будь-якого інфекційного захворювання, то зрозуміло, що з економічної точки зору це утопія, якщо не сказати відверта нісенітниця, що не заслуговує навіть на обговорення. Увесь бюджет охорони здоров'я мали б тоді витратити на самі нескінченні серологічні аналізи. Єдиним прийнятним методом масового скринінгу є проба Шика, відома своєю неточністю «у кожному окремому випадку», яка й сама по собі зайвий раз сенсифікує до дифтерійного токсину. А ось ще одне пояснення, чому щеплення не рятують від дифтерії: «Відомі випадки повторних захворювань на дифтерію, навіть у раніше щеплених дітей, що виникають протягом перших 5 років, але іноді й через 6-12 місяців. Випадки повторних захворювань пов'язують з... патологією імунної системи, що обумовлена спадковими дефектами»¹¹⁵. Спадкові дефекти – це, звичайно, серйозно. Тут батькам залишається звинувачувати лише себе, а ніяк не щеплення. І найголовніше, що ніхто до пуття не розуміє, що ж то таке – ці підступні спадкові дефекти, які не дають можливості отримати користь від щеплень. Зрозуміло лише, що вони наявні тільки в тих, хто, незважаючи на щеплення, занедужує на

¹¹³ Там само, с. 122.

¹¹⁴ Наприклад, д-р Дороті Шеперд цитує д-ра Бодмена, який повідомив, що після того, як 30-40 медсестер Брістольського гомеопатичного госпіталю були вакциновані від дифтерії традиційним методом, «було відзначено неймовірну кількість захворювань, які з'явилися негайно після щеплень. Останні на якийсь час знизили стійкість до інших інфекцій, і захворюваність медсестер протягом шести наступних місяців (на грип, краснуху, кашлюк) була вищою, ніж у будь-який інший аналогічний період часу за всю історію госпіталю» (*Shepherd D. Homeopathy... pp. 27-28*).

¹¹⁵ *Тарасова А. А. и др. Вакцинация реконвалесцентоv дифтерийной инфекции // Вакцинация детей с нарушенными состояниями здоровья. Под ред. М. П. Костинова. М., 2002, с. 256.*

дифтерію. В іншому випадку ніяких спадкових дефектів немає.

Повідомлення про летальні наслідки дифтерії в щеплених (навіть у «правильно» щеплених) дітей відверто суперечать таким оптимістичним твердженням, як, наприклад, «У щеплених захворювання протікає в легкій формі, що не загрожує життю»¹¹⁶. Однак це випадок занадто примітивної та неприхованої брехні, придатної хіба що для вакцинаторських агіток у дитячих поліклініках. Особливо я хотів би зупинитися на темі важких форм дифтерії в щеплених, тому що епідемія 1990-х років змусила вакцинаторів обговорювати цю тему якщо не відкрито (широкому загалу завжди подавалося й подається теж саме: якщо хтось важко занедужав або помер, незважаючи на щеплення, то це через недостатню кількість щеплень, або щеплення були «неправильними», або зрадницького удару завдали спадкові дефекти), то хоча б у професійній літературі, через те що приховувати факти стало неможливо. Узбецький автор, повідомивши про те, що в їхній країні з 1990 по 1996 рр. було зареєстровано 1227 випадків, 142 (11,6%) з яких закінчилися летально, уточнює: «З загальної кількості повністю імунізованих проти дифтерії в 7,1% захворювання закінчилося летально. Необхідно відзначити, що прямий кореляційний зв'язок між показниками летальності нам встановити не вдалося. Таке становище свідчить про інші фактори, що впливають на ступінь летальності, серед яких своєчасність виявлення та надання кваліфікованої медичної допомоги, наявність преморбідного фону й супутніх захворювань та ін.»¹¹⁷. А ось що пишуть російські автори: «Відомо, що вакцинація не гарантує, що людина не захворіє на дифтерію; вона істотно зменшує ризик розвитку важких форм та летальних наслідків, але не виключає їх. Наші спостереження підтверджують, що в щеплених дорослих зустрічаються не тільки токсичні форми дифтерії, але й смертельні наслідки... Дифтерія у щеплених клінічно та морфологічно зберігала типові риси й істотно не відрізнялася від проявів хвороби у нещеплених. У щеплених не виключений розвиток важких форм, як токсичних, так і комбінованих з ураженням дихальних шляхів аж до розвитку спадаючого крупу. Серед щеплених летальні наслідки хвороби спостерігалися частіше в осіб, що страждають на хронічний алкоголізм, у рідких випадках – у людей без вираженої супутньої патології... Серед 1045 дорослих (1994 р.), що лікувалися від дифтерії у стаціонарі, 47,8% (500) хворих склали щеплені, у переважної більшості з яких – 86,6% – зареєстровано

¹¹⁶ Самарина Н. В. Детские... с. 41.

¹¹⁷ Ниязматов Б. И. Эпидемиология дифтерии в республике Узбекистан Эпидемиология и инфекционные болезни 1998, 4, с. 7-9.

локальні форми. Однак у 13,4% щеплених мали місце поширені токсичні форми дифтерії з летальними наслідками»¹¹⁸. Але хворіють, отримавши щеплення, не тільки дорослі. Так, колектив фахівців з Астраханської медичної академії навів два випадки токсичної дифтерії ротоглотки III ступеню в повністю щеплених дітей (один з них закінчився смертю, другий – видужанням, хоча й з залишковими явищами у вигляді полінейропатії). У статті повідомляється: «Ці спостереження ілюструють розвиток токсичної форми дифтерії ротоглотки III ступеню зі сприятливим й летальним результатом у дітей, які отримали щеплення АДП-М анатоксином та АКДП-вакциною, що відрізняється від загальноприйнятої думки про легші варіанти перебігу захворювання в таких дітей, хоча в даних випадках не можна виключити імунодефіцитного стану...»¹¹⁹.

Однак це лише окремі, хоча і досить показові спостереження. Авторський колектив з 25 чоловік із Санкт-Петербурзького НДІ дитячих інфекцій на чолі з проф. В. Івановою видав у 2000 р. збірку робіт з дифтерії. У цій збірці справді зібрано чимало цікавого. В одній з робіт повідомляється: «Клінічними спостереженнями в період епідемічного спалаху 1989-1997 рр. на базі НДІ дитячих інфекцій було встановлено, що антитоксичний протидифтерійний імунітет не завжди захищає від виникнення не тільки локалізованої дифтерії, але й не попереджав розвиток важких токсичних форм захворювання. Були отримані парадоксальні на перший погляд дані про те, що щеплені діти можуть переносити токсичну форму захворювання, незважаючи на наявність захисних титрів антитоксичних антитіл у сироватці крові, а нещеплені діти найчастіше переносять відносно легку форму дифтерії – локалізовану. Серед хворих, що спостерігалися, відсоток правильно та повністю вакцинованих за графіком істотно не відрізнявся і складав 25,6% при локалізованій та 22% при токсичній формі. Нещеплених було відповідно 7,4% і 42,6%, тобто у нещеплених дітей у шість разів частіше документовано токсичну форму дифтерії. Отримані дані повністю узгоджуються з даними низки авторів... які говорять про те, що реалізація імунної відповіді в щеплених дітей визначається *не стільки вихідним рівнем антитіл, скільки станом загальної імунологічної реактивності організму*. Вибіркове враження окремих осіб дифтерією та чітка індивідуальність клінічних проявів хвороби дають підставу вважати, що крім важливості рівня антитоксичних антитіл у крові, мають значення й фактори специфічної клітинної імунореактивності

¹¹⁸ Тайц Б. М. Вакцинопрофилактика с. 150, 156-158.

¹¹⁹ Батаева С. Е. и др. Токсические формы дифтерии у привитых детей Эпидемиология и инфекционные болезни 2004, 3, с. 53-55.

та неспецифічних механізмів захисту макроорганізму»¹²⁰ (виділене мною. – О. К.). Отже, занедужати на токсичну форму дифтерії можуть і щеплені, і не щеплені. Хворіють на дифтерію в основному щеплені, але нещеплені частіше страждають від її важких форм. Втім, як і при інших інфекційних хворобах, можна бути впевненими, що це пов'язано не стільки з нещепленістю, скільки з супутніми хворобами та несприятливими умовами, в яких ці нещеплені живуть, що підтверджують й автори: «...Питома вага щеплених дітей серед хворих коливалася від 75 до 90%; серед останніх відзначалися переважно легкі форми, у той час як у нещеплених захворювання набувало важкого перебігу... летальні наслідки реєструвалися тільки у нещеплених дітей, що часто проживають в асоціальних умовах та страждають на різноманітні соматичні й неврологічні патології»¹²¹. Але від чого тоді залежить, чи судилося людині занедужати на легку або важку форму дифтерії? Це, на думку авторів, визначається виробленням інтерферону (ІФ): «Система ІФ-генезу не має ні спеціалізованих клітин, ні тим більше органів, вона існує у кожній клітині, тому що кожна клітина може виявитися жертвою антигенної агресії й повинна мати систему розпізнавання та елімінації чужорідної генетичної інформації... За вагомістю систему ІФ-генезу порівнюють з системою імунітету, а за універсальністю навіть надають їй перевагу. Саме ця універсальність ІФ робить його найважливішим фактором неспецифічної резистентності. В умовах макроорганізму існує тісний взаємозв'язок між інтерфероновою та імунною системами»¹²². Експериментальні дані підтвердили: важкість форми дифтерії залежала від здатності організму до синтезу α - та γ -ІФ. «Представлені клінічні й експериментальні дані свідчать про складні взаємодії системи ІФ-генезу та ДТ (дифтерійного токсину. – О.К.), і підтверджують важливу роль системи неспецифічної резистентності у формуванні ДІ (дифтерійного імунітету. – О.К.)»¹²³.

До чого я веду читача? Виходить, що, як не крути, а важливість неспецифічного імунітету (того самого, який придушують щеплення) у антитільному «накачуванні» неможливо применшити. Яким би не був рівень антитіл, за недостатності неспецифічної резистентності – первинної й найважливішої ланки імунітету – уникнути важких форм хво-

¹²⁰ *Іванова В. В. и др.* Дифтерия у детей. СПб, 2000, с. 41. Або: «Сформовану думку про те, що на токсичну дифтерію можуть занедужати лише нещеплені діти, у період останнього епідемічного спалаху було піддано сумніву... За спостереженнями НДІДІ, серед хворих на токсичну дифтерію правильно, за віком щеплених дітей було 14,0%, нещеплених – 43,6%, порушений графік щеплень мали 42,4%». Там само, с. 114.

¹²¹ Там само, с. 18.

¹²² Там само, с. 43.

¹²³ Там само, с. 47-48.

роби не вдається. Що ж стосується високого титру антитіл як універсального засобу захисту від дифтерії, то в тій самій книзі визнається: «Поняття «захисний титр» антитіл і нині залишається спірним, так як під час розвитку інфекційного процесу неможливо не враховувати стан імунореактивності макроорганізму, вірулентні властивості збудника, дозу інфекта й ін.»¹²⁴.

Знов цитую радянського педіатра: «За даними Е. В. Блюменталь (1967), відсоток щеплених дітей серед хворих на дифтерію до 1956 р. становив по Москві 86,2%, а починаючи з 1956 р. він сягнув 93-94%. Серед щеплених занедужували діти, в яких внаслідок невизначених обставин не виробився імунітет після вакцинації, головним чином ті, у яких він виснажився, і вміст анатоксину в них впав нижче від захисного рівня. Можливо, що в деяких з них був якийсь імунодефіцитний стан. У дітей із виснаженим вакцинальним імунітетом при інфікуванні токсигенними дифтерійними бактеріями, як ми припускаємо, відбувалася швидка продукція анатоксину за тим самим механізмом, як і при ревакцинації... Так можливо пояснити значно легший перебіг дифтерії в більшості щеплених»¹²⁵. Це пояснення годилося б, якби не було численних прикладів, відомих як старим, так і сучасним лікарям, коли ті, хто раніше хворів на дифтерію, знову нею занедужували та навіть від цієї хвороби помирали, і ніякої анамнестичної «швидкої продукції анатоксину» в них не відбувалося. Домінування легких форм дифтерії як у щеплених, так і в нещеплених можна віднести скоріш на рахунок зниження вірулентності хвороби у другій половині ХХ ст., а також зміцнення здоров'я людей завдяки кращій санітарії та кращому харчуванню. Ризикну припустити, що якби не було щеплень і пов'язаної з ними постійної імуносупресії та сенсibiliзації, ми спостерігали б ще менше токсичних форм у хворих, що необтяжені алкоголізмом та не страждають від недоїдання й важкого авітамінозу.

Існують й інші проблеми, пов'язані з плануванням спроб знищення дифтерії за допомогою вакцинації. Ось, наприклад, що заявляв працівник Мінохорони здоров'я УРСР у той самий час, коли влада тріумфувала значне зниження захворюваності на дифтерію: «Ставити питання про ліквідацію дифтерії можливо тільки при майже 100% охо-

¹²⁴ Там само, с. 88.

¹²⁵ Носов С. Д. Инфекционные... с. 46. На с. 49-50 автор ставить запитання: «Чи не є сенсibiliзація дитячого населення, що зростала останнім часом, однією з причин формування токсичних форм при виникненні дифтерійної інфекції?». У правильно поставленому питанні, як відомо, половина відповіді. Залишилося тільки з'ясувати, що ж стало причиною стрімко зростаючої сенсibiliзації дітей у післявоєнному періоді. Якщо не програми щеплень разом з масовим використанням антибіотиків для лікування наслідків хронічної післявакцинальної імуносупресії, то що?

пленні дитячого населення віком до 12 років профілактичними щепленнями»¹²⁶. Йому підспівували колеги, знову й знову повторюючи безпрограшну тезу про «неправильні щеплення»: «У містах з низькими показниками захворюваності (Харків, Донецьк, Макіївка, Полтава й ін.) доведення дифтерії до поодиноких випадків може бути досягнуто тільки після того, як кожна дитина буде вчасно й повноцінно щеплена у перший рік життя, якщо надалі вона буде вчасно ревакцинуватися не тільки в належні для ревакцинації строки, але й з урахуванням причин, які знижують її імунітет. Наявні в нашому розпорядженні дані свідчать про те, що, хоча більша частина хворих на дифтерію у великих містах вважається повноцінно щепленою, всі вони до моменту захворювання втратили імунітет. Значна частина з них втратила імунітет у результаті перенесених захворювань, таких як кір, кашлюк, часті катари верхніх дихальних шляхів. Нерідко дитина вважається повноцінно щепленою, отже, імунною, хоча щепилася незабаром після перенесених захворювань, які перешкоджають повноцінному виробленню імунітету»¹²⁷.

Зрозуміло, що «майже 100%» і «кожна дитина» може існувати тільки у збудженій уяві та у переможних реляціях вакцинаторів, тому що завжди були, є й будуть розумні батьки, що відмовляються від щеплень¹²⁸. Так само як були, є й будуть лікарі та медсестри, що оформляють – по доброті сердечній або небезкорисливо – фіктивні документи про зроблені щеплення своїм і чужим дітям, але найголовніше – завжди були, є й будуть діти, які мають безперечне право на відмову від щеплень за медичними показниками, а щеплення, що множаться з року в рік, разом з низьким рівнем життя населення збільшують їхню кількість. Виходить, «питання про ліквідацію» не

¹²⁶ Лещенко П. Д. Заболеваемость дифтерией в УССР и пути ее ликвидации // Дифтерия. Сборник ... с. 7.

¹²⁷ Гресь Б. Е. Анализ заболеваемости дифтерией в восточных областях УССР и меры по ее ликвидации. Там само, с. 16. Або: «З 280 перехворілих на дифтерію дітей 174 були повноцінно щеплені проти дифтерії. У 73,5% повноцінно щеплені діти перенесли інфекційні захворювання. Захворюваність на дифтерію відзначалася серед дітей, які перенесли одне інфекційне захворювання, у 41% випадків, а серед дітей, які перенесли два-три й більше захворювань – у 59% випадків» (Леденко А. І. і др. О некоторых причинах заболевания дифтерией иммунизированных детей. Там само, с. 96).

¹²⁸ З відвертими батьками, які не купували довідки, а намагалися відстоювати свої переконання, у ті часи не церемонилися: «...При повторних обходах під час перепису дитячого населення у 1957 р. в обласному центрі було виявлено близько 300 дітей, не імунізованих проти дифтерії у зв'язку з відмовою батьків від щеплень. З огляду на це, ми в першу чергу вжили заходів до повного охоплення дітей щепленнями. Протягом 1957-58 рр. були майже повністю ліквідовані відмови від імунізації проти дифтерії» (Лысенко О. Ф. и др. Анализ заболеваемости дифтерией в Полтавской области и мероприятия по ее снижению за послевоенные годы. Там само, с. 38). Деталей про те, як саме були ліквідовані відмови, не наводиться.

може бути поставлено ніколи? Щоправда, чиновник одразу уточнив: «Досвід медробітників Ленінграду показав, що радикального впливу на епідемічний процес може бути досягнуто за створення імунітету у 95% дітей з вікових груп, що підлягають вакцинації»¹²⁹. Що ж, якщо не ліквідація, так нехай буде хоч «радикальний вплив». Але як це узгодити з твердженням у *тій же доповіді на наступній сторінці*: «Відомо, що навіть за правильно проведеної вакцинації ми не можемо створити імунітет у 10-12% щеплених»?¹³⁰ Звідки тоді можуть взятися 95% «імуних» дітей, якщо навіть за фантастичного дотримання абсолютно всіх умов (будуть щепити всіх дітей; рішуче всі без винятку щеплення будуть «правильними» – ніхто з дітей, як заговорений, не занедужає на жодну інфекційну хворобу, здатну звести нанівець користь щеплення; не буде жодних проблем з якістю вакцин) цієї цифри неможливо досягти за визначенням, лише через біологічні закони? Тоді як у дорослих, згідно з даними нещодавнього російського дослідження, імунітет і за вакцинаторськими мірками неможливо створити у 19,1% щеплених (тобто майже у кожного п'ятого) – у них утворюються «дефектні», нездатні до захисту від дифтерійного токсину антитіла¹³¹. Крім того, вже через рік або два (які там десять років!) 7-8% щеплених знову стають «незахищеними»¹³². Так у чому ж сенс масової вакцинації та боротьби за створення міфічного колективного імунітету, коли в середньому кожен шостий-сьомий щеплений окрім шкоди від цієї процедури нічого не отримує, а цілком відчутний відсоток щеплених вже через рік-другий повертається до status quo ante?

Мало того. Автор порівняно нещодавньої російської кандидатської дисертації перевірила 190 дітей віком від 3 місяців до 1 року зі збільшенням вилочкової залози – тимомегалією та їхню реакцію на щеплення АКДП: «Відомо, що АКДП-щеплення *навіть у здорових дітей* не тільки створює специфічну імунну відповідь, але й *викликає в організмі алергійну перебудову, зниження неспецифічної резистентності... Діти зі зміненою реактивністю з груп ризику реагують на АКДП-вакцинацію тривалим пригніченням резистентності, розвитком післявакцинальних ускладнень, неповноцінною імунною відповіддю, високою захворюваністю...* Виявлено, що щеплення АКДП (з першого по третє) у більшості дітей першого року життя зі збіль-

¹²⁹ Лещенко П. Д. Заболеваемость... с. 7.

¹³⁰ Там само, с. 8.

¹³¹ Демиховская Е. В. и др. Варианты иммунного ответа на ревакцинацию дифтерийным анатоксином у взрослых ЖМЭИ 1999, 5, с. 94-8.

¹³² Nicolay U. et al. Diphtheria antitoxin level 2 years after booster vaccination *Wien Med Wochenschr* 2000; 150:435-9.

шенням тимуса 1 ст. викликали ускладнений перебіг вакцинального процесу – алергійні ускладнення, ГРЗ з відсутністю реакції або низькою імунною відповіддю на дифтерійний та кашлюковий антигени, збільшення тимуса до 2-3 ступеня. Підсумком трьох щеплень стала фактична відсутність імунітету до кашлюку, низький протидифтерійний та високий протиправцевий (опозитивний тип реагування) імунітет»¹³³ (виділене мною. – О. К.). Чи має високий титр антитіл до правцевого токсину (при тому, що до віку 2-3 років середньостатистична дитина навряд чи має навіть теоретичний шанс заразитися на правець) компенсувати пригнічення імунітету, безперервні хвороби у дитячому віці та фактично повну відсутність вакцинального захисту проти тих самих кашлюку і дифтерії, якими так полюбляють лякати молодих батьків у дитячих поліклініках, нав'язуючи їм АКДП? Дані пізнішого дослідження підтвердили, що після щеплення АКДП анти-токсичні антитіла до дифтерійного токсину в дітей з тимомегалією не виробляються взагалі або виробляються у недостатній кількості. При цьому, як повідомляють автори, «тимомегалія в популяції дитячого населення у деяких регіонах реєструється у кожній третій дитині»¹³⁴. Якщо все це правда, то доречно поставити запитання, на чому ж тоді засновані дані «вибіркових перевірок напруженості імунітету», що постійно проводяться, які показують чудові захисні титри в щеплених та ревакцинованих дітей? До цих досліджень якимось дивом ніколи не залучаються діти з тимомегалією, чи може опубліковані результати – звичайне вакцинаторське оковамилювання, на кшталт «необхідного охоплення» в 95%?

Немає сенсу говорити про ефективність щеплень у тих країнах, де дифтерія давно вже стала казуїстикою. Хоча відсоток тих дорос-

¹³³ Адищева Н. И. Клинико-иммунологические показатели вакцинального процесса АКДС у детей с увеличением тимуса I степени. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Томск, 1996 г., с. 2 и 24. Читачам, напевно, буде цікаво довідатися, які ж міри пропонує автор для виправлення становища. Невже потрібно відмовитися від щеплень заради здоров'я дітей? Ну, вже ні. «Імунізація, що щадить, дворазово АДП-М анатоксином дітей зі збільшенням тимуса на тлі обраної терапії (5 днів до та 5 днів після щеплення: гіпоалергенна дієта, нуклеїнат натрію, фенкарол, вітаміни А, Е, С, В, лактобактерін у дозах за віком) допоможе уникнути ускладненого перебігу вакцинального процесу, нормалізує імунну відповідь, дозволить щепити дітей з тимомегалією у декретований термін. Даний метод імунізації збільшить відсоток щеплених дітей» (с. 25). Вакцинатори вмють, сказавши «А», говорити зовсім і не «Б», а будь-яку іншу букву алфавіту. Ту, яка потрібна їм. У будь-якому випадку, на це дослідження не звернули жодної уваги. Масові щеплення для всіх без винятку дітей тривають.

¹³⁴ Кузьменко Л. Г., Арзамова В. В. Недостаточность продукции противодифтерийных антител у детей с тимомегалией при иммунизации вакциной АКДС *Детские инфекции* 2004, 2(7), с. 24-26.

лих, хто має вакцинальний імунітет, у західноєвропейських країнах традиційно був не занадто високим – навіть за найсміливіших припущень нижчим не тільки за «захисні» ВООЗівські 95%, але навіть 80%¹³⁵, дифтерія туди не перекинулася – при тому, що кордони ніхто не закривав та санітарних карантинів не влаштовував. За 1990-і рр. фіні, небайдужі до тих благ, які заборонені або дорогі у них на батьківщині, не побоялися зробити 6 млн. поїздок до Росії, що тоді страждала від дифтерії, здебільшого до Санкт-Петербурга. У результаті на дифтерію занедужало... аж 10 чоловік, причому двоє, повернувшись додому, заразили двох дітей (найімовірніше раніше щеплених, що можна легко припустити, знаючи ревність фінів щодо вакцинації, яка їм нині дуже дорого обходиться – див. розділ про кір). Із цих десяти четверо занедужали на дифтерію у важкій формі, двоє померли. «Всі хворі на важку форму дифтерії мали у Росії безпосередній контакт зі слиною» (залишаю читачам самим здогадатися, що це означає). Крім того, 91 фінський медик контактував з хворими на дифтерію. Ніхто з медиків навіть не був інфікований (визначено бактеріологічним аналізом)¹³⁶. Це, зрозуміло, не враховуючи візитерів у Фінляндію з Росії. Так чому ж дифтерії уникли нормальні, ситі країни? Адже й там позбавлені вакцинального захисту дорослі повинні були, за стандартними вакцинаторськими теоріями, неодмінно стати її жертвою? Питання скоріше риторичне – відповідь зрозуміла.

Давайте тепер подивимося на те, як щеплення рятували росіян. Хоча широкому загалу ретельно промивали мізки розповідями про те, що в усьому винні шкідники зі ЗМІ, які надали трибуни борцям із щепленнями, та підбурювали народ проти парентерального щастя, чим спровокували початок дифтерії, фахівці на своїх нарадах визнавали, що проблема, принаймні, не тільки в небажанні щепитися. Сам ідол вакцинації чергового разу дав маху. Ось, наприклад, таке визнання: «Високий відсоток (70%) щеплених дітей, що захворіли,

¹³⁵ Наприклад, у Данії в 1988 р. у 26% дорослих титр антитіл до токсину був нижчим від того, що вважається захисним 0,01 МО/мл (*Kjeldsen K. et al. Immunity against diphtheria and tetanus in the age group 30-70 years Scand J Infect Dis 1988; 20:177-85*), в США таких, які вважаються захищеними від дифтерії, виявилось, згідно з даними нещодавнього дослідження, тільки 60,5% (*McQuillan G. M. et al. Serologic immunity to diphtheria and tetanus in the United States Ann Intern Med 2002 May; 136:660-6*). Аналогічні американським були отримані дані в Італії – близько 60% «захищених» й 40% «незахищених» та умовно-захищених – до останніх прирівнюють осіб, що мають титр антитіл від 0,01 до 0,09 МО/мл. Див. *von Hunolstein C. et al. Diphtheria antibody levels in the Italian population Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2000 Jun; 19:433-7*.

¹³⁶ *Lumio J. Studies...* p. 4.

¹³⁷ *Курчанов В. И. и др. Эпидемиология дифтерии в Санкт-Петербурге // Совещание... с. 46.*

ставить під сумнів якість вакцин, що застосовувалися, та схем імунізації...»¹³⁷. Або: «З 19 хворих, зареєстрованих за останні 2,5 роки, було 9 дітей (серед яких 7 дітей, що одержали повний курс профілактичних щеплень) та 10 дорослих (серед останніх вакциновані були тільки двоє)»¹³⁸. Інше повідомлення: «Кожна третя дитина, що занедужала на дифтерію, не була вакцинована. Найвищі показники захворюваності (4,1 на 100 тис. дітей) були зареєстровані у віковій групі 7-10 років, що свідчить про найбільшу інтенсивність епідпроцесу у дітей цього віку... Відсоток нещеплених серед всіх дітей, що захворіли, варіювався від 20% у групі 7-10 років до 62% у групі до 3 років»¹³⁹. Виходить, дві третини хворих були щеплені, а найбільший відсоток хворих щеплених (80%) був саме в тій групі, де епідпроцес був особливо інтенсивний, чи не так? А ось що повідомляли з Беларусі: «Із загальної кількості дітей, що занедужали у 1992-93 рр. (36 дітей) раніше щеплені проти дифтерії були 24 дитини, а з 12 нещеплених дві третини (8 дітей) були нещеплені за медпоказниками. З 67 дорослих, що захворіли, раніше щепленими були лише 19 осіб, тобто 28,4%»¹⁴⁰. Схожа картина була й в Україні: «...Епідеміологічні спостереження виявили досить високу частоту захворювань у дорослих, щеплених одноразово та дворазово. Серологічні дослідження, проведені за досить довгий час після щеплень, показали, що захисних титрів антитіл не мали 57% щеплених одноразово та 66% дворазово щеплених. У зв'язку з тим, що при проведенні імунізації дорослих використовувалися препарати численних серій та при повторному введенні вакцини чіткої схеми інтервалів не дотримувалися, неможливо знайти пояснення настільки неефективного результату вакцинації дорослих»¹⁴¹. Ось так. Коли щеплені не хворіють – їх, певна річ, захищають щеплення, навіть якщо їх роблять препаратами численних серій і без дотримання чіткої схеми інтервалів. Коли щеплені хворіють – «знайти пояснення неможливо». Як то кажуть, «Багато чого є на світі, друг Гораціо...». До речі, в Україні прискіпливо перевірили свої вакцини та історію щеплень хворих. У 1992 р. були вивчені історії у 262 хворих за період з січня по жовтень у віці молодше 15 років. На підставі вивчення титру антитіл, виявилось, що щеплення вакциною, привезеною з Росії, були

¹³⁸ Йьгисте А. Дифтерія в Естонии. Там само, с. 57-58.

¹³⁹ Монисов А. Дифтерія... Там само, с. 24. Порівняйте з наступним: «...У 1990 р. серед хворих на дифтерію не були ревакциновані більшість дорослих (95%) і кожна четверта дитина не була щеплена» (виділене мною. – О. К.). Покровский В. И. Эволюция... с. 230-231.

¹⁴⁰ Филонов В. П. и др. Эпидемиологический надзор за дифтерией в Беларуси // Совещание... с. 49.

¹⁴¹ Моисеева А. Эпидемия... Там само, с. 35-36.

ефективні у 98,2% (!) хворих, а у контрольній групі – лише у 84,2%. На підставі цих даних було відкинута 5 гіпотез про причину епідемії, а саме: 1) поява нового токсигенного штаму збудника; 2) низька ефективність російської вакцини; 3) низька якість існуючого «холодового ланцюга»; 4) недостатня сприйнятливність щеплених до вакцин внаслідок чорнобильської радіації і 5) *недостатнє «охоплення» щепленнями дітей* (виділене мною. – О. К.)¹⁴².

Але чесне обговорення всіх цих труднощів для пояснення того, що було вже цілком очевидно для неупередженого спостерігача, залишили для закритих нарад та наступних публікацій у періодиці для фахівців. У пресі ж, на радіо і на телебаченні пояснення знайшли, там кричали: в усьому винна – відсутність щеплень! нам потрібно більше щеплень! даєш щеплення! І щеплення справді роздавалися щедру рукою всім, кому потрібно й не потрібно (повторюю: приблизно у кожній десятої дитини та у кожного п'ятого дорослого щеплення від дифтерії є зовсім неефективним, навіть за мірками вакцинаторів, залишаючи осторонь всі інші міркування). «Відповідно до постанови Головного державного санітарного лікаря... з метою зниження захворюваності органами практичної охорони здоров'я проведена велика робота з імунізації дорослого населення. У 1996 р. було вакциновано більше 5 млн. дорослих; охоплення щепленнями дорослого населення Росії склало 82%»¹⁴³.

На графіку, наведеному у книзі російського авторського колективу, показані «захворюваність та своєчасність охоплення щепленнями населення Російської Федерації». Захворюваність на 100 000 населення, відповідно до графіка, була наступною: 1992 – 2,6; 1993 – 10,3; 1994 – 26,8; 1995 – 24,1; 1996 – 9,3; 1997 – 2,7; 1998 – 1,0. Останні роки захворюваність тримається на рівні 0,5-0,6. «Своєчасність охоплення» починається лише з 1995 р. – скільки було щеплено до того, залишається невідомим. Своєчасність у відсотках має такий вигляд: 1995 – 77,8; 1996 – 83,7; 1997 – 87,5; 1998 – 91,3... 2001 – 95,4. Якщо врахувати, що до початку епідемії «охоплення» становило 73%, як було зазначено вище, то показник 77,8% у 1995 році, коли почалося зниження захворюваності, має не дуже вражаючий вигляд. Так само як і 83,7% у 1996 р., коли захворюваність впала вже до 9,3% – швидше за все, просто внаслідок природного спаду епідемії, про що буде згадано нижче.

¹⁴² Chen R. T. et al. Ukraine, 1992: first assessment of diphtheria vaccine effectiveness during the recent resurgence of diphtheria in the former Soviet Union *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S178-83.

¹⁴³ Покровский В. И. Эволюция... с. 231.

Звернемо увагу на країни СНД і Балтії, куди дифтерія поширилася з Росії. Немає потреби втомлювати читачів цитатами з написаних немов під копірку статей, опублікованих в одному європейському журналі, у яких наводиться стандартна схема: недостатнє «охоплення» щепленнями → епідемія дифтерії → героїчні зусилля з щеплення всього населення → ліквідація дифтерії. Подивимося на тривалість епідемій.

Азербайджан–1993-96¹⁴⁴, Вірменія–1994-96¹⁴⁵, Беларусь–1992-97¹⁴⁶, Грузія – 1993-97¹⁴⁷, Казахстан – 1993-96¹⁴⁸, Киргизія – 1994-98¹⁴⁹, Латвія – 1994-97¹⁵⁰, Литва – 1993-96¹⁵¹, Молдова – 1994-96¹⁵², Росія – 1991-96¹⁵³, Таджикистан – 1993-97¹⁵⁴, Узбекистан – 1993-96¹⁵⁵, Україна – 1991-97¹⁵⁶, Естонія – 1993-96¹⁵⁷.

Я не претендую на абсолютну точність у визначенні термінів епідемії у всіх республіках колишнього СРСР, оскільки часом навіть самі автори статей не могли сказати, яку кількість хворих слід вважати епідемічною, а яку «нормальною», отже, вони не могли визначити, коли саме епідемія почалася, а коли закінчилася. Проте, хочу звернути увагу читачів на наступне. У всіх країнах СНД і Балтії епідемія тривала не менше трьох років у найкращому випадку, при цьому поза всякою залежністю від того, наскільки інтенсивно з нею боролися за

¹⁴⁴ Vitek C. R., Velibekov A. S. Epidemic diphtheria in the 1990s: Azerbaijan *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S73-9.

¹⁴⁵ Balasarian M., McNabb S. J. Epidemic investigation of diphtheria in the Republic of Armenia 1990-1996 *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S69-72.

¹⁴⁶ Filonov V. P. et al. Epidemic diphtheria in Belarus, 1992-1997 *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S41-6.

¹⁴⁷ Khetsuriani N. et al. Diphtheria epidemic in the Republic of Georgia, 1993-1997 *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S80-5.

¹⁴⁸ Kembabanova G. et al. Epidemic investigation of diphtheria, Republic of Kazakhstan, 1990-1996 *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S94-7.

¹⁴⁹ Glinyenko V. M. et al. Epidemic diphtheria in the Kyrgyz Republic, 1994-1998 *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S98-S103.

¹⁵⁰ Griskevica A et al. Diphtheria in Latvia, 1986-1996 *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S60-4.

¹⁵¹ Usonis V. et al. Diphtheria in Lithuania, 1986-1996 *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S55-9.

¹⁵² Magdei A. et al. Epidemiology and control of diphtheria in the Republic of Moldova, 1946-1996 *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S47-54.

¹⁵³ Markina S. S. et al. Diphtheria in the Russian Federation in the 1990s *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S27-34.

¹⁵⁴ Usmanov I. et al. Universal immunization: the diphtheria control strategy of choice in the Republic of Tajikistan, 1993-1997 *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S86-93.

¹⁵⁵ Niyazmatov B. I. et al. Diphtheria epidemic in the Republic of Uzbekistan, 1993-1996 *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S104-9.

¹⁵⁶ Nekrassova L. S. et al. Epidemic diphtheria in Ukraine, 1991-1997 *J Infect Dis* 2000 Feb 181; Suppl 1:S35-40.

¹⁵⁷ Jõgiste A. Diphtheria in Estonia, 1991-1996 *J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S65-8.

допомогою щеплень. В середньому вона тривала біля чотирьох-п'яти років, тобто приблизно *стільки ж, скільки тривали й пересічні дифтерійні епідемії у довакцинальну еру*. От якби десь покінчили з дифтерією, скажімо, за рік-півтора, завдяки тотальному щепленню всього живого, то можна було б повірити, що вакцинації насправді зіграли якусь роль. Але за нормальної тривалості епідемії – за що ж дякувати щепленням? За те що, як завжди з часів Дженнера, «без них було б ще гірше»? Щеплення від дифтерії, як відомо, не запобігають ні циркуляції збудника, ні інфікуванню ним. Максимум, на що вони здатні навіть за вакцинаторськими теоріями, це захистити організм щепленого від дифтерійного токсину. А судячи з тривалості епідемій у згаданих вище країнах, вони і з цим не впоралися. Інакше епідемії припинилися б значно раніше, і щеплені не занедужували б.

Журналіст, який брав інтерв'ю у начальника Головного санепідуправління МОЗ України Г. Моїсеєвої, сказав, що «на підставі порівняння даних із захворюваності на дифтерію в мене склалося враження, що масова імунізація, проведена в сімох регіонах, виявилася, м'яко кажучи, малоефективною». Люди там продовжували хворіти дифтерією та помирили від неї, навіть щеплені, захворюваність на неї зростала. Стосовно цього було заявлено наступне заперечення: «Ви помиляєтеся. Якби ми не провели масову імунізацію в цих регіонах, то, за наявними в нас прогнозами фахівців, захворюваність зросла б у 5-10 разів. Є переконливий приклад. Коли почалася епідемія дифтерії у Хмельницькому, а анатоксину не було, то наступного року ми мали зростання захворюваності в 20 разів більше. Тому ми вважаємо, що нам вдалося стримати епідемію в цих сімох регіонах». А як визначили, що треба було чекати збільшення саме в 5-10 разів? Так дуже просто, розтлумачила журналістові Г. Моїсеєва. Взяли лінійку, приклали до графіку захворюваності... ось і побачили! Ще краще пояснення щодо провала щеплень та зростання захворюваності щеплених дорослих він отримав від головного інфекціоніста МОЗ України А. Руденко: «...Вироблення імунітету проти дифтерії, якщо не було базового, сформованого у дитинстві, не захистить від захворювання»¹⁵⁸. Тобто щеплення знову не винні, це населення неправильне попалося, таке, що не виробило вчасно імунітету в дитинстві (спадкові дефекти?), а тепер наперекір вакцинаторським теоріям хворіє на дифтерію, незважаючи на рятівні щеплення. «Якщо глечик падає на камінь, то горе глечику. Якщо камінь падає на глечик, то горе глечику. Завжди горе глечику», як сказано у Талмуді.

¹⁵⁸ Прицкер В. Вакцинація – «процент исполнения» *Зеркало недели on the Web* 1996; 2(67).

А якщо без жартів – хочеться просто схопитися за голову від думки, що це цілком серйозна, а за теперішніми мірками навіть цілком наукова аргументація людей, які відповідають за санітарно-епідемічне становище у великій європейській країні...

Як показують дані Мінохорони здоров'я СРСР, ситуація з дифтерією у другій половині 1980-х рр. у РФ була цілком спокійною та не викликала серйозних побоювань – навіть якщо ми повіримо у те, що рівень «охоплення» постійно знижувався. Настрій влади залишався цілком безтурботним і на початку 1990-х рр. У своїй книзі Г. П. Червонська цитує офіційний циркуляр під назвою «Про епідеміологічний стан з дифтерії в Москві та заходи щодо її стабілізації» (лист № 7-41/95 від 17 грудня 1991 р.), розісланий всім головним санітарним лікарям округів Москви, у якому заявляється, що «зростання захворюваності серед дітей епідеміологічно закономірне і на теперешній час не є несприятливою прогностичною ознакою... пізня діагностика та пізня госпіталізація хворих є причинами поширення інфекції й формування групових вогнищ: у перші два дні за допомогою звертаються 75,5% дітей, а госпіталізуються у ці самі строки 28,8% тих, хто звернувся» (виділено мною. – О. К.)¹⁵⁹. Щоб читачів не збентежило згадування про «групові вогнища» (може, це і є епідемія?), то на тій самій сторінці Г. П. Червонська наводить повідомлення президента РАМН В. Покровського, датоване 1986 р.: «Незважаючи на масове проведення профілактичних щеплень... формуються вогнища групових захворювань... відзначаються і летальні випадки»¹⁶⁰. Але що відбувалося насправді? Перший провісник епідемії, горезвісне «вогнище групового захворювання», з'явилося у Москві в 1990 р. у стройбаті. Москва та Московська область повідомили про 541 випадок дифтерії, що становило 38% від 1431 випадків, зареєстрованих у СРСР того року. На Україні було відзначено 109 випадків (8%). Це був перший дзвоник, на який не звернули уваги. У 1991 р., коли московські епідеміологи розсилали *urbi et orbi*, сповнені всесвітньої доброти та умиротворення циркуляри, переконуючи самих себе і всіх навколо в «епідеміологічній закономірності» спалаху хвороби, Росія й Україна, які вже другий рік ховали жертв дифтерії, повідомили про 1876 й 1103 випадків хвороби відповідно. Це склало 94% з 3167 випадків, зареєстрованих у СРСР, який розвалився того ж року. Здається зовсім неймовірним, але навіть у 1992 р., коли дифтерія перекинулася

¹⁵⁹ Червонская Г. П. Прививки... // Вакцинопрофилактика... с. 61.

¹⁶⁰ Покровский В. И. и др. Современные аспекты эпидемиологии и профилактики дифтерии. М., ВНИИМИ, 1986. Цит. за Червонская Г. П. Прививки... // Вакцинопрофилактика... с. 61.

вже й на Беларусь, а Росія й Україна повідомили про 5749 випадків у сукупності, жодних серйозних протиепідемічних заходів вжито не було, і далі розмов та підбадьорливої агітації на користь щеплень справа не йшла. Хворим на дифтерію, навіть у токсичній формі, лікарі продовжували спокійно ставити свої улюблені діагнози: ангіна, фарингіт та ларингіт з твердою впевненістю в тому, що якщо хтось був раніше щеплений, то на дифтерію він вже не занедужає – адже саме так їх навчали в інститутах і так щораз повторювали на курсах підвищення кваліфікації. В іншому підході начальство їх переконати не намагалось. І лише у 1993 р., підсумком якого стали 15 209 випадків у Росії та 2 982 випадки в Україні, з запізненням принаймні у два роки, коли дифтерія палахкотіла по всій території колишнього СРСР, а тим, що відбувається, вже серйозно зацікавилось світове співтовариство, з нею нарешті кинулися боротися усім протиепідемічним арсеналом¹⁶¹. Було, однак, вже запізно. Епідеміологам та різноманітним «фахівцям з інфекційних хвороб» залишалося лише безсило спостерігати, як дифтерія безжалісно, не звертаючи жодної уваги на щеплення, завершує відпущений їй природою «епідеміологічно закономірний» цикл, і міркувати, кого б призначити на роль цапа відбувайла за цю епідемію, щоб уберегтися від особистої відповідальності за хвороби та смерті тисяч співгромадян.

У наведеній вище таблиці я показав динаміку захворюваності на дифтерію в Росії й Україні у другій половині 1980-х років. Гадаю, далеко не мені одному хотілося б знати, на якій підставі вакцинатори незмінно підсовують нам висновок про те, що епідеміологічний стан з дифтерії «внаслідок безпрецедентної кампанії проти щеплень» стрімко погіршувався до самої епідемії, і її виникнення нібито було лише питанням часу?¹⁶² Навряд чи я сильно помилюся, сказавши, що причиною епідемії дифтерії стала зовсім не відсутність щеплень, а звичайна безграмотність деяких лікарів, нездатних вчасно розрізнити хворобу, і кричуща нездатність російської, а з нею й української влади в умовах, що змінились, спрямувати відповідні сили та засоби

¹⁶¹ Статистика захворюваності взята зі статті *Dittman S. et al. Successful Control of Diphtheria in the States of the Former Union of the Soviet Socialist Republics: Lessons Learned J Infect Dis* 2000 Feb; 181 Suppl 1:S10-22.

¹⁶² От ще один приклад відвертої дезінформації: «Підвищення захворюваності на дифтерію в республіках колишнього СРСР почалося наприкінці 80-х років через низький рівень охоплення щепленнями населення, через численні необгрунтовані відводи й відмови від щеплень» (*Медуницян Н. В. Вакцинология.* с. 138). Знайомому усім дітям некрасівському капітанові Врунгелю треба було йти не в моряки, а в епідеміологи або інфекціоністи з наступною спеціалізацією зі щеплень. Поза всяким сумнівом, його здібності, яких потребує ця галузь, дозволили б йому зробити фантастичну кар'єру.

на зміну санітарно-епідеміологічного стану. Рядові випадки дифтерії розпалили пожежу епідемії, що перекинулася на сусідні країни, а результатом стали 157 тис. хворих та 5 тис. померлих (з них 115 тис. хворих і 3 тис. смертей у Росії)¹⁶³. Те, над чим безуспішно ламали голову «фахівці з епідеміології», було цілком очевидним. Згадуваний вище український журналіст цитував слова д.м.н. Колесникова, у яких поряд зі звичайними вакцинаторськими заклинаннями лунала й цілком раціональна нота: «Епідемію дифтерії в Еквадорі було «погашено» за два місяці, в Алжирі – вона тривала близько 1 року. У Польщі спалаху захворюваності не дозволили перерости в епідемію. Можна було б уникнути епідемії, якби Головне санепідуправління (України. – О. К.) вчасно вжило б необхідних заходів, якби воно, як кажуть, тримало руку на пульсі. Якщо Головне санепідуправління докорінно не змінить своєї політики, стилю та методів роботи, то незабаром, треба вважати, почне розриватися між спалахами інфекційних захворювань, а потім і епідемії. Країна перетвориться у величезний розсадник інфекцій... санітарна служба могла б не допустити не тільки епідемії дифтерії, але й вірусного гепатиту А та багато чого іншого»¹⁶⁴. Цілком раціональними є й деякі висновки фахівців з Одеської клінічної інфекційної лікарні. Почавши їх, як це заведено у вакцинаторів, на мінорній ноті («Наведені дані ще раз підтверджують роль активної специфічної профілактики в боротьбі з дифтерією...»), вони закінчили мажорно, керуючись здоровим глуздом та законами епідеміології: «... але в той самий час свідчать про те, що загальні соціально-економічні умови також є досить істотним фактором, що визначає епідеміологічну ситуацію при дифтерії. У роки соціальних катаклізмів захворюваність на дифтерію, як правило, збільшувалася, й 1992-1995 рр. не є виключенням. Аналіз вказує також, що інтенсивність зниження захворюваності з часом зменшується й настає момент, коли захворюваність нібито стабілізується... Захворюваність на сучасну дифтерію – це тільки надводна частина айсберга, підводна ж, схована від нашого погляду – це носії інфекції, яких значно більше, ніж хворих людей. Різкі зміни соціально-економічних умов життя суспільства порушують рівновагу в поширенні дифтерійної інфекції та призводять до зростання захворюваності. Таким чином, епідемічний підйом захворюваності на дифтерію в 1992-1995 рр. – це штатна ситуація в поширенні цієї хвороби. Однак за належної організації епідеміологічного нагляду за дитячими інфекціями його можна було передбачити й, отже, пом'якшити його негативні наслідки»¹⁶⁵.

¹⁶³ Lumio S. Studies... p. 4 й Dittman S. Successful...

¹⁶⁴ Прицкер В. Эпидемия продолжается *Зеркало недели on the Web* 1996; 48(113).

¹⁶⁵ Васильев К. Г., Лаврюкова С. Я. Эпидемиологические особенности дифтерии в Одессе за 100 лет *Эпидемиология и инфекционные болезни* 1998, 2, с. 25-27.

Показово, що епідеміологічна безграмотність і цілковите нерозуміння того, що відбувається, помножені на сліпу віру в щеплення й нездатність змиритися з тим, що старі добрі радянські часи судових і психіатричних розправ з інакомислячими вже минули, приводили до таких цілком серйозних пропозицій, як «обов'язкова негайна реакція офіційних представників Міністерства охорони здоров'я на безвідповідальні виступи в органах масової інформації проти щеплень (аж до залучення авторів таких матеріалів до кримінальної відповідальності)»¹⁶⁶. Ось, виявляється, як треба відстоювати свою точку зору! Крім усього іншого, за такими ініціативами стояло цілком природне бажання знайти тих, на кого треба було перекласти відповідальність за розповсюдження дифтерії... Ось ще перлина з наради щодо щеплень, яку я постійно цитую у цьому розділі, що належним чином ілюструє науковий та етичний рівень учасників: «Учасники... дійшли до загальної згоди, що необхідно негайно реагувати на негативні публікації в засобах масової інформації щодо вакцинації. Стосовно питання, чи є обов'язкова вакцинація порушенням прав людини, було відзначено, що Хельсінська декларація складається із двох частин і нарівні з правами окремої особистості захищає також і права суспільства. Майже в усіх країнах у законодавчих актах щодо боротьби з інфекційними хворобами чітко визначено, що окремі особистості не мають права заражати інших людей і що, як і з проблемою охорони навколишнього середовища, у цій сфері права суспільства «мають більшу вагу», ніж права окремого індивідуума. З іншого боку, суспільство зобов'язане відшкодовувати збиток постраждалим у результаті вакцинації»¹⁶⁷. Чи можна, прочитавши цю ахінею, не завмерти в здивуванні? Який зв'язок між профілактичними щепленнями та «не мають права заражати інших людей»? Відколи *здорові* люди почали розглядатися в якості страшної загрози суспільству, з якою необхідно боротися всіма засобами? Напевно, з тих самих пір, коли дженнерівські щеплення перетворилися на високоприбутковий бізнес, а здорові законслухняні громадяни перетворилися у висловах вакцинаторів на «порохові мішки», «каналізаційні стоки» та «склади горючих матеріалів»...

У Санкт-Петербурзі вакцинатори розгорнули бурхливу діяльність, наводивши місцеву пресу, а також передачі на радіо й те-

¹⁶⁶ Рахманова А. Г. и др. О преодолении негативного отношения населения к профилактическому прививкам против дифтерии // Совещание... с. 113. Ще один захід, який було запропоновано д-ром А. Рахмановою – «залучення до роботи з пропаганди вакцинопрофілактики неурядових організацій та комерційних структур». За гроші платників податків, треба вважати.

¹⁶⁷ Чен р. Эпидемия... // Совещание...

лебаченні моторошними апокаліптичними прогнозами для нещеплених, надрукувавши двохмільйонним накладом пам'ятку «Дифтерія – небезпечна хвороба», і навіть не забувши міський телефон-автовідповідач 002. Суми, мабуть, на цю метушню були витрачені чималі, а жодних результатів досягнути не вдалося. Схожі результати мала активність тих, хто опікується щепленнями, в Україні. За їхнім власним визнанням, «за 1992 і перші 6 міс. 1993 р... проведено 35 телепередач та 58 радіопередач, відбулися 22 публікації у пресі, видано 2 спецвипуски газет «Ваше здоров'я» та «Правда України» накладом 400 тис. прим., видані й поширені 100 тис. плакатів та 680 тис. пам'яток. Випущено відеофільм про необхідність профілактичних щеплень... розіслані науково-популярні фільми «Поки ще не пізно», «І знову про дифтерію», «Щепленням альтернативи немає». Інформацію типу «рядок, що біжить» було використано на будинках центральних площ Києва та на телебаченні під час популярних передач (наприклад, під час демонстрації міжнародних футбольних матчів)¹⁶⁸. Але, на жаль, все було марно.

Так потрібні щеплення від дифтерії чи ні? Прочитавши чимало на тему дифтерії та щеплень від неї, я дійшов до наступного висновку. Щеплення від дифтерії марні й шкідливі так само, як й інші профілактичні щеплення. Хворі, ослаблені, страждаючі від імунодефіциту (який може викликатись і завдяки старанній вакцинації) діти були, є й будуть схильними до захворювання на дифтерію, як зі зробленими щепленнями проти неї, так і без них, у набагато більшому ступеню, ніж їх міцні й здорові однолітки. І ніяким батогом статистичного окомилування, хитромудрими поясненнями «неправильності» щеплень, посиланнями на імунодефіцити та спадкові дефекти, що знижують корисність щеплень, та іншими стандартними вакцинальними підробками обуха фактів і біологічних законів перебити не вдасться. Як не вдавалося ніколи!

¹⁶⁸ *Моисеева А. В. и др. Меры контроля участия общественности в решении проблемы дифтерии // Совещание... с. 115-116.*

Висновки:

- Захворюваність на дифтерію, що була у XIX і на початку XX ст. однією з головних причин дитячої смертності, значно знизилася до початку Другої світової війни завдяки поліпшенню життєвого рівня населення, при цьому практично в усіх європейських країнах – без будь-яких щеплень. Як і інші інфекційні хвороби, дифтерія, насамперед, хвороба бруду, скученості проживання та недоїдання. Важливим сучасним фактором ризику захворюваності на дифтерію та особливо смертності від неї є алкоголізм.
- Дифтерійний анатоксин не здатний запобігти ні циркуляції збудника в суспільстві, ні інфікуванню ним, ні виробленню токсину, що спричиняє хворобу. Судячи з тривалості останніх епідемій у країнах СНД і Балтії та за наявними літературними даними, його ефективність є дуже сумнівною й щодо вироблення справжньої несприйнятливості до токсину. Крім того, у значного відсотка щеплених дітей та дорослих антитоксичний імунітет до дифтерії не виробляється взагалі.
- Нерозбірливе масове використання антибіотиків та щеплення змінили епідеміологічні характеристики хвороби, різко знизивши можливості набуття та підтримки природного імунітету до дифтерії за рахунок постійного контакту зі збудником. Дифтерія стала небезпечною для дорослих, а також для дітей, які не отримують антитіл від матерів.
- Причинами епідемічного спалаху дифтерії в 1990-х рр. були різке зниження рівня життя населення республік колишнього СРСР та нездатність російської влади вчасно оцінити ситуацію й вжити необхідних заходів.
- Існують цікаві та багатообіцяючі методи профілактики та лікування дифтерії, але медична влада їх ігнорує.



Кашлюк

Хвороба

Кашлюк належить до тієї категорії хвороб, що раніше традиційно вважалися дитячими, і все більшу захворюваність на які ми спостерігаємо нині серед підлітків та дорослих¹. Як довго людство страждає від цієї хвороби, точно невідомо; перший її детальний опис було зроблено французьким лікарем Гійеном де Байоном (1538-1616) під час паризької епідемії кашлюку у 1578 р. Збудником є нестійка у зовнішньому середовищі (поза людським тілом гине протягом декількох хвилин) бактерія *Bordetella pertussis*, а симптоми самої хвороби викликає токсин, що нею виробляється, негативні ефекти від впливу якого на людський організм є досить різноманітними:

¹ «Кашлюк, на жаль, зустрічається й у тих країнах, де протягом багатьох років переважній більшості жителів роблять противокашлюкові щеплення. Так, у США з 1980 по 1989 рр. було зареєстровано 27 тис. випадків захворювання, причому 12% захворілих складали люди у віці 15 років і вище» (Лобзин Ю. В., Плотников К. П. «Детские» інфекції. СПб, 2001, с. 19). Або: «Особливо небезпечними джерелами зараження є хворі зі стертою формою хвороби, у яких кашлюк часто залишається недіагностованим. Діти раннього віку нерідко заражаються від дорослих» (виділене мною. – О. К.) (Самарина Н. В., Сорокіна О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб, Москва, 2000, с. 93). Ще приклад: «У останні роки ХХ ст. джерелом збудника інфекції для дітей стають дорослі, яким діагноз, як правило, не ставлять навіть за наявності маніфестних форм» (Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 255). Щоб розсіяти останню тінь сумніву у читачів щодо джерела зараження дітей, процитую звіт комітету експертів з вивчення побічних реакцій на щеплення проти кашлюку та краснухи при американському Інституті медицини: «Факти підтверджують, що щеплені дорослі є переважаючим джерелом зараження немовлят і дітей у розвинених країнах» (виділене мною. – О. К.) (Howson C. P. et al. Adverse effects of Pertussis and Rubella Vaccines. IOM, 1991, p. 9). Там само автори повідомляють наступне: «До початку масової імунізації вважалося, що 95% людей заражалось кашлюком протягом свого життя... 20% випадків спостерігалось у віці молодше одного року, а 60% – у віці від 1 року до 4 років... За інформацією Центру контролю захворювань... у період з 1986 по 1988 рр. 46% випадків спостерігалось у дітей молодше одного року, серед них 35% у віці молодше 6 місяців. 22% усіх випадків було зареєстровано в дітей від 1 року до 4 років, у групі 5-9 років – 16%, 10-14 років – 5%, 15 років та більше – 11%» (р. 13). При цьому автори обмовляються, що ці оцінки засновані лише на 5-10% випадків кашлюку, про які стає відомо, а у світлі складності розпізнавання кашлюку справжні захворюваність та смертність, що пов'язані з кашлюком, повинні бути багаторазово вище. Якщо перевести відсотки у числа, то можна припустити, що в США щорічно трапляється близько 55-65 тис. випадків захворювання на кашлюк. Привертає до себе увагу те, що захворюваність (нехай і знизилася у цілому) явно зміщується у бік найнебезпечнішого для хвороби віку, дитячого, про що говоритиметься далі в цьому розділі. Електронна версія звіту експертів доступна на сайті видавництва National Academic Press.

наприклад, він збільшує проникливість гематоенцефалічного бар'єру мозку (внаслідок чого цей бар'єр можуть долати інші бактерії та віруси), веде до збільшення секреції інсуліну (результатом чого може стати недостатнє надходження глюкози до мозку), підвищує чутливість (сенсибілізує) до гістаміну. Джерелом зараження може бути тільки хвора людина, шлях передачі інфекції – повітряно-краплинний. Хронічне бактеріоносійство зустрічається винятково рідко. Інкубаційний період триває від двох днів до двох, максимум трьох тижнів, його змінює катаральний (нежить, чихання, загальне нездужання, відсутність апетиту, легкий кашель) тієї ж тривалості, який не відрізняється від звичайної застуди. Поступово кашель, особливо у нічний час, підсилюється, що вказує на початок періоду загальновідомого й характерного для цієї хвороби спастичного кашлю, що ще зветься гавкаючим (після глибокого свистячого, внаслідок проходження повітря через звужені дихальні шляхи, вдиху, що зветься репризою, йде слідом серія коротких кашльових поштовхів, що нагадують гавкіт собаки). Напад, під час якого у хворого червоніє або синіє обличчя й можлива носова кровотеча або крововиливи у очі, закінчується виділенням прозорого мокротиння, іноді – блювотою. Звичайно напади відбуваються увечері або вночі, у теплому й задушливому приміщенні (саме з цієї причини хворим на кашлюк рекомендується спати з відкритими вікнами), рідше вдень. Протягом доби звичайно відбувається 10-15 таких нападів. Цей період звичайно триває біля місяця або трохи довше (хоча може тривати й усього один тиждень), після чого настає період одужання, який починається зі зменшення кількості нападів кашлю, потім поліпшуються сон та апетит. Процес одужання звичайно розтягується на кілька місяців, що точно відображується у китайській та японській назві кашлюку – «стоденний кашель».

Розповсюдженим ускладненням, особливо у немовлят, є запалення середнього вуха (отит). Найбільш частим та небезпечним серед важких ускладнень кашлюку є запалення легенів внаслідок приєднання вторинної інфекції. У дітей молодшого віку можлива асфіксія (ядуха). Серед важких ускладнень з боку нервової системи слід зазначити кашлюковий енцефаліт та крововиливи у мозок. Частота таких ускладнень у США не є сталою й, за різними оцінками, становить близько 0,7-0,8% від кількості хворих². У цілому ж летальність при кашлюку низька, й жертвами кашлюку найчастіш є діти у віці до 6 міс. (за оцінкою американського Центру контролю захворювань – 0,5% усіх випадків захворювання у цьому віці),

² Howson C. P. et al. Adverse... pp. 11-12.

ще рідше у віці від 6 до 12 міс. Випадки смерті від кашлюку дітей старше 12 міс. відносяться, скоріш, до казуїстичних. Перенесене захворювання залишає стійкий довічний імунітет³.

Ніякого специфічного лікування при неускладненій формі цієї хвороби не потрібно. Відпочинок у чистому, провітрюваному приміщенні, вітамін А та вітаміни групи В, багато пити (чиста вода, невелика кількість фруктових соків) та піст протягом декількох днів у самому гострому періоді – це все, що потрібно. Вкрай необхідно продовжувати годувати груддю, коли мова йде про хворе немовля – це найважливіше у лікуванні хвороби та у профілактиці її ускладнень. Антибіотики (звичайно мова йде про ерітроміцин) неефективні для лікування кашлюку при вже розвиненій клінічній картині, але вважається, що вони можуть запобігти передачі інфекції та ускладненням у вигляді вторинних інфекцій. Однак існують дослідження, згідно з якими ті, хто приймав антибіотики, не тільки не полегшували свій стан на будь-якій стадії кашлюку, але й період спастичного кашлю у них тривав довше ніж у тих, хто антибіотики не приймав⁴. Цілком імовірно, що головну роль у тривалості кашлю відіграють не бактерії та їхні токсини, а якісь інші фактори – наприклад, загальний стан імунітету хворого, який ще більше пригнічується антибіотиками. Залишаючи осторонь дискусійне питання про корисність антибіотиків при кашлюку,

³ Там само, с. 12. Упорядники звіту посилаються на три публікації, що підтверджують цей факт. Власне, про довічний імунітет після перенесеного кашлюку говориться у всіх відомих мені раціональних посібниках з інфекційних хвороб, тому я був чимало здивований, випадково виявивши наступне твердження авторського колективу книги «Инфекционные болезни. Справочник для всех» («ДЕАН», СПб, 2000, с. 193): «Перенесене захворювання і вакцинація не забезпечують довічної несприйнятливості до нього. Тому можливі повторні захворювання в дорослих». Майже без змін ця фраза відтворюється у «Детских инфекциях» СПб и М., 2001, с. 21; в обох випадках серед авторів фігурує головний інфекціоніст Міноборони РФ Ю. В. Лобзін. Зрозуміло, з приводу вакцинації дискусії тут немає (не настільки вже рідко вона не забезпечує взагалі ніякої несприйнятливості, не те що довічної), але перенесене захворювання? Може, «на берегах Неві» і кашлюк якийсь особливо злий, такий що не підкорюється законам, вірним для усього іншого світу? Для ілюстрації: «Численні видання дощепленевого періоду свідчать, що повторні захворювання на кашлюк реєструвалися не більш ніж у 0,25% випадків, тобто перенесене захворювання створювало стійкий довічний імунітет і повторні захворювання були великою рідкістю» (Покровский В. И. Эволюция... с. 246-247). Непогано б інфекціоністам розібратися поміж собою.

⁴ Див., наприклад, *Tozzi A. E. et al. Clinical Presentation of Pertussis in Unvaccinated and Vaccinated Children in the First Six Years of Life Pediatrics Nov 2003, vol 112, No 5, Epidemiological Features of Pertussis in the United States, 1980-1989 Clinical Infectious Diseases 1992; (14):708-719 і Mertsola J. et al. Intrafamilial spread of pertussis J Pediatrics 1983; 103:359-363.*

я обмежуватимуть лише зауваженням, що для їхнього призначення у будь-якому випадку потрібні найсуворіші показання, і батьки не повинні соромитися з'ясувати у лікаря, що саме змушує його призначати лікі, користь від яких при даній хворобі є дуже сумнівною, а коротко- та довготривалі побічні ефекти – досить серйозні.

Для профілактики кашлюку може бути рекомендований гомеопатичний нозод кашлюку *Pertussinum 30* для щотижневого прийому під час спалаху кашлюку та триразового прийому на протязі тижня після контакту з хворим. Цей метод довів свою ефективність в одному дослідженні⁵. Гомеопатія цілком ефективна й у лікуванні вже розвиненого кашлюку, однак тут потрібна консультація професійного гомеопата. Д-р Дороті Шеперд наводить чудові результати, отримані нею при використанні цього ж нозода у 30-му розведенні, як для профілактики, так і для лікування кашлюку. Вона пропонує іншу методику: давати одну дозу нозода три-чотири рази протягом тільки одного дня⁶. У багатьох посібниках та публікаціях з гомеопатичного лікування дитячих інфекційних захворювань відзначається ефективність препарату *Drosera*. Основними симптомами, що вказують на *Drosera*, є глибокий кашель, першіння у гортані, що провокує кашель, а також кашель такої сили, що закінчується блювотою, та такої частоти, що хворий ледве встигає перевести подих. Погіршується кашель, коли хворий лежить. Так, славетний англійський гомеопат д-р Маргарет Тайлер (1857-1943) писала: «...Мені неодноразово вдавалося виликовувати кашлюк за допомогою єдиного прийому *Drosera* у 30-й або 200-й потенції, особливо у роки війни 1914-1918 рр., коли до нашої амбулаторії зверталось багато дітей, які страждали на це захворювання. Необхідність повторити прийом ліків виникала лише у окремих випадках, якщо кашель не припинявся протягом двох тижнів»⁷. При цьому вона додає: «Пам'ятайте, що гомеопатія не має справу зі «специфічними ліками» і не лікує хвороби, виходячи з їхніх назв. Якщо ви вважаєте, що *Drosera* буде ефективною в усіх випадках кашлюку, то ви рано чи пізно зрозумієте, що це не так. Наприклад, під час однієї з епідемій практично усі діти, що захворіли на кашлюк, одужували після прийому *Kalium carbonicum*»⁸. Проф. Дж. Т. Кент

⁵ English J. M. Pertussin 30 – protective for whooping cough? A pilot study *British Homeopathic Journal* 1987; 76:61-65. Варто звернути увагу читачів, що мова йде саме про нозод – препарат, що одержується зі слини хворих на кашлюк. Ніякого відношення до різних алопатичних пертусинів, навіть у динамізованій формі, які продаються й у гомеопатичних аптеках, нозод *Pertussinum* не має!

⁶ Shepherd D. Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, pp. 63-68.

⁷ Тайлер М. Портреты гомеопатических лекарств. т. I, М., 2002, с. 412.

⁸ Там само, с. 413.

надає цікаву інформацію про інші ліки: «*Carbo vegetabilis* – один з найбільш ефективних засобів, які застосовують у початковій стадії кашлюку. Кашель, що характерний для цього препарату, протікає з блювотою, почервонінням обличчя, хворий їм давиться, тобто тут присутнє все, що характерно і для кашлюку. Це один з кращих препаратів для заплутаних випадків, коли за симптомами кашлю важко підібрати ліки або коли захворювання розвивається лише до певної стадії, завмираючи у своєму розвитку на тривалий час. Коли препарат не діє сам по собі, він прояснює усі симптоми, що полегшує вибір відповідних ліків. У більшості випадків кашлюку під дією гомеопатичного лікування пацієнт має полегшення у строк від тижня до десяти днів; звичайно, за умови вірного вибору ліків»⁹.

Разом з тим, можна відзначити тут і стару публікацію в «Журналі Американської медичної асоціації», яка повідомляла, що 90 захворілих на кашлюк дітей одержували протягом тижня лікування 500 мг вітаміну С щодня, після чого доза знижалася до 100 мг раз на два дні до одужання. Всі діти, які одержували вітамін С внутрішньовенно, повністю видужали до 15-го дня, а ті, хто одержував його орально – до 20-го. У 75% випадків, коли лікування вітаміном С починалося на катаральній стадії хвороби, настання стадії спастичного кашлю вдавалося повністю виключити¹⁰. Показово, що ні ця, ні інші публікації про ефективність застосування вітаміну С при лікуванні інфекційних захворювань (про які говориться у інших розділах цієї книги), не викликали ані найменшого інтересу в тих, хто повинен був за них ухопитись просто з службового обов'язку. Адже лікування вітамінами не можна запатентувати, та й вартість такого лікування – копійки. Інша справа – високоприбуткові вакцини й сироватки!

Попередній діагноз кашлюку ставиться на підставі клінічної картини. Остаточний діагноз вимагає лабораторного підтвердження, однак з цим є серйозні проблеми. Бактерія висівається з мокротиння (при цьому аж ніяк не у 100% випадків) лише в катаральній стадії (коли батькам звичайно й на думку не спадає звертатися до лікаря, а тому – замовляти цей аналіз) і на початку періоду кашлю. Пізніше збудник вже не висівається. Не висівається він і після того, як розпочалося лікування антибіотиками й часто у тих хворих, які були раніше щеплені. Дуже важливо тут це підкреслити, тому що безпосереднє виявлення збудника залишається й донині найпоширенішим методом лабораторної діагностики кашлюку, а тому на підставі негативного результату посіву діагноз кашлюку може бути не

⁹ Кент Дж. Т. Лекции по гомеопатической Materia Medica. т. I, М., 1999, с. 476.

¹⁰ JAMA November 4, 1950; 144:879.

поставлено щепленій дитині, навіть якщо клінічна картина не викликає жодних сумнівів. Це одна з причин, чому статистичні дані можуть інтерпретуватися як такі, що підтверджують ефективність щеплення. Існують методи серологічної діагностики (визначення антитіл), але на практиці вони застосовуються дуже рідко. Крім того, «серед серологічних методів поки що немає досить специфічних та чутливих тестів на визначення імунітету проти кашлюку. Реакція аглютинації залишається найчастіше використовуваною реакцією. Разом з тим вакцинація та перенесення захворювання на кашлюк не завжди призводять до утворення аглютининів, тоді як деякі особи, у сироватці крові яких не визначається антитіл, залишаються захищеними»¹¹.

У підлітків та дорослих хвороба протікає легше, звичайно у формі тривалого бронхіту. За даними одного американського дослідження, у 12% дорослих з настирливим кашлем після ретельних аналізів був виявлений кашлюк¹². Як вже було зазначено вище, це той шлях, яким ті, хто був щеплений в дитинстві і пізніше втратив імунітет, заражають сьогодні дітей.

Судячи з історичних даних, кашлюк свого часу дійсно являв серйозну загрозу для дітей, особливо для немовлят, як у Старому, так й у Новому світі. Відомо про тривалу чи ледве не 15-річну епідемію кашлюку в середині XVIII ст. у скандинавських країнах, що щорічно забирала по 3 тис. життів. У період з 1858 по 1865 рр. в Англії від нього померло 120 тис. людей¹³. Крім померлих, чимало дітей залишалися інвалідами внаслідок кашлюкового енцефаліту та мозкових крововиливів, що відбувалися на піку приступів важкого безперервного кашлю та пов'язаних з ними зупинок дихання. Вершини своєї люті кашлюк досяг у другій половині XIX ст. у перенаселених районах проживання робітничого класу, де бідність, недоїдання та кепські санітарні умови традиційно були прекрасним ґрунтом для усіх інфекційних хвороб, що тоді зустрічалися, серед яких кашлюк не був виключенням. Російські автори підтверджують це: «Показники захворюваності та летальності не були однаковими серед різних верств населення. Надзвичайно велике значення мали соціальні фактори: матеріальна забезпеченість, умови побуту, житлові умови. Значення соціального фактору в епідеміології кашлюку красномовно ілюструють наступні статистичні дані дореволюційного періоду. У Петербурзі в 1881-1890 рр. у частинах міста, заселених робітничим

¹¹ Медуницын Н. В. Вакцинология. М., 1999, с. 137.

¹² *Nenning M. E. et al.* Prevalence and incidence of adult pertussis in an urban population *JAMA* 1996; 275:1672-4.

¹³ *Coulter H. L., Fisher B. L.* A Shot in the Dark. Why the P in the DPT vaccination may be hazardous to your child's health. NY, 1991, p. 4.

людом, рівень смертності від кашлюку був у 5-6 разів вищим, ніж у аристократичних кварталах. Смертність від кашлюку дітей, що жили у підвалах, була у 19 разів, а тіх, хто жив на горищах, у 8 разів вищою, ніж серед жителів других поверхів. Подібні до цього факти наведені й Berthilion щодо Відню, Парижу та Берліну... Б. Е. Каушанська (1948), порівнюючи смертність від чотирьох крапельних інфекцій по Санкт-Петербургу за 1900-1941 рр., наводить наступні дані про зниження смертності за цей період: при дифтерії – більш ніж у 7 разів, при скарлатині – у 4 рази, при кору – у 2-3 рази, а при кашлюку – у 1,8 рази. Смертність від кашлюку обумовлювалася не тільки рівнем захворюваності різних контингентів, але й високою летальністю, що була неоднакова в різних верствах населення з різною матеріальною забезпеченістю. У важких побутових умовах, у бідних кварталах діти занедужували у ранішому віці, у якому кашлюк становив особливу небезпеку¹⁴. Або от цитата з лекції радянського педіатра проф. С. Д. Носова: «Безперечну й істотну роль у послабленні проявів кашлюку та зниженні летальності від нього зіграли зростання життєвого рівня населення, поліпшення фізичного розвитку дітей та зниження частоти деяких супутніх патологічних станів та хронічних захворювань, які послаблюють організм дитини, що стали наслідком цього. Особливо велике значення цього фактору при кашлюку, який вражає у найбільш ранньому та беззахисному віці»¹⁵. Там само проф. Носов відзначає, що, наприклад, серед кашлюкових хворих у 1940-45 рр. рахіт був відзначений у 77%, при цьому у 25% важкий, у третьому ступені.

«Класичні» лікарі дуже довго не тільки не мали жодного уявлення про природу цієї хвороби (збудник був виділений Жулем Борде (1870-1961), ім'ям якого й названо бактерію, та Октавом Жангу (1875-1957) з Інституту Пастера в Брюсселі лише у 1906 р.), але, на відміну від гомеопатів, своїми методами лікування лише погіршували прогноз. Широко використовували кровопускання й п'явки, блювотні засоби («для видалення загального слизу»), препарати ртуті, опіум. Навряд чи можна сумніватися, що жахаюча статистика смертності від кашлюку того часу щонайменш частково була наслідком такого лікування, гіршого за саму хворобу. Нині кашлюк все ще залишається серйозною проблемою в країнах, що розвиваються. Це уточнення дуже важливе, тому що коли приголомшеним батькам демонструють такі жахливі (й, імовірно, правдиві) цифри, що у світі від 600 тис. до

¹⁴ Покровский В. И. Эволюция... с. 238-239.

¹⁵ Носов С. Д. Эволюция детских инфекционных болезней в периоде активной борьбы за их ликвидацию. Актовая речь 10 ноября 1961 г. М., 1961, с. 14.

мільйона дітей щорічно вмирають від кашлюку або його ускладнень, до того ж чомусь завжди забувають відзначити, що мова йде про ті країни, де діти вмирають мільйонами майже від усіх хвороб, як «контрольованих» щепленнями, так і «неконтрольованих», в першу чергу від недоїдання та кишкових інфекцій, про які як про причину смерті у цивілізованих країнах давно вже й думати забули.

І після відкриття природи хвороби лікарі довго ще не мали засобів для її «наукового» лікування – до самої появи у роки Другої світової війни антибіотиків, що різко скоротили смертність від такого ускладнення кашлюку, як пневмонія. Смертність від кашлюку знизилася з другої половини XIX ст. до середини XX ст., коли тільки й з'явилось відповідне щеплення, на 90% у США, Англії й Швеції¹⁶, на 92% у Франції та 99,15% (!) у Іспанії¹⁷. Таке різке зниження, втім, не було привілеєм одного лише кашлюку. Різко знизилася смертність від скарлатини, кору, грипу, туберкульозу та тифу, поза всяким зв'язком з наявністю або відсутністю щеплень. Пов'язане це було, у першу чергу, зі значним поліпшенням санітарно-гігієнічного стану місць проживання людей та з харчуванням, що значно покращилося. Здоровіші діти та дорослі могли краще чинити опір хворобі. Крім того, не виключено, що свою роль зіграв й імунітет до постійно присутньої хвороби, який накопичується у поколіннях¹⁸. Зниження смертності від кашлюку було ще примітно й тим, що, на відміну від інших інфекційних хвороб, при яких захворюваність та смертність знижувалися майже пропорційно, у багатьох європейських країнах зниження смертності від кашлюку значно випереджало зниження *захворюваності*. У СРСР, за даними російських авторів, до початку щеплень знизилася і захворюваність, і летальність. «До початку активної імунізації в 1959 р... загальна летальність становила у Ленінграді 0,07%, у Москві – 0,098%, а по СРСР у цілому дорівнювала 0,7%. Лікарняна летальність зменшилася до десятих часток відсотка, а серед дітей старше 3 років її було практично ліквідовано...»¹⁹.

Після зниження захворюваності на кашлюк, що приписується щепленню, у останні роки вона знову почала зростати. Найменша

¹⁶ Вже згадуваний комітет експертів наводить такі дані з Великобританії: смертність від кашлюку перед початком Другої світової війни становила лише 1/10 від тієї, що була на сорок років раніше; до середини XX ст. один з тисячі дітей вмирав від кашлюку. Смертність швидко знижувалася й після війни, хоча епідемії кашлюку тривали. Така ж тенденція була характерна і для США (*Howson C. Adverse... p. 14*).

¹⁷ *Joet F. et al. Survey on vaccinations in Europe: adverse effects, epidemiology, laws, and EFVV proposals Medical Veritas 2005; 2:1-37.*

¹⁸ Так, у 1920-1930-х рр. до десятирічного віку 73% американських дітей хворіли на кашлюк (*Coulter H. L. A Shot... p. 6*).

¹⁹ *Покровский В. И. Эволюция... с. 244.*

кількість захворювань кашлюком у США відзначалася у 1976 р. – 1010 (за деяким даними – в 1964 р., але мова йде про подібні цифри у цілому). У 2000 р. було зареєстровано 7800 випадків, з яких 17 закінчилися смертю. У 2002 р. кількість хворих на кашлюк вже перевищила 9700²⁰. Російський авторський колектив також підтверджує, що після загального захоплення, пов'язаного з кашлюковою вакциною та зменшенням (нібито завдяки їй) захворюваності на кашлюк, поступово усе стає на свої місця: «...З кінця 80-х – початку 90-х років у США, Канаді, Німеччині, Японії, Іспанії, Польщі, Фінляндії й ін. з рівнем імунного прошарку до 85-95%, а також у Росії (по всій території країни) було відзначено значне зростання захворюваності на кашлюк... Найвищі показники реєструвалися серед дитячого населення. Так, у дітей до 2 років вони становили у середньому 134,8-147,3 на 100 тис. дітей цієї вікової групи. Найвищі показники мали місце у Москві – 360,6 та Санкт-Петербурзі – 830,3 на 100 тис. дітей, що було характерно для дощепленевого періоду»²¹. Сумно. І 85-95% «імунного прошарку», за які було сплачено тисячами випадків післявакцинальних ускладнень та смертей, виявилися зовсім марними. Захворюваність у підсумку залишилася цілком порівняною з дощепленевим періодом. Так заради чого робилося й робиться щеплення, якщо хвороба продовжує жити за своїми власними законами, не звертаючи на нього жодної уваги?

Вакцина

Безпечність та ефективність

У цьому розділі я хотів би відступити від встановленої послідовності підрозділів, оскільки розгляд ефективності та безпечності кашлюкової вакцини у відриві один від одного міг би розірвати розповідь та ускладнити читачеві розуміння пов'язаних з нею проблем.

Навряд чи існує інша сучасна вакцина, яка могла б зрівнятися з кашлюковою за кількістю найтяжчих ускладнень та смертей у тих, хто нею «рятується», за досить сумнівною ефективністю, а також за складностями з розумінням механізму її дії в цілому. Крім невирішених питань, пов'язаних з виробництвом вакцини (таких як наявність у її складі токсичних речовин, низький ступінь очищення, контамінанти), дотепер існує чимала кількість білих плям у розумінні природи самої хвороби. Справа в тому, що й дотепер немає відомостей про механізм

²⁰ Повідомлення кореспондента *United Press International* Стівена Мітчелла від 10 жовтня 2003 р. Цит. з розсилки новин *NVIC* від 27 жовтня 2003 р.

²¹ *Покровский В. И. Эволюция... с. 253.*

виникнення та підтримки імунітету при кашлюку, що вкрай знецінює усі зусилля зі створення вакцини. Очевидно, що ступінь захисту від кашлюку не пов'язаний взагалі або пов'язаний дуже незначно з виробленням антитіл; імунітет проти кашлюку заснований на клітинному, а не на гуморальному механізмі²². Такий стан речей вкупі з особливостями хвороби (велика кількість стертих форм, труднощі лабораторної діагностики) залишає недозволено великий простір для спекуляцій про реальну захисну силу щеплення.

Першу вакцину проти кашлюку було створено у 1912 р. вже згадуваними вище Борде та Жангу, які виділили збудника хвороби. Вакцина, заснована на вбитих високою температурою бактеріях, була надзвичайно грубою, викликала безліч побічних ефектів (методів виділення антигенів тоді ще не існувало, тому у вакцину потрапляло все: й потрібне, й непотрібне), та відзначалась малою ефективністю (хоча б тому, що не використовувалися ад'юванти). Ідея створення вакцини проти кашлюку особливо сподобалася американцям, і вже до 1914 р. шість компаній у США виробляли таку вакцину. Довести яку-небудь ефективність цих вакцин так і не вдалося, широкого практичного застосування вони не знайшли, а тому в 1931 р. їхнє виробництво було припинено. У 1925 і 1929 рр. Торвальд Мадсен з Датського державного інституту сироваток у Копенгагені застосував свою вакцину при двох спалахах кашлюку на Фарерських островах у Північному морі. У першій з них, коли вакцину почали застосовувати вже під час активного поширення хвороби, вона, очевидно, не запобігала захворюванням, але, згідно з Мадсеном, робила перебіг хвороби *м'якшим* (о, це незмінне вакцинаторське «м'якіше», коли попередити хворобу щепленням не вдається!). У другому випадку результат був кращим – Мадсен повідомив, що захворюваність на кашлюк у щеплених була на 20% нижче, ніж у нещеплених. Мадсен також описав два випадки смерті немовлят в Данії протягом 48 годин після щеплення проти кашлюку. Крім того, він повідомив, що багато з його колег «спостерігають серйозні нездужання як наслідок щеплень»²³.

У 1930-х рр. було розпочато нові спроби створення надійної та ефективної вакцини, але всі вони закінчилися невдачею. Лише у 1940-х рр. вдалося отримати вакцину, ефект від застосування якої міг вважатися відчутним. Відбулося це завдяки роботі піонера

²² «Немає прямих доказів, що сироваткові антитіла до кашлюкових антигенів здатні забезпечувати захист... Головним елементом противокашлюкового захисту є клітинний імунітет» (*Медуницін Н. В.* Вакцинологія с. 137). Ця ж фраза без найменших змін (і без вказівки на джерело) відтворена у книзі *Учайкин В. Ф., Шамшева О. В.* Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 125.

²³ *Madsen T.* Vaccination against whooping-cough *JAMA* 1933; 101:239-241.

американських розробок цільноклітинної кашлюкової вакцини Перл Л. Кендрік (1890-1980), яка виявила, що після додавання алюмінію підсилюється захисний ефект вакцини і для її виробництва потрібна менша кількість бактерій. Саме Кендрік запропонувала об'єднати вакцини від кашлюку, дифтерії та правця. За її словами, «через збільшення кількості ухвалених імунізаційних заходів для дітей логічно було б вивчити відповідну комбінацію антигенів для активної імунізації, щоб зменшити кількість необхідних уколів, знижуючи тим самим дискомфорт для дитини та її батьків та спрощуючи адміністративні процедури»²⁴.

Посилення захисних властивостей вакцини дозволило у другій половині 1940-х рр. випустити її на ринок США. У 1947 р. Комітет з інфекційних хвороб при Американській академії педіатрії рекомендував планово щепити дітей від кашлюку і робити це в комбінації з вакцинами

²⁴ *Coulter H. L. A Shot... p. 6.* Такий творчий підхід, припудрений зворушливою турботою про зручності дітей та економію часу батьків й дуже зайнятих лікарів, сподобався, і «коктейлізація» щеплень набула подальшого поширення. У 1959 р. в США з'явилася нова вакцина «Квадриджен», у яку до дифтерійного, кашлюкового й правцевого компонентів був доданий і поліомієлітний (вакцина Солка). Через величезну кількість важких побічних реакцій та судових позовів, які пішли слідом, вона була без зайвого галасу відкликана з ринку. Причини, через які «Квадриджен» призводила до смерті й каліцтв, дотепер у точності невідомі. Вважається, що у вакцині перебувало занадто багато консерванту, який містив ртуть, а також що при її транспортуванні систематично порушувався режим «холодового ланцюга». Хоча багато лікарів вказували на дивний колір вакцини, яка надходила до них, виробник – не пропадати ж, справді, добру! – завзято відмовлявся замінювати зіпсовані при транспортуванні лоти (докладніше див. *ibid.*, p. 178). Так чи інакше, але похмуре «I'll be back!» було все-таки пророчо вимовлене «Квадриженом». У наступній серії нескінченного серіалу про щеплення, вже через багато років, повернення постарілої, але лякаюче розмноженої й вкомплектованої новим боєкомплексом вакцини-термінатора відбулося під назвами «Тетракок», «Квадрисель» й «Пентасель». Саме собою зрозуміло, що «з огляду на безпечність, зручність й ефективність цього підходу, ВООЗ передбачає можливість одночасного введення всіх вакцин, що необхідні дитині даного віку» (*Адамович М. М. и др. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Минск, 2002, с. 34*). Можливість одночасно вколоти все, що покладено за планом на організм дитини, припала міцно до душі й російським вакцинаторам: «Новими у сучасній імунізації є рекомендації одночасного введення різних вакцин... Необхідною умовою такого введення є проведення ін'єкцій різними шприцями й у різні ділянки тіла. У ряді країн, наприклад, у США, рекомендується вводити до 11 вакцин одномоментно... З організаційної сторони одномоментна вакцинація має більші переваги, оскільки скорочує кількість відвідувань поліклініки, що зменшує відсоток «пропущених дітей» та «втрачених можливостей» і тим самим збільшує охоплення населення імунопрофілактикою» (*Лакоткина Е. А. и др. Вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний у детей и взрослых. СПб, 2000, с. 23*). Інтерес до змішування багатьох вакцин та «ін'єкцій різними шприцями в різні ділянки тіла» прокинувся порівняно недавно, і відбулося це у зв'язку з лавиноподібним збільшенням кількості доступних й обов'язкових щеплень та їхніх доз. Про це розповідається в інших розділах цієї книги.

проти дифтерії та правця. У 1948 р. вже біля десятка фармкомпаній виробляли вакцину DPT (АКДП). Повідомлення про побічні ефекти вакцини, втім, також негайно з'явилися. У 1948 р. Рендольф Байерс та Фредерик Молл, співробітники медичного факультету Гарвардського університету, першими повідомили про дітей, які отримали важкі ураження мозку в результаті використання різних кашлюкових вакцин²⁵. За 10 років вони спостерігали 15 випадків госпіталізації до Дитячого госпіталю Бостона у дітей віком від 5 до 18 місяців. Жоден з них не мав ніяких судом до отримання щеплення. Реакції траплялися після будь-якого за рахунком щеплення (першого, другого або третього) та виникали у відтинку часу від 20 хвилин до 72 годин після нього. Провідним симптомом були судоми, що тривали від декількох хвилин до декількох днів. Спостерігалися зміни в активності (від сонливості до глибокої коми). З цих 15 дітей двоє вмерли від пневмонії, у п'яти розвинувся параліч (геміплегія), у двох – фактична децеребрація (повна втрата вищих мозкових функцій), п'ять стали розумово неповноцінними і всього лише один повністю видужав. Публікація даних Байерса і Молла зайвий раз нагадала про існування дуже серйозної проблеми безпечності вакцин, відомої ще з часів «благодійника» Дженнера. Але ця стаття була лише початком²⁶. Після неї почали регулярно з'являтися все нові повідомлення про смерті й важкі каліцтва внаслідок

²⁵ Byers R. K., Moll F. C. Encephalopathies following prophylactic pertussis vaccination *Pediatrics* 1948; 1:437-56.

²⁶ Можна також відзначити спостереження, зроблене роком раніше. Дитина отримала щеплення під час того, що могло бути охарактеризоване як нерозпізнана атака кашлюку. Через два тижні розвинулася м'яка форма енцефаліту. Була щеплена у другий раз, після чого через тиждень було погіршення. Була щеплена втретє, погіршення настало через 3 дні. Через рік відбулося спонтанне погіршення стану. Тоді заради перевірки (адже кожен лікар у душі є експериментатором, чи не так?) дитині зробили внутрішкірне щеплення вакцини, яка через 12 годин викликала важкий млявий параліч. Справу завершила бронхопневмонія, що розвинулася декількома тижнями пізніше (*Brody M., Sorley R. J. Neurologic complications following administration of pertussis vaccine // NY St J Med* 1947; 47:1016-17). У світлі таких реакцій дитини на введення кашлюкової вакцини й триваючих при цьому наполегливих щепленнях, чи можна назвати всю цю історію інакше, ніж умисним вбивством? А от інший приклад такого роду. Серія № 1182 вакцини DPT, вироблена в липні 1975 р. у Мічигані, успішно пройшла тести виробника на ефективність та безпечність, але тести Управління з контролю харчових продуктів і ліків (FDA) виявили, що вірулентність вакцини у 3 рази перевищує припустиму. Однак знищити 400 000 доз бракованої вакцини, як це мали зробити за законом, було шкода. Тоді мічиганські вакцинологи вирішили поставити експеримент на дітях – а ну як Управління помилилося, і все не так вже страшно? Щеплення вакциною цієї серії отримали 700 дітей з округу Інгхем. Як мінімум для трьох з них експеримент закінчився паралічами й ураженням мозку. Суд відхилив позови батьків, ставши на бік штату, який заявив, що він володіє «імунітетом суверена» на послуги, які крім нього ніхто не забезпечує, і до їхнього числа відносяться й щеплення (*Coulter H. L. A Shot... p. 176-177*).

використання кашлюкової вакцини. Кьонг у 1953 р. зібрав з літератури повідомлення про 82 відомих випадка мозкових реакцій після щеплення проти кашлюку. Підсумок: 11 смертей, 24 стійких уражень нервової системи у вигляді епілептиформних припадків, спастичних паралічів, розумової відсталості, змін характеру. У 15 випадках було повне видужання; інформація про те, чим закінчилися 32 випадки, була відсутня²⁷. В Англії й Уельсі за 1958-65 рр. було зафіксовано 7 смертей у результаті енцефаліту, менінгоенцефаліту або енцефалопатії після щеплень, що містили кашлюковий компонент²⁸. Крім того, в Англії ж з'ясувалося, що кашлюкова вакцина якщо й ефективна, то лише тоді, коли немає дійсної загрози кашлюку. Коли ж починається спалах або епідемія, то щеплення є цілком марним для попередження подальшого поширення хвороби, що впливало зі статті Вільсона, опублікованої у 1965 р.²⁹ Пізніше це було цілком підтверджено даними Міллера й Флетчера, які в 1976 р. повідомили про спалах кашлюку, що охопив 8 тис. дітей віком приблизно від п'яти місяців до п'яти років. З 775 дітей, що потрапили до госпіталів, 39 були щеплені повністю, 41 – частково, 616 не були щеплені, а історія отриманих щеплень ще 79 була невідома. З тих, хто не потребував госпіталізації, повністю щепленими виявилися 2 901, частково щепленими – 590, нещепленими – 1 808, і ще в 2 028 не вдалося з'ясувати, чи були в них щеплення³⁰. Хоча й тих щеплених, хто надійшов до лікарні, виявилось значно менше, ніж нещеплених, дані в цілому (особливо велика кількість хворих) навряд чи можуть свідчити на користь значної захисної сили щеплення. Досить імовірно (і це ми знаємо на прикладах аналогічних випадків), що багато нещеплених не були щеплені через наявність в них серйозних хвороб, й від народження мали більшу схильність до всіх інфекційних захворювань. Саме такий контингент дітей дає найбільшу кількість ускладнень у відповідь на введення вакцини, і саме серед таких дітей виявляється максимальна кількість хворих, зокрема й серйозно хворих, причому «щепленість-нещепленість» відіграє тут досить другорядну

²⁷ Köng E. Zur Pertussisimpfung und ihre Gegenindicationen *Helvetica Paediatrica Acta* 1953; (8):90-98.

²⁸ Полікомпонентні вакцини, вироблені британськими компаніями «Лістер», «Глаксо» і «Бероус велкам», з'явилися у 1957 р., а програма масових щеплень проти кашлюку почалася у Великобританії у 1958 р. Варто згадати, що у 1956 р., за рік до появи власних англійських вакцин й за два роки до початку масової кампанії щеплень, смертність від кашлюку становила в Англії й Уельсі 2 на мільйон населення, а в 1870 г. вона дорівнювала 512!

²⁹ Wilson A. T. et al. Whooping cough: difficulties in diagnosis and ineffectiveness of immunization *BMJ* 1965; 2:623-626.

³⁰ Miller C. L., Fletcher W. B. Severity of notified whooping cough *BMJ* 1976, 17 Jan; 117-119. Цит. за Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, pp. 20-21.

роль. Незважаючи на те, що кожен спалах кашлюку в черговий раз доводить, що щеплені занедужують нітрохи не гірше за нещеплених, деякі цілком престижні навчальні посібники продовжують заявляти, що кашлюк зустрічається винятково в *нещеплених*³¹. Чи варто після цього дивуватися, що вчорашні студенти, які вивчили, що кашлюку у щеплених не може бути так само, як не може бути вічного двигуна, стаючи лікарями, впевнено ставлять діагнози бронхіту, ларингіту, ГРВІ, пневмонії – чого завгодно, але тільки не кашлюку, адже його не може бути через «щепленість» пацієнта!

У період з 1954 по 1955 рр. у США були розроблені спеціальні тести, що використовуються й донині, покликані визначати потенційну токсичність серії вакцини й запобігти побічним реакціям. Якщо після зробленої ін'єкції потрібна кількість мишей не гине та продовжує набирати вагу, то робиться висновок, що ця вакцина підходить для застосування в дітей. Як легко можуть здогадатися читачі, ці тести виявилися дуже й дуже ненадійними. Вакцини, що містять кашлюковий компонент, продовжували й продовжують вбивати та калічити дітей, не зважаючи на усі мишачі досліди³², і свого часу відсутність зв'язку між тестами на токсичність такого роду та дійсною реактогенністю вакцин довів д-р Кристенсен з фармацевтичної компанії «Лай Ліллі». Результати свого дослідження він доповів на міжнародному симпозиумі з кашлюку у 1963 р.: «Не викликає сумнівів, що важкі неврологічні реакції трапляються у дітей, імунізованих кашлюковими вакцинами, які пройшли існуючі нині тести на токсичність... Стало зрозумілим, що немає зв'язку між результатами тестів токсичності на мишах та кількістю реакцій на вакцину в дітей»³³.

³¹ Наприклад, як читачам сподобається отаке: «Кашлюк – хвороба, що викликається грам-негативною бактерією *Bordetella pertussis* у осіб, які не отримали щеплення DPT»? Сказано не в інтерв'ю якого-небудь пропаленого вакцинного дільця бульварній газетці, а у «кишеньковій» версії престижного посібника, що лежить на столах у лікарів у всьому світі! (*Pocket companion to Robbins' pathologic basis of disease*. 6th ed., 1999, p. 188). В ім'я чого настільки примітивна брехня?

³² Про те, як тестувалася вакцина АКДП у СРСР і продовжує тестуватися у Росії, чимало сказано в матеріалі Г. П. Червонської «Мифы и правда о прививках» у доповіді РНКБ при АН РФ «Вакцинопрофилактика и права человека» (М., 1994). Відповідно до її даних, у Росії повторюються безглузді мишачі тести на токсичність, що запропоновані американцями. Якщо хтось при цьому вважає, що такий абсурдний «науці» можна довіряти, то йому явно не місце серед тих, хто приймає рішення, наслідки яких стосуються здоров'я мільйонів дітей.

³³ *Cristensen C. N. Pertussis Vaccine Encephalopathy. Eli Lilly Report, 1962, 1-5, p. 10.* Цит. за *Geier D., Geier M. J. The true story of pertussis vaccination: a sordid legacy? Hist Med Allied Sci* 2002 Jul; 57(3):249-284. З останніх публікацій, які в черговий раз підкреслюють марність тестів на мишах для оцінки безпечності та імуногенності кашлюкових вакцин, див. *A better potency assay is needed. Expert Review Vaccines* 2004; 3(1):89-101.

Який же ризик необоротного ураження нервової системи дитини кашлюковою вакциною? Російський вакцинатор пише: «Післявакцинальний енцефаліт розвивається у рідких випадках (1 випадок на 250 000 – 500 000 ін'єкцій) на 3-4 добу після вакцинації, при цьому спостерігаються судоми, які часто повторюються, парези кінцівок»³⁴. Американські автори, повідомляючи про оцінку ризику враження ЦНС, що дорівнює 1 на 320 000 щеплень, яку було визначено у Великій Британії наприкінці 1970-х рр., додають: «Треба відзначити, що в США більшість дітей отримують п'ять доз. Таким чином, на основі цих цифр можна оцінити, що 1 з 60 000 американських дітей отримує серйозне стійке ушкодження мозку від цільноклітинної кашлюкової вакцини. На додаток до такого нечастого серйозного враження, є ймовірність того, що надзвичайно нейротоксична кашлюкова вакцина може викликати менш помітне ураження мозку в набагато більшої кількості щеплених нею дітей. Це ураження може виявлятися у зниженні інтелекту, проблемах з читанням та мовою або в аутизмі. Через те, що ці види мозкових розладів проявляються через роки після вакцинації, ми можемо ніколи не довідатися, хто ж насправді постраждав від цільноклітинної кашлюкової вакцини»³⁵.

Говорячи про найважчі реакції на кашлюкову вакцину у вигляді необоротного ураження нервової системи, не треба, зрозуміло, забувати й про інші, набагато частіші та також досить неприємні реакції, хоча вони й не призводять до настільки важких наслідків. Ніколи не була секретом висока реактогенність цієї вакцини. Так, навіть у радянському збірнику робіт з дифтерії відзначалася наступна частота реакцій на дифтеритно-кашлюкову вакцину: після введення вакцини у перший раз місцеві реакції (гіперемія й інфільтрат) спостерігалися у 19,5% щеплених; загальні реакції різного ступеня виразності – у 34,6%. Крім того, у 1,1% були відзначені дисфункція кишечника, блювота, судоми та інші системні реакції. Після другого щеплення загальні реакції зустрічалися у 25,4% випадків, після третьої – у 22,0%³⁶.

Протягом 1970-х та 1980-х рр. продовжувалися публікації матеріалів дослідників, які доводили, що кашлюкова вакцина може призводити до важких неврологічних ускладнень, включаючи й смерть³⁷. Після

³⁴ Медуницын Н. В. Вакцинология с. 134.

³⁵ Geier D. The true...

³⁶ Резник Я. Б. Реактогенность коклюшно-дифтерийной вакцины и методы ее снижения // Сиземова Г. А. и др. Дифтерия. Кемерово, 1971, с. 90. Знизити реактогенність, схоже, не дуже вийшло: «Найбільше реактогенною вакциною календаря щеплень є АКДП-вакцина» (Медуницын Н. В. Вакцинология с. 133).

³⁷ Докладніше див. Geier D. The true...

37 смертей немовлят та 57 інших важких захворювань, які «збіглися за часом» зі щепленням DPT, що сталися в Японії у 1970-74 рр. та бойкоту вакцинації, який розпочався з боку батьків та навіть лікарів, це щеплення було спочатку припинене, а потім відновлене з дворічного віку. Японія, яка була на 17-му від кінця місці у світі за рівнем дитячої смертності, негайно стала *країною з найнижчою дитячою смертністю на планеті*. Так тривало до початку 1980-х рр., коли на ринку з'явилася нова безкліткова кашлюкова вакцина (про неї див. нижче), що була піднесена широкому загалу не тільки як високоєфективна, але й як цілком безпечна. Батькам запропонували самим обирати вік дитини (3 до 48 міс.), коли вони бажають зробити їй це щеплення. За 12 років (з 1981 по 1992 рр.) частота синдрому раптової дитячої смерті (СРДС) зросла в Японії з 0,07% до 0,3% – у 4,7 разів. Досвід Японії не залишився без уваги дослідників. На початку 1980-х рр. з'явилися перші серйозні публікації, які пов'язували вакцину DPT з синдромом раптової дитячої смерті³⁸.

Читачам, напевно, буде цікаво довідатися про виверти, які використовували виробники вакцин, щоб уникнути своєї відповідальності за каліцтва та смерті дітей. Наприклад, у Теннесі на початку 1979 р. четверо немовлят у віці від 2 до 3-х місяців померли протягом 24 годин після щеплення вакциною тої самої серії, виробленої компанією «Віст». Як тільки про це стало відомо, заступник директора відділення вакцин Управління з контролю харчових продуктів та ліків (FDA) д-р Тед Кеннон наказав відкликати усю серію. Сам директор, д-р Джон Петріччани, був тоді у від'їзді. Після повернення він мав найвищою мірою відверту й

³⁸ Див. *Torch W. C. Diphtheria-Pertussis-Tetanus (DPT) Immunization: A Potential Cause of the Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) Neurology* 1982; A169-A170 й *Baraff L. J. et al. Possible Temporal Association Between Diphtheria – Tetanus Toxoid – Pertussis Vaccination and Sudden Infant Death Syndrome Pediatr Infect Disorder* Jan-Feb 1983; 2(1):5-6. Д-р Вільям Торч свого часу очолював відділення дитячої неврології кафедри педіатрії медичного факультету університету в Неваді. Ще до публікації статті він виступив на 34-й сесії Американської академії неврології у 1982 р. з доповіддю. У ній Торч виклав матеріали вивчення 70 випадків раптової дитячої смерті, дві третини з яких відбулися незабаром після вакцинації DPT. 6,5% померли протягом 12 годин після щеплення, 13% – протягом 24 годин, 26% – протягом трьох днів, 37, 61 і 70% протягом одного, двох і трьох тижнів відповідно. У групі нещеплених, пік смертності від СРДС припадав на 2 місяці життя, у щеплених – на 2 та 4; якщо нещеплені DPT звичайно вмирали восени та взимку, то для щеплених впливу сезонності не виявлялося. У щеплених смерть звичайно траплялася після нетривалого періоду збудження, крику, млявості, симптомів з боку верхніх дихальних шляхів й порушення сну. Висновок Торча, що розлютив неврологів і медичних чиновників, був таким: «Ці дані вказують, що DPT може бути головним, звичайно не розпізнаним, фактором раптової дитячої смерті, і ризик імунізації може перевищувати користь від неї...». Див. розділи про зв'язок щеплення DPT та СРДС у *Coulter H. L. A Shot... pp. 50-57* й особливо у *Scheibner V. Vaccination... pp. 59-68*.

неприємну розмову з виробниками вакцини, після чого серію, що вбила чотирьох малят... було негайно повернуто для подальшого безперешкодного використання. Крім того, догідливий д-р Петріччани вибачився за цей прикрий інцидент і урочисто пообіцяв виробникам вакцин, що такого більш не повториться. Але урок було добре засвоєно, і ніколи після цього до жодного штату США серії вакцин не надсилали цілком – навпаки, їх намагалися максимально «розсіювати» по всій країні, щоб ні в кого не виникло відчуття, що певна серія викликає неприйнятно велику кількість побічних ефектів³⁹. А ось історія про одного з «експертів» зі щеплень, професора Каліфорнійського університету в Лос-Анджелесі д-ра Джеймса Черрі. У 1979 р. він виступав на симпозиумі, який фінансувався вакцинною компанією «Коннот», й відзначив, що всім лікарям-де добре відомо, що цілноклітинна вакцина здатна іноді викликати важкі реакції, а ті можуть бути пов'язані з необоротним ураженням мозку або навіть зі смертю. Через деякий час у ставленні Черрі до проблеми щеплень кашлюковою вакциною та наступним ураженням мозку почалися дивні метаморфози. У 1980-х рр. Черрі був запрошений на роботу консультантом та експертом до кількох фармацевтичних компаній, і став використовувати свої наукові титули для захисту інтересів виробників вакцин у судах, заявляючи, що ніхто й ніколи не довів ще зв'язків цілноклітинної вакцини та необоротного ураження мозку. Він почав публікувати у наукових журналах статті, які заперечували такий зв'язок, а у 1988 р. очолив експертний комітет з кашлюкової вакцини, висновки якого повинні були стати вирішальними для Американської академії педіатрії. Пізніше в архівах академії виявили непередбачливо збережені листи про призначення членів комітету, де їх попереджали, що не слід виявляти будь-якого зв'язку між кашлюковою вакциною та ураженням мозку. Американська академія педіатрії та Американська академія неврології досить охоче зробили точку зору Черрі своєю офіційною позицією. У 1990 р. Черрі опублікував у «Журналі Американської медичної асоціації» статтю під назвою: «Енцефалопатія, що пов'язана з кашлюковою вакциною: настав час визнати це міфом». У декларації, поданій разом зі статтею, Черрі заявив, що немає ніякого «конфлікту інтересів», пов'язаного з цією публікацією. Однак шила у мішку приховати не вдалося, і сам «Журнал Американської медичної асоціації» згодом змушений був визнати, що Черрі був... так би мовити, не зовсім чесний, коли заявляв про відсутність «конфлікту інтересів». Справжні розміри «незалежності» Черрі як експерта було викрито пізніше, коли стало відомо, що він одержав гранти від «Ледерле», виробника вакцини DPT, у розмірі понад півтора мільйона доларів.

³⁹ Geier D. The true...

Крім того, він виступав представником «Віет», «Ледерле» й «Коннот» у 85 судових процесах, пов'язаних з позовами по вакцині DPT, так що у сукупності той «інтерес», у відсутності якого присягався цей «фахівець зі щеплень», оцінювався у чималі гроші близько 2 млн. доларів⁴⁰.

Якщо б такі непривабливі історії були виключенням з правил, вони б не заслуговували навіть на згадування, оскільки характеризували б поведінку лише однієї людини. Але проблема полягає у тому, що такі випадки є не виключенням, а нормою у світі щеплень. Практично з кожного дослідження, яке у черговий раз доводить «ефективність та безпечність» вакцин, з кожного чергового «спростування» небажаних висновків про зв'язок щеплень та хвороб, з кожного «аналітичного огляду», що публікується у престижному науковому журналі, стирчать віслюкові вуха фармацевтичних компаній, які не миттям, так катанням знаходять спосіб розплатитися зі своїм найманим робітником за виконане замовлення, причому часто роблять це таким чином, щоб не виникло жодних підозр. Рафаелла Моро-Горвін та Майкл Горвін, батьки дворічного Олександра, який помер від пухлини мозку, медулобластоми (у розвитку якої вони підозрюють виявлений при дослідженні ракової тканини вірус SV-40, що потрапив у поліовакцину – див. розділ про поліомієліт), писали у своєму листі конгресмену Дану Бертону, який ініціював слухання з питань щеплень: «У «Журналі Американської медичної асоціації» у березні 1990 р. Черрі оголосив «міфом» зв'язок між кашлюком та енцефалітом. Така заява є образою для покалічених та загиблих протягом 50 років дітей та їхніх невтішних батьків. Але якщо ви розберетеся, хто такий Черрі, його позиція стає цілком зрозумілою. Він фінансується одним з найбільших виробників вакцин. За що йому платять гроші?.. Адже ось яка виникає проблема: він, як лікар, вважається «незалежним» та «таким, хто заслуговує на довіру». Його дослідження, аналізи й висновки вважаються «об'єктивними». Він повноправний рецензент «Журналу Американської медичної асоціації». Це означає, що він має вплив на рішення, що публікувати, а що ні; що варто повідомляти дитячим лікарям, а що ні. Його статті в «Журналі Американської медичної асоціації» та в інших великих медичних журналах читають тисячі лікарів. Коли д-р Черрі стверджує, що енцефалопатія як наслідок вакцин – це «міф», його словам вірять. Дітям роблять щеплення. Після того, як наш Олександр отримав щеплення DPT, у нього були конвульсії. Ми викликали педіатра, і він сказав нам, що турбуватися нема про що: «Іноді в маленьких дітей буває таке порушення». Педіатр не взяв до уваги енцефалопатію. Імовірно, наш педіатр знав, що була полеміка

⁴⁰ Там само. Див. також *Coulter H. L. A Shot... pp. 182-184.*

щодо кашлюкової вакцини, а згоди вчених з цього питання не було досягнуто... З одного боку були покалічені й померлі за 50 років діти, а також педіатри й дитячі невропатологи, які знали про енцефалопатії, тому що бачили їх. З іншого боку був такий видатний лікар, як Черрі. Обидві сторони, здавалося, мали рівноправно об'єктивні точки зору. Лікарі з обох таборів розумно обговорювали питання, у той час як на карту були поставлені людські життя. Але ця «полеміка» – фікція. З одного боку, у вас досвід, спостереження і клінічні навички. З іншого боку – фармацевтична компанія, яка захищає свої величезні прибутки. Такі люди як Черрі – не лікарі, якщо ви поважаєте лікарів як дійсно об'єктивних й розумних професіоналів, які шукають правду. Такі люди як Черрі – наймані власники ступеню «доктор медицини». Їхня позиція та аргументи залежать від того, хто за них платить. На жаль, є багато, дуже багато власників ступенів докторів, подібних до Черрі. Люди хочуть, щоб їм платили, а деяким хочеться, щоб їм платили більше, ніж іншим. Як вже говорилося раніше, є два великих роботодавці від науки – фармацевтичні компанії та уряд США. Той, хто платить, той і замовляє музику, тому переважає точка зору фармацевтичних компаній та уряду. З усією повагою до щеплень, важко зрозуміти, де закінчуються фармацевтичні компанії, і де починається уряд. Уряд нав'язує щеплення, а корпорації, подібні до «Ледерле», виробляють для них вакцини. Чи є причина для тих або інших припустити, що щеплення можуть зашкодити? Припустити це значило б зробити уряд предметом найжорстокішої критики, а фармацевтичні компанії втратили б мільйони доларів. Інший приклад продажності науки – «вчені», подібні до Черрі, які визначають частоту побічних ускладнень і повідомляють про них. Як часто аутизм, СРДС, енцефаліт, постійні неврологічні дефекти та рак виникають внаслідок щеплень? Це вирішують виробники вакцин через своїх кишенькових вчених. Чи вважається раптова смерть немовляти, яка настала через двадцять днів після щеплення, пов'язаною з ним, або такою вона може бути лише через сім днів, три дні або 24 години? Хто це встановлює? Якщо ви уважно вивчите дані про частоту побічних реакцій, то ви побачите, що фармацевтичні корпорації фінансували більшість досліджень з цього питання. Інакше кажучи, виробники вакцин самі встановили потрібне їм для своїх власних цілей. Вони вибрали такі цифри, які гарантували б, щоб більшість пов'язаних з вакцинами смертей та каліцтв не вважалися такими. Ваша дитина вмерла через сім днів після щеплення? Вибачте, вона повинна була померти протягом 24 годин, щоб був доведений зв'язок зі щепленням. У іншому випадку причина смерті невідома. Більшість найвпливовіших лікарів у США пов'язані з фармацевтичними компаніями. Вплив фармацевтичних

компаній такий великий, що порядок денний виробників ліків став порядком денним основної течії медицини й уряду США»⁴¹.

На жаль, не тільки США, але й всього світу! Якби вся галузь вакцинації не була наскрізь просякнута найогиднішою корупцією, міф про «безпечні та ефективні щеплення» давно б луснув, як мильна бульбашка. А на підставі замовлених досліджень таких «експертів», як Черрі, й російські вакцинатори підносять читачам схожі «науково-доказові» висновки: «Раніше вважалося, що під впливом кашлюкового компоненту АКДП розвивається енцефаліт. Нині доведена помилковість такої думки. У рідкісних випадках виникнення симптоматики енцефаліту в післявакцинальному періоді мова звичайно йде про різноманітні захворювання (інфекційні менінгоенцефаліти, спадкові лейкодистрофії й ін.), початкові прояви яких збіглися за часом з вакцинацією»⁴² (виділене мною. – О. К.). Про ці «збіги» я вже писав у розділі про післявакцинальні ускладнення. Або ось що пишуть ті самі автори про пронизливий, протягом довгих годин, крик дитини, «врятованої від кашлюку» щепленням АКДП (цей крик – багаторазово доведене свідчення подразнення мозкових оболонок при розвитку набряку мозку): «Безперервний пронизливий крик (вереск), що триває протягом декількох годин після щеплення, раніш пов'язували з підвищенням внутрішньочерепного тиску та вважали ускладненням. Тепер усе більше схиляються до думки, що такий крик є результатом больової реакції на введення; у будь-якому разі, ця реакція не залишає наслідків»⁴³. Тобто вкололи дитину – от вона й кричить потім годинами без зупину, вередлива така. Але нічого страшного в цьому немає... Відсутність цюнайменших ознак честі й совісті – характерна риса робіт більшості «фахівців з вакцинології». Втім, інший російський вакцинатор діє віртуозніше: «На жаль, поки що неможливо повністю запобігти неврологічним ускладненням від введення АКДП-вакцини, однак слід зазначити, що ризик виникнення враження мозку від захворювання на кашлюк у 3000 разів вище, ніж від введення вакцини»⁴⁴. Про не витримуючі жодної критики методики визначення співвідношення ризику хвороби та ризику ускладнень після щеплення мова йтиме в розділі про кір, а тому зараз я на цьому зупинятися не буду.

Проте, завжди були та є чесні вчені, які рятують честь мундиру професії, що ганьбиться «експертами» на кшталт Черрі.

⁴¹ Testimony of Raphaelae Moreau-Horwin & Michael Horwin. Лист сенаторові Дану Бертону від 12 квітня 1999 р. (є на ряді сайтів).

⁴² Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 128.

⁴³ Там само, с. 127.

⁴⁴ Медуницын Н. В. Вакцинология с. 134.

Серія повідомлень у англійських ЗМІ про загиблих та покалічених вакциною дітей призвела до стрімкого падіння відсотку щеплених (з 80 до 30%; у деяких районах взагалі було не більше 9% щеплених) у Великій Британії в період з 1974 по 1978 рр., що, як стверджується, спричинило зростання захворюваності, коли в період з 1977 по 1979 рр. було зареєстровано «понад 100 тис. випадків кашлюку», причому «багато з них призвели до смерті». Повідомлення про цей факт вже довгі роки кочує вакцинаторськими агітматеріалами й, безумовно, вимагає коментарів. Ці, нібито пов'язані з низьким відсотком щеплень, спалахи або епідемії кашлюку, вивчав проф. Говард Стюарт з кафедри суспільної медицини університету в Глазго.

У своїх статтях⁴⁵ він заявив, що, відповідно до його аналізу, кашлюкова вакцина в найкращому випадку лише частково сприяла зниженню захворюваності на кашлюк, *але ніколи не доводила своєї ефективності у захисті тих, для кого кашлюк тільки й може становити реальну небезпеку, а саме дітей у віці до року*. Приблизно 30-50% з тих, хто занедужують, у всіх спалахах та епідеміях незмінно становили повністю щеплені⁴⁶. Близько 95% нещеплених дітей у віковій групі від народження до п'яти років або взагалі не занеджували на кашлюк (хоча відомо про високу сприйнятливність до нього), або про факт їхнього захворювання не повідомлялося. Стюарт вказав, що епідемії кашлюку відбуваються кожні три-чотири роки незалежно від відсотка щеплених. Таким чином, епідемія 1977-1978 рр. була цілком очікуваною за строками, й нічого дивного в ній не було. При тому що *захворюваність* дійсно виявилася значною й навіть перевищила попередній рекорд 1967 р., ця епідемія відзначалася найменшою смертністю, що реєструвалася будь-коли. Ніякої різниці в пропорції щеплених, що захворіли, відносно до попередніх епідемій виявлено не було. Те ж саме, за словами Стюарта, спостерігалось й у Канаді та США за більшого відсотка щеплених. Наприкінці статті Стюарт заявив, що сотні, якщо не тисячі здорових до того дітей одержали необоротне ушкодження мозку в результаті використання цієї вакцини у Великій Британії. Стюарт висловив також жаль з приводу того, що дозволив щепити від кашлюку своїх власних дітей у 1950-х рр. Інший професор, німець Вольфганг Еренгут, критикуючи висновки

⁴⁵ Stewart G. T. Vaccination against whooping cough. Efficacy versus risks *Lancet* Jan 1977; 29:234-7, Danger *Here's Health* March, 1980, Re: Whooping cough and whooping cough vaccine: the risks and benefits debate *Am J Epid* 1984; 119(1):135-9.

⁴⁶ Можна згадати й статтю д-ра D. Pollock, опубліковану в *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1970; 63:8, p. 811, відповідно до якої в період з 1967 р. до написання статті, випадки захворювання на кашлюк спостерігалися автором у 56% щеплених у віці до чотирьох років.

британського провакцинаторського Об'єднаного комітету зі щеплень та імунізації, вказав, що у 1970-71 рр., при 70-80% щеплених проти кашлюку дітей, було зареєстровано 33 тис. випадків кашлюку та 41 смерть від нього, тоді як під час чергового спалаху у 1974-75 рр., при значному зниженні відсотка щеплених (до 30%, у деяких районах до 10%), було зафіксовано лише 25 тис. випадків й 25 смертей. У цій статті Еренгут навів також інші цікаві цифри. Після серії нещасть, що стали наслідками щеплення, яке містило кашлюковий компонент, у 1962 р. в Гамбурзі було вирішено від нього відмовитися. За 15 років, впродовж яких щеплень не робили, проаналізованих Еренгутом у його статті, кількість звернень до лікарень з приводу кашлюку зменшилась з 3,7 до 0,8 на тисячу хворих, при цьому також зменшилась і кількість ускладнень⁴⁷.

Зрозуміло, в усіх цих статистичних тонкощах і не думали розбиратися російські автори, які бездумно повторюють стандартну вакцинаторську мантру: «Наслідком (відмов від щеплень через їхні важкі ускладнення – О. К.) стало скорочення кількості щеплених АКДП-вакциною дітей та повна відмова від імунізації в таких країнах, як Швеція, Англія та Японія. Це призвело до широкого поширення кашлюку на цих територіях та розвитку епідемій, що супроводжувалися летальними наслідками серед дітей до 1 міс. життя у 1-3% випадків й серед дітей у віці 2,5 міс. – у 1,2-3% випадків. Таким чином, ефективність специфічної профілактики у боротьбі проти кашлюку була очевидна»⁴⁸. Так кому ж, запитується, вона була очевидна? Адже як встановлено (див. початок цього розділу), *головним джерелом зараження немовлят є підлітки та дорослі, щеплені у дитинстві, які втратили імунітет*, а перше щеплення робиться у віці 3 місяців! З огляду на все це, на користь якої «специфічної профілактики» може говорити більша чи менша летальність, що пов'язана з кашлюком, у дітей віком 1-2,5 місяців? Це всього лише один приклад безглуздостей, якими багата прощепленева література. Уважний читач на кожному кроці виявляє натяжки, підробки, маніпулювання статистикою.

У 1982 р. у Великій Британії медичниками було повідомлено про 65875 випадків захворювання на кашлюк, з яких 14 закінчилися смертю. У засобах масової інформації почалася справжня вакханалія: газети виходили з метровими заголовками на кшталт «Нова жертва смертельного захворювання», «Кашлюк сягнув нового піку»,

⁴⁷ *Ehregut W.* Whooping cough vaccination. Comment on Report from Joint Committee on Vaccination and Immunization *Lancet* 1978, 18 Feb.; 370-371. Навряд чи причиною цього могло бути винятково стрімке поліпшення соціальних умов, тому що у той же самий час захворюваність на паротит зросла у шість разів.

⁴⁸ *Покровский В. И.* Эволюция... с. 252.

зображуючи дітей, які розривають під час кашлю легені й отримують ушкодження мозку. Зрозуміло, кожна така стаття закінчувалася закликком негайно щепити дитину, якщо це ще не було зроблено. Д-р Герберт Баррі з лондонського госпіталю Чарінг-кросс був одним з небагатьох, хто енергійно протестував проти розв'язаної у пресі замовленої кампанії. У 1983 р. він писав: «З чого б раптом виник увесь цей галас навколо десятка смертей (імовірно, у результаті невідповідного лікування) від кашлюку, коли у нас щороку фіксується 2 500 смертей від СРДС, 2 000 смертей від нещасних випадків та 2 500 смертей під час пологів, які можна було відвернути?». В інтерв'ю у 1984 р., він також заявив, що епідемію було штучно створено: під час цієї «епідемії» лікарі повідомляли про такі випадки кашлюку, які б у інший час отримали у них інший діагноз. Навіть у лікарнях лише в половини пацієнтів брався аналіз на виявлення збудника хвороби; у поліклінічних ж умовах він не робився майже ніколи, тому ніякої впевненості з приводу відповідності поставлених діагнозів не могло й бути. Крім того, майже всі випадки були характерні для дуже м'якого перебігу кашлюку. У Чарінг-кросському госпіталі, що обслуговує 25 тис. дітей, було лише шість госпіталізацій з приводу кашлюку, і всі діти повернулися додому протягом трьох днів⁴⁹.

Власне, доказів провалу небезпечної вакцини так багато, а підстав для дійсно серйозних побоювань за долю хворих на кашлюк так мало, що можна лише дивуватися – не тому навіть, що вакцинатори все ще надувають свої пропагандистські мильні бульки про чудеса захисту за допомогою щеплень від кашлюку (це їхня робота та їхній шматок хліба), як тому, скільки людей, не виключаючи й добре освічених, у них вірять. Шведський епідеміолог Б. Троллфорс ретельно вивчив вакцину проти кашлюку і заявив у 1984 р., що максимальний її захисний ефект не триває більше двох-п'яти років, і що вона нездатна запобігти захворюванням на кашлюк навіть у таких країнах з 90-95% «охопленням» щепленнями, як США. Він вказав, що смертність від кашлюку в індустріально розвинених країнах є вкрай низькою і жодним чином не пов'язана з відсотком щеплених у них, а також відзначив той факт, що смертність від кашлюку в Англії, Уельсі та Західній Німеччині на початку 1970-х, коли відсоток щеплених був вищим, перевершувала смертність від нього наприкінці 1980-х, коли відсоток щеплених значно знизився.

У 1989 р. в Уоррентоні (Віржинія) відбулася конференція «Неврологічні ускладнення кашлюку та щеплення проти кашлюку», на якій виступали відомі неврологи проф. Джон Менкес та д-р М. Кінсборн.

⁴⁹ Coulter H. L. A Shot... p. 97.

У своїй доповіді вони оцінили смертність від кашлюку у 2-3 на 1 000 випадків, імовірність судом – у 1,9%, а енцефалопатії – 0,3%. Що ж стосується вакцини DPT, то дослідники заявили, що вона не стандартизована не тільки серед різних виробників, але й навіть серед різних серій одного виробника, а сила та реактогенність вакцини, доки вона не буде заморожена, залежать від строків її зберігання. Менкес та Кінсборн заявили також, що ймовірність захворювання, яке призводить до необоротного враження мозку, є у 4,5 рази вищою для дітей, які одержали щеплення DPT, протягом 72 годин після нього, ніж для дітей контрольної групи. Ними також було відзначено, що неврологи погоджуються між собою у тому, що хоча судоми після щеплення DPT й виникають на тлі підвищеної температури, вони безпосередньо з нею не пов'язані й є далеко не настільки нешкідливими, як звичайні судоми немовлят при лихоманці. Ризик необоротного ушкодження мозку для дітей, щеплених DPT, було оцінено ними як 1 на 310 000 доз, що для дитини, яка одержує 5 доз цієї вакцини, означає ризик 1 на 62 000. Д-р Менкес, автор класичного посібника з дитячої неврології, відомий як справді незалежний вчений, що рішуче виступив проти думки каучукової більшості на засіданні Академії неврології, яка зібралася у 1991 р., щоб на підставі «думки» Черрі та компанії провести замовлену резолюцію щодо відсутності зв'язку щеплення з ураженням мозку⁵⁰.

В інтернетівських дискусіях авторів цієї книги не раз доводилося зустрічати повідомлення батьків, у яких йшлося, що лікарі виявляють підвищену увагу до нещеплених дітей і часто бувають підозріло наполегливими у своїй вимозі зробити посів мокротиння або серологічний аналіз, які можуть підтвердити діагноз кашлюку. Коли ж на прийом приходять щеплений, то за замовчуванням вважається, що кашлюку в нього бути не може, а тому дитина без жодних аналізів одержує діагноз бронхіту, ларингіту, ГРВІ й т.д. Це одне з пояснень, що напрошуються у першу чергу, багаторазового зниження захворюваності на кашлюк після початку вакцинації. З іншого боку, як тільки починається зниження відсотку заповітного «охоплення» щепленнями, лікарі, за висловлюванням проф. Роберта Мендельсона, схильні ставити діагноз кашлюку щоразу, коли дитина надумає прочистити горло, створюючи потрібну статистику, що свідчить про необхідність терміново починати щеплення, і провокуючи природні батьківські страхи⁵¹. За руку

⁵⁰ Pediatric Neurology Society // Pertussis Immunization and the Central Nervous System *Ann Neurol* 1991; 29:458-60.

⁵¹ «Однією з найскладніших проблем є діагностика стертих та легких форм захворювання внаслідок вираженого кашлюкоподібного синдрому при деяких інших соматичних захворюваннях» (Покровский В. И. Эволюция... с. 256).

впіяти вакцинаторів важко, хоча такі спроби й робились. У своїй новій книзі, яку я вже згадував, Хіларі Батлер пише про раптову епідемію бронхітів, аденовірусної інфекції, астми й навіть псевдокашлюку – чого завгодно, тільки не кашлюку! – яка сталася у 1995 р. у Новій Зеландії в повністю щеплених від кашлюку дітей. Ініціативній групі батьків, чимало здивованих впертим небажанням лікарів визнати зовсім очевидний навіть для непрофесіоналів кашлюк, вдалося за допомогою декількох лікарів загальної практики, які не до кінця втратили совість, перевірити методом ПЛР (полімеразної ланцюгової реакції) вісім зразків мокротиння, отриманих від хворих дітей з двох родин. Зрозуміло, усі вони виявилися позитивними на збудника кашлюку. Батьки цих дітей повідомили про результати дослідження до школи, де продовжували надривно кашляти хворі на «астму» та «бронхіт» учні, країною поповзли чутки, почалося вкрай небажане для рівня «охоплення» щепленнями бродіння думок, і Міністерство охорони здоров'я поквапилося втрутитися... заборонивши всім лікарям на держслужбі робити аналізи на збудника кашлюку методом ПЛР як «занадто дорогі та невинуваті для дітей, що не страждають від важких хвороб»⁵². Схвальна турбота про економію бюджету на охорону здоров'я, чи не так?

Разом з тим я відзначу, що наслідки встановлення замовлених, «правильних» діагнозів, що покликані підтримати віру людей у щеплення, та фальсифікація статистики, далеко не такі безпечні, як це здається на перший погляд. Хворих на «бронхіт» або «астму» не ізолюють навіть у найгостріший період спастичного кашлю, їм призначають невірне лікування, батьків запевняють у незаразності «бронхіту», й у підсумку серйозно страждають як самі хворі, так і оточуючі. Помилкові епідеміологічні дані не дають можливості оцінити справжню динаміку захворювання та вживати відповідних заходів у масштабах країни. Наявність у таких діях складу злочину повинні визначити юристи. Я особисто вважаю їх безперечним злочином.

Саме наслідки щеплень, що містять кашлюковий компонент,

⁵² Див. *Peter & Hilary Butler Just a Little Prick*. Auckland, 2006, pp. 95-96.

⁵³ У 1973 р. у Великій Британії було створено Асоціацію батьків, діти яких постраждали від щеплень. Вона надала до спеціально утвореної Королівської комісії з цивільної відповідальності та компенсацій особистого збитку (так званої комісії Пірсона) повідомлення про 356 випадків важкої інвалідності (звичайно необоротного враження мозку), причиною яких називалися щеплення; з них 240 були пов'язані з кашлюковою вакциною. Від держави вимагали компенсацію за нанесений збиток. Асоціацію батьків підтримали деякі медичні та фармацевтичні об'єднання Великої Британії. У підсумку комісія рекомендувала уряду запровадити ретроактивну (до 1948 р. включно) компенсаційну програму, і ці рекомендації були затверджені у 1978 р. До середини 1980 р. було подано 2619 позовів.

були причиною створення національних компенсаційних програм для тих, хто постраждав від щеплень (у 1970 р. в Японії, у 1978 р. у Великій Британії⁵³, у 1986 р. в США, після телевізійної програми «DPT – рулетка вакцинації» та виходу у світ книги Култера й Фішер «DPT – пострілу темряві»). До речі, за кілька місяців після програми «DPT – рулетка вакцинації», що була показана по багатьох каналах у США в 1982 р., штати Вісконсин та Мериленд поквапились оголосити про «епідемії кашлюку», причому у мерилендських медчиновників навіть вистачило дурості пов'язати «епідемію» з масовими відмовами батьків, які подивилися передачу, щепити своїх дітей від кашлюку (насправді потрібно мінімум декілька років, щоб наслідки зниження «колективного імунітету» могли втілитися у щось серйозне). До осені 1982 р. у Мериленді було повідомлено про 41 хворого на кашлюк. Фахівець з інфекційних хвороб д-р Дж. Е. Морріс, раніше звільнений з Управління з контролю харчових продуктів та ліків (FDA) за «порушення субординації» (читай: за викриття махінацій з грипозними вакцинами, див. розділ про грип) взявся перевірити цю інформацію і виявив, що насправді збудника кашлюку було виявлено лише у п'яти дітей, причому *всі п'ятеро були щепленими – один повністю (чотири дози вакцини), інші – частково (одна й більше доз)*⁵⁴. Після цього «епідемія» закінчилася так само швидко, як і почалася. Навряд чи можуть бути сумніви, що якби всі «страшні епідемії кашлюку», якими так люблять залякувати батьків бійці вакцинного фронту, перевірялися у такий спосіб, то результати були б досить близькі до отриманих Моррісом: ніяких моторошних «епідемій» у дійсності немає, а щеплені хворіють анітрохи не гірше за нещеплених.

Наївно було б вважати, що при «тотальному охопленні», навіть вірячи у справжню ефективність щеплення й вважаючи нещасних покалічених щепленням та вбитих ним неминучими жертвами для суспільного блага, можна вирішити усі проблеми з кашлюком. Нещодавнє підтвердження ми одержали на прикладі Голландії, де діти вже протягом довгих років дисципліновано щепляться батьками і заповітне «охоплення» оцінюється у 96% – що вище за будь-який встановлений вакцинаторами необхідний відсоток для міцного «колективного імунітету». У 1995 р. було зареєстровано 325 випадків кашлюку, у 1996 р. – 2778, до листопада 1997 р. – 3747. У хворих було виділено... штами збудника, що мутував⁵⁵. Вони ж були виявлені пізніше у Німеччині, Франції та Італії. Невже тепер доведеться

⁵⁴ Coulter H. L. A Shot... p. 96.

⁵⁵ Sheldon T. Dutch Whooping Cough Epidemic Puzzles Scientists *BMJ* 1998; 316:91-94. Див. також Mooi F. R. et al. Adaptation of *Bordetella pertussis* to Vaccination: A Cause for Its Reemergence? *Emerg Inf Dis* June 2001; vol. 7 No 3 Suppl. pp. 526-528.

розробляти вакцину проти нових штамів кашлюку й так *ad infinitum*, на радість виробникам та розповсюджувачам вакцин?

Крім усіх інших проблем, пов'язаних з небезпекою та очевидною неефективністю вакцини, є ще одна, яка також звичайно замовчується для широкого загалу. Як у посібниках з інфекційних хвороб, так і у порівняно компетентних вакцинаторських проспектах згадується, що немовлята протягом декількох (до п'яти-шести) місяців життя є пасивно захищеними від кашлюку материнськими антитілами, отриманими через плаценту; крім того, антитіла надходять і з грудним молоком (що, повторю зайвий раз, вказує на величезну важливість грудного вигодовування), а тому рання вакцинація є безглуздою через блокування «вакцинального процесу» материнськими антитілами⁵⁶. Це все вірно, але лише у тому випадку, якщо сама мати у дитинстві мала контакт з природною кашлюковою інфекцією та отримала до неї стійкий імунітет. Однак у зв'язку з тим, що нині вже друге покоління матерів втрачає можливості набути такий імунітет (планові щеплення проти кашлюку почалися в СРСР у 1959 р.), тому що в них він був підмінений нестійким вакцинальним, ці матері не можуть передати захист своїм немовлятам. Цим пояснюється вже відзначений вище неухильний зсув захворюваності до раннього віку, коли хвороба набагато небезпечніша. Навіть перше щеплення роблять лише у віці трьох місяців. Виходить, що у щепленої матері дитина залишається беззахисною перед кашлюком протягом всього «дощепленевого» періоду життя⁵⁷. Та й щодо ефективності першого щеплення є не

⁵⁶ *Медуницян Н. В.* Вакцинология с. 137. Як і у випадку з імунітетом після хвороби (див. прим. 3), інший Санкт-Петербурзький колектив авторів також вирізався оригінальним та безапеляційним: «Імунітет від матері не передається» (*Самарина В. Н.* Детские... с. 93), хоча дослідження доводять, що передається, при цьому не тільки через плаценту, але й з материнським молоком. Напевне, з кашлюком у цьому місті діються якісь незрозумілі дива!

⁵⁷ «Виникнення більше 50% випадків кашлюку у маленьких дітей можна пояснити недостатністю материнського імунітету й відсутністю передачі захисних противокашлюкових антитіл через плаценту від жінки до організму дитини, яка розвивається» (*Лобзин Ю. В.* «Детские»... с. 20). Дослідження, проведене під егідою британської Лабораторної служби громадської охорони здоров'я (PHLS) у 1982 р., підтвердило, що за наявності великого відсотку щеплених захворюваність змищується до раннього дитячого віку і дає там максимальну смертність (*що у 20 разів перевищує смертність в усіх інших групах!*), а при падінні кількості щеплених (як це було у 1975 р.) розподіл захворюваності за віковими групами повертається до дощепленевого. Коли у 1979 р. Швеція скасувала щеплення проти кашлюку (через неприпустиму кількість ускладнень), патологічна епідеміологія, викликана щепленнями, швидко зникла: випадки захворювання у віці до 6 міс. зникли, у віці до 2,5 років їх стало мало. Основна частина випадків кашлюку, як це було й у дощепленеві часи, почала фіксуватися у дітей у віці від 2,5 до 10 років, коли небезпека є незначною. Так що ж роблять щеплення: захищають немовлят, або ж *накликають* на них хворобу?!

менш сумнівів, ніж щодо всіх наступних, не кажучи вже про небезпеку важких та необоротних захворювань, які можуть стати її наслідками. Сумнівно, що хто-небудь має уявлення, як при нинішній вакциноманії вийти з цього зачарованого кола, що характерне також і для кору, про що мова йтиме у відповідному розділі. Зараз у США почало дискутуватися питання, чи не варто щепити немовлят кашлюковою вакциною *одразу ж після народження*.

Згідно з російським Календарем профілактичних щеплень вакцина АКДП за планом вводиться усім російським дітям три рази з перервою в один місяць починаючи з тримісячного віку. Ревакцинація робиться у 18 місяців. У жодному разі через велику кількість важких ускладнень кашлюкова вакцина не призначається у віці старше семи років. Виробники вакцин вирішили усунути цю прикру несправедливість і розробити безпечну кашлюкову вакцину для підлітків та дорослих. І ось, буквально перед самим виходом книги, Американська академія педіатрії рекомендувала разом з плановими щепленнями від дифтерії та правця ввести також і щеплення від кашлюку для підлітків (від 11 до 18 років) вакцинами, що містять крім двох анатоксинів ще й безкліткову вакцину від кашлюку. Йдеться про вакцини BOOSTRIX (виробник «Глаксо Сміт Клайн») та ADACEL («Санофі Пастер»)⁵⁸. «У навантаження» за державні кошти (тобто кошти платників податків).

Інший традиційний та безпрограшний виверт – «проштовхування» вакцин для підлітків та дорослих під соусом турботи про здоров'я дітей: як тільки «дорослі» кашлюкові вакцини стануть загальнодоступними, кожній вагітній буде рекомендовано за кілька місяців до передбачуваних пологів наполягати на тому, щоб уся родина зробила щеплення від кашлюку й тим самим захистила майбутню дитину, яка при народженні буде позбавлена природного захисту завдяки щепленням, отриманим свого часу її матір'ю. Виробники вакцин вже почали обговорення майбутніх подібних кампаній. Це гарний приклад нескінченного, але фінансово дуже вигідного щепленевого ланцюжка: спочатку щепленнями створюють нові контингенти сприйнятливого до інфекції населення (немовлята, підлітки, дорослі), а потім розробляють нові вакцини, щоб й їх прищепити.

Вакцина АКДП містить формальдегід у якості інактиватора кашлюкового та дифтерійного токсинів, а також мертіюлят у концентрації 0,01%⁵⁹ у якості консерванта.

⁵⁸ American Academy of Pediatrics. Policy statement DOI: 10.1542/peds.2005-3038. Committee on Infectious Diseases. Prevention of Pertussis Among Adolescents: Recommendations for Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid, and Acellular Pertussis (Tdap) Vaccine.

⁵⁹ Медуницян Н. В. Вакцинология с. 134.

Безкліткова (ацелюлярна) вакцина

Після смерті двох немовлят від щеплення DPT у 1976 р. в Японії терміново почали розробляти нову кашлюкову вакцину. Вона була ліцензована й почала там застосовуватися у 1981 р. Безкліткова вакцина складається з суміші кашлюкового анатоксину й антигенів збудника хвороби, імунна реакція у відповідь на введення яких повинна забезпечувати несприйнятливість до хвороби. Самий збудник у таких вакцинах відсутній. Ця вакцина виробляється низкою компаній та розрізняється лише за вмістом антигенів. Передбачалося, що за рахунок «прицільного» виділення антигенів ця вакцина буде вільною від побічних ефектів, що характерні для її цільнокліткової (корпускулярної) попередниці. Однак, схоже, очікування ці виправдалися лише частково, оскільки й донині точно невідомо, які саме антигени запускають імунну відповідь, а які обумовлюють важкі реакції з боку нервової системи хворого або щепленого; тому і антигенний набір вакцини побудовано більшою мірою на гіпотезах різного ступеня сумнівності та здогадках, а не на точних знаннях. Після введення нової вакцини були відзначені як звичайні місцеві реакції, так і системні, наприклад, конвульсії⁶⁰. Після ретельного вивчення двох японських вакцин у 1986-87 рр. шведська Національна бактеріологічна лабораторія відмовила японцям у продовженні процедури ліцензування цих вакцин – як внаслідок того, що ефективність вакцини виявилася не тільки не вищою, але й, імовірно, нижчою, ніж у цільнокліткової вакцини, так і через низку непояснених смертей щеплених цими вакцинами дітей від приєднання бактеріальної інфекції (померли 11 з 2 800 дітей, які одержали щеплення)⁶¹. Представник ВООЗ д-р Марко Кейн заявив у 1996 р., що за ефективністю нова вакцина не має жодних переваг перед старою. Що стосується головного свого призначення – зменшити кількість важких наслідків від використання кашлюкової вакцини – нова вакцина, за даними деяких досліджень,

⁶⁰ *Uberall M. A. et al. Severe adverse events in a comparative efficacy trial in Germany in infants receiving either the Lederle/Takeda acellular pertussis component DTP (DTa) vaccine or the Lederle whole-cell component DI (DI) or DT vaccine // The Pertussis Vaccine Study Group, Dev. Biol. Stand. 1997; 89:83-9.*

⁶¹ Частково з цієї ж причини у 1992 р. була заморожена процедура ліцензування японських вакцин й у США. Ліцензію дві японські вакцини одержали лише у 1996 р. Докладніше про результати випробувань у Швеції і про зв'язок щеплень з бактеріальною інфекцією див. *Scheibner V. Vaccination... pp. 33-49.*

⁶² *Poland A. G. Acellular Pertussis Vaccines: New Vaccines for an Old Disease Lancet January 27, 1996; 8996:210.*

не виправдала надій, що покладалися на неї. Не виявилось різниці у кількості випадків СРДС (симптом раптової дитячої смерті) та близьких до нього станів, госпіталізацій, енцефалопатій та відставання у розвитку відносно цільнокліткової вакцини⁶². Втім, інші дослідження були прихильнішими до безкліткової вакцини. Девід та Марко Гейєри, які неодноразово цитувалися в цьому розділі, досліджували базу даних Системи повідомлень про побічні ефекти щеплень (VAERS) і виявили, що безкліткова вакцина дає значно меншу кількість побічних реакцій будь-якого типу⁶³. Крім того, у США був досвід її виробництва ще з 1930-х рр., і він вказував, що безкліткова вакцина дійсно дає меншу кількість важких побічних ефектів. Російські автори повідомляють: «Реактогенність безкліткових вакцин набагато нижче реактогенності корпускулярної вакцини. Після введення безкліткової кашлюкової вакцини значно рідше виникають як загальні, так і місцеві реакції (лихоманка – у 7 разів, гіпертермія – у 4 рази, набряки – у 5-6 разів, хворобливість – у 14 разів)»⁶⁴.

Важливою для розуміння законів, за якими працює вакцинний бізнес, буде інформація про те, що чимала кількість американських компаній розробляла, починаючи з 1920-х рр., цю, імовірно, безпечнішу вакцину. Однак у підсумку всі вони відмовилися від її масового виробництва й маркетингу. Чому? Заявивши, що мають у своєму розпорядженні нову безпечнішу вакцину, вони могли б стати об'єктом судових позовів, у яких позивачі стверджували б, що компанії вже знають, як робити кращий продукт, але через ті чи інші причини продовжують поставляти на ринок гірший та небезпечніший⁶⁵.

У 1985 р. американський Інститут медицини визнав можливість важких неврологічних ускладнень після щеплення DPT та рекомендував замінити цільнокліткову вакцину проти кашлюку на безкліткову (ацелюлярну). Рекомендацію було проігноровано, а замість розробки безпечної вакцини виробники DPT вирішили, що краще для них – витратити гроші на підкуп «незалежних експертів». Однак у 1990-х рр., незважаючи на всі хитрування різноманітних черрі та їхніх роботодавців, ситуація змінилася. Декілька дуже великих позовів, після важкого багаторічного розгляду, було все-таки виграно у рамках Національної програми компенсацій тим, хто постраждав від щеплень. Три рази експертна група, яка збиралася

⁶³ Geier D. A., Geier M. R. Clinical Implications of Endotoxin Concentrations in Vaccines *Ann Pharmacother* 2002; 36:776-80.

⁶⁴ Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 129.

⁶⁵ Докладніше див. Geier D. The true...

при Національному інституті здоров'я США, прийшла до висновку про доведеність зв'язку між вакциною DPT та ураженням мозку і підкреслила необхідність перейти на нову, безпечнішу вакцину. І, головне, наполегливість японців й тих, хто їх підтримував (наприклад, груп батьків), поставила на порядок денний питання про швидке ліцензування японської безкліткової вакцини. Щоб не програти бій за ринок, американські компанії змушені були відмовитися від битої ставки на думку «експертів» та почати розробляти свої власні безкліткові кашлюкові вакцини. Сьогодні у США цільнокліткова вакцина виробляється тільки на експорт, а на внутрішньому ринку з 2001 р. використовується лише безкліткова вакцина.

Крім інших складностей та питань, відомо, що виробництво нової вакцини є значно складнішим, а її ціна у розвинених країнах, яка складає 19,43\$, приблизно на 9\$ перевищує ціну старої, що, з огляду на необхідність багаторазового вживання вакцини, у рамках національних програм щеплень небагатих країн може виявитися зовсім неприйнятним, хоча й стверджується, що при одвічно більшій вартості безкліткової вакцини її застосування знижує загальномедичні витрати (догляд за дитиною, що захворіла після щеплення і, особливо, виплата компенсацій з приводу інвалідності чи смерті щеплених цільноклітковою вакциною)⁶⁶. Питання про кращі, безпечніші, але значно дорожчі вакцини чекає на своє рішення. Як і питання, чи потрібні взагалі кашлюкові вакцини.

Сподіваюся, що у цьому розділі я навів достатньо відомостей для тих, хто бажає серйозно замислитися про те, чи є сумісними щеплення проти кашлюку зі здоров'ям дитини, й чи не варто триматися якнайдалі від цього дуже сумнівного блага. Вибір залишається за самими батьками.

⁶⁶ U. S. Institute of Medicine. Vaccine Development. 1985. Для дітей країн третього світу ВООЗ умудряється закупити повний набір «необхідних» вакцин за 57 центів, при тому, що в цих країнах на потреби охорони здоров'я витрачається *1 долар на душу населення в рік*. Навіть при максимально можливому зниженні ціни на цю вакцину вона залишиться недоступною для цих країн, провокуючи тим самим появу нового положення речей: «два світи – дві вакцини» і досить небажаний конфлікт між заможними, які можуть дозволити собі безпечну вакцину, і бідними, яким збувається небезпечна. Ця проблема далеко не так необразлива, як може здатися. Див. *Coulter H. L. A Shot...* р. 209. Навряд чи можуть бути сумніви в тому, що наполегливе застосування цільнокліткових вакцин у країнах колишнього СРСР пов'язане з тим, що влади відмовляються визнати свою відповідальність за нанесені каліцтва й, відповідно, виплачувати компенсації. А раз так, то немає потреби шукати більше складну і дорошу для виробництва вакцину.

Висновки:

- Кашлюк – хвороба переважно дитячого віку, яка була колись небезпечною в європейських країнах та Америці та нині залишається такою для країн третього світу. Перенесена хвороба залишає стійкий, звичайно довічний імунітет, що захищає й майбутніх дітей у найнебезпечнішому за ускладненнями від кашлюку віці.
- У розвинених країнах для кашлюку сьогодні характерний м'який перебіг; серйозні випадки, ускладнення і тим більше смерть являють собою вкрай рідкісне явище й зустрічаються майже винятково у дітей віком до шести місяців.
- Є дані, що свідчать на користь високої ефективності безпечної гомеопатичної профілактики кашлюку.
- Кашлюкова вакцина (кашлюкова складова багатокomпонентних вакцин) традиційно вважається однією з самих малоефективних та однією з найнебезпечніших з тих, що існують нині. Кампанії з вакцинації, що тривають у національних масштабах, зміцнюють хворобу до найнебезпечнішого раннього дитячого віку, позбавляють жінок можливості набути природний імунітет та збільшують кількість хворих стертими формами кашлюку дорослих, які заражають дітей.
- Нова безкліткова (ацелюлярна) вакцина також у жодному разі не є вільною від побічних ефектів, хоча, імовірно, вона безпечніша та ефективніша за традиційну цільнокліткову вакцину.



Кіп

Хвороба

Захворювання викликається нестійким у зовнішньому середовищі вірусом, який виділяє хвора людина. Нестійкість вірусу визначає й практично єдиний шлях його передачі – повітряно-краплинний¹. Інкубаційний період триває близько 10 днів, після чого переходить у продромальний (катаральний), 3-4 дні, з симптомами, що характерні для всіх гострих респіраторних вірусних хвороб (різке підвищення температури, розбитість, головний біль, світлобоязнь, нежить, кашель). Звертає на себе увагу гіперемія (почервоніння) слизової рота та кон'юнктиви. Період висипки, що йде слідом за ним, вносить ясність щодо характеру хвороби: спочатку на слизовій щік, губ та ясен з'являються так звані плями Коплика (сірвато-білясті крапки, що нагадують манну крупу), які зникають протягом декількох днів. Звичайно виникнення плям Коплика збігається з найвищою заразністю кору, тому варто наскільки це можливо ізолювати дитину та не дати поширитися інфекції. Слідом за цим з'являється типовий коревий плямисто-папульозний висип на обличчі та за вухами, а потім він поступово спускається – на шию та плечі, на тулуб, на руки та на ноги. Кожен етап «спуску» висипки триває біля доби. Через 3-4 дні після виникнення висипки вона починає зникати в тому ж порядку, у якому й з'явилася. Знайомі з гомеопатією одразу побачать у такому переміщенні висипки виконання закону Костянтина Герінга, який встановлює, що напрямками лікування й, відповідно, критеріями для контролю правильності вибору гомеопатичних ліків, є рух симптомів зверху донизу, зсередини назовні, від більш важливих органів до менш важливих та у хронологічному порядку, зворотному їхньому проявленню. І насправді: атипове протікання кору, характерне для кору в щеплених, за якого висип спочатку з'являється на кінцівках і лише потім переходить на тіло, супроводжується найбільшою кількістю ускладнень.

Поява висипки характеризується повторним, після продромального періоду, підвищенням температури (до 40° й навіть іноді до 41°C) та посиленням симптомів з боку дихальної системи. Через 2-3 дні тем-

¹ Треба, проте, згадати й парентеральний шлях зараження кором при ін'єкціях, що раніше вважався екзотичним та казуїстичним. У сучасний період тотальних щеплень він набуває все більшого значення, хоча залишається ще досить рідкісним.

пература знижується і настає швидке видужання. Пігментація шкіри після зникнення висипки залишається ще 2-3 тижні. На піку хвороби, крім висипки, досить характерним є й зовнішній вигляд хворого: одутловате обличчя, почервонілі очі, набряклі гнійні повіки, сухі губи.

Хворі є заразними за 2-3 дні до появи висипки та протягом 4-5 днів після її появи.

Для встановлення клінічного діагнозу достатньо наявності плям Коплика² та історії попереднього контакту з хворим на кір. «Діагноз підтверджується серологічно при виявленні чотириразового наростання титру антитіл проти вірусу кору у парних сироватках крові хворого. Перший раз кров беруть не пізніше 2-3 днів після появи висипки, другий раз – через 14 днів»³. Застосовується також серологічний аналіз слини.

Специфічного алопатичного лікування кору, як і практично всіх дитячих інфекційних хвороб вірусної природи, на щастя, не існує. Краще, що може зробити грамотний лікар-алопат – залишити все як є, надаючи кору спокійно завершити його природний цикл. У протилежному випадку доводиться бачити чимало ускладнень. Ось що пише професор у респектабельному «Британському медичному журналі»: «Не тільки подив, але й заклопотаність викликає відсутність опублікованих наукових даних з питань, що мають вирішальне значення для обґрунтованого лікування кору. Нещодавній огляд клінічних проблем, пов'язаних з кором, виявив убогість відомостей про фактори ризику, етиологію, природний перебіг хвороби та лікування (за винятком застосування вітаміну А) його звичайних ускладнень»⁴.

Гомеопатичне лікування кору є цілком ефективним. Головні труднощі використання гомеопатії полягають лише в тому, що потрібно добре розпізнавати симптоми та правильно обирати один лікарський препарат серед безлічі кандидатів. Так, проф. Самуель Лілієнталь у розділі, присвяченому кору, своєї класичної книги дає короткі характеристики 32-х препаратів, які можуть знадобитися при лікуванні⁵. Обмежуся лише коротким викладенням відомостей, отриманих з робіт гомеопатів, які мають досвід лікування цієї хвороби.

² Плями Коплика є характерними *тільки* для кору (*Medicine International* 1984, p. 20 й *Viral Diseases in Man*. 83rd ed., p. 412), тому при їхньому виявленні немає необхідності надавати дитину будь-яким додатковим дослідженням заради повноти звітності установ охорони здоров'я.

³ Самарина Н. В., Сорокіна О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб, М., 2000, с. 104.

⁴ Hussey G. D. Managing Measles *BMJ* 1997; 514:1-316 p. 316. Про вітамін А див. далі.

⁵ Lillienthal S. Homeopathic Therapeutics. 1890, republ. Indian Books & Periodicals Publishers, pp. 690-693.

Для профілактики кору та лікування його наслідків (астенія, бронхіти, діарея) може бути рекомендований нозод *Morbillinum*. Д-р Агравал пропонує розчинити 8-10 крупинок *Morbillinum* 30 у шести унціях води та приймати чайну ложку розчину 2-3 рази на день з перервою в 2 години для профілактики. Він також вказує, що під час епідемій кору добрі результати відзначаються при щоденному профілактичному прийомі *Pulsatilla* 6 або 12, іноді чергуючи її з *Sulphur* ⁶. Це цілком відповідає відомим словам проф. Дж. Т. Кента, який говорив, що консерватори успішно справляються з кором, використовуючи лише *Pulsatilla* та *Sulphur* й, іноді, *Aconitum* та *Euphrasia* ⁷. На ранній стадії хвороби, як звичайно, потрібно зробити правильний вибір між *Aconitum* й *Belladonna*. «Рум'яна, круглолиця, добре розвинута дитина раптово занедужує: в неї кашель, висока температура, може бути блювота, палаюче обличчя, сильне занепокоєння; вона п'є холодну воду, але не може вгамувати спрагу. Можливо, що за день до цього дитина була на холодному вітрі. Якщо ви дасте такій дитині *Aconitum*, то висипка з'явиться вже наступного дня, а за 2-3 дні з дитиною все буде гаразд. Якщо ж ви дасте *Aconitum* малечі, у якої сильна спрага, але немає червоного обличчя, занепокоєння та страху, то ви не отримаєте реакції й вам доведеться змінити ліки через день або два», – пише д-р Дороті

⁶ Agrawal Y. R. Prophylactics in Homoeopathy. 3rd ed., Delhi, 2000, p. 29. В іншій своїй книзі Агравал відзначає, що деякими лікарями (наприклад, д-ром М. Тайлер) рекомендується *Morbillinum* 200 (Agrawal Y. R. Measles & Smallpox. Delhi, 1980, p. 13).

⁷ «Обрана на підставі закону подоби й застосована у постелі хворого, Пульсатилла цілком підтримує репутацію цього закону, і вона є нашим головним засобом проти кору... Але крім пульсатилли, при кору треба мати на увазі ще один засіб – евфразію (*Euphrasia officinalis*), що має специфічну спорідненість – сильнішу, ніж *Pulsatilla* – до слизової оболонки носа й до очей... які саме бувають при кору особливо сильно уражені. Цих двох ліків звичайно буває цілком достатньо, щоб щасливо провести кореве захворювання до кінця й уникнути будь-яких ускладнень та поганих наслідків. Принаймні, я, маючи протягом поточної зими 30 хворих на кір й застосовуючи лише ці засоби, не мав жодного ускладнення й не застосовував більше ніяких ліків», – заявив у своїй доповіді відомий гомеопат, голова Одеського Ганеманівського товариства послідовників гомеопатії д-р І. М. Луценко (1863-1919). Див. «Корь и ее лечение. Доклад, читанный в Общем собрании членов Одесского Ганемановского общества 4-го марта 1899 г. Доктора медицины И. М. Луценко». Одесса, 1899, с. 19-20. Репринтное издание Научно-медицинского гомеопатического общества Одесской области (2003). З ним були цілком згодні й Санкт-петербурзькі гомеопати: «Застосування пульсатилли запобігає небезпеці ураження середнього вуха (нагноєння), а також і проносам. Тому чим раніше й чим енергійніше буде застосовувано зазначений засіб, тим впевненіше може бути відвернена небезпека перерахованих ускладнень» (Корь и лечение ее гомеопатическими средствами. Изд. Санкт-Петербургского благотворительного общества врачей-гомеопатов // Предупреждение и лечение болезней гомеопатическими средствами. Из архива Санкт-Петербургской гомеопатической поликлиники. СПб, 1994, с. 40).

Шеперд⁸. Згідно з її досвідом, *Sulphur* показаний у тих випадках, коли немає іншої чіткої симптоматики, окрім висипки, слабкості та язика, обкладеного брудним нальотом; може бути сверблячка шкіри. Зазвичай, *Pulsatilla* потрібна у випадках відсутності спраги, при плаксивості й примхливості дитини, яка вимагає до себе постійної уваги (що відрізняє її від *Bryonia*, коли дитина в постійній напівдрімоті й не хоче, щоб її турбували; рух погіршує стан), а *Rhus toxicodendron* – при різних болях і сильному занепокоєнні під час відсутності страху. Картина *Kalium bichromicum* дуже нагадує *Pulsatilla*, але є рясні клейкі тягучі виділення з очей, носа й рота та опухлі шийні лімфатичні вузли. Також може бути тимчасова глухота внаслідок запалення евстахієвих труб. Виявлена спрага (дитина постійно вимагає холодну воду), висока температура, швидкий пульс, щоки, що палають, й залучення до процесу бронхів та легенів вимагають якнайшвидшого призначення *Phosphorus*. Відмінно зарекомендувала себе у лікуванні кору *Euphrasia*. Лікарська картина цього препарату відповідає переважному враженню очей при хворобі. Опухлі збуджені повіки, печіння й сверблячка в очах, набрякла й одутла шкіра навколо очних яблук, світлобоязнь і гарячі сльози, що безперервно ллються, а також сильний головний біль та сухий кашель, який погіршується вдень і зменшується вночі, коли дитина лежить, безпомилково вказують на цей препарат.

Є ще кілька ліків, які можуть бути показані при найтиповіших випадках кору. При *Gelsemium* хвороба розвивається дуже повільно; дитина почуває себе знесиленою й постійно дримає; віка немов налиті свинцем, важкі; так само важко поворухнути рукою або й ногою через слабкість (а не через біль, як у випадку *Bryonia*). Спрага відсутня. Сильна слабкість, протрація, постійні нудота та блювота на тлі відсутності спраги безпомилково вказують на *Ipecacuanha*. Призначення гомеопатичних ліків прискорює появу висипки й видужання. Особливо добре це видно на прикладі *Apis*, коли стан погіршується на тлі відсутності висипки. Допомогти у виборі цього засобу допомагає виявлене бажання прохолоди, категорична відмова від гарячого пиття, одутлість та почервоніння обличчя, крик під час сну. «Дайте *Apis* такому пацієнтові й усі страхаючі менингеальні симптоми та мозковий крик зникнуть, швидко з'явиться висипка. Температура спаде, й через 3-4 дні ви навряд чи згадаєте, що дитина була хворою»⁹.

⁸ *Shepherd D.* Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, p. 44. Далі викладення матеріалу йде за розділом «Кір» цієї книги, с. 42-49.

⁹ Там само, с. 44-45.

Деякі з описаних вище станів, утім, відносяться скоріш до минулого й наведені тут лише для повноти картини. Вони є нетиповими для сучасних форм кору, що зустрічаються у практично здорових дітей. Не слід давати дитині ні зігріваючих, ні надмірно прохолоджуючих напоїв. Прохолодна мінеральна вода, вітаміни та відпочинок у провітрюваній кімнаті будуть кращими з засобів, що наявні у будь-яких батьків та дозволяють дитині уникнути непотрібних й іноді небезпечних ускладнень. Лондонський гомеопат, д-р Джейн Донеган у «Швидких відповідях» «Британського медичного журналу» (обговорення в Інтернеті публікацій паперової версії видання) нещодавно писала про кір: «Стандартна медична процедура передбачає збивання температури калполом (парацетамолом) або ібупрофеном. Це не зовсім корисний захід, коли зростання температури є здоровою реакцією організму на інфекцію, викликану вірусом або бактерією, й такі заходи протидіють самому організму, що прагне вивести з себе токсини та привести себе до ладу. Крім того, калпол розщеплюється печінкою. Печінка відіграє суттєву роль у імунній системі й під час хвороби працює набагато краще, коли виконує свої безпосередні імунні функції, а не відволікається від них на детоксикацію калпола. Батькам ніхто вже не дає раціональних порад щодо догляду за дитиною під час інфекції – покласти у постіль, відкрити вікно, виключити молочні продукти, пити більше рідини, не годувати, якщо не голодна, а якщо вже годувати, то тільки їжею, що легко засвоюється, у невеликих кількостях, даючи відпочивати якнайбільше»¹⁰.

Кілька слів треба сказати про ускладнення. Небезпечною є не сама півтора-двотижнева хвороба, що зазвичай не завдає ніяких серйозних турбот, а її ускладнення, що пов'язані з приєднанням бактеріальної інфекції. Як правило, ускладнення розвиваються в дорослих та дітей, що страждають від виснаження або хронічних хвороб. Серед ускладнень на першому місці стоять гнійні отити та пневмонії. Саме вони є головною причиною смерті від кору в розвинених країнах. Проте, при кору спроба давати антибіотики з метою профілактики може виявитися не менш згубною, тому що вони пригнічують функцію імунної системи, яка дуже важко працює під час кору. До самого останнього часу діарея була головною причиною дитячої смертності, пов'язаної з кором, у країнах третього світу. Після того, як африканські медики одержали необхідні медикаменти й навчилися справлятися з цим ускладненням, смертність від кору різко знизилася¹¹.

¹⁰ <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/330/7483/112-d>

¹¹ Marufu T. *et al* Measles complications: the importance of their management in reducing mortality attributed to measles *Cent Afr J Med* 1997 Jun; 43:162-5.

Відомо про таке важке ускладнення, як коревий енцефаліт, частота якого коливається у широких межах. Звичайно у матеріалах, що рекламують щеплення, фігурує цифра 1:1000 або 1:2000, що заперечується розсудливими лікарями або як безмірно завищена, або як така, що характерна лише для кору в дітей, які живуть у особливо тяжких умовах або страждають на хронічні хвороби¹². Крім того, той факт, що повідомляється не про всі випадки захворювання на кір (особливо важкими для діагностики є випадки кору, що протікає в м'яких, стертих формах, які найчастіше плутають з краснухою), може штучно завищувати відсоток постраждалих від хвороби. Втім, вірним є й зворотнє. Російські автори повідомляли: «При масовій вакцинації набуває актуальності питання про диференціальну діагностику кору та інших екзантемних захворювань серед щеплених, тому що відомо, що у низці випадків кореподібні захворювання викликаються вірусом краснухи, аденовірусами, вірусами з групи Коксаки В та ЕСНО. Так, за даними обстежень вогнищ захворювання та спорадичних випадків, з застосуванням вірусологічних і серологічних методів, діагноз кору було відкинуто відповідно у 31 й 24,1% випадків. При цьому основна маса дітей, в яких діагноз було відкинуто, перенесли краснуху. Отже, можна припускати завищення кількості вогнищ та хворих»¹³. Однак якщо

¹² Проф. р. Мендельсон писав: «Маючи за плечима десятих років досвіду лікування кору й неодноразово маючи бесіди з багатьма педіатрами, я перевірів ще раз статистику і прийшов до висновку, що співвідношення 1:1000 може бути вірним для дітей з недостатнім харчуванням, що живуть у бідності, але для дітей з родин із середнім та вищим за середній достатком, якщо виключити просту сонливість від самого кору, частота дійсного енцефаліту скоріше 1:10 000 або навіть 1:100 000» (*Mendelsohn R. The truth about immunization The People's Doctor April 1978*). За офіційними британськими даними, енцефаліт у наслідку кору зустрічається в 1 з 5000 хворих, при цьому смертність сягає 15%, а у 20-40% тих, що видужали, залишається неврологічний дефект (UK Department of Health Immunisation against Infectious Disease 1996. *The Green Book*. 22.1. 4). Однак ретельна перевірка даних різних досліджень, проведена німецьким педіатром Г. фон Циммерманом, дозволила з досить високою точністю встановити, що частота енцефаліту дорівнює одному випадку на 11 600-700 хворих на кір (Див. *Zimmermann H. v. Masernschutzimpfung einschränken! Pädiatr Prax 1986/87; 34:587-593* й *Zimmermann H. v. Schlusswort: Masernschutzimpfung einschränken! Pädiatr Prax 1988; 36:546-547*). На жаль, у статистичних зведеннях не вказується попередній стан здоров'я хворих на кір й чи одержували вони алопатичне лікування проти кору. Я вважаю, що якби такі дані було опубліковано, багато що б прояснилося.

¹³ *Сергеев В. П., Дзагуров С. Г. Актуальные проблемы иммунопрофилактики инфекционных болезней и стандартизации медицинских иммунобиологических препаратов ЖМЭИ 1984, 7, с. 31*. Або: «Аналіз даних клініко-епідеміологічного серологічного обстеження хворих дітей з різними первісними діагнозами (кір або краснуха) показав, що в 5,2% випадків під діагнозом «краснуха» протікав кір, а в 23,6% випадків під діагнозом «кір» було виявлено краснуху. При обстеженні 84 вогнищ кору в Москві ця інфекція була підтверджена серологічно в 63% вогнищ, 25% становили вогнища, де краснуху вважали за кір; у 6% вогнищ було виявлено дві інфекції одночасно» (*Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 284*).

краснуху, найлегшу хворобу дитячого віку, систематично плутають з кором, то це вже цілком свідчить про те, наскільки перебільшеними є жахи хвороби в її типовому вигляді, що охоче змальовуються вакцинаторами.

Традиційно кір ніколи не вважався особливо важким дитячим захворюванням, й більшість з читаючих ці рядки на нього, безсумнівно, успішно свого часу перехворіли – як і на інші дитячі інфекційні хвороби, які нині оголошують страшенно небезпечними – що нібито калічать і вбивають всіх підряд. Однак з кором дійсно існує певне протиріччя, що є очевидним, наприклад, при порівнянні двох цитат з радянського медичного журналу далеких 20-х років минулого сторіччя: «Не тільки серед широкого загалу, але й серед багатьох лікарів заведено вважати [кір] неминучою й легкою хворобою; тому, у випадку появи її в родині, батьки не тільки не відокремлюють дітей, що перехворіли на кір, від хворих, але навіть навмисно зводять їх до однієї кімнати, щоб заразити усіх дітей й, таким чином, одразу позбутися цієї обов'язкової, нешкідливої хвороби...», й далі там само: «З відомостей, що надійшли до Головного управління лікарського інспектора, випливає, що у 1913 р. від кору померло 105 956 душ, тобто майже стільки ж, скільки від скарлатини (71 611) та від дифтерії (46 196), разом узятих...»¹⁴.

Що ж виходить: кір набагато страшніший і за скарлатину, і за дифтерію, але ніхто про це, окрім укладачів статистичних звітів, не здогадується? Відповідь, втім, існує. І ми її одержуємо з тієї ж статті радянських авторів. Читаємо далі: «Відсоток смертності коливається залежно від характеру епідемії, віку та соціального стану хворих. За дослідженнями Rosenfeld'a, смертність від кору серед найбіднішої частини населення Відня була у 20 разів вищою, ніж серед багаті... Особливу небезпеку кір становить для вражених рахітом, кашлюкових та туберкульозних хворих. Через це, необхідно всіляко оберегати зазначену велику групу дітей від захворювання на кір»¹⁵. У брошюрі, присвяченій гомеопатичному лікуванню, її автори, лікарі-гомеопати, наприкінці XIX ст. впевнено писали: «Пророкування (тобто прогноз – *О.К.*) при цій хворобі завжди сприятливе за її типового перебігу, потрібно вживати лише всіх заходів для запобігання ускладнень... Кір становить небезпеку лише для слабких, страждаючих на золотуху чи, особливо, на туберкульоз... старих, вагітних (можуть бути викидні)»¹⁶.

¹⁴ *Скροцкий А. И.* О предохранительной прививке сывороткой коревых реконвалесцентов *Врачебное дело* 1923; 18-20, с. 507.

¹⁵ Там само, с. 508.

¹⁶ *Корь и лечение...* с. 36.

Ось тут, я вважаю, й зарито собаку. Образ кору як цілком нешкідливої хвороби, від якої здорову дитину не тільки не слід оберегати, але, як і у випадку з краснухою, якою треба дати спокійно перехворіти у відведеному для цього природою віці, створювався і зміцнювався не в найбільш небезпечних районах з рахітичними й страждаючими від туберкульозу дітьми, що легко стають жертвою усіх без винятку хвороб, включаючи й кір, а там, де кір дійсно ніколи не являв серйозної небезпеки. Страхаючі ж статистичні дані отримували й отримують шляхом звалювання до купи захворюваності й смертності дітей з робітничих кварталів періоду ХІХ ст. та з дворянських будинків, з розвинених країн та країн, що розвиваються. Однак такі статистичні виверти є неприпустимими в ухваленні рішень про масові щеплення, які не враховують прірви між станом здоров'я та реальним ризиком серйозно постраждати від наслідків тієї або іншої інфекційної хвороби для дітей, що живуть фактично у різних світах! Хоча смертність від кору у найважчі його епідемії ХІХ ст. могла досягати 20% серед дітей з найбільш небезпечних класів, у США вона знизилася до 2%¹⁷, а у Великій Британії до 1% до 1930-х рр.¹⁸, а у середині сторіччя практично зникла взагалі¹⁹. В Іспанії в 1901 р. було зареєстровано понад 18 тис. смертей від кору, а в 1982 р., коли в цій країні з'явилося щеплення, їх було лише 19. У Франції в 1906 р. від кору померло 3756 чоловік, а в 1983 р., коли з кором почали боротися вакцинами, жертвами кору стали лише 20 чоловік. Таким чином, зниження смертності від кору в Іспанії та Франції перевищило 99% – без жодних вакцинacíй та за зростання населення більш ніж удвічі!²⁰. Та сама динаміка в цілому була вірною й для СРСР: «У результаті поліпшення культурного та матеріального рівня життя населення, а також заходів, що були вжиті для оздоровлення дітей, у 1930-1935 рр. спостерігалось постійне зниження дитячої смертності, також і від кору. Різкому зниженню смертності й летальності від цієї інфекції сприяло також зростання кількості медичних установ та медичних кадрів на всій території країни... якщо в 1933 р. госпітальна летальність становила 34,9%, то вже у 1938-1941 рр. вона знизилася до 7,7-8,3%, а у 1943 р. навіть до 1,6% (хоча це були роки воєнної розрухи)... До кінця 50-х років рівень

¹⁷ Emerson H. Measles and Whooping Cough. Incidence, Fatality and Death Rates in Thirty-Two Cities of the United States, in Relation to Administrative Procedures Intended for Control, 1924-1933 // Sub-Committee on Evaluation of Health Department Practices, Committee on Administrative Practice, American Public Health Association, 1934.

¹⁸ Forbes D. Measles mortality *Lancet* 1933; 2:253-255.

¹⁹ Joet F. et al. Survey on vaccinations in Europe: adverse effects, epidemiology, laws, and EFVV proposals *Medical Veritas* 2005, 2:1-37.

²⁰ Ibid.

смертності від кору в СРСР не перевищував 1,8-2,5 на 100 тис. населення. В останні роки перед введенням вакцинопрофілактики її показник становив лише 0,23 на 100 тис. осіб»²¹.

За даними Центру контролю захворювань, у США в 1920 р. було зареєстровано 465 048 випадків кору, з яких 7600 закінчилися смертю (тобто смертність становила 1,634%). А в 1960 р. (за кілька років до появи першої масової вакцини від кору), при рівні населення, що зріс більш ніж у півтора рази, було зареєстровано 441 703 випадків кору, серед яких смертельних було 380 (смертність – 0,086%). Таким чином, за 40 років смертність знизилася в 19 разів лише за рахунок поліпшення санітарно-гігієнічних умов життя населення (що забезпечило, відповідно, краще здоров'я) та адекватнішого лікування.

Тут треба неодмінно сказати кілька слів про вітамін А, який було відкрито в 1913 р., та про його роль у лікуванні інфекційних захворювань, оскільки це має безпосереднє відношення до проблеми кору. Хоча зв'язок дефіциту вітаміну А (ретинолу) з офтальмоксерозом й, як наслідок, сліпотою в дітей був відомий вже досить давно, лише нещодавні дослідження почали демонструвати дійсне значення цього вітаміну (якого так багато у неавтономному всім дітям рибацькому жиру) для здоров'я людини²². Вітамін А тісно пов'язаний з функцією імунної системи, й дефіцит його в організмі призводить не тільки до високої схильності до різноманітних інфекційних хвороб. Сьогодні вже є наукові дані, що вказують на зв'язок нестачі вітаміну А з такими захворюваннями, як хвороба Лайма, ювенільний ревматоїдний артрит, системна червона вовчанка, цукровий діабет I типу. Вичерпання запасів вітаміну А було виявлено при деяких різновидах раку, а також при ВІЛ. Однак важливіше за все тут, що таке вичерпання виявлялося не тільки під час цих захворювань (що могло б просто вважатися їхнім наслідком), але й *перед* ними. Додавка вітаміну А до дитячого раціону

²¹ Покровский В. И. Эволюция...с. 260-261. Заслугує на найпильнішу увагу зниження захворюваності деякими інфекційними хворобами й кількості смертей від них в СРСР у роки Другої світової війни, хоча, здавалося б, усе повинно бути навпаки. В розділі про поліомієліт буде відзначено, що під час війни поліомієліт на території Радянського Союзу не реєструвався взагалі. Не виключаю, що це цікаве спостереження має певний зв'язок з іншим, а саме: під час страйків лікарів смертність населення *знижується*. Ось думка проф. Р. Мендельсона: «Я вважаю, що за доступності невідкладної медичної допомоги, можливість повсякденно звертатися до медичних послуг, імовірно, впливає на здоров'я. Ми бачили це на прикладах Каліфорнії, Саскачевана (канадська провінція. – О. К.), Ізраїлю й т.д. – як тільки лікарі оголошують страйк, падає рівень смертності!» (*Mendelson R. How to raise a healthy child... in spite of your doctor. NY, 1984, p. 23*).

²² Тих, хто цікавиться історією питання, я відсилаю до статті *Semba R. D. Vitamin A as «Anti-Infective» Therapy, 1920–1940 Journal of Nutrition 1999; 129:783-791.*

була оголошена Світовим банком найрентабельнішою інвестицією у охорону здоров'я з тих, що коли-небудь існували²³. Додаток вітаміну А до раціону дітей допомогла різко знизити смертність від кору²⁴ та взагалі смертність дітей у країнах, що розвиваються²⁵. Редактор престижного міжнародного педіатричного журналу без натяків заявив, що, ймовірно, саме за вітамінами, а не за щепленнями та антибіотиками, застосування яких зіштовхується з чималою кількістю різноманітних труднощів, майбутнє безпечнішої та ефективнішої педіатрії²⁶. Як би хотілося вірити цим словам!

Додаток вітаміну А в дозі 100 000 МО допомагає боротися з кором не тільки виснаженим дітям у країнах, що розвиваються, але й дітям, які харчуються нормально, в розвинених країнах, як було показано колективом японських²⁷ дослідників. Використовувалися й більші дози. У Танзанії дітям, що занедужали на кір, давали 200 000 МО з чудовим результатом²⁸, а у ПАР було навіть запропоновано дозу в 400 000 МО. За повідомленням дослідників з Кейптаунського університету, це більш ніж утричі знизило смертність від кору й більш ніж удвічі – необхідність у госпіталізації дітей до відділень інтенсивної терапії²⁹.

Цікаві дані було отримано в дослідженні, проведеному в Індонезії, де вирішили перевірити, наскільки ж обгрунтованою, виходячи з тих же загальних міркувань, є рекомендація давати вітамін А разом із щепленням проти кору – мовляв, якщо це відмінно допомагає при кору, так повинно допомогти й легше пережити щеплення. Однак результати виявилися прямо протилежними тим, на які всі розраховували.

²³ World Bank (1993) World Development Report 1993: Investing in Health. NY, Oxford University Press.

²⁴ Hussey G. D., Klein M. A randomized, controlled trial of vitamin A in children with severe measles *N Engl J Med* 1990; 323:160-4.

²⁵ Klein M., Hussey G. D. Vitamin A reduces mortality and morbidity in measles *S Afr Med J* 1990 Jul 21; 78(2):56-8, Rahmathullah L. et al. Reduced mortality among children in southern India receiving a small weekly dose of vitamin A *N Engl J Med* 1990 Oct 4; 323(14):929-35, West K. P. Jr. et al. Efficacy of vitamin A in reducing preschool child mortality in Nepal *Lancet* 1991 Jul 13; 338(8759):67-71, Herrera M. G. et al. Vitamin A supplementation and child survival *Lancet* 1992 Aug 1; 340(8814):267-71, Fawzi W. W. Vitamin A supplementation and child mortality *JAMA* 1993; 269:898-903, Sommer A. Vitamin A, infectious disease, and childhood mortality: a 2 solution? *J Infect Dis* 1993 May; 167(5):1003-7.

²⁶ Griffiths J. K. The vitamin A paradox *J Ped* November 2000; 137:5.

²⁷ Kawasaki Y. et al. The efficacy of oral vitamin A supplementation for measles and respiratory syncytial virus (RSV) infection *Kansenshogaku Zasshi* 1999 Feb; 73(2):104-9.

²⁸ Barclay A. J. G. et al. Vitamin A supplements and mortality related to measles: a randomized clinical trial *BMJ* 1987; 294(294-296).

²⁹ Hussey G. D., Klein M. Routine high-dose vitamin A therapy for children hospitalized with measles *J Trop Pediatr* 1993 Dec; 39(6):342-5.

Додавання вітаміну А не сприяло, а, навпаки, перешкоджало виробленню антитіл після щеплення в дітей, які вже мали такі антитіла, отримані від матері, особливо в дівчаток³⁰. Не заглиблюючись зараз у цю тему, лише відзначу: такі дані зайвий раз підтверджують, що вакцини діють якимись протиприродними шляхами, і це ще збільшує наявні щодо них сумніви. Імовірно, теж саме відчув й автор статті, або ж йому підказали, що він був неправий, тому що два роки потому він опублікував дані нового дослідження, у якому повністю спростував сам себе³¹.

Цікавим є й інше спостереження. Нам звичайно повідомляють, що щеплення це «маленька», майже непомітна хвороба, яка проходить без відчутних наслідків для організму, тоді як справжня хвороба може призвести до наслідків катастрофічних. Тому й варто віддати перевагу «маленькій». Не буду зараз торкатись незліченних спостережень важких хвороб та смертей після щеплень, але згадаю лише одне суто лабораторне дослідження щодо вітаміну А, про який ми зараз говоримо. У двох групах дітей – щеплених коревою моновакциною та вакциною MMR – було досліджено рівень вітаміну А. В обох групах він різко знижувався на 9-14-й день після щеплення; у групі, щепленій MMR, він почав підніматися на 30-42-й день³². Подальша доля його як у групі, щепленій моновакциною, так й у групі, щепленій MMR (чи повернувся він взагалі до попереднього рівня, і якщо так, то протягом якого часу), невідома – дослідження не мало за мету визначення цього. Інакше кажучи, щеплення призводить до вичерпання запасів вітаміну А, який є життєво необхідним для організму. На кшталт цього спостереження й інше, зроблене японським авторським колективом: протягом *як мінімум* року (після завершення експерименту) у лімфоцитах дітей, щеплених від кору, не міг відновитися попередній рівень інтерферону – речовини, що відповідає за нашу невразливість не тільки з боку інфекційних, але й онкологічних хвороб³³. Чи варто після цього дивуватися словам, що нерідко лунають з вуст батьків: «З моменту як зробили щеплення,

³⁰ *Semba R. D. et al.* Reduced seroconversion to measles in infants given vitamin A with measles vaccination *Lancet* 1995 May; 345:1330-2.

³¹ *Semba R. D. et al.* Effect of vitamin A supplementation on measles vaccination in nine-month-old infants *Public Health* 1997 Jul; 111:245-7. Див. статтю *Benn C. S. et al.* Randomised trial of effect of vitamin A supplementation on antibody response to measles vaccine in Guinea-Bissau, West Africa *Lancet* 1997 Jul; 350:101-5, у якій також не було знайдено підтвердження негативному впливу вітаміну А на утворення антитіл.

³² *Yalçın S. S* The effect of live measles vaccines on serum vitamin A levels in healthy children *Acta Paediatr Jpn* 1998 Aug; 40:345-9.

³³ *Nakayama T. et. al.* Long-term regulation of interferon production by lymphocytes from children inoculated with live measles virus vaccine *J Infect Dis* 1988 Dec; 158(6):1386-90.

дитина взагалі перестала бути здоровою?»

Як і у випадках з вітряною віспою, гепатитом А та епідемічним паротитом (див. відповідні розділи) захворювання на кір, імовірно, має й свої позитивні сторони. У дослідженні, опублікованому в 1996 р., було показано, що африканські діти, що хворіли на кір, удвічі менш схильні до астми, сінної лихоманки та екземи, ніж їхні однолітки, яких кір оминув³⁴. Автор невеликого огляду, де згадувалися ця та інші публікації щодо того, що інфекційні хвороби здатні запобігати хворобам алергійним, робить висновок, що успіхи імунології у розумінні природи таких процесів ставлять перед суспільством нові непрості медичні та етичні проблеми. Чи припустимо міняти, скажімо, кір на певне збільшення кількості алергійних захворювань, і хто повинен ухвалювати рішення щодо того чи іншого виду «обміну» – суспільство чи індивід?³⁵ В іншому дослідженні було наведено дані про те, що дорослі, які перенесли кір, мають меншу захворюваність на різні онкологічні хвороби, включаючи рак шийки матки. З іншого боку, приписувана щепленням нинішня м'якість протікання кору, коли майже немає висипки, далеко не така за спокійлива, як це здається, тому що може вказувати на нездатність організму до повноцінної імунної відповіді. Там само автор повідомляє, що ті, в кого кір протікав без висипки, мають більшу ймовірність розвитку в майбутньому аутоімунних та нейродегенеративних хвороб³⁶.

Нещодавно колектив дослідників з відділення молекулярної медицини з відомого американського госпітала Майо (Рочестер, Міннесота) опублікував свій звіт про вплив ослабленого вірусу кору на лімфому людини, відтворену в експерименті на мишах. Автори продемонстрували, що введення вірусу кору в пухлину викликає сильний онколітичний (той, що приводить до руйнування пухлини) ефект унаслідок припливу нейтрофілів³⁷, що змушує згадати про досить вдалі давні експерименти із лікування деяких хвороб (наприклад, нефротичного синдрому в дітей) за допомогою штучного зараження кором. Все це, зрозуміло, не є прямим свідченням на користь кору як ідеального засобу профілактики та лікування, але зайвий раз вказує на те, як багато чого ми ще не знаємо про інфекційні хвороби, коли бездумно прагнемо їх викорінювати – цілком імовірно, на шкоду власному здоров'ю.

³⁴ Shaheen S. O. et al. Measles and atopy in Guinea-Bissau *Lancet* June 29, 1996; (347):1792-96.

³⁵ Lovik M. Do infections reduce the development of allergy? Do measles reduce the risk of allergic disease? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997 Feb 20; 117(5):688-90.

³⁶ Ronne T. Measles virus infection without rash in childhood is related to disease in adult life *Lancet* January 1985; (5)1-5.

³⁷ Grote D. et al. Neutrophils Contribute to the Measles Virus-induced Antitumor Effect: Enhancement by Granulocyte Macrophage Colony-stimulating Factor Expression *Cancer Research* 2003 Oct 1; 63(19):6463-8.

Вакцина

Перша вакцина проти кору була розроблена в 1940-х рр. у США і випробовувалася на військовослужбовцях. Через важкі побічні реакції програма була визнана невдалою й згорнута. Відновила її в 1954 р. група під керівництвом вірусолога Джона Ф. Ендерса (1897-1985), який навчився виділяти вірус кору й вирощувати його на культурах живих клітин. Першою вакциною, що застосовувалася, була вбита, але вже у середині 1960-х рр. з'явилася й жива.

В 1971-72 рр. на ринку з'явилася трикомпонентна вакцина MMR (кір, епідемічний паротит, краснуха). Вона містила в собі три вакцини, які раніше вводилися окремо – «Аттенувакс» (проти кору), «Мампсвакс» (проти паротиту) та «Мерувакс» (проти краснухи). У наш час практично в усіх розвинених країнах світу корева вакцина вводиться щепленим у складі тривакцини MMR та її модифікацій. Окремим питанням є необхідність поєднання трьох вакцин у одну. Одне з можливих пояснень, що враховують інтереси виробника комбінованої вакцини: ті батьки, хто бажає захистити свою дитину від кору, який вони вважають небезпечним, змушені будуть отримати також «у навантаження» й захист від паротиту та краснухи, щепити від яких в іншому випадку батьки не побажали б у зв'язку з відомою легкістю цих хвороб³⁸.

Дослідження безпечності вакцини були дуже короткими і не відповідають серйозним критеріям безпечності ліків для масового використання, а довгострокові наслідки застосування тривалентної вакцини (наприклад, хронічні хвороби як можливий результат щеплення) ніхто не вивчав взагалі. За результатами введення вакцини стежили протягом 3-4 тижнів, часто – не більше двох. При цьому, як нещодавно з'ясувалося, в експериментах, проведених над дітьми у країнах, що розвиваються, перед ліцензуванням MMR, постійно спостерігалися несприятливі реакції з боку шлунково-кишкового тракту, і вони не припинялися до часу закінчення спостереження (через 2-3 тижні після щеплення), але дослідники вакцини їх просто ігнорували. Навпаки – період спостереження був навіть скорочений з 28 до 21 дня³⁹. Ця інформація є надзвичайно важливою для нас через можливість зв'язку вакцини MMR та аутизму, що нині бурхливо обговорюється. Перед тим, як я коротко ви-

³⁸ Sandall R. MMR RIP? *The Sunday Times Magazine* (UK) December 13, 2003.

³⁹ Wakefield A., Montgomery S. M. Measles, mumps, rubella vaccine: through a glass, darkly *Adverse Drug React Toxicol Rev* 2000; 19(4):265-283. Там само автори додали, що ніхто й ніколи не вивчав наслідків такого комбінованого нападу живих вірусів трьох інфекцій, у той час як педіатрам добре відомо про те, як важко протікають кілька інфекційних хвороб одночасно, і підсумували: «У контексті вакцини MMR один плюс один ніколи не дорівнює трьом».

кладу суть проблеми, відзначу лише, що протягом 1970-х рр. вакцина MMR призначалася у віці 15 місяців і за неодмінної умови доброго стану здоров'я щепленого, але незабаром лавиноподібне збільшення кількості щеплень змусило вакцинаторів відкинути здоровий глузд. Сьогодні в США діти отримують MMR вже у віці 12 місяців (вік знизили через недостатній захист, який діти отримують з материнськими антитілами – адже матері самі були щеплені й не перехворіли на природний кір), при цьому як правило – разом з останнім щепленням проти гемофільної палички, третьою дозою вакцини проти гепатиту В й вакциною проти вітряної віспи. Шість вакцин за один раз! Мало того. Щепити вакциною MMR тепер можна не тільки здорових, але й хворих дітей, а також тих, хто отримує антибіотики, за єдиної умови відсутності високої температури.

Аутизм був практично невідомим у світі до кінця 1940-х рр., коли спочатку щеплення від дифтерії та правця, а потім і від кашлюку стали дійсно масовими. Перші одинадцять випадків аутизму були описані відомим психіатром Лео Каннером (1894-1981) лише в 1943 р. Різке збільшення захворюваності на аутизм, що нині набуло масштабу справжньої епідемії, почалося в США наприкінці 1970-х рр., а у Великій Британії – після 1988 р., коли до імунізаційного календаря увійшла вакцина MMR⁴⁰, яка, імовірно, й виявилась тією самою соломинкою, що ламає хребта верблюдів. При цьому якісно змінилася й сама хвороба. Якщо раніше про дитину звичайно казали, що «вона народилася аутистом», то тепер значна кількість випадків аутизму являє собою так званий регресивний аутизм. Це означає, що дитина народжується цілком здоровою і прекрасно розвивається до віку 12-18 міс., після чого раптово втрачає усі соціальні навички, що вже наявні в неї (перестає розмовляти, йти на контакт, впізнавати оточення, замикається у собі, втрачає здатність виражати емоції), і більше не здобуває нових. Крім важких поведінкових порушень, що унеможливають адаптацію таких дітей у суспільстві, вони страждають від запорів та проносів (або комбінації того й іншого), у багатьох з'являються судоми, схильність до повторних інфекцій та ін., так що читачі можуть собі уявити, як нестерпно важко доводиться їхнім рідним та близьким, і яким тягарем лягає догляд за такими дітьми на плечі батьків та держави. Хлопчики страждають на аутизм у 3-5 разів частіше, ніж дівчатка (можливе пояснення цього феномена, пов'язане з тим, що тестостерон посилює токсичність ртуті, наводилося у розділі «Відомості про токсикологію речовин, що входять до складу вакцин»).

⁴⁰ Наприклад, якщо до 1980 р. аутизм діагностувався в 1 з 10 000 дітей, то тепер, за даними Національного інституту здоров'я (NIH) на нього у США страждає 1 з 250, причому в деяких штатах збільшення виявилось ще значнішим (до 1 з 166). За оцінками незалежних організацій, рівень зростання аутизму та хвороб аутистичного спектру становить 10% на рік.

Багато з батьків звернули увагу на те, що початок хвороби точно збігався з періодом часу після щеплення MMR. Крім того, батьками також відзначалося, що після того, як доклавши неймовірних зусиль (медикаменти, дієта, поведінкова терапія) вдавалося хоч трохи виправити ситуацію, усі надбання негайно втрачалися після другого щеплення MMR у віці 5 років. Незважаючи на такий очевидний причинно-наслідковий зв'язок, медична влада відмовляється визнати будь-яке відношення щеплення MMR до аутизму (що легко зрозуміти, тому що сума позовів, які вони мусили б задовольнити, обчислювалася б мільярдами доларів), заявляючи, що це лише збіг обставин, оскільки аутизм звичайно починається на другому році життя. Однак це «звичайно» стало звичайним саме після появи щеплення MMR. За заявою д-ра Бернарда Рімленда, засновника Американської аутистичної асоціації й директора Інституту дослідження аутизму в Сан-Дієго (Каліфорнія), ні в 1950-х, ні в 1960-х, ні навіть в 1970-х рр. майже нічого не було відомо про те, що аутизм починається на другому році життя, тоді як зараз кількість випадків такого пізнього аутизму перевищує кількість випадків «класичного» у п'ять разів. Для читачів я відзначу, що аутизм у найважчих своїх проявах – це лише верхівка айсберга. Є величезна кількість порушень, що зветься «захворюваннями аутистичного спектра», які, хоча й не такі важкі у своїх проявах, теж роблять дуже важким, якщо взагалі можливим, навчання дитини у нормальній школі. Серед таких синдромів: гіперактивність з дефіцитом уваги, неможливість навчання читанню й письму, нездатність до концентрації уваги різного ступеня виразності та інших. У своїй книзі, що докладно аналізує зв'язок наведених вище порушень з в'ялопротікаючим післящепленевим енцефалітом, д-р Харріс Култер відзначив, що нині від таких порушень страждає від 20 до 25% всіх американських школярів. «Якби зовнішній ворог завдав такої шкоди нашим дітям, ми оголосили б йому війну. Але... ми ведемо цю війну самі проти себе... Щодня, що триває ця програма [щеплень], сотні здорових дітей перетворюються на розумово відсталих, сліпих, глухих, аутистів, епілептиків, на нездатних до навчання, на емоційно нестійких, на майбутніх неповнолітніх правопорушників, а пізніше – злочинців»⁴¹.

⁴¹ *Coulter H. L. Vaccination, Social Violence and Criminality. The Medical Assault on the American Brain. Washington, 1988, pp. xiii-xiv.* Розвиваючи теорію зв'язку щеплень з порушеннями розвитку мозку, Култер цитує (р. 156) Чарльза Поузера з кафедри неврології медичного факультету Гарвардського університету, що написав: «Майже кожне... щеплення може призвести до неінфекційної запальної реакції, що втягує нервову систему... Загальним знаменником при цьому є васкулопатія... яка часто сполучається з демієлінізацією» (*Poser C. H. Neurologic Syndromes that Arise Unpredictably Consultant January, 1987; 45-55*). За наявними оцінками, сьогодні в Росії від синдрому дефіциту уважності з гіперактивністю страждають від 7 до 28% дітей (*Ноговицина О. р., Левитина Е. В. Синдром дефіцита уважності з гіперактивністю: распространенность, диагностика и коррекция у детей Российский педиатрический журнал 2005, 3, с. 18-20*).

У лютому 1998 р. «Ланцет» опублікував статтю британського вченого, хірурга-гастроентеролога Ендрю Вейкфілда та його колег, що викликала великий скандал навколо вакцини MMR. Це дослідження було зроблено на прохання й за гроші (що пізніше йому намагалися поставити у провину, назвавши це «конфліктом інтересів») батьків дітей, хворих на аутизм. Група Вейкфілда в лондонському Королівському Вільному госпіталі (Royal Free hospital) вивчала захворювання кишечника у дітей-аутистів. Були обстежені 12 дітей (до моменту, коли стаття була опублікована, до них, за заявою самого Вейкфілда, додалися ще 39) і в більшості з них було виявлено неспецифічний коліт та гіперплазію лімфовузлів підздошної кишки. На закінчення автори заявили: «У більшості випадків симптоми з'являлися після щеплення проти кору, паротиту та краснухи. Потрібні додаткові дослідження для детальнішого вивчення цього синдрому та його можливого зв'язку з вакциною»⁴². Крім того, професору О'Лірі з Дубліна, який працював разом з Вейкфілдом, вдалося виділити штам вакцинного вірусу кору з біопсій, що було взято зі стінок кишечника (штами вакцинного вірусу кору пізніше були виявлені іншими дослідниками в спинномозковій рідині дітей-аутистів). На Вейкфілда було спрямовано шквал критики з боку медичних чиновників й усіх, хто прямо або побічно годується від виробництва та реалізації вакцин, і почалося його неприкрите цькування. В результаті він втратив роботу в госпіталі (офіційне формулювання: його праця «перестала відповідати дослідницькій стратегії відділення») і з дружиною та чотирма дітьми переїхав до США. При цьому національні міністерства охорони здоров'я витратили куди більше грошей на очорнення особистості Вейкфілда (який до того, як була надрукована його стаття в «Ланцеті» мав уже 135 (!) публікацій у найпрестижніших рецензованих медичних журналах і вважався цілком респектабельним фахівцем) і на захист вакцини MMR, ніж на реальне вивчення проблеми аутизму. Однак незабаром з'явилися нові дослідження, що підтверджують дослідження Вейкфілда. Так, вірус кору був виявлений у лімфовузлах тонкої кишки у 75 з 91 дітини, що страждають від поведінкових порушень, тоді як у контрольній групі його було знайдено лише у 5 з 70⁴³. Були опубліковані статті, що вказують на значне зростання захворюваності на аутизм після введення до масового використання вакцини MMR. Наприклад, було відзначено значне збільшення захворюваності на аутизм у Фінляндії⁴⁴

⁴² Wakefield A. et al. Ileal nodular hyperplasia, non-specific colitis and pervasive developmental disorder in children *Lancet* 1998; 351:637-41.

⁴³ Uhlmann V. et al. Potential viral pathogenic mechanism for new variant inflammatory bowel disease *Molecular Pathology* 2002; 55(2):84-90.

⁴⁴ Kielinen M. et al. Autism in Northern Finland *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000 Sep; 9:162-7.

(чому для нас важлива саме ця країна, стане ясно далі). Стрімке зростання захворюваності на аутизм на тлі нових програм вакцинації, що розгорнулися наприкінці 80-х – початку 90-х рр., призвело до того, що серед постраждалих виявилися діти й онуки також і лікарів, політичних діячів та вчених⁴⁵. Це створило принципово нову ситуацію. Якщо раніше досить було відмахнутися від якої-небудь надміру надокучливої організації батьків зп допомогою наукоподібного дослідження, оплаченого виробником вакцин (читачі, звичайно, пам'ятають «незалежного експерта» проф. Дж. Черрі з розділу про кашлюк?), то тепер серед критиків таких досліджень з'явилися фігури, своєю вагою в суспільстві (не кажучи вже про наукову сумлінність) переважаючи тих, кому було доручено виступати на захист вакцин. Виробники вакцин та урядові організації почали терміново наймати «незалежні дослідницькі групи», покликані реабілітувати вакцину MMR, а з нею й безпечність усіх програм вакцинації, однак цього разу успіхи виявилися досить помірними. Нашвидкоруч збите епідеміологічне дослідження, опубліковане у тому ж «Ланцеті» наступного року⁴⁶, виявилось настільки непереконливим, що навіть самі вакцинатори дуже швидко перестали посилатися на нього як на хоч трохи вагоме. На засіданні Королівського статистичного товариства 28 березня 2000 р. статистик д-р Дж. Роджер продемонстрував, що автори у найкращому випадку заплуталися й не зрозуміли ними ж самими наведеної статистики, яка повністю суперечить їхнім висновкам й аж ніяк не заперечує зростання захворюваності на аутизм після введення до календаря щеплень вакцини MMR. Така ж доля очікувала й на інше замовлене (цього разу оплачене американським Центром контролю захворювань) дослідження, засноване на датських даних, що повинне було повністю реабілітувати вакцину MMR і поставити жирну крапку в суперечці навколо неї⁴⁷. Воно було розкритиковане фахівцями з протилежного табору. Останні проде-

⁴⁵ Наприклад, сенатор-республіканець з Індіани Дан Бьортон, на очах якого онук, що був зовсім здоровим й прекрасно розвивався до того, за кілька днів перетворився на аутиста, отримавши (у повній відповідності з розхожою вакцинаторською концепцією «якщо безпечна одна вакцина, то безпечною є яка завгодно велика їх кількість») за один раз 9 вакцин (з них 7 – що містять тімеросал), домігся проведення парламентських слухань з проблем безпечності вакцин, на яких виступили батьки дітей, вбитих та покалічених щепленнями, а також фахівці, що не розділяють поглядів медичної бюрократії про відсутність зв'язку між щепленнями та важкими захворюваннями (включаючи аутизм), що розвилися після них.

⁴⁶ *Taylor B. et al. Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association Lancet 1999 Jun 12; 353(9169):2026-9.* Пізніше з'ясувалося, що головний автор публікації, «незалежний» д-р Brent Тейлор, отримував платню від виробників вакцин, компаній «Віет» й «Сміт Клайн Бічем».

⁴⁷ *Madsen K. M. et al. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism N Engl J Med 2002 Nov 7; 347(19):1477-82.*

монстрували не тільки наукову неохайність авторів публікації, але й що ті, самі того не підозрюючи й, звичайно ж, не бажаючи, показали саме те, що було насправді – значне збільшення захворюваності на аутизм у Данії після появи вакцини MMR⁴⁸. У нещодавньому японському дослідженні автори намагалися довести, що видалення щеплення MMR з національного календаря вакцинації в 1993 р. ніяк не позначилося на частоті аутистичних розладів⁴⁹. І знову опоненти показали, що зайвий раз підтверджується їхня теорія про небезпечність вакцинних «коктейлів» з декількох живих вірусів: незважаючи на скасування MMR, японські діти отримували живі вакцини від кору, краснухи та епідемічного паротиту протягом лише одного року, що було, власне кажучи, тим самим щепленням MMR...

Але мало того. Потужним батьківським організаціям у США вдалося залучити приватні пожертвування на фінансування небажаних для істеблшменту досліджень незалежних вчених, які поставили собі за мету розробку гіпотези, що зв'язок між вакциною MMR та аутизмом існує – наприклад, дослідження групи проф. Сінгха, про яке кілька слів буде сказано нижче.

Оскільки безперервно з'являються все нові публікації про природу аутизму та аутистичних розладів і можливого їхнього зв'язку зі щепленнями, я не зупинятимусь на докладному викладенні всіх матеріалів. Головними гіпотезами нині вважаються дві. Перша пов'язує розвиток аутизму у генетично схильних до цього дітей з наявністю у вакцинах ртуті (у складі тіомерсала, що у російських вакцинах зветься мертіолятом). Крім усього іншого, під час розгляду питання про наявність ртуті у вакцинах з'ясувалося, що протягом майже 75 років ніхто й ніколи не тільки не вивчав безпечність введення ртуті немовлятам та дітям, але навіть не враховував, що ртуть виводиться з організму дуже повільно. Виявилось, що через величезну кількість вакцин, що містять тіомерсал, які отримують діти, ртуть здатна накопичуватися, значно перевищуючи всі встановлені МДК, і викликати ураження центральної нервової системи в деяких сприйнятливих дітей. Дослідження встановили, що тіомерсал може долати гематоенцефалічний та плацентарний бар'єри (це щодо питання про щеплення вагітним або тим, хто збирається завагітніти!) і накопичуватися в тканині мозку плода⁵⁰. Було також показано, що діти, щеплені вакциною DTaP без

⁴⁸ Goldman G. S., Yazbak F. E. An investigation of the association between MMR vaccination and autism in Denmark *Journal of American Physicians & Surgeons* 2004; 9(3):70-75.

⁴⁹ Honda H. et al. No effect of MMR withdrawal on the incidence of autism: a total population study *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46(6).

⁵⁰ Sikker W. Developmental neurotoxicology of therapeutics: survey of novel recent findings *Neurotoxicology* 2000; 21:250.

тіомерсала, мали набагато менший ризик розвитку аутизму та захворювань аутистичного спектру, ніж щеплені вакциною з тіомерсалом⁵¹. Підтримує цю гіпотезу те, що спостерігається безсумнівне поліпшення стану хворих дітей, які проходять спеціальну терапію, спрямовану на зв'язування й виведення ртуті з організму (хелатирування). Важливим є спостереження, що особливо швидке зростання захворюваності на аутизм почалось у США після того, як до календаря вакцинації були введені щеплення проти гепатиту В та проти гемофільної палички. Це призвело до триразового збільшення кількості ртуті, що надходить до організму щеплених (докладно про токсичність ртуті я писав у розділі «Відомості про токсикологію речовин, що входять до складу вакцин»). Після того, як у Каліфорнії кілька років тому використання ртуті в будь-яких вакцинах було повністю заборонене губернатором А. Шварценеггером, там вперше за майже п'ятнадцятирічний період стрімкого зростання захворюваності на аутизм зареєстровано її відчутне зниження⁵². Дискусією навколо ртуті й дуже дивною (якщо не сказати досить і досить підозрілою) завзятістю, з якою американські дитячі лікарі (!) та їхні захисники з національних організацій охорони здоров'я заявляють про її повну нешкідливість і відстоюють її подальше використання у вакцинах, привернуло увагу й журналістів. Автор книги «Свідोцтво небезпечності: ртуть у вакцинах та епідемія аутизма – конфлікт у медицині» (*Evidences of Harm: Mercury in Vaccines and the Autism Epidemic – A Medical Controversy*) журналіст Девид Кірбі був визнаний гідним декількох престижних американських журналістських призів за 2005 р. Через пильну увагу, з якою американська публіка стежить за тим, що відбувається, конгрес США, який відчув нарешті, що представники «незалежних» установ на кшталт Інституту медицини водять його за ніс, доручив наприкінці лютого 2006 р. Національному інституту навколишнього середовища й медико-санітарних дисциплін (*National Institute for Environmental Health Sciences*) провести розслідування.

Іншу гіпотезу до останнього часу (за браком фінансування дослідження наразі припинені) активно розробляла група нейроімунолога проф. Віджендри Сінгха з кафедри біології університету в Юті. Припус-

⁵¹ Див. *Geier M. R., Geier D. A. Neurodevelopmental Disorders Following Thimerosal-Containing Vaccines Experimental Biology & Medicine* 2003; 228:660-664, *Geier M. R., Geier D. A. Thimerosal in childhood vaccines, neurodevelopment disorders, and heart disease in the United States Journal of American Physicians & Surgeons* 2003; 8(1):6-11, *Geier D. A., Geier M. R. An Assessment of the Impact of Thimerosal on Childhood Neurodevelopmental Disorders Pediatric Rehabilitation* 2003; 6:97-102.

⁵² *Geier D. A., Geier M. R. Early Downward Trends in Neurodevelopmental Disorders Following Removal of Thimerosal-Containing Vaccines Journal of American Physicians and Surgeons* 2006; 11(1):8-13.

тивши, що аутизм являє собою аутоімунне захворювання, вони почали шукати антитіла, титр яких у хворих на аутизм дітей був би значно вищим, ніж у здорових дітей. Такі антитіла були знайдені, і ними виявилися антитіла до вірусу кору (який входить, як ми знаємо, до складу вакцини MMR). При цьому Сінгх та його співробітники встановили, що саме у тих хворих на аутизм дітей, у яких високий рівень антитіл до вірусу кору, високим є й рівень антитіл до так званого головного протейну мієлінової оболонки, яка ізолює нервову тканину. Передбачається, що руйнування мієлінової оболонки мозку може призводити до аутизму. Проф. Сінгх вважає, що ця гіпотеза дозволяє пояснити спостереження дуже багатьох батьків, згідно з якими перші прояви хвороби почалися саме після щеплення MMR⁵³. Оскільки щеплення вакциною MMR робиться лише через кілька місяців після інших щеплень, що містять тімеросал, то не можна виключати, що виникаюча після цих щеплень імуносупресія не дозволяє організму деяких дітей вчасно звільнитися від вірусів кору з вакцини MMR, а довгострокова персистенція цих вірусів може призводити до аутоімунних реакцій. Цілком імовірно, що імуносупресивний вплив ртуті також відіграє важливу роль у розвитку аутоімунних реакцій у відповідь на введення MMR, і деякі діти, які начебто безболісно перенесли щеплення вакцинами, що містять тімеросал, стають жертвами MMR.

Заслуговує на увагу й підсилює підозри щодо можливого зв'язку щеплень та аутизма відсутність цієї хвороби в американських меннонітів (Amish) – релігійної громади, яка ізолювано живе на сході США та нараховує близько 150 тис. осіб, члени якої не роблять щеплень (цю відсутність вакцинатори намагаються пояснити якимись загадковими «генетичними особливостями») ⁵⁴, а також у дітей тих батьків, що

⁵³ Див. Singh V. K. Immunotherapy for brain disease and mental illnesses *Progress in Drug Research* 1997; 48:129-146, Singh V. K. et al. Antibodies to myelin basic protein in children with autistic disorder *Brain Behavior and Immunity* 1997; 7:97-103, Singh V. K. et al. Serological association of measles virus and human herpesvirus-6 with brain autoantibodies in autism *Clin Immunol Immunopathol* 1998; 89:105-108, Singh V. K. Neuroimmunopathogenesis in autism. In: *NeuroImmune Biology: New Foundation of Biology* 2001; vol. 1:443-454, Singh V. K. et al. Abnormal measles-mumps-rubella antibodies and autoimmunity in children with autism *Journal of Biomedical Science* 2002; 9:359-364, Singh V. K., Jensen R. L. Elevated levels of measles antibodies in children with autism *Pediatric Neurology* 2003; 28:292-294.

⁵⁴ Згідно з наявними даними, серед меннонітів було виявлено лише 3 випадки аутизму, всі – у всиновлених дітей, щеплених раніше (двоє із США, один з Китаю). Взагалі позбавлені й тіні поваги до щеплень звичай меннонітів, так само як і «Свідків Іегови», і послідовників «Християнської науки» (Christian Science) надзвичайно дратують вакцинаторів, тому що діти саме з цих громад дають саме ту групу для порівняння здоров'я щеплених та нещеплених, наявність якої у тотально щеплених Америці вакцинатори люто заперечують.

йдуть «альтернативним» шляхом (домашні пологи, повна відмова від щеплень, грудне вигодовування). При цьому, за повідомленнями журналістів, нещеплені діти, що перебували на грудному вигодовуванні, не страждають ні на астму, ні на цукровий діабет 1-го типу, які так поширені нині серед американських дітей⁵⁵...

Тема вакцини MMR стала вже настільки гострою, що на неї звернули увагу й політики. Парламентська опозиція в Британії заявила, що якщо її повернуть до влади, то вона надасть батькам можливість вибирати між вакциною MMR й трьома окремими вакцинами, якої нині немає. Доки цього не відбулося, деякі кмітливі лікарі привозять потрібні вакцини з-за кордону й непогано заробляють, запрошуючи тих, хто бажає щепити дітей за графіком, до «клінік окремих щеплень» (single jobs clinics), які з'являються мов гриби після дощу по всій Великій Британії. До речі, нинішній британський прем'єр-міністр Тоні Блейр, який енергійно закликає батьків довіритися фахівцям, заявляючим, що вакцина MMR цілком безпечна, відмовився кілька років тому повідомити журналістам, чи щеплений цією вакциною його власний син. Оскільки на карту поставлена не тільки конкретна вакцина, але й престиж численних «експертів» та міністерств, то зрозуміло, що навіть за наявності стовідсотково достовірних доказів того, що вакцина MMR та аутизм пов'язані між собою, бій буде тривати, і результат його важко пророчити⁵⁶. Поки ж кількість дітей, щеплених вакциною MMR, неухильно знижується.

У Росії, крім вакцини MMR-II, зареєстровані вакцини «Пріорікс» (аналог вакцини MMR, вироблений компанією «Глаксо Сміт Клайн») та «Рувакс» – корева моновакцина (виробник – компанія «Авентіс Пастер»). Є також російська жива корева культуральна вакцина (ЖКВ), виготовлена з вакцинного штаму «Ленінград-16» або його клонованого варіанта «Москва-5». Віруси вирощуються на культурі клітин ембріонів японських перепелів. Крім самих вірусів, у цій вакцині також міститься канаміцина моносульфат або неоміцин. Стабілізатори – сорбіт та желатоза або стабілізатор ЛС-18 та желатоза⁵⁷.

Щеплення дітям робиться двічі – у віці 12-15 місяців та перед шко-

⁵⁵ *Olmsted D.* The Age of Autism: «A pretty big secret». *United Press International* Dec. 7, 2005.

⁵⁶ «Судовий процес буде безпрецедентним, виплати складуть мільярди доларів, сотні, а може й тисячі кар'єр виявляться зіпсованими, а деякі будуть зруйновані назавжди», – такими словами на конференції з аутизму, що відбулася в Іллінойсі (Чикаго) 29 травня 2004 р., напроорокував можливий розвиток подій конгресмен д-р Дев Уелдон, про якого я згадував у главі «Післявакцинальні ускладнення».

⁵⁷ *Учайкин В. Ф., Шамшева О. В.* Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 136.

лою (у 6-7 років). В ендемічних за кором районах щепити починають вже у 9 місяців. Щепити дітей рекомендується без попередньої перевірки на наявність антитіл. Ця рекомендація викликає великі сумніви, як з погляду здорового глузду, так і наявних наукових даних. Якщо дитина вже перенесла кір, що не був розпізнаний, і набула до нього природного імунітету, то це щеплення не дасть ніякої користі щодо стимуляції утворення коревих антитіл⁵⁸, але може поставити її здоров'я під загрозу можливими ускладненнями. Зрозуміло, що цьому немає жодного логічного виправдання. Питання тут може впирається тільки у гроші. Серологічні аналізи дорогі, і якщо перевіряти наявність антитіл у кожного претендента на щеплення, вартість кампанії проти кору багаторазово зросте. Набагато дешевше й простіше щепити, нікого і нічого не досліджуючи, а ускладнення щеплень списувати на «збіги».

На тлі активної вакцинації на наших очах змінюються епідеміологічні характеристики кору. До початку використання антикоревої вакцини материнські антитіла захищали дитину протягом перших 12-15 місяців життя⁵⁹. Кір був переважно хворобою дітей віком 5-9 років, а до 15 років 99% дітей вже хворіли на кір у тій або іншій формі й були від нього на майбутнє захищені. Масові щеплення докорінно змінили цю ситуацію, і зараз я лише повторюю те, що говорив щодо інших дитячих інфекційних хвороб. Матері, щеплені в дитинстві від кору, до віку дітонородження втрачають антитіла й не здатні передати їх своїм дітям⁶⁰, залишаючи немовлят беззахисними перед кором (тут треба уточнити, що в захисті від кору важливішими є саме антитіла, що передаються через плаценту, а не через молоко – роль останнього безмірно важлива в дуже багатьох аспектах, що прямо або побічно пов'язані зі здоров'ям дитини, але антитіл з молоком передається мало⁶¹; очевидно, шлях передачі через кров еволюційно

⁵⁸ Christenson B., Böttiger M. Measles antibody: comparison of long-term vaccination titres, early vaccination titres and naturally acquired immunity to and booster effects on the measles virus *Vaccine* 1994 Feb; 12:129-33.

⁵⁹ «Найнижчу захворюваність (у дощепленеві часи. – О. К.) реєстрували серед дітей до 1 року життя, захищених материнськими антитілами» (Покровский В. И. Эволюция... с. 264).

⁶⁰ Про це відомо було вже досить давно, але ніяких вивертів в обхід природних законів придумати не вдалося. В 1984 р. два радянських автори писали: «Надалі все більшу кількість дітей буде народжено матерями, що раніше були щепленими проти кору і не хворіли на нього. Можливо, у таких дітей уроджений імунітет буде недостатньо вираженим, що потребує їхньої імунізації в ранніший термін після народження. Це питання... повинно бути вивчене» (Сергеев В. П. Актуальные... с. 31). Більш ніж двадцятирічне вивчення питання, як ми бачимо, поки що нічого не дало і дуже сумнівно, що може щось дати в майбутньому.

⁶¹ Adu F. D., Adeniji J. A. Measles antibodies in the breast milk of nursing mothers *Afr J Med Med Sci* 1995 Dec; 24:385-8.

є зручнішим та ефективнішим). У висновках порівняно нещодавньої російської публікації вказується, що «1) Вагітні жінки, в анамнезі яких були дані про перенесену кореву інфекцію, захищені від цієї інфекції досить надійно незалежно від території проживання (у середньому $92\pm 0,6\%$) 2) Показник імунного прошарку до кору у вагітних жінок, імунізованих у минулому проти кору, був украй недостатнім, і становив у середньому $62,2\pm 0,7\%$, причому в жінок, що проживають у сільській місцевості, він був істотно нижчим ($60,2\pm 0,7\%$), ніж у жінок, що живуть у містах ($75,2\pm 0,9\%$)»⁶².

Зрозуміло, що відсутність імунітету в дітей відбиває відсутність імунітету в їхніх матерів. В одному дослідженні було показано, що 95% дітей віком 9 місяців й 95% дітей в іншій групі віком 12 місяців не мали антитіл до вірусу кору, а ті, хто їх мали, були дітьми матерів, що народилися до 1963 р., тобто до часу початку кампанії щеплень проти кору⁶³. Нещодавній спалах кору в Польщі (в 1997-1998 рр.) підтвердив найгірші побоювання. Найбільше занедужало дітей віком до року, тобто ще до того, як вони могли одержати щеплення (24,6 на 100 тис. населення в порівнянні з середнім 5,5 на 100 тис. для всіх інших вікових груп⁶⁴) і це цілком погоджується з даними інших спостережень⁶⁵. З іншого боку, за відсутності антигенних «поштовхів» природного вірусу, щеплені діти можуть втрачати імунітет до підліткового й дорослого віку, і стають сприйнятливими до хвороби, від якої їхні однолітки раніше були надійно захищені природним імунітетом. Дослідження,

⁶² Никитюк Н. Ф. Состояние иммунитета к кори у беременных женщин *Эпидемиология и инфекционные болезни* 2000, 1, с.17-19. Досить цікавим є пояснення автора щодо розходження в рівні імунітету між міськими та сільськими жителями. «Виявлена закономірність пов'язана з особливостями організації робіт з вакцинації в міській та сільській місцевості. Віддаленість сільських лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) від міста утруднює дотримання належного температурного режиму при транспортуванні живої коревої вакцини. Мають місце й порушення, пов'язані зі зберіганням препарату, які виявляють частіше в ЛПУ сільської місцевості (відсутність холодильного устаткування в достатній кількості, подовження терміну реалізації препарату, відключення електроенергії й ін.)». Мені здається, що це пояснення відображує не стільки «особливості організації робіт з вакцинації», скільки недостатнє розуміння автором законів епідеміології. Кількість контактів у місті та у селі різниться в десятки й сотні разів, а тому й можливостей для отримання коревих антигенних «поштовхів» у місті, відповідно, у десятки й сотні разів більше. Звідси цілком зрозуміло, що городянки мають кращий імунітет до кору.

⁶³ Maldonado Y. A. et al. Early loss of passive measles antibody in infants of mothers with vaccine-induced immunity *Pediatrics* 1995 Sep; 96:447-50.

⁶⁴ Janaszek W., Slusarczyk J. Immunity against measles in populations of women and infants in Poland *Vaccine* 2003 Jun; 21:2948-53

⁶⁵ У 111 немовлят матерів, щеплених у дитинстві, не було виявлено антитіл вже до віку 6 міс. (Dayton L. Measles Vaccination May Not Protect for Life *New Scientist* (Canada) November 1989; vol. 4, p. 6).

проведене у Новій Зеландії в 1985 р., показало, що до 15 років 14% підлітків не мали антитіл до вірусу кору⁶⁶. Найімовірніше, зі зростанням все нових поколінь, щеплених у дитинстві, і зі зниженням циркуляції збудника, таких дітей стає дедалі більше. Дослідження дорослих (старше 19 років), що захворіли на кір у 1985-1995 рр. в США, виявило, що, по-перше, майже третина з них була раніше щеплена проти кору, а по-друге, що відсоток дорослих у структурі захворюваності на кір безупинно зростає. За ці 10 років серед хворих дорослих у середньому було 21,3%, а в 1993-1995 рр., за останні два роки спостереження – 29,5%, хоча при цьому й було відзначено зниження захворюваності на кір у всіх вікових групах⁶⁷. А що в Росії? Так все те ж саме! «Якщо в 1967 р. хворих на кір у віці 15 років й старше було 0,2-0,3%, то до 1987 р. їх стало вже 31%. З'явилися повідомлення про великі вогнища кору в школах, спеціалізованих училищах, вузах, військових частинах. *Захворювання на кір у молоді та дорослих протікає значно важче, ніж у дітей, з ускладненнями у формі серозного менінгіту, енцефаліту й гігантоклітинної пневмонії*» (виділене мною. – О. К.)⁶⁸. Д-р Донеган, яку я вже цитував вище, писала: «Що ж стосується питання колективного імунітету (який повинен захищати тих, кого не можна щепити живими вакцинами) і необхідного охоплення в 95%, потрібного для ліквідації кору, то ця цифра заснована тільки на тому, що охоплення в 60% не призвело до викорінювання хвороби, не призвело й охоплення 70%, так само як і 80%, і 90%, і коли ми дійдемо до 95%, а кір все ще буде циркулювати (а він буде циркулювати, на той час від нього вже будуть помирати маленькі діти, чиї вакциновані батьки не змогли передати їм довгостроковий імунітет високої якості до природного кору), нам будуть говорити, що для викорінювання потрібне охоплення в 99% – так само як і додаткові ревакцинації...»⁶⁹.

Якщо вірити нинішнім повідомленням з Великої Британії, де батьки відмовляються від щеплення MMR, про зростання смертності від кору, то немає ніяких сумнівів, що смерті відбуваються саме в цих

⁶⁶ Tobias M. et al. Measles immunity in children: the 1985 national immunisation survey *NZ Med J* 1987 May 27; 100(824):315-7.

⁶⁷ Miller M. et al. Measles among adults, United States, 1985-1995 *Am J Prev Med* 1999 Aug; 17:114-9.

⁶⁸ Покровский В. И. Эволюция... с. 271.

⁶⁹ Див. прим. 10. Там само д-р Донеган відзначила: «Якщо уважно придивитися до дітей, які подолали інфекційне захворювання при правильному догляді, завжди можна помітити, що вони навчилися чомусь новому, залежно від віку та обставин. У немовляти може вилізти зуб; маля, що натикалося на кути, починає ходити спритно і впевнено; шестирічна дитина, якій не давалося читання, раптово починає читати. Подібно до змії, що вилазить зі старої шкіри, щоб вирости, дитина проходить через такі кризові моменти перед тим, як здійснитися на чергову сходинку. Мені часто по-

позбавлених природного захисту групах, і щеплення є цьому побічною причиною⁷⁰. Втім, можливо, таким повідомленням не варто й довіряти. Я б не здивувався, довідавшись, що ніякого зростання смертності насправді ніколи й не було, і все це вигадано лише для того, щоб переконати батьків погодитися на щеплення.

У той момент, коли рукопис книги вже було підготовлено до друку, надійшли повідомлення про спалах кору в Україні, який почався у грудні 2005 р. Про всі особливості цього спалаху ми довідаємося пізніше, але вже зараз зрозуміло, що переважну кількість випадків зареєстровано у молоді, часто – у студентів (як щеплених, так і не щеплених у дитинстві), і відзначаються часті ускладнення у вигляді енцефалітів. Що ж, усе логічно, і саме цього слід було очікувати від освяченої ВООЗ боротьби у всепланетному масштабі з кором у дітей. Буде чи не буде в підсумку ліквідований кір, ніхто не знає. Але вже зараз від кору важко страждають ті, хто до початку цієї боротьби від нього не страждав. Порушуючи вільну циркуляцію вірусів і не даючи перенести природну хворобу в дитячому віці, вакцинатори зміщують захворюваність до дорослого віку, коли вона протікає незмірно важче. Тепер в Україні ганяються за нещепленими від кору, намагаючись запобігти подальшому поширенню хвороби. Хочеться вірити, що поряд з бадьорими повідомленнями про тисячі «охоплених» щепленнями, нам будуть повідомляти й про ту кількість післявакцинальних ускладнень, якими довелося заплатити за чергову кампанію вакцинації.

Ефективність

У середині 1980-х рр., маючи за плечима майже п'ятнадцятирічний досвід щеплень проти кору, радянські автори повідомляли: «Захворюваність на кір серед щеплених проти цієї інфекції коливається від 0,06% до 17,8%»⁷¹. Думаю, що ці цифри дають цілком наочне уявлення про ступінь науковості процедур вакцинації, підсумком яких стають

падалися діти, що не вилазили з нежиті або страждали від безлічі бородавок, після чого й те й інше повністю очищалося здоровим періодом вітрянки. Подібні інфекційні захворювання не очищають популяцію за жорстоким дарвіністським принципом, вбиваючи слабких та залишаючи розмножуватися тільки сильних; вони, навпаки, дають можливість кожній окремо взятій дитині упорядкувати свою імунну систему й досягти кращого здоров'я, на яке вона здатна».

⁷⁰ Див. також статтю *Papania M. et al. Increased susceptibility to measles in infants in the United States Pediatrics 1999 Nov; 104:e59*, у якій вказується, що діти матерів, народжених після 1963 р. (коли почалося масове щеплення проти кору) майже втричі більш сприйнятливі в дитячому віці до кору, ніж діти тих матерів, що народилися до 1963 р.

⁷¹ *Сергеев В. П. Актуальные... с. 30.*

результати, що відрізняються майже у 300 разів.

Першими щепленнями проти кору стали щеплення вбитою вакциною. Однак внаслідок їхньої неефективності й небезпечності (див. нижче), від них швидко відмовилися й перейшли на одне щеплення живою послабленою вакциною. Робилася вона під бадьорим гаслом: «Одне щеплення – і ти захищений на все життя!» (так починав Дженнер зі своєю коров'ячою віспою, та сама історія послідовно повторювалася практично з усіма щепленнями). Однак у 1980-х рр. в США почала різко зростати захворюваність на кір, причому від 20 до 40% випадків хвороби зустрічалися в раніше щеплених. Автори однієї аналітичної статті вивчили повідомлення про 18 спалахів кору в США та Канаді й виявили, що всі вони відбувалися серед груп населення, у яких від 71 до 99,8% були щеплені. Наприклад, при спалаху у Квебеці в 1989 р. занедужали 1363 людини при 99% охопленні щепленнями населення провінції⁷² (де ж ти був, рятівний колективний імунітет?). Було заявлено про парадоксальність ситуації, коли зі збільшенням кількості щеплених кір все більше стає хворобою вакцинованого населення. Висновок: «Через високу заразність вірусу й недосконалості вакцини, що існує нині, варто обміркувати перехід від одного щеплення до двох»⁷³.

У пізнішому дослідженні було повідомлено, що приблизно 20% щеплених коревою вакциною втрачають антитіла в період від 4 до 11 років після щеплення, а тому необхідне додаткове щеплення перед школою⁷⁴. І остаточно зміцнилася впевненість американців у необхідності другого щеплення після спалаху кору в Енкеріджі (Аляска) в 1998 р., коли занедужало 33 людини у віці від 2 до 28 років, з них 17 – учні однієї середньої школи. 29 осіб із загальної кількості хворих за наявними документами раніше були щеплені, а одна людина навіть двічі⁷⁵.

⁷² Boulianne N. et al. Major measles epidemic in the region of Quebec despite a 99% vaccine coverage *Can J Public Health* 1991 May-Jun; 82(3):189-90.

⁷³ Poland G. A., Jacobson R. M. Failure to reach the goal of measles elimination. Apparent paradox of measles infections in immunized persons *Arch Intern Med* 1994 Aug; 154:1815-20.

⁷⁴ Poland G. A. et al. Measles reimmunization in children seronegative after initial immunization *JAMA* 1997 Apr; 277:1156-8.

⁷⁵ *MMWR* 1999; 47:1109-1111. Енкерідж відомий в історії щеплень також подіями 1988 р. Загони вакцинаторів, організовані Індіанським госпіталем Енкеріджа, приїздили до шкіл й силою робили дітям щеплення від гепатиту В. Думкою батьків ніхто не цікавився. Такі ж загоны, які доречніше було б назвати ескадронами смерті, за наказом Туземного госпіталю (Native Hospital) щепили не перебираючи всіх дітей в ескімоських селах. Близько 100 дітей у Бетелі після щеплень занедужали і багато хто з них померли. Батькам пояснили, що всьому провиную спалах інфекції, викликані респіраторно-синцитіальним вірусом, «що збігся» зі щепленнями. Див. *Peter & Hilary Butler Just a Little Prick*. Auckland, 2006, pp. 295-299.

Втім, і два щеплення від кору, як з'ясувалося, аж ніяк не гарантують довічного імунітету. Після того, як четверо співробітників (трое з яких раніше одержали *два* щеплення від кору) одного з госпіталів занедужали на кір, було вирішено перевірити стан справ з антитілами проти кору в інших працівників госпіталю. Події відбувалися в 1990 р., тобто майже 30 років після початку масової кампанії щеплень, а тому дуже багато хто були одно- або дворазово щеплені від кору – у дитинстві й перед початком роботи в лікарні. Було обстежено 900 чоловік, з яких 14 (1,5%) взагалі не мали антитіл, 338 (37,6%) мали низький рівень антитіл, 372 (41,3%) мали середній рівень. Результати, отримані у 5 (0,6%) не давали можливості однозначної інтерпретації, і лише 171 (19%) могли вважати себе дійсно захищеними, якщо вірити в те, що несприйнятливість до певної хвороби дорівнює високому рівню специфічних антитіл (що, як відомо, не завжди гарантує захист від хвороби). Не наважуючись, мабуть, запропонувати вже третє за рахунком щеплення, автори статті просто рекомендували користуватися респіраторами при роботі з хворими на кір пацієнтами, не надто покладаючись на розрекламований вакцинний захист⁷⁶.

Ще одне дослідження показало, що при контакті з хворим на кір, *щонайменш* (слова авторів) 11% щеплених дітей та підлітків у Колорадо в 1987-1998 рр. занедужували. Навіщо ж, запитується, вони були щеплені, ризикували ускладненнями, якщо варто було з'явитися хворому на кір, як увесь обіцяний захист випаровувався більш ніж у кожного десятого? Відповіді на це питання немає, проте нам ясно вказують на винуватців триваючих випадків захворювання кором. Це так звані *exemptors*, тобто діти, яких звільнили від щеплень через релігійні та філософські заперечення батьків⁷⁷. Відверто підбурювальна за своїм характером стаття не викликала в редколегії «Журналу Американської медичної асоціації» ніяких заперечень.

Однак найпригнічуючі результати щодо ефективності вакцини були отримані саме в тих країнах, які гостро мали потребу в дійсно ефективних засобах порятунку своїх дітей від кору. Так, вивчення вакцини під час спалаху кору в кенійському окрузі Керіянга в 1985 р. показало дуже невисоку її ефективність – у середньому 43,5% серед дітей у віці від 8 до 59 міс. При цьому найменша ефективність виявилася у групі тих, хто найбільше ризикує важкими наслідками кору, а саме дітей

⁷⁶ *Ammari L. K. et al. Secondary measles vaccine failure in healthcare workers exposed to infected patients Infect Control Hosp Epidemiol 1993 Feb; 14:81-6.*

⁷⁷ *Feikin D. R. et al. Individual and community risks of measles and pertussis associated with personal exemptions to immunization JAMA 2000 Dec 27; 284(24):3145-50.*

віком від 8 до 11 міс.⁷⁸ Автор дійшов до наступного висновку: «Ці й аналогічні дані, отримані в розвинених країнах, та країнах, що розвиваються, наводять на думку про те, що план про повну ліквідацію кору є передчасним, особливо для тропіків. Ліквідація кору пов'язана з відчутно більшою кількістю труднощів, ніж це було з ліквідацією натуральної віспи. Триваюча передача вірусу в групах з високим відсотком щеплених, а також вкрай низька ефективність вакцини – кращі тому докази»⁷⁹. Йому підтакували континентальні земляки з Замбії, які протягом двох років спостерігали за дітьми, що надходять з діагнозом кору до університетського госпіталю у Лусаці. За їх повідомленням, 34,4% хворих дітей були щепленими. Смертність серед щеплених склала 6,4%, серед нещеплених – 17%. Висновок: «Хоча вакцина проти кору й не може запобігти зараженню, вона здатна знизити смертність»⁸⁰. Ефективність вакцини, відповідно до результатів вивчення спалаху кору в Харарі (Зімбабве) виявилася рівною 68%⁸¹. Що, зрозуміло, набагато нижче тої, що декларується. У світлі таких результатів, які цілком можна розцінювати як безуспішні, навіть ВООЗ була змушена визнати, що «дані польових випробувань у Гвінеї-Бісау, Південній Індії й Сенегалі говорять про зниження ефекту коревої вакцини та збільшення захворюваності на кір з часом після зробленого щеплення»⁸².

Також тут хочу навести слова австралійського педіатра д-ра Арчі Калокеріноса, автора двох відомих книг⁸³ та численних публікацій, який працював серед аборигенів Австралії та Африки. Він заявив у одному зі своїх інтерв'ю: «Факти щодо щеплень проти кору в Африці перекручуються. Ви не можете щепити хворих дітей, які недоїдають,

⁷⁸ Я не зміг дістати цю статтю з екзотичного журналу, а тому не знаю, чи намагався автор дати яке-небудь обґрунтування цьому факту. Швидше за все, це пов'язане як з незрілістю імунної системи немовляти, так і з материнськими антитілами проти кору, що нейтралізують вакцинні. При цьому ймовірний зворотний ефект, що й може пояснити захворюваність кором у настільки нехарактерному для цього віці.

⁷⁹ Kenya P. R. Measles and mathematics: control or eradication? *East Afr Med J* 1990 Dec; 67(12):856-63.

⁸⁰ Oshitani H. et al. Measles infection in hospitalized children in Lusaka, Zambia *Ann Trop Paediatr* 1995 Jun; 15:167-72. Звичайно, однозначну оцінку будь-якої користі від вакцини на підставі цих даних зробити важко. Адже невідома дійсна кількість захворюєлих на кір (реєструвалися лише ті, хто надійшов до лікарні) та причини, через які не робилися щеплення. Цілком можливо, через важкі фонові хвороби.

⁸¹ Mahomva A. I. et al. Evaluation of a measles vaccine efficacy during a measles outbreak in Mbare, City of Harare, Zimbabwe *Cent Afr J Med* 1997 Sep; 43:254-6.

⁸² Report of a meeting on research related to measles control and elimination. Geneva, 27-29 March, 2000. WHO, Geneva, 2000, p. 8.

⁸³ «Кожна друга дитина» (Every Second Child, 1974) и «Вітамін С: чудесна цілюща ракета природи» (Vitamin C: Nature's Miraculous Healing Missile, 1993).

і розраховувати обдурити природу в такий спосіб. Так ви вб'єте набагато більше, ніж це зробила б натуральна інфекція⁸⁴. Існує інший шлях, щоб боротися з хворобами на кшталт кору. Якщо ви введете внутрішньом'язово або внутрішньовенно вітамін С й дасте іншу невелику аліментарну підтримку, то дев'ять з десяти будуть врятовані. Я не скажу, що всі, тому що багато хто з цих дітей такі хворі й виснажені, що подібні до рослин. Ніщо не може врятувати їх, і з цим варто примиритися. Але для нормальної або навіть для помірно виснаженої дитини добавка вітаміну С до курсу лікування зробить справжній переворот, якщо ви застосуєте це на ранньому етапі хвороби»⁸⁵. Ще до появи цього інтерв'ю досвідченого педіатра до висновку про те, що порятунок від кору робить дітей беззахисними перед іншими численними хворобами, прийшов й інший дослідник, який показав у своїй статті, що в країнах, що розвиваються, щеплені проти кору діти мають більшу смертність протягом року після вакцинації⁸⁶. В іншому дослідженні було встановлено, що щеплення від дифтерії, правця та кашлюку (цілінноклітинною вакциною) пов'язане зі збільшенням дитячої смертності у Гвінеї-Бісау⁸⁷. Так що цілком справедливі слова д-ра Вієри Шайбнер: «Діти в країнах третього світу мають потребу не в щепленнях, а у вітаміні А й у поліпшенні харчування в цілому»⁸⁸.

Щоб завершити тему щеплень проти кору в Африці, я повідомлю, що в проведеному у Сенегалі (в ендемічному за кором районі) дослідженні були виявлені раптові й різкі підйоми титру антитіл до вірусу кору під час відсутності клінічної симптоматики у повністю щеплених проти нього дітей, що можна було пояснити лише черговим заражен-

⁸⁴ Навіть при тому, що недоїдання характерно і для дітей у деяких бідних азіяських країнах, все-таки там воно не має такого катастрофічного розміру, а тому й смертність там набагато нижча, ніж в Африці. Див., наприклад, *Bhaskaram P. Measles & malnutrition Indian J Med Res* 1995 Nov; 102:195-9 – О. К.

⁸⁵ *International Vaccine Newsletter* June 1995. Далі в інтерв'ю д-р Калокерінос відповідає також на питання щодо того, у якій формі варто давати вітамін С. На його думку, для профілактики хвороби згодяться й таблетки, але при серйозній хворобі цілком необхідно внутрішньовенне введення, у крайньому випадку – внутрішньом'язове. Фредерік Кленнер писав, що внутрішньовенне або внутрішньом'язове введення 1000 мг вітаміну С кожні 6 годин гарантувало від захворювання на кір, а 1000 мг з фруктовим соком кожні 2 години захищали лише у тому випадку, якщо давалися цілодобово. Ці 1000 мг тим самим способом введення й з тією ж частотою справлялися з кором за 48 годин (*Klenner F. R. The Treatment of Poliomyelitis and Other Virus Diseases with Vitamin C*). Стаття є на ряді сайтів в Інтернеті.

⁸⁶ *Weiss R. Measles battle loses potent weapon Science* 1992 October; 258:546-547.

⁸⁷ *Kristensen I. et al. Routine vaccinations and child survival: follow up study in Guinea-Bissau, West Africa BMJ* 2000; 321:1435-1438.

⁸⁸ *Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 92.*

ням кором (на тлі вакцинального імунітету!) та субклінічною формою перебігу хвороби. Авторам було важко пояснити, яке значення виявлений ними факт може мати для наступної передачі вірусу між людьми та визначенням політики вакцинації в цілому, лише побажавши, щоб це було зроблено надалі⁸⁹.

Щодо обіцяної легкості кору («зробивши щеплення, ви надійно захистите вашу дитину якщо не від хвороби, то від небезпечних ускладнень») радянський автор повідомляє: «У тих, хто був раніше щеплений, але захворів на кір, також трапляються ускладнення. М. П. Дергільова та співавт. (1975) спостерігали ускладнення в 13,8% щеплених дітей, що проявлялися у першу чергу отитом, стоматитом, пневмонією... За даними К. В. Скупченко та співавт. (1978), у 1/3 щеплених хворих при кору зустрічалися різні ускладнення, серед яких були пневмонії, рідше отити, фурункульоз. Відповідно до спостережень С. Б. Бобоєва, С. М. Мумінова (1979) у щеплених дітей кір найчастіше (в 60%) ускладнюється бронхопневмонією, зустрічаються також гнійний отит, ларингіт, круп, гнійничкові ураження шкіри. Л. Ліванова та співавт. (1979) виявили ускладнення в 44% хворих серед нещеплених та у 18% вакцинованих, тобто у імунізованих ускладнення зустрічалися у 2,5 рази рідше, ніж у нещеплених дітей, зокрема, пневмонія виникала рідше у 3,5 рази, бронхіт – у п'ять разів, гайморит – у 3,5 рази, отит – майже у 3 рази. Однак автори підкреслюють, що серед нещеплених переважали діти молодших вікових груп та діти з обтяженим анамнезом й несприятливим преморбідним фоном, тому більш сприятливий перебіг у щеплених варто пов'язувати не тільки з наявністю часткового імунітету, але й з перерахованими обставинами»⁹⁰. Саме так. У кожному розділу я повторюю, що серйозні ускладнення – саме ті, які повинні налякати батьків та змусити їх зробити щеплення дитині – зустрічаються, як правило, якщо не винятково, у дітей, які мають серйозні проблеми зі здоров'ям, що страждають від хронічних хвороб, а ці діти що зі щепленнями, що без них, завжди ризикують більше. Додамо сюди ще бездумне агресивне лікування, настільки характерне для сучасної медицини, і стане зрозуміло, звідки беруться ускладнення кору, вітряної віспи, краснухи й інших досить нешкідливих дитячих хвороб.

Сюди ж можна додати й інше спостереження. Хоча адвокати щеплень стверджують, що навіть у випадку недостатньої ефективності вакцин ті як мінімум попереджують важкі ускладнення кору, в науковій літературі є дані, що дозволяють поставити під сумнів і цей по-

⁸⁹ *Bennett J. et al. Seroconversions in unvaccinated infants: further evidence for subclinical measles from vaccine trials in Niakhar, Senegal Int J Epidemiol Feb 1999; 28:147-51.*

⁹⁰ *Постовит В. А. Детские капельные инфекции у взрослых. М, 1982, с. 184-185.*

стулат. Так, у дванадцятирічної дівчинки, щепленої за десять років до того живою послабленою коревою вакциною, розвинувся енцефаліт. При цьому ніяких симптомів кору не було. У спинномозковій рідині була визначена геномна послідовність збудника, що виявилася характерною для вірусу кору. Імуноглобуліни, визначені в крові й спинномозковій рідині, вказували на гострий процес⁹¹. Таким чином, хвороба та її ускладнення цілком можуть траплятися й після щеплень, а «стрибки» у титрі антитіл вказують на кір, що протікає на тлі наявності вакцинальних антитіл. Компетентні прихильники гомеопатичного та натуропатичного підходів у медицині безумовно заперечать при цьому користь від таких форм хвороби, при яких повинна бути, але не з'являється висипка, як це відбувається у випадку кору в щеплених. Дослідження, які проводилися на тлі триваючих щеплень, виявили чимало проблем, пов'язаних з неадекватністю розуміння функцій імунітету й механізмів його дії з позицій сьогодення. Так, було показано, що високий рівень антитіл до вірусу кору може не мати нічого спільного зі ступенем реального від нього захисту⁹². У хворих агамаглобулономією – хворобою, при якій антитіла *взагалі* не виробляються – кір протікає точно так само й у ті ж строки, як й у тих, хто здатний виробляти антитіла, і закінчується повним одужанням та формуванням міцного імунітету. Без антитіл! Процес несприйнятливості до цієї або іншої хвороби неможливо звести винятково до примітивного механістичного уявлення про антитіла як основу імунітету; є й інші складові, нам поки що невідомі. З іншого боку, було виявлено, що рівень антитіл в успішно ревакцинованих дітей може протягом лише декількох місяців знижуватися багаторазово, до найнижчого рівня, так що захисту від кору не виходило й згідно з найортодоксальнішими уявленнями...⁹³ І все-таки: що робити з впертою статистикою, яка показує, наприклад, що «вже в перші 5 років після запровадження масової імунізації смертність від кору на деяких територіях СРСР знизилася у 18-50 разів. У цілому по країні її показник склав у 1970 р. лише 0,03 на 100 тис. населення. Найбільш виявлене зниження спостерігалось на тих територіях, де вакцинопрофілактика проводилася якісно, з охопленням щепленнями 85-90% дітей, які підлягали імунізації?»⁹⁴ Невже все це лише завдяки

⁹¹ Matsuzono Y. et al. Measles encephalomyelitis in a patient with a history of vaccination *Acta Paediatr Jpn* 1995 Jun; 37:374-6.

⁹² Bellanti J. A. Biologic significance of the secretory gamma A immunoglobulins *Pediatrics* 1971; 48(5):715-729.

⁹³ Black F. L. et al. Inadequate immunity to measles in children vaccinated at an early age: effect of revaccination *Bull WHO* 62 (92):315-319.

⁹⁴ Покровский В. И. Эволюция... с. 269.

тому, що кір почали називати краснухою, а про багато випадків взагалі перестали повідомляти, щоб не псувати звітності, якій ще до початку щеплень було приписано всіляко їх прославляти? Ні. Я далекий від сліпого обскурантизму й не стверджую, що вакцини не діють *взагалі*. Хоча різні статистичні маніпуляції та зміна «неправильних» діагнозів на «правильні» – є такими ж незмінними супутниками кампаній вакцинації, як і післявакцинальні ускладнення, деяке зниження захворюваності може бути віднесено й на рахунок щеплень. Питання зовсім про інше – *а чи потрібно його прагнути?*

Поясню й частково повторю власну точку зору, вже наведену раніше у розділі про вітряну віспу. Як щеплення, так і будь-які інші масові медичні заходи, повинні переслідувати тільки одну мету: поліпшення здоров'я населення *в цілому*, а не обмін одних хвороб на інші. «Дощепленева» радянська смертність від кору, що дорівнювала 0,23 на 100 тис. населення – це цілком незначна смертність. Для країни з населенням у 200 млн. чоловік це означає приблизно 460 смертей на рік – у десятки разів менше, ніж гине від нещасних випадків або у сотні – від онкологічних або серцево-судинних хвороб. Звичайно, будь-яка смерть – це трагедія, і чудово, якщо її вдається уникнути. Однак якщо для того, щоб уберегти від смерті *сотню* хронічно хворих від народження дітей, які страждають на важкі недуги імунної системи, перших кандидатів загинути як не від кору, так від незліченних інших «не контрольованих щепленнями» хвороб, потрібно систематично підривати коревими щепленнями здоров'я *мільйонів* їхніх однолітків, яким кір не загрожує жодними серйозними наслідками, і до того ж ставити під загрозу їхнє здоров'я та навіть життя, коли вони потім стануть схильними до кору дорослими, то чи варто радіти такому «обміну»? Припустимо, чотириста не вмерло від кору, а кілька тисяч постраждали від важких післявакцинальних ускладнень (при цьому багато хто залишився інвалідом), десятки тисяч на довгі роки стали хронічно хворими – чи рівноцінний такий обмін? І чи запитують батьків *здорових* дітей перед щепленням, чи згодні вони ризикнути здоров'ям своїх улюблених чад заради зниження захворюваності на хворобу X, Y або Z та смертності від неї по країні, чи пояснюють їм можливі наслідки щеплення? Чи згодні вони, щоб їхніх дітей перетворили на носіїв хронічної вакцинальної інфекції, не давши їм перенести хворобу в її короткій гострій формі? Відзначимо ще, що здоров'я підривається не тільки прямою вакцинальною агресією, не тільки токсичними складовими вакцин, не тільки післявакцинальними ускладненнями. Адже ті мільйони рублів, що перекачують до кишень вакцинаторів, беруть не з повітря – їх прямо або побічно забирали й забирають з інших статей бюджету охорони здоров'я. Це означає, що не оснащують

сучасним устаткуванням лікарні, не виробляють й не закуповують нових ліків та діагностичних систем, які відіграють важливу роль у боротьбі з інфекційними хворобами, не будують будинки відпочинку... Не хочу перевантажувати ані книги, ані розділу статистичними вкладками. Імовірно, читачам відомо, що здоров'я дітей у розвинених країнах за останні 30-40 років стрімко погіршується. Як на дріжджах зростає захворюваність на різні алергії, зокрема й на бронхіальну астму. Статистика онкологічних захворювань (особливо захворювань крові) у дітей наводить жах. Ніхто поки що не в змозі пояснити, не зачіпаючи щеплень, стрімке зростання аутизму. «Молодшають» хвороби, що раніше зустрічалися практично винятково у літньому віці. Але ж хворі діти – це майбутні хворі батьки. Колишній головний акушер-гінеколог Казахстану проф. Р. С. Аманджолова писала: «А. Ф. Соколова (співробітниця Інституту педіатрії АМН СРСР) вважає, що неробити щеплення – це злочин перед дітьми. Можливо. Але треба з'ясувати, перед якими дітьми, та що саме є більшим злочином? Зниження інфекційних захворювань (ускладнення від яких тепер можливо попередити) ціною полісенсibiлізації або її різноманітних наслідків, що передаються потомству: алергійних захворювань, імунопатології різних органів, важких проявів реакцій трансплантанта проти господаря й господаря проти трансплантанта в акушерській практиці, які у підсумку складають усю ієрархію хвороб сторіччя...»⁹⁵ У доповіді «Огляд щеплень у Європі: побічні ефекти, епідеміологія, закони та пропозиції Європейського форуму спостереження за щепленнями» заявляється: «Сьогодні, через 100 років масових щеплень, ми спостерігаємо, що кількість післявакцинальних патологій значно перевищує кількість хвороб, які повинні бути знищені щепленнями. Що це – прогрес? Як же *насправді* впливають щеплення на наше здоров'я?»⁹⁶.

Радість з приводу зниження захворюваності на ті недуги, які звичайно протікають доброякісно, є абсурдною, якщо замість них ми отримуємо дуже тяжкі, інвалідизуючі, невиліковні хвороби, підриваємо здоров'я мільйонів!

⁹⁵ Аманджолова р. С. и др. О тревожных результатах наших исследований // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994.

⁹⁶ Joet F. et al. Survey... Європейський форум спостереження за щепленнями (точніше навіть «уважності відносно щеплень» – European Forum for Vaccine Vigilance) був створений іспанською організацією Liga para la Libertad de Vacunaciones та французькою Association Liberté Information Santé у 1998 р. й нині включає в себе незалежні організації, які вимагають свободи для поінформованого вибору відносно щеплень, практично всіх західноєвропейських країн. Метою його діяльності є вивчення побічних ефектів щеплень, публікація незалежних статистичних даних про реальну кількість післявакцинальних ускладнень, просвіта населення відносно ризику, з яким пов'язані щеплення, й ін. Додаткову інформацію можна знайти на сайті <http://www.efvv.org>.

Безпечність

За влучним зауваженням д-ра Р. Нойштедтера, перелік ускладнень від щеплення проти кору скоріше має вигляд підручника з нервових хвороб⁹⁷. Серед цих ускладнень описано енцефаліти, менінгіти, підгострий склерозуючий паненцефаліт, конвульсії, сенсорна глухота, оптичний неврит, поперечний мієліт, синдром Гійєна-Барре, атаксія. Важко уявити, щоб нормальні батьки, знаючи про можливість виникнення таких ускладнень, погодились на щеплення від дитячої хвороби, яка вважається цілком нешкідливою. Виробник «Пріорікса» у проспекті, надрукованому спеціально для батьків, повідомляє про деякі м'які, на думку творців вакцини, реакції, які можуть виникати в дітей у відповідь на її введення, як-то: незвичайний крик, судоми, запаморочення, головний біль, нудота, блювота, висипка, сверблячка, збільшення шийних, пахвових та пахових лімфовузлів, лихоманка, кровотеча з носу. Якщо це м'які реакції, то які ж тоді важкі? А до важких у проспекті відносять усього лише конвульсії на тлі високої температури; от тоді-де й потрібно звернутися до лікаря. Окремим переліком йдуть симптоми, що спостерігалися після введення «Пріорікса» (але причинно-наслідкового зв'язу з самим щепленням, треба так розуміти, не встановлено): анемія, гранулоцитопенія, виразки у горлі та у роті, порушення сну, нервозність, підшкірні крововиливи, набряк та підвищена чутливість мошонки⁹⁸ (у серйознішому документі, а саме в офіційній анотації до свого дітища, виробник неохоче зізнається у тому, що такі хвороби, як гранулоцитопенія, епідидиміт та екзантема були віднесені експертами до серйозних – а як, напевно, хотілося й їх також віднести до м'яких, майже нешкідливих! – і все-таки пов'язаними із щепленням). Імовірно, відчувши, що такий вражаючий перелік може повністю нівелювати ефект від проголошеного перед перерахуванням усіх цих хвороб звичайного вакцинаторського заклинання «Шанс вашої дитини постраждати від щеплення є набагато нижчим за шанс отримати необоротне ушкодження внаслідок натуральної інфекції», виробник поспішає ще й додати: «Нехай Вас не лякає цей перелік можливих побічних ефектів. Може статися, що ні у Вас, ні у Вашої дитини не буде нічого»⁹⁹. Може, й не буде. А якщо буде?

Висока реактогенність коревої вакцини була відома з самого початку її використання. Радянські автори чесно повідомляли: «Відсоток

⁹⁷ *Neustaedter R.* The Vaccine Guide. Making an Informed Choice. Berkeley, California, 1996, p. 145.

⁹⁸ Priorix® Consumer Medicine Information Leaflet. pp. 2-3.

⁹⁹ *Ibid.*, p. 4.

ускладнень після імунізації проти кору, за матеріалами вітчизняних авторів, коливається від 8,1 до 10,2%... Під час введення коревої вакцини можливі різні ускладнення... Досить часто спостерігають нефротичний синдром. Так, Е. А. Лакоткіна та М. І. Якобсон (1971) виявили його в 12 з 38 дітей з ускладненнями після введення коревої вакцини»¹⁰⁰. З архівних матеріалів Мінохорони здоров'я я довідався, що в 1981 р. з Туреччини, яка придбала радянську противокореву вакцину, на неї надійшли рекламації. У матеріалах справи не вказується, що то були за рекламації, але уявити їхній характер неважко, з огляду на те, що для вивчення справи було створено спеціальну комісію з шести високопоставлених медичників на чолі із зам. міністра охорони здоров'я П. Н. Бургасовим¹⁰¹. На жаль, висновків комісії мені виявити не вдалося. В 1987 р. у США дослідниками були вивчені 48 позовів, поданих чиновникам Програми компенсацій потерпілим від щеплень, у зв'язку з важкими ускладненнями після живої ослабленої коревої вакцини в дітей у віці від 10 до 49 місяців. Вісім дітей померли, а інші стали інвалідами (розумова відсталість, епілепсія, порушення руху й ін.). Було визнано, що «підтверджується зв'язок між енцефалопатією та живою коревою вакциною, як нечасте ускладнення після щеплення»¹⁰². Нещодавно повідомлялося, що протягом п'яти місяців десятеро хорватських малят віком 12-15 місяців були госпіталізовані з менінгітом після щеплення вакциною МоРаРу (хорватський аналог MMR, розроблений у Загребському імунологічному інституті, що використовується в Хорватії з 1986 р.). Протягом 10 років з подібною проблемою, викликовою щепленнями, у лікарнях знаходилося 200 дітей¹⁰³. Щоправда, тут важко сказати, який саме компонент цієї вакцини викликає менінгіти в дітей. Цілком можливо, що за них відповідальні дружні зусилля всіх трьох вакцин, що входять до складу цієї комбінованої вакцини.

¹⁰⁰ Профілактические прививки в практике педиатра. Киев, 1975, с. 198-199. Порівняйте це з безсоромним «Ускладнення після введення коревої вакцини звичайно не виникають» (Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 138), яке слово в слово повторено у Тимченко В. Н. и др. Все о детских прививках. СПб, 2003, с. 52.

¹⁰¹ Министерство здравоохранения СССР. Оперативные приказы (ДСП). Приказ от 11 марта 1981 г. «О создании комиссии для рассмотрения причин рекламации на коревую вакцину, экспортированную в Турцию». ГАРФ, фонд 8009, опись 50, дело 9138, л. 103.

¹⁰² Weibel R. E. et al. Acute encephalopathy followed by permanent brain injury or death associated with further attenuated measles vaccines: a review of claims submitted to the National Vaccine Injury Compensation Program *Pediatrics* March 1998; vol.101, n.3, 1:383-387. Оскільки традиційно повідомляється про досить невелику кількість ускладнень, що відбулися реально, а доволіно встановлені часові границі, що дозволяють зв'язати щеплення й хворобу, що сталася услід за ним, автоматично відтинають значний відсоток повідомлень, то можна припустити, що слово «нечастий» навряд чи точно відображує картину.

¹⁰³ Повідомлення АРР від 25 жовтня 2005 р.

Найважчим й таким, що призводить до практично неминучої смерті, ускладненням від щеплення вважається підгострий склерозуючий паненцефаліт (ПСП), який викликається постійною «повільною вірусною інфекцією», обумовленою мутацією вірусу кору. ПСП, як вказувалося вище, може бути ускладненням і самої хвороби. З'являється ПСП через 7-12 років після перенесеної хвороби або зробленого щеплення. Колектив японських авторів повідомив про 215 підтверджених випадків ПСП у Японії за період з 1966 по 1985 рр. З них на природний кір припадає 184 випадки, у 22 випадках у справу були змішані щеплення проти кору й у 9 випадках не було історії ні попереднього кору, ні щеплення проти нього. Автори підраховали, що ймовірність захворювання на ПСП дорівнювала від 6,1 до 40,9 на мільйон *нещеплених хворих на кір* протягом 10 «коревих років» (1968-1977) та від 0 до 3,08 на мільйон доз вакцини¹⁰⁴. Не знаю, чи передбачалося авторами, що ця статистика повинна підвести до висновку про меншу ймовірність захворювання ПСП після щеплення, ніж після хвороби, але у жодному випадку вона позбавлена якого-небудь практичного значення за відсутністю точних підрахунків, якою ж є ймовірність самого захворювання на кір для нещеплених та щеплених, не кажучи вже про ймовірності захворювання на ПСП для дітей різного віку, статі, стану здоров'я й т.д. Американські автори у своїй більш ранній статті випадково чи навмисне створили таку статистичну підробку, порівнявши дані захворюваності на кір з даними про реалізацію вакцин та одержавши результат, що частота ПСП після природної хвороби (5,2-9,7 випадків на мільйон хворих) є вищою, ніж частота ПСП після щеплення (0,5-1,1 на мільйон доз)¹⁰⁵. Врахуємо тут ще й те, що повідомляють далеко не про всі випадки кору (стерта картина веде до помилок у

¹⁰⁴ Okuno Y. et al. Incidence of subacute sclerosing panencephalitis following measles and measles vaccination in Japan *Int J Epidemiol* 1989 Sep; 18:684-9.

¹⁰⁵ Modlin J. et al. Epidemiologic studies of measles, measles vaccine, and subacute sclerosing panencephalitis *Pediatrics* Apr 1977; 59:505-12. Для повноти картини додаю, що автор цієї статті Дж. Модлін – відомий американський пропагандист щеплень, під керівництвом якого в 1999 р. американський каучуковий Дорадчий комітет з імунізаційної практики беззастережно проштампував рекомендацію ротавірусної вакцини для немовлят, включаючи й недоношених, без найменших наукових даних, що свідчать про безпеку цього заходу. Після серії повідомлень про важку діарею та, крім того, 113 випадків кишкової непрохідності у немовлят, два з яких закінчилися смертю, вакцину RotaShield зі скандалом було відкликано з ринку. Цілоком зрозуміло, що винувати не знайшлося. У своєму виступі в сенаті США 15 червня 2000 р. сенатор Дан Бьортон повідомив, що сам Модлін мав пристойний пакет акцій в «Мерк» – компанії-виробнику вакцини, а інші члени Дорадчого комітету мали від «Мерк» гранти на наукові дослідження та одержували різні коштовні подарунки. Ось так стають «цілоком необхідними» вакцини для наших дітей.

діагнозі), у той час як кількість вироблених та використаних вакцин підрахувати набагато легше. Що ж стосується ймовірності занедужати, або, точніше, ймовірності занедужати та отримати при цьому правильний діагноз, щоб потрапити до статистичних звітів, то дуже сумнівно, що її можливо точно визначити навіть із урахуванням високої заразності хвороби, тому що вона повинна спиратися на величезну кількість параметрів, які навряд чи піддаються обліку. Наприклад, попередній стан здоров'я, поширеність хвороби у даному регіоні (у США є безліч крихітних містечок та фермерських господарств, що майже повністю ізольовані від контактів з навколишнім світом), рік епідемічного циклу, інтенсивність контактів зі збудником, вірулентність штаму збудника, кваліфікація лікаря, який встановив діагноз та *ad infinitum*. Але мало того. За давніми спостереженнями, що підтверджені також і дослідженнями, ризик ПСП підвищується зі зниженням віку хворих на кір. Інакше кажучи, чим молодшою дитина захворіла на кір, тим імовірніший розвиток у неї ПСП, але ж саме зниження віку хворих на кір – один з «побічних ефектів» щеплення проти цієї хвороби. З іншого боку, тією самою мірою, якою перенесення кору у віці до двох років може підвищувати ймовірність ПСП, кір у старшому, також традиційно «некоревому» підлітковому віці (до якого раніше населення приходило, буди на 95% захищене від кору, природно перехворівши ним в дитинстві) може підвищувати ймовірність коревого енцефаліта, який у 25-33% випадків здатний залишати необоротний дефект, а в 10% випадків навіть призводити до смерті. І цей зсув захворюваності до нехарактерного для кору віку, про що ми вже говорили раніше – теж безсумнівна «заслуга» щеплення. Крім того, деякі дослідники звернули увагу, що у тих регіонах, де кір поширений і тому зустрічається частіше у дітей, реєструється істотно менша захворюваність на розсіяний склероз (про це я вже говорив вище, згадуючи нейродегенеративні захворювання), а там, де він зустрічається рідко й може вражати також і підлітків, розсіяний склероз зустрічається частіше. На цій підставі була запропонована гіпотеза про те, що перенесення кору у старшому віці призводить до переключеної імунної відповіді, яка у підсумку веде до розвитку розсіяного склерозу¹⁰⁶. У нещодавньому опублікованому дослідженні групи авторів з відділення неврології університетського госпіталю в Трієсті (Італія) було зазначено зв'язок щеплення проти кору (а також спадкової схильності, аутоімунних за-

¹⁰⁶ Див. *After M. Is multiple sclerosis an age-dependent host response to measles? Lancet Feb 1976; 1:456-7* та статтю того самого автора під тою ж назвою в *Neurol Neurocir Psiquiatr 1977; 18:341-55*.

хворювань та мігрені) з підвищеним ризиком розвитку розсіяного склерозу¹⁰⁷.

Зрозуміло, такі повідомлення й гіпотези мало втішні для апологетів щеплень. Пропоноване ними рішення проблеми через повну елімінацію вірусу з планети з наступним припиненням щеплень проти кору, у світлі сумнівної ефективності вакцини (у всякому разі, для країн третього світу, де й трапляється найбільша кількість випадків кору в його найгірших формах), при триваючих спалахах хвороби серед майже стопроцентно щеплених та при унікально високій заразності кору, виглядає поки що цілком фантастичним. Досягти такої елімінації можливо, ймовірно, лише якщо змінити ярлики та назвати кір краснухою, або припинити повідомляти про випадки хвороби. Подібні виверти були цілком успішно проведені з поліомієлітом, про що буде йти мова у відповідному розділі.

Однак перелік проблем, що викликані використанням коревої вакцини, цим далеко не вичерпується. В 1965 р., через кілька років після початку масової кампанії щеплень проти кору, у США з'явилися повідомлення про нову хворобу. Для неї були характерні висока температура протягом двох-трьох днів, дуже сильний біль у м'язах, головний біль, кашель та дивна висипка, що починається на кінцівках і нагадує таку при лихоманці Скелястих гір, скарлатині й вітряній віспі. У деяких пацієнтів реєструвався гепатит. Але головна небезпека була не в цьому, а у супутньому сильному запаленні легенів, що дуже важко піддавалось лікуванню або не піддавалось зовсім. Дослідження встановили, що мова йде про новий вид кору, який назвали атиповим. На цей кір занедужували діти, які були раніше щеплені вбитою коревою вакциною й пізніше заразилися «диким» вірусом кору. Чималий відсоток щеплених ця вакцина не тільки не захищала від вірусу кору, але й сенсibiliзувала (тобто підвищувала їхню чутливість) до нього, що призводило до наступного розвитку кору в його важких формах¹⁰⁸. Масове застосування вбитої вакцини тривало в США з 1963 по 1967 рр., протягом яких було щеплено від 600 до 900 тис. осіб¹⁰⁹, і припинено внаслідок як очевидної неефективності вакцини, так і зростання кількості тих, хто занедужував на атиповий кір. Однак вве-

¹⁰⁷ Zorzon M. et al. Risk factors of multiple sclerosis: a case-control study *Neurol Sci* 2003 Nov; 24(4):242-7.

¹⁰⁸ Так, два американських автори простежили за долею 386 щеплених вбитою коревою вакциною в 1961 р. З цієї групи 125 мали згодом контакт з вірусом кору й 54 (тобто більше третини) занедужали на кір, з них 9 – у його атиповій формі, багатьом потрібна була госпіталізація та тривале лікування через пневмонію (*Rauh L. W., Schmidt R. Measles immunization with killed virus vaccines Am J Dis Child* 1965; 109:232-237).

¹⁰⁹ *MMWR* October 4, 1984.

дення живої вакцини не спромоглася кардинально вирішити проблему. Оскільки вбита вакцина виявилася шкідливою та неефективною, то дітей почали щепити ще раз – тепер вже живою вакциною. А жива вакцина, на тлі попередніх щеплень вбитою, сама почала викликати атипичний кір! Ось лише один з численних прикладів проблем, що породжуються вакцинами.

Невдачі з коревими вакцинами, які все тривають, з одного боку, й захворюваність на кір дорослих та немовлят, що все збільшується у багатьох країнах, з іншого, систематично зривають плани вакцинаторів про оголошення якщо не всього світу, то окремих країн вільними від кору. І в США, і в Європі спалахи кору (звичайно в середовищі майже стопроцентно щеплених) вже кілька разів відсували терміни остаточного й безповоротного звільнення від нього, а про ліквідацію цієї хвороби на всій планеті поки говорять тільки у ВООЗ.

Однак у нас сьогодні є приклади країн, які заявляють, що на їхній території кору немає. Ось – геть усі сумніви та тривоги щодо ефективності вакцини! – перед нами країна, де хвороба нібито викоренена. У Фінляндії кір протягом низки років не реєструється (не будемо зараз обговорювати досить делікатне питання про щирість таких запевнень). І що тепер – святкуємо перемогу над кором, віддаємо данину пам'яті «неминучим жертвам» кампанії щеплень, що мали за мету його викорінювання, й урочисто припиняємо вакцинацію? Якби ж то... «Повне припинення циркуляції вірусу призвело до нової проблеми: майже відсутня природна стимуляція, через що реальністю стає зникнення імунітету у щеплених. Оскільки існує ризик занесення кору з-за кордону, єдиною умовою запобігання спалаху хвороби є високий відсоток щеплених. Тому мінімально необхідно продовжувати політику двох щеплень відповідно до календаря вакцинації»¹¹⁰. Два африканських автори творчо доповнили тривоги фінів та пішли ще далі, заявивши, що поза залежністю від ситуації з кором, людству не слід припиняти щеплення: раз вже щепленням призначено добити кір, то *тим більш* треба буде продовжувати їхнє використання й у майбутньому. Звучить усе це дико (для чого тоді взагалі вся ця колотнеча з викорінюванням хвороби заводилася?), але обґрунтування насправді є: за відсутності постійно циркулюючого «дикого» вірусу кору в людей не буде природного імунітету до цієї хвороби, і якщо цей вірус, дбайливо припасений до пори до часу, буде потім випущений на волю зловмисниками-біотерористами, він зробить з людством те саме, що кір зробив з аборигенами Фіджі в 1875 р., вбивши 40 тис. людей з 150 тис. тих, хто захворів.

¹¹⁰ Heinonen O. et al. Total elimination of measles in Finland *Ann Med* 1998 Apr; 30(2):131-3.

Тому, за логікою авторів, від щеплень, почавши їх робити, відмовитися не можна буде або ніколи або, у будь-якому разі, у недалекому майбутньому... коротше кажучи, поки кір не буде оголошено повністю знищеним у планетарному масштабі, як це відбулося з натуральною віспою¹¹¹. Зіскочити з голки вакцинації тепер вже неможливо, не ставлячи під загрозу щеплених! Чим довелося й доводиться заплатити Фінляндії за це реальне або уявне кореве благополуччя, покаже майбутнє. Поки що відзначимо, що Фінляндія має найвищий у світі рівень захворюваності на цукровий діабет 1-го типу. При цьому в статті, яка повідомляє про цей факт, було відзначено, що «заслугує на увагу раптове різке зростання захворюваності на цукровий діабет у дітей віком старше 1 року, яке сталося під час національної кампанії щеплень 1982-1986 рр., коли щепили дітей у віці 15 місяців та старше»¹¹². Безумовно заслуговує, що й говорити. Але увага нічого не варта, якщо її старанно звертають винятково туди, куди вказує влада, яка її фінансує. А саме вона-то й не збирається вивчати зв'язок щеплень з захворюваністю на діабет.

Трохи відійду від теми. Швидке зростання захворюваності дітей на цукровий діабет (інсулінзалежний цукровий діабет, він же діабет 1-го типу – ЦД1) у розвинених країнах просто лякає. «...У Данії за 20 років частота виникнення ЦД1 збільшилася на 20-25%... Найбільша частота ЦД1 відзначається в країнах Скандинавії (40 на 100 000 в осіб віком до 14 років), найменша – у країнах Середземномор'я (5-10 на 100 000 дитячого населення)... У Росії середня захворюваність вища за середньоєвропейську й становить 7 на 100 000 дітей на рік... Поширеність ЦД серед дітей до 15 років склала в 1994 р. 46,24 на 100 000 дітей, захворюваність – 9,84 на 100 000 дитячого населення... Неухильне зростання ЦД1 серед дитячої популяції відзначається й у Москві. У 1998 р. поширеність ЦД1 серед дитячої популяції склала

¹¹¹ *Garly M. L., Aaby P.* The challenge of improving the efficacy of measles vaccine *Acta Trop* 2003 Jan; 85:1-17.

¹¹² *Tuomilehto J. et al.* Epidemiology of childhood diabetes mellitus in Finland – background of a nationwide study of type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. *The Childhood Diabetes in Finland (DiMe) Study Group Diabetologia* 1992 Jan; 35:70-6. Або: «Фінських дослідників зацікавив той факт, що в Карелії, де природні та кліматичні умови дуже схожі, рівень захворюваності на цукровий діабет у кілька разів нижче, ніж у сусідній Фінляндії» (повідомлення *Regions.ru* від 12 січня 2004 р.) і взагалі, як з'ясувалося, фіни сильно страждають від різних аутоімунних хвороб... З чого б це? Може, відповідь знайдеться у нещодавній статті американських дослідників про зв'язок цукрового діабету 1-го типу із щепленням MMR? Див. *Classen J. B., Classen D. C.* Clustering of cases of type 1 diabetes mellitus occurring 2-4 years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals *J Pediatr Endocrinol Metab* 2003 Apr-May; 16:495-508.

64,68 на 100 000, тоді як в 1992 р. – 50,9, в 1995 – 57,23...»¹¹³. У пошуках заходів профілактики діабету автор публікації, співробітниця РДМУ, розглядає що завгодно, навіть можливий зв'язок між хворобою та вживанням коров'ячого молока у віці до 3-х місяців генетично схильними до цього дітьми, але жодним словом не згадує щеплення, немов і не існує ні клінічних даних про розвиток цукрового діабету після щеплень, ні епідеміологічних досліджень, що показують, як паралельно програмам вакцинації захворюваність на діабет встановлює все нові рекорди.

Повертаючись до ліквідації кору у Фінляндії, додам, що, відповідно до звіту Міністерства охорони здоров'я й соціального забезпечення Фінляндії за 2000 р., захворюваність на астму у фінських підлітків за останні десять років зросла в три рази, а кількість школярів віком 11-18 років, які не вживають алкоголю, різко скоротилося (а д-р Харріс Култер у своїй книзі «Щеплення, насильство у суспільстві та злочинність» вказував, що в'ялопротікаючий післявакцинальний енцефаліт відповідає за руйнування механізмів контролю особистості, результатом чого є швидке поширення наркоманії, алкоголізму та злочинності серед молоді). Частота хвороби Крона з 1986 по 1991 роки зросла втричі, а з 1992 по 2001 роки ще подвоїлася. У Фінляндії найвища серед розвинених країн захворюваність на шизофренію й найвищий серед 15-и «старих» членів Європейського союзу рівень самогубств серед молоді. Країна поступово, але неухильно перетворюється на державу інвалідів, що ставить під загрозу її майбутнє. Якщо це така ціна ліквідації кору та ще якихось дитячих інфекційних хвороб, смертність від яких майже зникла ще до моменту введення щеплень, то чи не занадто високою вона є?

У проведенні кампанії вакцинації проти кору (та й взагалі проти всіх дитячих інфекційних хвороб) є ще одне серйозне протиріччя, яке тільки зараз стає очевидним. Для «керування» інфекцією потрібно, як заявляють вакцинологи, щепити не менш ніж 95% сприйнятливих до неї суб'єктів¹¹⁴. Однак щеплення, особливо живими вакцинами, протипоказані особам, що мають імунodefіцит. Зі збільшенням кількості вакцинальних «ударів» по імунній системі, збільшується й кількість тих, хто

¹¹³ Яновская Э. Ю. Прогнозируемая частота, методы раннего выявления и профилактика сахарного диабета у детей *Педиатрия* 2003, 1, с. 96-10.

¹¹⁴ ВООЗівський штатний вакцинолог К. Рур, який завітав до Росії на вогник спалаху дифтерії, так і повчав відносно кору: «Жодна нормальна дитина не повинна залишитися невакцинованою. Пріоритетом повинно бути високе охоплення щепленнями дітей молодшого віку... До 1997 р. у жодній країні не повинно залишитися жодного району з охопленням щепленнями менше ніж 95% у віці 2 років» (Советование по эпидемии дифтерии в Европе. Санкт-Петербург, 5-7 июля 1993 г. СПб, 1993, с. 5). Його благоговійно слухали... На жаль, ці й подібні до них одкровення були випущені скромним тиражем усього 800 примірників.

має такий імунодефіцит й, відповідно, протипоказання до подальшого щеплення¹¹⁵. Крім того, у багатьох країнах збільшується й кількість ВІЛ-інфікованих. Коли відсоток таких осіб перевалить у сукупності за 6-8% від тих, кого потрібно щепити, доведеться вирішувати, що ж з ними робити. В опублікованій кілька років тому статті автори відзначають, що, з одного боку, кір може бути смертельно небезпечним для ВІЛ-інфікованих. З іншого боку, настільки ж смертельно небезпечним для них може бути й щеплений вірус кору. Дати спокій нещасним теж не можна, тому що вони можуть звести нанівець усі героїчні зусилля із ліквідації кору у світовому масштабі. Жодного рішення поки що немає: тільки спостерігати та вивчати¹¹⁶. Не хочеться замислюватися про той висновок, до якого, за вакцинаторською логікою з її пріоритетом колективного імунітету над здоров'ям окремого індивіда, повинні привести ці спостереження та вивчення... Але, можливо, саме до цього висновку нас готують через міркування про важливість тотальної вакцинації та загальних зусиль, спрямованих на викорінювання інфекційних хвороб?

Щоб читачі не вважали, що я навмисне згущаю барви, я наведу приклад. Ось що заявив у 1984 р. заміністра Мінохорони здоров'я СРСР акад. П. Н. Бургасов: «Найвищу захворюваність на кір реєструють серед дітей, які відвідують дитячі дошкільні установи й молодші класи шкіл. Збільшилася кількість дітей 2-го року життя в структурі захворюлих, оскільки дітей зараховують до дитячих дошкільних установ нещепленими. Юридично ми прирекли кір на зникнення, видавши наказ Мінохорони здоров'я СРСР з цього питання. У цьому наказі ми *максимально скоротили перелік протипоказань*, заборонивши приймати до дошкільних установ нещеплених. *Тепер потрібно зробити найважливіше – перекоротити психологічний бар'єр у лікарів, що здійснюють щеплення*»¹¹⁷

¹¹⁵ Ось одна непряма вказівка на цю тенденцію, що насторожує, у російського автора: «Після введення у широку практику живої коревої вакцини, захворюваність на кір у країні знизилася в 8-17 разів... Однак, в останні роки намітилось зростання захворюваності як в окремих районах, так і у цілому по країні. Однією з причин, що викликали збільшення кількості нещеплених, є недостатньо повне охоплення населення щепленнями... Неухильне зростання та збільшення вагомості алергійних захворювань, зокрема й серед дітей, що намітилося за останні роки, призвело до того, що саме цей контингент найчастіше не охоплюють профілактичними щепленнями» (Каральский С. А. Клинико-иммунологическая оценка поствакцинальных реакций у детей при проведении противокоревых прививок. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Саратов, 1986, с. 1).

¹¹⁶ Moss W. J. et al. Implications of the human immunodeficiency virus epidemic for control and eradication of measles *Clin Infect Dis* 1999 Jul; 29:106-12.

¹¹⁷ Бургасов П. Н. Итоги выполнения рекомендаций XVI Всесоюзного съезда микробиологов и эпидемиологов и очередные задачи в области борьбы с инфекционными заболеваниями в СССР *ЖМЭИ* 1984, 7, с. 12.

(виділене мною. – О. К.). Це проголошували з трибуни без будь-якого сорому. Під психологічним бар'єром у цьому сенсі, мабуть, розумілися лікарська совість та дотримання принципу «Насамперед – не нашкодь». Але якщо видано наказ і юридично кір вже приречений на зникнення, то як же принципи моралі та лікарської етики наважуються цьому заважати?!

Висновки:

- Кір – інфекційна хвороба, що дуже рідко призводить до ускладнень у дітей молодшого й середнього шкільного віку; набагато частіше – у немовлят і в дорослих, захворюваність яких на кір в останні роки зростає на тлі масової кампанії щеплень.
- Прихильники натуропатичних підходів у медицині зазначають, що перенесення дитячих інфекційних хвороб, в першу чергу кору, є корисним для дозрівання та зміцнення імунітету.
- Вітаміни (особливо вітамін А й вітамін С) та гомеопатичні ліки здатні значно полегшити перебіг хвороби й запобігти розвитку ускладнень.
- Вакцина проти кору може спричиняти важкі ускладнення з боку нервової системи. Задokumentовано довгострокове придушення функцій імунної системи внаслідок застосування коревої вакцини.
- Невисоку ефективність вакцини було продемонстровано під час її польових випробувань в тих країнах, де проблема кору стоїть особливо гостро.



Краснуха

Хвороба

Вірусне захворювання, відоме нам під назвою краснухи, унікальне за своєю нешкідливістю та гострою *потребою* перенесення його в дитячому віці (особливо дівчатками), а також є наочним прикладом цілковитої абсурдності й цинічності сьогоденної вакцинаторської логіки. Навіть на тлі таких практично безпечних дитячих хвороб, як звичайні вітрянка, паротит або гепатит А, краснуха виділяється доброякісністю свого перебігу та відсутністю будь-яких наслідків. Якщо згадані вище хвороби умовно можуть бути прирівняні до неприємного, хоча й не занадто важкого грипу, то краснуха звичайно переноситься *легше*, ніж звичайний грип. Тому для успішної пропаганди щеплень, необхідної для реалізації вакцин, доводиться спекулювати не на негайних ускладненнях самої хвороби, яких для дітей практично не існує, а на *необхідності піклуватися про інших людей*. Про те, що є справжньою метою вакцинопрофілактики краснухи, крім цілком природного бажання заробити, мова йтиме нижче.

Джерелом зараження краснухою може бути тільки хвора людина. Шлях передачі інфекції – повітряно-краплинний. Інкубаційний період триває до трьох тижнів, продромальний – біля доби. Сама хвороба, у типовому своєму різновиді, супроводжується появою характерної висипки, яка не зливається, та не залишає після себе пігментації (останнє характерно для кору), що локалізується на обличчі, звичайно у ділянці носогубного трикутника, на спині й сідницях, триває до тижня. Крім висипки, для краснухи також характерне збільшення потиличних та шийних лімфовузлів. Звернути на себе увагу батьків може порівняно помірне підвищення температури (звичайно вона не перевищує 38°С) та слабкі катаральні явища (кашлю та нежиті майже немає). Крім деякої млявості дитини протягом декількох днів, батьки можуть нічого більше не помітити. Остаточний діагноз встановлюється тільки за допомогою виявлення високого титру антитіл до вірусу краснухи, але до такого аналізу лікарі вдаються ще рідше, ніж у випадку кашлюку, що деякою мірою й пояснює «зниження захворюваності на краснуху, яке спостерігається на тлі масового охоплення щепленнями». З найчастіших (і при цьому досить нечастих) ускладнень можуть бути відзначені мінущий біль та неприємні відчуття у суглобах. Випадки краснушного енцефаліту з важкими наслідками відносяться скоріше до казуїстичних, хоча й були описані у літературі. Як

й у випадку інших дитячих інфекційних хвороб, перенесена краснуха залишає *стійкий, звичайно довічний імунітет*. З самого опису хвороби вже зрозуміло, що ніякого лікування, крім відпочинку та звичайних для лікування вірусних інфекцій вітамінів А та С, непотрібно. Можуть бути надані кілька порад з гомеопатичного лікування краснухи, якщо в такому взагалі виникне необхідність. У цілому використання гомеопатії при краснусі нагадує лікування при кору (див. розд. «Кір»), недарма лікарі досить часто плутають ці дві хвороби. На ранніх стадіях захворювання, як при всіх гарячкових хворобах, треба вибирати між *Aconitum* і *Belladonna*, про диференціальний діагноз між якими мова йшла раніше. При стабільно підвищеній температурі за відсутності спраги та одночасній примхливості й бажанні прохолоди, свіжого повітря можна думати про *Pulsatilla*. Д-р Агравал вказує на кілька інших станів, які можуть потребувати допоміжного гомеопатичного лікування. Сильна сверблячка при злущуванні після зникнення висипки, що викликає занепокоєння дитини, а також сечові розлади, які з'явилися на тлі краснухи, вказують на *Cantharis*. Дуже сильна сверблячка, яка рідко зустрічається, і яку дитина не може виносити, поступається дії *Hyosciamus*. Біль у спині та кінцівках, що супроводжуються сильною нежиттю, можуть говорити на користь *Dulcamara*¹.

У дорослому віці краснуха переноситься важче, хоча й тоді особливих підстав для занепокоєння немає.

Практично єдиною категорією тих, для кого краснуха може бути джерелом небезпеки, є вагітні. Хоча при постійно циркулюючому в людському суспільстві вірусі краснухи не менш 80-90% дівчаток приходять до фертильного віку вже природно захищеними від цієї хвороби, перехворівши на неї у явній або стертії формі, 10-20% все-таки залишаються сприйнятливими до неї². Внутрішньоутробне інфікування плода вірусом краснухи може призвести до досить важких дефектів розвитку. Відомо про вроджену глухоту (до 80% всіх дітей з вродженою краснухою), пороки серця, пороки розвитку ока (катаракта, глаукома, хореоретиніт), розумову відсталість. У різних авторів даються різні

¹ Agrawal Y. R. Measles & Smallpox. Delhi, 1980, p. 16.

² Ці цифри досить умовні та сильно відрізняються у різних країнах та регіонах. «Анджапарідзе О. Г. та Червонський Г. І. (1975) відзначали, що кількість сприйнятливих до краснухи вагітних жінок, яким загрожує безпосередня небезпека зараження, коливається в невеликих межах – від 3% у Вірменії до 8% у Хабаровську. У Москві вона становила 6%. Найвищий відсоток сприйнятливих до краснухи жінок дітородного віку відзначено у Киргизії та Гур'єві – 11-15%» (Семенов В. М. и др. Краснушная инфекция. Минск, 1994, с. 25). Або: «Серологічні та епідеміологічні дослідження у Пермі показали, що частка сприйнятливих до краснухи серед вагітних жінок у епідемічні роки становила 16,2-20,8%, у міжепідемічні роки – 3,8-9,7%» (Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 283).

оцінки ймовірності такого розвитку подій³ і тільки лише аналіз таких оцінок міг би зайняти тут стільки місця, скільки виділено для всього розділу, тому обмежусь лише самими загальними відомостями. Найнебезпечнішою краснуха є на ранньому строку вагітності та у першому триместрі в цілому; зі збільшенням строку пропорційно зменшується небезпека. У випадку безсумнівного та підтвердженого інфікування на строку до 12 тижнів вагітним пропонується обміркувати можливість аборту. Для ухвалення рішення щодо продовження вагітності при інфікуванні на пізнішому строку, необхідно досліджувати кров плода. Є повідомлення окремих авторів про те, що при зараженні, яке відбулося, запобігти дефектам розвитку можуть великі дози вітамінів А, В₆, С та фолієвої кислоти. Гомеопатичне лікування, що може проводитися паралельно, складається з прийому трьох доз нозода *Rubella* 30 на тиждень впродовж трьох тижнів або *Pulsatilla* 6 зранку та ввечері протягом 10-14 днів⁴. Питання про переривання вагітності при інфікуванні краснухою ускладнюється тим, що до 3-го місяця вагітності визначення вад розвитку практично неможливо, а також релігійно-етичними міркуваннями, яких я також торкатися не буду. Відзначу, що приблизно з 1965 р., незадовго до появи щеплень проти краснухи, всім вагітним, які у першому триместрі контактували з хворим на краснуху, пропонують зробити аборт, на що більшість, під страхом народження дитини з вадами розвитку, погоджується. Це ще один з факторів, які зіграли свою роль у зниженні захворюваності на вроджену краснуху в останні кілька десятиріч років. До щеплень це, зрозуміло, ніякого відношення не має. Спалах краснухи в США у 1962-65 рр., що супроводжувався збільшенням кількості випадків вродженої

³ Від зовсім фантастичних цифр у 90% випадків вродженої краснухи для першого триместру й 25% для другого (*Abramowsky C. Pathology of Infectious Diseases. 1997, vol. 1, p. 306*) до «30-50% протягом перших чотирьох тижнів вагітності, які мають вигляд набагато логічніших, 35% – з п'ятого по восьмий, 8% – з дев'ятого по дванадцятий. Невеликий ризик глухоти існує з тринадцятого до шістнадцятого тижня. Середній ризик вад розвитку протягом першого триместру вагітності – близько 20%» (*Krugman's infectious diseases of children. 10th ed., 1998, p. 412*). Російські автори теж відрізняються в оцінках. От один приклад: 60% для перших трьох-чотирьох тижнів вагітності, 15% – для 9-12 тижня й 7% – на 13–16 тижні (*Лобзин Ю. В., Плотников К. П. «Детские» инфекции. СПб, 2001, с. 72-73*).

⁴ *Chaitow L. Vaccination and Immunization: Dangers, Delusions and Alternatives. England, Rev. ed. 1998, p. 159.* Австралійський гомеопат Айзек Голден пропонує трохи іншу схему: *Rubella* 200 або *Pulsatilla* 30 два рази на тиждень протягом двох тижнів. Крім того, Голденом пропонується альтернативна «вакцинація» дівчаток: один прийом *Rubella* 1M (1000C) у віці 12 і 14 років. Див. розділ «A Specific Homoeopathic Program» його книги *Golden I. Vaccination? A Review of Risks and Alternatives. 5th ed., Australia, 1998.* Дякую д-рові Айзеку Голдену, який люб'язно надав у моє розпорядження свої оригінальні матеріали із гомеопрофілактики.

краснухи⁵, дав поштовх як до термінової розробки краснушних вакцин, так і до нової політики запобігання вродженій краснусі, а саме переконування вагітних зробити аборт у випадку, якщо лабораторні аналізи підтверджують інфікування. Скільки при цьому гине здорових плодів, що нормально розвиваються, невідомо, тому що аналіз крові абортіваних плодів проводиться далеко не завжди. Дані одного порівняльного дослідження, опублікованого в «Датському медичному бюлетені» в 1987 р.⁶, можуть дати деяке уявлення про відсоткове співвідношення. У період між 1975 й 1984 рр. у Данії було зареєстровано 1346 вагітних з серологічно підтвердженим діагнозом краснухи під час вагітності. Всім їм було запропоновано зробити аборт, на який погодились 631 з них. Розтин абортіваних плодів не проводився, й аналізи не робилися. 672 жінки вибрали продовження вагітності, з них 113 вийшли з-під подальшого спостереження. У групі з 559 жінок, що залишилися, в 35 випадках були зареєстровані спонтанні аборти, в 4-х – мертвародження (тобто загалом 6,97% смертей плодів). В усіх 520 народжених дітей було взято кров на аналіз. В 111 (21,34%) було підтверджене інфікування, з них 14 були заражені при строку вагітності до 12 тижнів й 7 (6,3% з 111) мали серйозні вади розвитку. Висновок: у групі тих, хто зробив аборт, народилося 0% здорових дітей, у другій групі – 91,77% здорових дітей. При всій недосконалості цих спостережень, результати наводять на певні роздуми.

Разом з тим відзначимо, що є чимала кількість інших внутрішньо-утробних інфекцій, проти яких немає щеплень або перед вагітністю вони не робляться, і краснуха серед них не є найгіршою, якщо тут взагалі припустимо порівняння. Це, наприклад, герпес, вітряна віспа, парвовірусна, цитомегаловірусна та різні ентеровірусні інфекції, гепатит В, токсоплазмоз, ВІЛ... Краснушна інфекція, про загрозу якої нам постійно кричать ЗМІ (фактичні рупори вакцинаторів усіх мастей та рангів), становить, за різними оцінками, від 15 до 30% серед усіх вроджених дефектів розвитку⁷. Проте, всі ці небезпеки не заважають переважній більшості жінок спокійно вагітніти та, у переважній більшості випадків, народжувати здорових, поки ті не одержали яке-небудь щеплення, дітей.

⁵ Краснуха як звичайна інфекційна хвороба і так званий синдром уродженої краснухи були включені до статистичних звітів у США лише в 1966 р., тому точні цифри невідомі.

⁶ *Bitsch M. Rubella in pregnant Danish woman 1975-1984 Dan Med Bull March 1987; 34(1):46-9.*

⁷ Відзначу, що оцінка в 15% взята мною зі статті російських авторів *Semerikov V. V. et al. Rubella in the Russian Federation: epidemiological features and control measures to prevent the congenital rubella syndrome Epidemiol Infect 2000 Oct; 125:359-66* і відноситься до статистики по Пермській області за «дощепленеві» 1979-1997 рр.

Вакцина

Нині на ринку є чимала кількість краснушних вакцин – як окремих, так й у складі комплексних вакцин. За різними джерелами, які відносяться до різних періодів часу, у Росії сьогодні ліцензовані вакцини «Мерувакс» та «Рудівакс», паротитно-краснушна MR-VAX-2, а також паротитно-корево-краснушні вакцини MMR-II (навколо зв'язку якої з аутизмом та поведінковими порушеннями зараз ламається так багато списів) та «Пріорікс». Російських вакцин проти краснухи немає. Всі нинішні вакцини проти краснухи містять живі ослаблені віруси, які вирощуються на клітинних лініях, що отримані від плодів, абортіваних у 1960-х рр. (див. розділ про вітряну віспу). Останній факт повинен безумовно повідомлятися всім, хто планує зробити це щеплення, або їхнім опікунам, тому що для деяких категорій населення ця обставина робить це щеплення неприйнятним за визначенням⁸. Як це водиться в історії щеплень, нова вакцина була випробувана на сиротах, цього разу з філадельфійських притулків⁹.

Як й інші вакцини, краснушні не перевірялися на тератогенний або канцерогенний потенціал.

Відповідно до російського календаря щеплень перша вакцинація від краснухи робиться в 12-15 місяців життя, друга – у шість років, третя, для дівчаток, які не були щеплені раніше або були щеплені лише один раз – у 13 років. Така ж схема застосовується у багатьох країнах світу. Жінкам, які не мають необхідного титру антитіл до краснухи, пропонується зробити щеплення не менш ніж за три місяці до планованого зачаття¹⁰.

Як читачі вже зрозуміли, саме захворювання не криє в собі практично ніякої небезпеки для дітей, а дівчаткам дуже бажано перенести його, щоб набути довічного імунітету. Так в чому ж тоді сенс у рекомендації

⁸ Так у ряді релігійних шкіл різних країн світу з цієї причини вакцинаторам було вказано на двері. Див. Catholic School Refuses Vaccinations *Milwaukee Sentinel* 27 Oct 1994, Rubella Vaccine Creates Problems *Daily Citizen* 17 Nov 1994, Vaccine Breeds Moral Dilemmas In Britain *Daily Citizen* 19 Nov 1994, Rubella Vaccine Riles Pro-Lifers *Sunday Star-Times* (NZ) 27 Nov 1994, Shot Down: Prep School Rejects Rubella Vaccine *Atlanta Constitution* 27 Nov 1994.

⁹ Studies of Immunization with Living Rubella Virus *Arch J Dis Child* vol. 110, Oct 1965.

¹⁰ «Ще однією проблемою застосування краснушної вакцини є тератогенний потенціал вакцинних штамів, тобто інфекція плода може бути результатом вакцинації аттенуйованою вакциною проти краснухи під час вагітності... Щорічно в ряді європейських країн реєструється більше 40 випадків переривання вагітності внаслідок ненавмисної вакцинації під час її розвитку» (Семенов В. М. Краснушная... с. 90). Термін «ненавмисна вакцинація» безумовно заслуговує на те, щоб його додали до паноптикуму медичних безглуздостей.

щепити однорічних та шестирічних малять? Справа в тому, що саме *захист дорослих, а не щеплених дітей є головною метою програми вакцинації проти краснухи*. Точніше було б навіть сказати не «дорослих», а «їхніх ще не народжених дітей». Самим щепленим дітям крім негайної шкоди (додаткові токсичні речовини, додаткове вірусне навантаження, небезпека післявакцинальних ускладнень) це щеплення нічого не приносить і не може принести, тому що запобігання захворюванню на краснуху в дитячому віці прямо суперечить здоровому глузду й турботі про майбутнє здоров'я дитини. Щеплення дітей має на меті видалення вірусу з людського співтовариства в цілому, безумовно при цьому шкодячи конкретній дитині (як наслідками самого щеплення, так і загрозою неотримання природного імунітету й зараження краснухою під час вагітності, поки ще не настало світле й повністю вільне від краснушного вірусу завтра), й підозріло нагадує заклики пожертвувати сьогоднім заради нащадків і того майбутнього, що буде прекрасним і дивовижним. Лікарі, які читають ці рядки, повинні замислитись і над тим, що участь у таких програмах «заради майбутнього» суперечить клятві Гіппократа, що лежить в основі етичного кодексу медицини. Вся сутність цієї клятви може бути зведена до проголошення *пріоритету індивіда* (свого пацієнта) над інтересами інших людей та суспільства в цілому¹¹.

¹¹ Порівняйте з наступним: «...Введення вакцинації проти краснухи до календаря профілактичних щеплень Росії є вирішальним кроком на шляху профілактики захворювання та виконання завдання, поставленого Європейським відділенням ВООЗ, – *ліквідація вродженої краснухи й краснухи серед вагітних до 2000 р.*» (виділене мною. – О. К.) (Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 147). Про 2000 р. мова йде в книзі, випущеній в 2001 р., лише тому, що її автори бездумно переписали цю фразу із книги Н. В. Медуніцина «Вакцинопрофилактика», випущеної в 1999 р., додавши від себе про «вирішальний крок». Однак, належно оцініть це відкрите визнання того, що самі діти за визначенням нічого не можуть виграти від цієї кампанії, що здійснюється заради блага дорослих жінок! Не дуже зрозуміло, чому треба по-холуйськи догідливо бігти виконувати чергове нездійсненне «завдання, що поставлене Європейським відділенням ВООЗ» (були вже аналогічні успішно провалені програми і з кору, і з поліомієліту), немов у Росії не існує ні власних інтересів, ні власної політики в галузі охорони здоров'я (на це звернула увагу й Г. П. Червонська у своєму матеріалі, що входить до доповіді «Вакцинопрофилактика и права человека», РНКБ, 1994). Вже згадуваний у розділі про кір ВООЗівський вакцинатор К. Рур не забув нагадати й про необхідність нещадної боротьби з краснухою в дітей: «У країнах, де вже досягнуто 90%-го рівня охоплення щепленнями дітей віком до 2 років, до 1995 р. повинно вакцинуватися не менш 95% дітей незалежно від їхньої статі: інші країни повинні досягти такого рівня охоплення щепленнями проти краснухи до 1997 р. До 1997 р. в жодній країні не повинно залишатися жодного адміністративного району з рівнем охоплення щепленнями менш 95% у дітей віком 2 роки. До 1995 р. в усіх країнах регіону, де краснушна вакцина вводиться дівчаткам шкільного віку, рівень охоплення цими щепленнями повинен бути не менш ніж 95%» (Совещание по эпидемии дифтерии в Европе. Санкт-Петербург, 5-7 июля 1993 г. СПб, 1993, с. 5). Росіяни взяли під козирок: «Вакцинопрофилактику краснухи в дітей доцільно проводити одночасно з вакцинацією проти кору та паротиту. Вакцинацію

Не слід забувати й того, що діти є далеко не єдиним джерелом зараження вагітних краснухою. Зараження можливе також від дорослих – наприклад, тих, хто був щеплений у дитинстві та згодом втратив імунітет або взагалі його ніколи не мав. Найбільшу небезпеку щодо цього являють працівники системи охорони здоров'я, які постійно перебувають у контакті з великою кількістю людей. Дослідження, проведене у великому університетському медичному центрі в Південній Каліфорнії, виявило, що з 2456 медпрацівників 345 (14%) не мали антитіл до вірусу краснухи. Показово, що на щеплення погодилися тільки 197 з них (53,3%), при цьому лише один з 11 акушерів-гінекологів, що входили до цієї групи з 345 осіб¹². Читачі зроблять власні попередні висновки про безпечність та ефективність цієї вакцини з огляду на таку заповзятість щодо отримання щеплень, продемонстровану головними його піклувальниками.

Безпечність

Оптимістичні повідомлення про повну нешкідливість краснушних вакцин¹³, судячи з усього, також не відповідають дійсності (про скандально відому вакцину MMR, до якої краснушна вакцина входить як один з компонентів, вже розповідалось у розділі про кір). У 1972 р. було описано 36 випадків мієлорадікулоневрита, причому в дітей, щеплених п'ятьма різними вакцинами від краснухи¹⁴. Продовжують надходити повідомлення про розвиток синдрому Гийєна-Барре та синдрому зап'ясткового каналу, різного роду нейропатій та мієлітів після щеплення¹⁵. Серед більш рідкісних ускладнень, що також зустрічаються, описано втрату слуху й ідіопатичну тромбоцитопенічну пурпуру (ІТП). Російські автори повідомляють: «Частота випадків

варто здійснювати щорічно й повсюдно з охопленням не менш 95% дітей. При використанні моновалентної краснушної вакцини число щеплених повинне бути не менш 85%» (Покровский В. И. Эволюция... с. 290).

¹² Orenstein W. A. et al. Rubella vaccine and susceptible hospital employees. Poor physician participation *JAMA* 1981, Feb 20; 245(7):711-3.

¹³ «Всі краснушні вакцини є малореактивними, тому реакції виникають рідко. Вони проявляються переважно через 5-12 днів після вакцинації у вигляді синдрому, що нагадує легкий варіант краснухи: незначне підвищення температури тіла, короткочасні висипання дрібної плямисто-папульозної висипки, лімфоаденопатія. Ще рідше зустрічаються артралгії, артрити, парестезії, біль у ногах та руках» (Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 146). Вашими б вустами, пане Учайкін, та мед пити!

¹⁴ Gilmartin R. C. et al. Rubella vaccine myeloradiculoneuritis *J Pediatrics* 1972; 80(3):413-417.

¹⁵ З останніх повідомлень можна відзначити *Cecille A. et al. A case report of post-rubella myelitis in an adult Pathol Biol Tsuru A. et al. Acute disseminated encephalomyelitis after live rubella vaccination Brain Dev Jun 2000; 22:259-61.*

ІТП, індукованої противокраснушною вакциною, склала у Фінляндії та Великій Британії 1:30 000, а у Швеції – 1:40 000 щеплених у строки від 2 до 3 тижнів після вакцинації... Існують дані про розвиток ІТП у пізніший термін... Так, у Франції відзначено випадки вакциноасоційованої ІТП у строки до 45 днів, а в США – у строки до 60 днів після імунізації. Нам складно говорити про частоту ІТП, викликаной вакциною проти краснухи, тому що в нас не ведеться моніторингу післявакцинальних ускладнень, зокрема, розвитку ІТП. За нашими даними, в 2001 р. було зареєстровано 7 таких хворих, а в 2002 р. – 5 хворих на 150 дітей з гострою формою ІТП, які лікувалися за цей рік у гематологічному відділенні Ізмаїлівської ДМКЛ... При вивченні анамнезу життя наших хворих у переважній більшості (91,6%) виявлені наступні особливості. У 9 дітей (75%) відзначалися різні прояви алергії (атопічний дерматит, харчова алергія, алергія на ліки, поліноз). Двоє дітей відносилися до групи часто хворіючих (більше 4 разів на рік). І тільки в одного хворого не було виявлено в анамнезі обтяжуючих обставин. Таким чином, 11 з 12 дітей на момент вакцинації проти краснухи належали до «групи ризику» із розвитку післявакцинальних ускладнень»¹⁶. Однак існування такої групи ризику не визнається російськими інструкціями щодо вакцинації, де жоден з перерахованих вище проявів алергії не вважається протипоказанням до вакцинації, зокрема й живими вакцинами, до яких належить і краснушна. Про щеплення живими вакцинами в контексті алергії говориться лише, що вони «не вводяться особам з важкими алергійними реакціями на аміноглікозиди, про що варто довідатися перед проведенням щеплення, незважаючи на рідкісність цих реакцій»¹⁷. Не згадується ні атопічний дерматит, ні харчова алергія, ні поліноз... Чому?

Є повідомлення й про те, що вірус краснухи виділявся з лейкоцитів периферичної крові навіть через два роки після щеплення¹⁸. Настільки тривале існування вакцинного вірусу й фактичне його перетворення на цілковито непередбачуваний «повільний вірус» наводить на сумні міркування про можливу роль таких «довгограючих» вірусів

¹⁶ Петров В. Ю. и др. Острая тромбоцитопеническая пурпура у детей, ассоциированная с введением противокраснушной вакцины *Педиатрия* 2003, 6, с. 51-56.

¹⁷ Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 9 января 2002 г.).

¹⁸ *Joncas J. Preventing the congenital rubella syndrome by vaccinating women at risk Can Med Ass* 1983; 245(7):711-713. Цит. за *Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 117.*

у розвитку дегенеративних та аутоімунних хвороб. Прикладом такої хвороби може бути цукровий діабет. Відомо, що вірусна інфекція може в цілому сприяти розвитку цукрового діабету, але єдиним вірусом, щодо якого точно доведено, що він викликає цукровий діабет 1-го типу (інсулінозалежний), є вірус краснухи при внутрішньоутробному зараженні¹⁹. При тривалій циркуляції в організмі вірус краснухи може призводити до утворення складних імунних комплексів, здатних як безпосередньо вражати бета-клітини підшлункової залози, що виробляють інсулін, так і запускати аутоімунні реакції, що також призводять до uszkodження бета-клітин. З огляду на те, що «специфічний імунний комплекс краснухи часто виявляється після щеплення і може бути продемонстрований у двох третин вакцинованих навіть через вісім місяців після щеплення»²⁰, можливість того, що щеплення проти краснухи можуть сприяти розвитку цукрового діабету в осіб з певною генетичною схильністю до нього, видається цілком реальною.

Варто відзначити й публікацію, що пов'язує появу на ринку в 1979 р. нової краснушної вакцини зі штаму вірусу RA 27/3 з випадками до того невідомого синдрому хронічної втоми²¹, зокрема й внаслідок контакту з нещодавно щепленими від краснухи²².

Однак найпоширенішим і при цьому дуже й дуже неприємним ускладненням цих вакцин є артрит, який має вигляд цілком природного, з огляду на те, що й сама хвороба має таке ж ускладнення, а щеплення робиться живими вірусами. За деякими повідомленнями, від 12 до 20% щеплених жінок страждають через це від болю в суглобах, причому розпочатися він може через кілька тижнів після щеплення, а триває від тижнів до багатьох років²³. Американський

¹⁹ Menser M. et al. Rubella Infection and Diabetes Mellitus *Lancet* January 14, 1978; pp. 57-60.

²⁰ Coyle P. K. et al. Rubella-Specific Immune Complexes After Congenital Infection and Vaccination *Infection and Immunity* May 1982; 36:2, pp. 498-503.

²¹ Allen A. Is RA27/3 a Cause of Chronic Fatigue? *Medical Hypothesis* 1988; (27):217-220, Lieberman A. D. The Role of the Rubella Virus in the Chronic Fatigue Syndrome *Clinical Ecology* vol. 7; (3):53-54.

²² Bieser S. Chronic Fatigue Syndrome *The Last Chance Health Report* 1993; vol. 3, (7):1-6.

²³ Існує безліч публікацій щодо зв'язку краснушного щеплення та артритів, і навіть найшвидший пошук у таких доступних базах даних, як Medline, швидко виявить десятки статей на цю тему. Так артрити, що тривають від двох до семи років, описані, наприклад, в *Tingle A. J. et al. Prolonged arthritis, viraemia, hypogammaglobulinemia, and failed seroconversion following rubella immunization (letter) Lancet* 1984; 1:1475-1476 й *Tingle A. J. et al. Postpartum rubella immunization: association with prolonged arthritis, neurological sequel, and chronic rubella viremia J Inf Dis* 1985; 152:606-612. Відповідно до публікації того ж автора, у 5% щеплених жінок симптоми артриту зберігалися протягом півтора років після зробленого щеплення (*Tingle A. J. et al. // Annals of the Rheumatic Diseases* 1986; 45:110-114). Нещодавні дослідження, засновані на базі

Департамент охорони здоров'я, освіти й соціального забезпечення (HEW) повідомив на початку 1970-х рр., що «у 26% дітей, які одержали щеплення проти краснухи в межах національної програми... розвинулися артралгії та артрити... Багатьом потрібна була медична допомога, деякі були госпіталізовані для перевірки на ревматизм та ревматоїдний артрит»²⁴.

У деякого із щеплених від краснухи насправді розвивається ревматоїдний артрит, від якого їм доведеться страждати все життя. При цьому артрит як наслідок природної краснухи не має схильності до хронізації: «Краснуха протікає сприятливо й закінчується одужанням без будь-яких наслідків. Ускладнення у дітей дуже рідкі. Переважно розвиваються артропатії, які характеризуються виникненням болю у суглобах... Це ускладнення виникає у 6-15% хворих на краснуху. Симптоми враження суглобів з'являються звичайно за тиждень після висипки й тримаються протягом 1-2 тиж., але в окремих хворих можуть затягуватися на кілька місяців, не залишаючи резидуальних явищ...»²⁵. Показово, що «артрит хронічний, викликаний вакциною проти краснухи» фігурує навіть у куцо́му «Переліку післявакцинальних ускладнень, що викликані профілактичними щепленнями, які входять до Національного календаря профілактичних щеплень РФ, та профілактичними щепленнями за епідемічними показниками, що дають право громадянам на одержання державної одноразової допомоги», затвердженому російським урядом 2 серпня 1999 р. Майже не ризикуючи помилитися, можу припустити, що якби всі діти, підлітки й жінки, що мають право на цю допомогу, знали про зв'язок щеплення від краснухи й артриту і належну їм допомогу дійсно одержували, то питання про доцільність (у першу чергу економічну) проведення цього щеплення вичалося б набагато ретельніше й із залученням більшої кількості компетентних і, головне, незалежних експертів, ніж це відбувається нині. У деяких країнах (наприклад, у США) гроші на компенсації

даних VAERS (див. розділ про гепатит В) також вказали на чіткий і недвозначний зв'язок цього щеплення з артритами, що тривають довше року: Geier D. A., Geier M. R. Rubella vaccine and arthritic adverse reactions: an analysis of the Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) database from 1991 through 1998 *Clin Exp Rheumatol* 2001 Nov-Dec; 19:724-6 й Geier D. A., Geier M. R. A one year followup of chronic arthritis following rubella and hepatitis B vaccination based upon analysis of the Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) database *Clin Exp Rheumatol* 2002 Nov-Dec; 20:767-71. Комітетом експертів американського Інституту медицини (ІОМ), який охоче використовує будь-який виверт, щоб обілити щеплення, було, проте, заявлено в 1991 р., що наявні в його розпорядженні свідчення вказують на зв'язок щеплення проти краснухи й артритів.

²⁴ *Science* March 1977, p. 9.

²⁵ *Постовит В. А.* Детские капельные инфекции у взрослых. М., 1982, с. 75.

жертвам щеплень закладаються у ціну вакцин, в інших – держава платить «абстрактно», з фонду соціального забезпечення. Як багаторазове подорожчання краснушної вакцини, так і неприйнятне для держави збільшення кількості виплат потерпілим із суспільних фондів могли б змусити шукати інших шляхів до рішення існуючої проблеми вродженої краснухи.

Інші небезпеки від щеплення проти краснухи – можливість інфікування краснухою плода, якщо щеплення зроблене під час вагітності або незадовго перед нею, про що вже згадувалося вище, а також можливість подальшої передачі інфекції від тільки-но щепленого. Вакцинатори, які привселюдно радіють можливості «додаткової імунізації оточуючих» живими вірусами поліомієліту²⁶, які виділяються дітьми, щепленими живою поліовакциною (вакциною Себіна), стають дуже мовчазними, коли мова заходить про таку саму можливість, пов'язану з вірусами краснухи. Теоретично ніщо не заважає щепленій дитині або дівчинці-підліткови заразити свою вагітну матір, сестру або тітку. Хоча кілька випадків передачі вакцинального вірусу вже описані в літературі²⁷, більшість прощеплених посібників їх заперечує. Але все ж визнається, що вакцинний вірус краснухи може протягом декількох тижнів виділятися із глотки щеплених, й існує можливість передачі вірусу дитині від матері при грудному вигодовуванні²⁸.

У зв'язку з цим доречно буде сказати кілька слів про побою-

²⁶ Про це я ще говоритиму в розділі, що присвячений поліомієліту. Поки лише хочу вказати на важливість цієї теми. Наприклад, от що пише колектив санкт-петербурзьких авторів про оральну поліовакцину: «Вакцинний вірус виділяється у зовнішнє середовище, тому він передається тим людям, які не були імунізовані у медичній установі. Це особливо важливо на території, де охоплення населення щепленнями проти поліомієліту залишається поки на низькому рівні» (Вакцинопрофілактика інфекцій у дітей в сучасних умовах. Методические рекомендации. СПб, 1998, с. 8). Непогано б російським законодавцям перевірити, наскільки ця навмисна «прихована вакцинація» відповідає закріпленому в Законі про імунопрофілактику інфекційних хвороб №157-ФЗ від 1998 р., ст.5.1 *праву громадян на відмову від профілактичних щеплень*. І хто перевіряє наявність протипоказань при такій масовій вакцинації?!

²⁷ У статті *Lefkowitz L. B. et al. A controlled family study of live attenuated rubella-virus vaccine* *New Engl J Med* Jul 1970; (283):229-232, автори оцінюють як «дуже рідку» можливість передачі вакцинного вірусу тим, хто вступає в контакт із щепленим, послаючись на дослідження 1969 р., що проводилося в притулку для розумово відсталих дітей і показало ризик такої передачі 2-7%. Див. також *Lambert H. P. Rubella immunization* *The Practitioner* Apr 1971; 206(234):467-71, де обговорюється випадок зараження дитини краснухою від нещодавно щепленого однолітка.

²⁸ *Atkinson W. et al. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*, ed 5. National Immunization Program, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), January, 1999, p. 185.

вання іншого роду. Так, двома американськими авторами (один з яких – лікар-педіатр) були описані 60 жінок, які, незважаючи на зроблене раніше щеплення або перенесену в дитинстві хворобу, не мали «захисного» титру антитіл, що й було встановлено акушером-гінекологом, до якого вони звернулися з приводу своєї вагітності. Всі вони були щеплені від краснухи одразу після пологів вакциною MMR або моновалентною краснушною вакциною. Дітям 45-ти з цих жінок пізніше був встановлений діагноз аутизму, у дітей 10-ти жінок були діагностовані вже згадувані в розділі про кір порушення так званого аутистичного спектра, а в дітей 4-х жінок – різні захворювання імунної системи. Відомо, що перші симптоми аутизму у двадцяти дітей з'явилися одразу ж після зробленого їм щеплення MMR, у двох – до нього, але щеплення різко погіршило їх стан. Варте уваги, що на грудному вигодовуванні перебували далеко не всі діти. Авторі припускають, що нездатність до вироблення імунітету до краснухи вказує на імунний дефект, що може мати генетичний характер та передаватися спадково. Щеплення в післяпологовому періоді можуть збільшувати небезпеку захворювання на аутизм дитини, яка отримує від матері як імунну помилку, так і живі віруси краснухи – з материнським молоком або, можливо, повітряно-краплинним шляхом. Коли все це поєднується з нескінченним «післявакцинальним періодом», шкідливими речовинами, які містяться у вакцинах, та новою порцією живих вірусів зі щеплення MMR, то в деяких дітей це дає поштовх до аутизму або перетворює перші симптоми на розгорнуту хворобу²⁹. Авторка іншого матеріалу, наданого до комітету експертів американського Інституту медицини, додала, що їй особисто знайомі три жінки, які також не мали імунітету до краснухи і які були щеплені в післяпологовому періоді. У всіх трьох діти страждають від розладів аутистичного спектра. За гіпотезою авторки, живий вакцинний вірус краснухи, що здатний перебувати довгі роки в організмі людини, у період природного придушення імунних функцій, пов'язаного з вагітністю, може реактивуватися, почати розмножуватися і вражати зародок. Оскільки вірус є ослабленим, він не викликає такі важкі вроджені дефекти, як природний вірус, але цілком здатний призвести до порушень розвитку нервової системи, що проявляє себе як аутизм³⁰.

²⁹ Yazbak F. E., Lang-Radosh K L. Adverse Outcomes Associated with Postpartum Rubella or MMR Vaccine <http://www.haciendapub.com/yazbak.html>

³⁰ Granai E. H. Are Some Cases of Autism Actually Subclinical, Congenital Attenuated Rubella Syndrome? A Collection of Data and Questions for Consideration and Review by the IOM Immunization Safety Committee during the February 9, 2004 Meeting on the Topic of Vaccines and Autism.

Ефективність

У розділі про вітряну віспу я вже згадував, що тривалість імунітету, як визнають і самі виробники вакцин, підтримується за рахунок продовження циркуляції серед людей «дикого» вірусу, який дає «поштовхи» імунітету. Це вірно і для краснухи³¹. Вчені наводять чимало прикладів, коли через 10 і навіть через 15 років після зробленого щеплення спостерігався високий титр антитіл до вірусу краснухи, що було зовсім неймовірно й за найсміливішими вакцинаторськими оцінками. Так само було очевидно, що ніякого відношення до щеплень не може мати раптове збільшення титру антитіл на тлі їх попереднього неухильного зниження. Це збільшення вказує на повторне інфікування (реінфікування) краснухою. Єдиним можливим поясненням може бути лише те, що підтримка імунітету пов'язана із впливом «дикого» вірусу, про що мова вже йшла в інших розділах. Саме цього, давно вже відомого, факту не розуміють або його свідомо замовчують ті автори, які повідомляють: «Післявакцинальний імунітет у щеплених вакциною проти краснухи пов'язаний з циркуляцією антитіл, які з'являються через 2-3 тижні після вакцинації й зберігаються протягом 20 років» (виділене мною. – О. К.)³². Такому казковому збереженню антитіл міг би часом позаздрити й цілком природний імунітет, але дійсному стану речей це може відповідати лише доти, поки серед нас циркулює «дикий» вірус, який створює бустер-ефект і стимулює вироблення антитіл. Блаженна віра у десятиріччя захисту дозволяє деяким авторам стверджувати, що «при вакцинації проти краснухи основною метою є не захист щеплених від відносно легкого захворювання, а запобігання захворювання плода, можливо, через десятки років після вакцинації»³³. Про плани з елімінації вірусу, у яких дітям відведена досить незavidна роль, чомусь сором'язливо замовчується, що робить вакцинаторське ствердження зовсім нелогічним. Чого ж тоді не зробити щеплення не за «десять років» до передбачуваної події, а безпосередньо перед нею?

Повне видалення вірусу краснухи з людського суспільства за допомогою щеплень має вигляд дуже сумнівної справи, якщо взагалі здійсненної, – за винятком натуральної віспи, ВООЗ, незважаючи на всі зав'язі (і при цьому незмінно дуже й дуже прибуткові для виробників вакцин) кампанії під гаслом «Світ, вільний від хвороби Х, Y або Z до такого-то року!», поки що не вдалося ліквідувати жодного антропонозу (тобто захворювання, у передачі якого беруть участь тільки люди). Краснуха – це не натуральна віспа, коли безсумнівна небезпечність хвороби, її чітке клінічне розрізнення та величезні кошти

³¹ Just M. et al. Duration of immunity after rubella vaccination: a long-term study in Switzerland *Rev Infect Dis* 1985 Mar-Apr; 7 Suppl 1:S91-4.

³² Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 146.

³³ Семенов В. М. Краснушная... с. 89.

країн-спонсорів, вкладені у справу, дозволяли ізолювати кожного хворого і тримати його у карантині доти, поки він не ставав незаразним, обриваючи у такий спосіб ланцюжок передачі інфекції. Краснуха дуже часто протікає в стертій, клінічно нерозрізненій формі, без температури, кашлю й нежиті, і на неї можуть просто не звертати уваги.

Ці сумніви були б серйозними аргументами проти кампанії тотального щеплення дітей від краснухи, якщо ефективність вакцини була б дійсно дуже високою й справді загрожувала циркуляції вірусу краснухи у світовому масштабі. Однак у вірусу краснухи навряд чи є серйозні підстави для занепокоєння, а тому наголошувати на цих сумнівах немає сенсу³⁴. Як і у випадку всіх інших вакцин, ефективність вакцини проти краснухи викликає великі сумніви. Незабаром після появи перших краснушних вакцин наприкінці 1960-х рр. були опубліковані повідомлення про захворювання тих, хто раніше був успішно щеплений проти краснухи. Так два дослідження, проведені д-ром Беверлі Аллан, показали повну неефективність однієї з цих вакцин («Сендевакс»). Особливо показово було перше з них, коли 80% щеплених молодих солдатів, у яких введення вакцини викликало вироблення необхідних антитіл, декількома місяцями пізніше занедужали на краснуху в таборі, який був сумно відомий регулярними спалахами краснухи (чому саме цим солдатам й були зроблені щеплення)³⁵. Відтоді повідомлення про неефективність вакцини з'являються регулярно. Очевидно, що якщо вона й може забезпечити який-небудь захист під час відсутності реінфікування, то лише на дуже короткий строк. Проведені в середині 1980-х рр. дослідження показали, що після п'ятнадцятирічних повальних щеплень, відсоток сприйнятливих до краснухи до фертильного віку залишився тим самим, яким був й у дощепленеву еру – 10-20%³⁶. Стало зрозуміло, що ефективність щеплення виявилася набагато нижчою, ніж передбачалося.

Тим не менш, навіть додавання щеплення у фертильному віці для

³⁴ Те, що життя завжди виявляється складнішим та винахідливішим, ніж найточніші прогнози, демонструє порівняно недавня стаття голандських авторів. Відповідно до математичної моделі, розрахованої на комп'ютері, було спрогнозовано елімінацію вірусу краснухи при переході від селективної системи (щеплення дівчаткам-підліткам й жінкам, які збираються вагітніти) на систему масового щеплення. Як комп'ютер сказав, так голандці й зробили в 1987 р., почавши щепити всіх поспіль й у будь-якому віці. Через десять років вірус був усе ще живий та здоровий, що автори приписують як низькій ефективності самої вакцини, так і постійному імпорту інфекції з-за кордону, що призводять у своїй сукупності до безсимптомного реінфікування краснухою раніше щеплених (*Van der Heijden O. G. et al. A model-based evaluation of the national immunization programme against rubella infection and congenital rubella syndrome in the Netherlands, Epidemiol Infect* 1998 Dec; 121:653-71).

³⁵ *Allan B. Rubella immunization Aust J Med Tech* 1973, 4:26-27.

³⁶ Див., наприклад, *Crowder M. et al. Rubella susceptibility in young women of rural east Texas: 1980 and 1985 Texas Medicine* 1987; 83:43-47 й *Bart K. J. et al. Universal immunization to interrupt rubella Rev Inf Dis* 1985, 7 (suppl.1):177-184.

тих, хто отримав лише одне щеплення в дитинстві або не отримав взагалі, виявилось нездатним вирішити проблему кардинально. Можна вважати вже цілком доведеним, що щеплення – не те що в молодшому дитячому або шкільному віці, але й безпосередньо за кілька років до вагітності – аж ніяк не гарантує захисту, і публікації в медичній періодиці про випадки появи на світ дітей з вродженою краснухою, народжених щепленими матерями, зовсім не є ні унікальними, ні навіть просто поодинокими³⁷. Хоча в деяких повідомленнях вказується, що звичайно титр антитіл нижче за 1:64 не є захисним, практичного значення цей висновок має мало. Відомо, що титр антитіл може понизитися від «захисного» до «незахисного» досить швидко внаслідок найрізноманітніших факторів, та й думка, що ледве не щороку жінка, бажаючи завагітніти, повинна перевіряти титр антитіл до вірусу краснухи, межує з чистою параноєю. Бюджет жодної країни не зможе дозволити собі розкіш досить дорогих серологічних досліджень. Сьогодні рекомендується не вагітніти протягом як мінімум трьох місяців після щеплення, щоб уникнути внутрішньоутробного інфікування плода живим вірусом, який міститься в краснушній вакцині. З огляду на те, що в певній кількості щеплених вже через два-три роки після вакцинації титр антитіл стає нижче за необхідний 1:64 (не кажучи вже про тих, у кого щеплення взагалі виявляється неефективним), ми прийдемо до висновку, що у випадку повторних невдач завагітніти або щоразу перед наступною вагітністю, необхідно буде кожні кілька років повторювати щеплення проти краснухи, що неминуче спричинить збільшення кількості ускладнень та випадків інвалідності, за які призначено державну компенсацію, а також до загального погіршення стану здоров'я тих, кого безперервно щеплять. Втім, такий варіант поки що ніким і не пропонувався.

³⁷ Щоб читач не подумав, що мова йде про якесь поодиноке, казуїстичне й таке, що аж ніяк не робить погоди спостереження, відішлю його до наступних відомих публікацій: *Ushida M. et al. Congenital rubella syndrome due to infection after maternal antibody conversion with vaccine Jpn J Infect Dis* 2003 Apr; 56(2):68-9, *Condon R., Bower C. Congenital rubella after previous maternal vaccination Med J Aust* 1992 Jun 15; 156(12):882, *Miron D., On A. Congenital rubella syndrome after maternal immunization Harefuah* 1992 Mar 1; 122(5):291-3, *Das B. D. et al. Congenital rubella after previous maternal immunity Arch Dis Child* 1990 May; 65(5):545-6, *Saule H. et al. Congenital rubella infection after previous immunity of the mother Eur J Pediatr* 1988 Feb; 147(2):195-6, *Forsgren M., Soren L. Subclinical rubella reinfection in vaccinated women with rubella-specific Ig response during pregnancy and transmission of virus to the fetus Scand J Infect Dis* 1985; 17(4):337-41, *Enders G. Rubella embryopathy after previous maternal rubella vaccination Infection* 1984 Mar-Apr; 12(2):96-8, *Bott L. M., Eizenberg D. H. Congenital rubella after successful vaccination Med J Aust* 1982 Jun 12; 1(12):514-5. Російський авторський колектив також визнає можливість такого розвитку подій. Впевнено заявивши, що захисна сила вакцини дорівнює 90%, автори повідомляють: «У інших (невеликого відсотку) потенційних породіль попередити вроджену краснуху не завжди вдається» (*Семенов В. М. Краснушная... с. 90*).

Показово, що головної мети, заради якої затівалася ця кампанія щеплень – ліквідації вродженої краснухи в масштабах планети – домогтися все одно не вдалося. Після збільшення кількості випадків уродженої краснухи в 1962-1965 рр., потім їхня кількість у США стабілізувалась (1967 – 10, 1968 – 11, 1969 – 14³⁸). Однак згодом, на тлі масових щеплень, вона почала зростати. В 1971 р. було 77 випадків, в 1972 р. – 68. Результатом щеплень стало те, що діти, яким хвороба практично нічим не загрожує (крім набуття до неї довічного імунітету), стали хворіти на краснуху менше, а підлітки та дорослі – більше. Протягом приблизно десяти років кількість випадків уродженої краснухи коливалася від 32 до 60, перш ніж, нарешті, спустилася до рівня «дощепленевої» ери (за винятком 1991 р., коли було зафіксовано 41 випадок)³⁹. Вроджена краснуха припинила реєструватися у США лише в останні кілька років. Таким чином, сьогодні для попередження декількох десятків випадків уродженої краснухи на рік, які спостерігалися в дощепленеву еру, мільйони американських дітей одержували й одержують щеплення, та гублять внаслідок вакцинації здоров'я й шанс набутти довічного імунітету, перехворівши на краснуху природно, замість цього «сідаючи» на щепленеву голку.

Слід відзначити, що хоча й дуже рідко, але можливе повторне інфікування краснухою тих, хто раніше переніс природну хворобу. До вад розвитку плода це, за наявними даними, не призводить⁴⁰.

Завершуючи цей розділ, я хотів би навести цитату з монографії російського авторського колективу: «...Резюмуючи результати клінічного випробування краснушної вакцини, можна зробити висновок: існуючі вакцини у ряді випадків не здатні індукувати міцний і тривалий імунітет, який у змозі вберегти вагітну жінку від внутрішньоутробної інфекції; вакцинація, особливо у дівчат і жінок, у значному відсотку випадків супроводжується реакціями з боку суглобів; у більшості вакцинованих осіб атенуйований вірус виділяється з носоглотки, однак практично не передається контактним особам; вакцинний вірус здатний долати плацентарний бар'єр, і випадкова вакцинація сприйнятливої вагітної може призвести до хронічної інфекції плода»⁴¹.

Якщо сюди додати, що «довгострокові наслідки застосування краснушної вакцини в позбавлених імунітету до краснухи жінок ніколи не вивчалися», то в цілому я готовий підтримати цей висновок.

³⁸ *MMWR* 1995, 43; (53) 73-80. Цит. за *Diodati C. J. M. Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 28.*

³⁹ *Ibid.*, p. 18.

⁴⁰ *Chen F. P., Chu K. K. Subclinical rubella reinfection in pregnancy: report of a case J Formos Med Assoc 1993 Mar; 92(3):294-5.*

⁴¹ *Семенов В. М. Краснушная... с. 91.*

У світлі всього вищенаведеного зрозуміло, що проблема вродженої краснухи існує та вимагає серйозного до себе відношення. Будь-якій жінці, яка бажає завагітніти, може бути рекомендовано, разом з іншими рутинними перевірками, зробити аналіз на наявність антитіл до вірусу краснухи. У випадку якщо результати виявляться негативними, жінка повинна зробити свій вибір або на користь підвищених запобіжних заходів (варто уникати дитячих колективів й особливо дітей з ознаками застуди, що взагалі дуже бажано робити в першому триместрі вагітності, і не тільки через побоювання заразитися краснухою), гомеопрофілактики або щеплення. Останнє автоматично відсуває передбачувану вагітність мінімум на три місяці й загрожує ускладненнями, частота й важкість яких аж ніяк не дає можливості відкинути їх як рідкі й несерйозні. Крім того, відповідно до наведеної вище гіпотези американських дослідників, сама відсутність імунітету до краснухи може бути свідченням імунної поломки, яку вакцинація може ще збільшити. Методи гомеопрофілактики рекомендуються деякими гомеопатами, однак оцінку їхньої реальної ефективності повинні дати дослідження, що дотепер не проводилися.

Висновки:

- Краснуха, імовірно, є самою м'якою й нешкідливою дитячою хворобою. Дівчата повинні перенести її в дитинстві, щоб захиститися від небезпеки непоправної шкоди, що наноситься плоду у випадку інфікування вірусом краснухи на ранньому строку вагітності.
- Краснуха далеко не єдина хвороба, інфікування якою на ранніх строках вагітності може призвести до порушень розвитку плода. Безперервне нав'язливе обговорення теми вродженої краснухи пов'язано винятково з наявністю вакцини і, відповідно, з можливостями заробітку на її виробництві та реалізації.
- Щеплення краснухи не дозволяє набути до неї природного, найміцнішого, імунітету, і «зсуває» хворобу до дорослого віку, коли вона небезпечніше, особливо для жінок через зазначену вище причину. Кампанії вакцинації дітей спрямовані не на їхній захист, а на елімінацію вірусу краснухи з людської спільноти, і нині виграти від цього могли б лише жінки, що перебувають у фертильному віці. Самим же дітям, окрім шкоди, це щеплення нічого не приносить.
- Невисока ефективність вакцини разом з численними ускладненнями, серед яких перше місце посідають артрити, доведена багаторічними дослідженнями. Крім того, краснушна вакцина входить до складу вакцини MMR, зв'язок якої з аутизмом і різними поведінковими порушеннями зараз обговорюється.



Поліомієліт

Ще одним захворюванням з трійки «найстрашніших та найнебезпечніших» на батьківську думку хвороб, крім дифтерії та правця, є поліомієліт. Я не знаю, наскільки мені вдалося заспокоїти читачів відносно дифтерії, але з поліомієлітом це зробити буде легше, оскільки сама хвороба офіційно оголошена такою, що ліквідована у цивілізованому світі (у РФ поліомієліт не реєструється з 1998 р., а в 2002 р. країна була сертифікована як вільна від поліомієліту). Тому вакцинаторам доводиться нав'язувати щеплення від поліомієліту не жахами неминучого зараження з наступним неминучим паралічем та довічною інвалідністю, а всього лише обіцянкою повернення захворювання, якщо всі не будуть суворо дотримуватись графіку щеплень, а також брати участь у поліовакцинаціях з метою «зачищення» хвороби. Далеко не всі з тих батьків, які сьогодні вирішують питання про щеплення своїм дітям, хоча б раз бачили «живцем» хворого на поліомієліт, та й бабусі та дідусі, які можуть розповісти про бачене й пережите, не можуть бути впевненими, що ті випадки, які їм підносили як безсумнівний поліомієліт, такими дійсно були. Незважаючи на те, що самої хвороби (або того, що за неї видавалося) більше немає, майстерно вкорінений страх перед нею залишається живим і саме він є відмінним інструментом для просування та реалізації поліовакцин.

Хвороба

Збудником поліомієліту є вірус з роду ентеровірусів, що має три серотипи¹. Зазвичай зараження відбувається фекально-оральним шляхом, хоча можливі також повітряно-краплинний і повітряно-пиловий шляхи передачі інфекції. Захворювання є типовим антропонозом – єдиним резервуаром вірусу є людина. Усім відомою візитною карткою поліомієліту є паралічі, пов'язані з тим, що вірус вражає нейрони передніх рогів спинного мозку, що, однак, зустрічається дуже рідко. Хоча в різних джерелах вказуються різні цифри, ясно,

¹ Вперше інфекційна природа поліомієліту була показана у 1909 р. австрійськими вченими Карлом Ландштейнером (1868-1943), який раніше винайшов групи крові, та Ервіном Поппером. Вони ввели суспензію спинного мозку 8-річної дитини, яка померла від поліомієліту, у порожнину черепа мавпам, кроликам, морським свинкам і мишам. У мавп розвинулася типова картина паралітичного поліомієліту. Інші тварини не постраждали (Landsteiner K., Popper E. Übertragung der poliomyelitis acuta auf Affen Z. Immunitätsforsch 1909; 2:377).

що переважна більшість тих, хто заразився поліомієлітом, так ніколи про це й не довідається. Ось, наприклад, свідчення російських авторів: «... На 100, а може й на 1000 носіїв дикого вірусу поліомієліту, які можуть поширювати цю інфекцію, занедужує тільки один»². Найчастіше зустрічаються атипові форми хвороби (взагалі без ураження нервової системи) та непаралітичні (менінгеальна й енцефалітична, без ураження спинного мозку); справжні паралітичні «становлять не більше 2-3% від усіх випадків захворювання»³. Таким чином, з огляду на те, що клінічні прояви зустрічаються в 0,1-1% випадків поліомієліту, на паралітичну форму занедужують не більше 2 чоловік на тисячу інфікованих вірусом цієї хвороби. Про чинники, які призводять до цього, мова йтиме нижче.

Поліомієліт є переважно хворобою раннього дитячого віку, хоча дуже рідко можуть занедужувати й дорослі. Пасивний імунітет може передаватися дитині від матері.

Хвороба, як правило, залишається нерозпізнаною: «Достовірна діагностика найпоширеніших атипових... форм поліомієліту неможлива без лабораторного підтвердження етіології захворювання. Ці форми поліомієліту діагностуються рідко, як правило, тільки в епідемічних вогнищах при спеціальному вірусологічному та серологічному обстеженні контактуючих»⁴. А оскільки ці атипові форми найчастіше протікають у вигляді звичайних ГРВІ-ГРЗ або кишкових інфекцій, то зрозуміло, що лікарям не спадає на думку замовляти дорогі й далеко не скрізь доступні спеціальні серологічні дослідження. До того ж «лабораторна діагностика поліомієліту носить ретроспективний характер. Для достовірного підтвердження діагнозу поліомієліту необхідне виділення вірусу з калу й виявлення не менш ніж 4-разового наростання титру антитіл до вірусу поліомієліту»⁵. Це може значити й те, що як би важко не була перенесена хвороба, але якщо після неї не залишилося явного паралічу, що вимагає з'ясування своєї природи, то навряд чи лікарі стануть шукати пригод на свою голову й клопотати про виділення вірусу з калу та перевірку титру антитіл до вірусу. Адже дуже багато країн вже оголошені «вільними від поліомієліту», і один необережно зроблений аналіз, непередбачуваний за

² Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке М., 2003, с. 76. Такі самі цифри (1 на 100-1000) наводяться і в Polio myelitis prevention in the United States: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) *MMWR* May 19, 2000.

³ Самарина В. Н., Сорокина О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб; М., 2000, с. 169.

⁴ Там само.

⁵ Там само, с. 172.

своїми результатами, може поставити під сумнів зусилля всього світового співтовариства з викорінювання хвороби. Навряд чи подальша доля такого лікаря буде дуже щасливою.

Перші клінічні припущення щодо діагнозу поліомієліта можуть виникнути лише тоді, коли з'являється різка гіперестезія шкіри (дитина не може витерпіти навіть одяг) і так звані спинальні симптоми, обумовлені слабкістю м'язів ніг (наприклад, характерний «симптом триніжка» – дитина сидить, розкинувши ноги й опираючись на руки).

«При типовій паралітичній формі хвороби розрізняють інкубаційний період – від 2 до 21 дня, частіше 7-14 днів; предпаралітичний період – від 2 до 5 днів, відбудовний період та період залишкових явищ»⁶. Найбільш важкими є бульбарна (з ураженням довгастого мозку) та бульбоспинальна (з ураженням спинного й довгастого мозку) форми. До появи в ХХ ст. апаратів штучної вентиляції легенів бульбарні форми, що супроводжуються порушеннями функцій дихального центру, призводили до смерті.

Імовірно, поліомієліт був знайомий людству ще з давніх часів, але до самого кінця ХІХ ст. гострих проблем з ним не виникало. Навряд чи можна вважати серйозним припущення російських авторів про те, що «протягом багатьох сторіч поліомієліт був помітною хворобою; його описували, вивчали, але він не привертав належної уваги в ті роки, коли епідемії віспи, чуми, холери поширювалися часом на величезних територіях та забирали десятки й сотні тисяч життів»⁷. Тому він і не «привертав належної уваги», що був малопомітним і у будь-якому разі ніколи в ті часи не набував масштабів не тільки епідемії, але навіть помітного спалаху. Ті ж автори вказують, що перший опис поліомієліту в Росії відноситься до 1830-х рр.; про нього було згадано в лекціях професора Московського університету І. Дядьковського (1784-1841), а перші описи «незначних спалахів» почали спостерігатися лише з 1905 р.⁸ У Північній Європі та США поліомієліт набув риси епідемічного захворювання лише наприкінці ХІХ ст.⁹ Існують і пояснення настільки пізній появі поліомієліту як епідемічного захворювання.

⁶ Там само, с. 168-69. Автори додають: «Після перенесеного поліомієліту залишковими зберігаються стійкі мляві паралічі з атрофією м'язів, контрактурами, деформаціями суглобів та кінцівок, які роблять хворих інвалідами на все життя», чомуся забуваючи додати, у якому відсотку випадків це відбувається. А тим часом, відповідно до різних авторів, *не менш 30%* випадків паралічів закінчуються спонтанним видужанням без усіляких наслідків.

⁷ Покровский В. И. Эволюция... с. 63.

⁸ Там само, с. 64.

⁹ Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 150. Вважається, що перша офіційно зареєстрована епідемія поліомієліта сталася у 1886 г. в Швеції.

Насамперед, різко зросла кількість чинників, що провокують хворобу. У розділі про дифтерію я писав про спостереження англійських лікарів, що вказували на частий розвиток паралітичного поліомієліту після щеплень. Про такі спостереження повідомлялося практично з початку ХХ ст. – гострий млявий параліч (ГМП) після щеплень проти віспи був цілком звичним явищем, але такі відомості не набували розголосу через побоювання наразити на небезпеку вакцинальні кампанії (і, відповідно, прибутки всіх, хто так чи інакше був пов'язаний з віспощепленням)¹⁰. Так, у Німеччині поліомієліт розвивався в дітей з притулків, які страждали від уродженого сифілісу, після зроблених уколів неосальварсану, сальварсану та інших ліків¹¹. Оскільки саме кінець ХІХ ст. був «тріумфом бактеріології», то зрозуміло, що кількість всіляких як «перевіраних», так й експериментальних вакцин і сироваток, які вводили дітям, на додаток до тих, що вже використовувалися проти віспи, різко зросла. Механізм провокуючого ефекту м'язової травми невідомий і донині, але передбачається, що травма запускає «закид» вірусу до центральної нервової системи через аксони нервових клітин у м'язах¹². Цілком показовий приклад Індії, де вакцинальні програми – особливо щеплення DPT (АКДП) – спричинили величезну кількість випадків так званого спровокованого поліомієліту та смертей від нього в ендемічних за поліомієлітом районах¹³. Взагалі ж, за наявними оцінками, не менш 60-70% випадків паралітичного поліомієліту в селах Індії було викликано ін'єкціями, у яких не було жодної необхідності. Як правило, мова йшла про жарознижуючі ліки¹⁴. Кампанія з лікування нашкірної хвороби, відомої як фрамбезія, повторними ін'єкціями неосфенаміна, призвела до спалаху поліомієліту серед тих, хто отри-

¹⁰ Wyatt H. V. Provocation poliomyelitis: neglected clinical observation from 1914 to 1950 *Bull Hist Med* 1981; 55:543-557.

¹¹ Scheibner V. Vaccination... p. 145.

¹² Gromeier M., Wimmer E. Mechanism of injury-provoked poliomyelitis *J Virol* 1998 Jun; 72(6):5056-60.

¹³ Mudur G. Flawed Immunization Policies in India Led to Polio Paralysis *BMJ* April 25, 1998; 316:1261. Перший спалах поліомієліту був зареєстрований в Індії лише у 1949 р. у Бомбеї, причому саме тоді, коли в Індії почалася кампанія масових щеплень проти дифтерії. Автор короткого посібника з гомеопатичного лікування поліомієліту, що повідомив про цей факт, посилається на декана факультету гомеопатії при Лондонському Королівському гомеопатичному госпіталі д-ра Д. М. Фубістера (1902-1988), який стверджував, що поширення поліомієліту пов'язане з щепленнями, у першу чергу проти дифтерії (Bhatia V. R. Poliomyelitis. Infantile paralysis with homeopathic treatment. Reprinted ed. New Delhi, 2001, pp. 5-6).

¹⁴ Varghese M. Paralytic poliomyelitis in a rural area of north India *Nat Med J India* 1997 Jan-Feb; 10(1):8-10 і Wyatt H. V. et al. Unnecessary injections and paralytic poliomyelitis in India *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1992 Sep-Oct; 86(5):546-9.

мав уколи на Самоа¹⁵. Під час спалаху поліомієліту в Омані 42,9% хворих на поліомієліт дітей за 30 і менш днів до хвороби отримали щеплення DPT (АКДП), у той час як у контрольній групі здорових дітей щеплення отримали 28,3%¹⁶. Цікаво, що щеплення можуть бути провокуючим фактором не тільки для «дикого» поліомієліту, але й для вакциноасоційованого паралітичного поліомієліту (ВАПП), про який мова буде йти далі. Незаперечний зв'язок паралітичного поліомієліту з попередніми щепленнями ін'єкціями (зазвичай антибіотиків) встановили румунські дослідники; при цьому чим більше було отримано уколів, тим вищим був ризик захворювання на поліомієліт¹⁷. Гадаю, що щеплення, якщо й не були єдиною причиною поліомієліту, то, безсумнівно, зіграли важливу роль у збільшенні захворюваності на нього у СРСР. Це питання вимагає спеціального дослідження, і хотілося б сподіватися, що в майбутньому воно буде проведено. Поки що поділюся з читачами деякими своїми думками. Представлені в літературі таблиця¹⁸ й графік¹⁹ захворюваності на поліомієліт у СРСР, на жаль, надають статистичні дані, починаючи лише з 1940 р., а у відриві від попередніх років вони можуть вважатися показовими лише досить умовно. Проте, безсумнівно, що з 1945-1946 рр. захворюваність на поліомієліт почала різко зростати, а найбільш явно – з 1947 р., у той час як «у роки Великої Вітчизняної війни захворювання на поліомієліт на території СРСР відзначено не було»²⁰. Пояснити це можна тим, що в роки війни на окупованих територіях щеплення, зрозуміло, не робилися взагалі, та й інших уколів дітям робилося набагато менше, а на неокупованій теж було не до них. З поверненням мирного життя повернулися і його незмінні супутники – щеплення. Додаткову ревакцинацію від віспи у віці 4-5 років, що була введена у 1939 р. постановою Ради Народних Комісарів²¹, імовірно, почали ак-

¹⁵ Lambert S. M. A yaws campaign and an epidemic of poliomyelitis in Western Samoa *J Trop Med Hyg* 1936; 389:41-46. Автор, який навів статистику захворюваності поліомієлітом під час цієї кампанії (перший випадок стався через тиждень після першої ін'єкції), цілком у дусі школи, яка його виховала, заявив, що сам він... зв'язку не вбачає.

¹⁶ Sutter R. W. et al. Attributable risk of DTP (diphtheria and tetanus toxoids and pertussis vaccine) injection in provoking paralytic poliomyelitis during a large outbreak in Oman *J Infect Dis* 1992 Mar; 165(3):444-9.

¹⁷ Strebel P. M. et al. Intramuscular injections within 30 days of immunization with oral poliovirus vaccine – a risk factor for vaccine-associated paralytic poliomyelitis *N Engl J Med* 1995 Feb 23; 332(8):500-6.

¹⁸ Покровский В. И. Эволюция... с. 70.

¹⁹ Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 101.

²⁰ Покровский В. И. Эволюция... с. 65.

²¹ Там само, с. 357.

тивно впроваджувати одразу ж після війни. У 1947 р. була введена ревакцинація проти дифтерії дітей 4-х та 8-и років²². У 1958 р., що був піком захворюваності на поліомієліт (22 054 хворих²³), було введено щеплення від кашлюку дітям у віці до 5 років²⁴. Не забудемо й щеплення БЦЖ, ревакцинація якого була введена у СРСР в 1953 р. (повністю масовою та остаточно обов'язковою БЦЖ стала у 1961-1962 рр.). Крім того, у 1954-1956 рр. на дитсадівцях проводилися експерименти з живою паротитною вакциною²⁵. Така кількість щеплень, що обрушилася на радянських дітей, цілком могла стати провокуючим фактором для ГМП, зокрема й поліомієлітної природи.

Окрім ін'єкцій, фактором, який провокує поліомієліт, у США стало видалення мигдалин (тонзілектомія), що ввійшло у моду, а також боротьба з аденоїдами винятково за допомогою скальпеля – лікарі мали дуже непоганий заробіток від очищення недосконалих дитячих організмів від усього «непотрібного» та «шкідливого». У своїй книзі д-р Віера Шайбнер наводить приклад трьох спалахів поліомієліту в США у 1952-1954 рр., коли в більш ніж половини з хворих на поліомієліт пацієнтів з бульбарними симптомами в анамнезі виявилось видалення мигдалин²⁶. У деяких авторів я бачив оцінки, згідно з якими видалення «зайвих» мигдалин збільшувало шанс захворювання на поліомієліт на 400-600%! Вже згадуваний мною раніше англійський хірург Беддоу Бейлі посилається у своїй книзі на проф. Гейлорда Андерсона із Служби суспільної охорони здоров'я Міннесоти, згідно якому, ті, хто занедужав на бульбарну форму поліомієліту, частіше мали в анамнезі видалення мигдалин й аденоїдів, при цьому поза всяким зв'язком із віком, коли ця операція була зроблена (так, під час спалаху поліомієліту в Південній Австралії серед 39 хворих 35 перенесли раніше тонзілектомію); серед хворих на поліомієліт імовірність появи бульбарних симптомів була у 4 рази вище в тих, хто переніс тонзілектомію, ніж у тих, у кого мигдалини залишилися на місці; видалення мигдалин було важливим фактором, що сприяв захворюванню на поліомієліт у «неполіомієлітних» вікових групах²⁷.

Як не парадоксально це звучить, але свою роль у збільшенні захворюваності на поліомієліт міг зіграти покращений санітарно-гігієнічний стан місць проживання людей. Раніше вірус поліомієліту виявлявся всюди в стічних водах, вигрібних ямах й ін. Мухи переносили його на

²² Покровский В. И. Эволюция... с. 65.

²³ Там само, с. 70.

²⁴ Там само, с. 250.

²⁵ Там само, с. 325.

²⁶ Scheibner V. Vaccination... p. 146.

²⁷ Bayley B. The Story of the Salk Anti-Poliomyelitis Vaccine, 1956.

харчові продукти, і всі люди, починаючи з дитячого віку, були в постійному контакті з ним, набуваючи, таким чином, природний імунітет (як відомо, у період до 12 міс. життя випадки паралітичної форми хвороби винятково рідкісні, тому що діє отриманий від матері імунітет). Поява каналізації, очищення стічних вод та знищення мух призвели до того, що немовлята втрачали свою звичайну «порцію бруду», а перший контакт із вірусом поліомієліту траплявся в пізнішому віці, коли результат такої зустрічі ставав набагато серйознішим²⁸.

Вище я перелічив визнані фактори, що сприяли росту захворюваності на поліомієліт. Серед гіпотез, що заслуговують пильної уваги, можна відзначити ту, яка вказує на зв'язок захворюваності на поліомієліт та використання інсектицидів і пестицидів, у першу чергу ДДТ (діхлордіфенілтрихлоретан або хлорофеноетан). З глибокої давнини було відомо, що отруєння деякими речовинами (які сьогодні ми називаємо нейротоксичними) здатне призводити до появи ГМП. Відповідно до розглянутої гіпотези, перші спалахи ГМП, які пізніше розцінили як паралітичний поліомієліт, були задокументовані після початку використання пестицидів (наприклад, поліхлорованих бифенілів, бензилгексахлорида) і в районах їхнього максимального застосування. Перша велика епідемія поліомієліту була зареєстрована у США в Нью-Йорку у 1916 р., а у 1915 р. саме в Нью-Йорку почалося масове виробництво хлорованого бензолу. Через постійний контакт із отруйними хімічними речовинами, стверджує гіпотеза, від ГМП часто страждали солдати в роки Першої та Другої світових війн. У 1949 р. було показано, що ДДТ здатний викликати паралічі, які не відрізняються від таких при поліомієліті²⁹. Сенатські слухання з проблеми токсичності ДДТ у 1951 р. та дослідження, що виявило наявність ДДТ у коров'ячому молоці, – телята, яких вигодовують ним, гинуть від дихального паралічу (у тому ж році дані цього дослідження були підтверджені у Швеції), – викликали різке зниження використання ДДТ у США. Відповідно до цього знизилася й захворюваність на ГМП. До моменту початку використання вакцини Солка у 1955 р. захворюваність на ГМП знизилася майже удвічі, а до початку її масового застосування у 1957 р. – більш ніж у 10 разів. З 1954 р. і до його заборони Управлінням з охорони навколишнього середовища у 1972 р., ДДТ лише експортувався з США, але не застосовувався всередині країни. Однак, як тільки у 1983 р. ДДТ було знову

²⁸ «Симптоматичний поліомієліт рідко зустрічається в районах з поганою санітарією, оскільки вона сприяє для інфікування в тому віці, коли пасивний імунітет, отриманий від матері, пом'якшує клінічні прояви» (*Menkes J. H. Textbook of Child Neurology*, 5th ed., 1995, p. 420).

²⁹ *Dresden D. Physiological Investigations into the Action of DDT. Arnhem, 1949, Biskind M. S. Public Health Aspects of the New Insecticides Am J Dig Dis 1953; vol. 20, p. 331.*

дозволено до використання у США в якості складової пестицидів, одразу почали надходити повідомлення про випадки «післяполіомієлітного синдрому» – до людей, які раніше хворіли на поліомієліт, знову повернулися симптоми цієї хвороби³⁰.

На ще один чинник, який, імовірно, сприяє захворюванню на поліомієліт, вказав д-р Бенджамин Сендлер, що видав у 1951 р. книгу «Дієта запобігає поліомієліту»³¹. У ній він, зокрема, повідомив, що йому була надана можливість виступити по радіо й у газетах та попередити батьків Ешвіля (Північна Кароліна), щоб ті не давали дітям продуктів, що містять цукор – різноманітних напоїв, морозива, льодяників і т.п. та зменшили вживання їхніми дітьми фруктів і фруктових соків. Замість цього Сендлер рекомендував насичену білком дієту (свинина, яловичина, м'ясо птаха, яйця, молоко, сметана, сир) та овочі, що містять мінімум крохмалю. Сендлер вважав, що спалах поліомієліту в літній період пов'язаний саме з тим, що діти споживають величезну кількість легкозасвоюваних вуглеводів, які містяться у традиційних дитячих ласощах і бакалійних виробах, що, у сукупності з високим літнім фізичним навантаженням (плавання, біг, катання на велосипеді) створює передумови для захворювання на поліомієліт внаслідок різкої гіпоглікемії (зниження рівня глюкози в крові). На користь теорії Сендлера говорило й те, що поліомієліт був хворобою країн з високим споживанням цукру на душу населення, у той час як у країнах з низьким споживанням цукру він був майже невідомий. Експериментально Сендлер довів це в дослідженнях на мавпах і кроликах у 1931 р. Кролики, як відомо, несприйнятливі до поліомієліту, але знижуючи рівень цукру в їхній крові, Сендлеру вдавалося заражати їх поліомієлітом. Агітація Сендлера була успішною. Багато батьків слідували його рекомендації, й захворюваність на поліомієліт у Північній Кароліні знизилася з 2 402 випадків у 1948 р. до 214 у 1949 р., тобто в 11 разів! У цей самий час у 39 штатах захворюваність на поліомієліт зросла, а в тих штатах, де вона знизилася, максимальний показник був зафіксований у Південній Кароліні – приблизно в 3 рази.

Варто згадати, що в одному давньому дослідженні було показано значення генетичного фактора у схильності до поліомієліту. В експерименті сироватка III (B) групи крові мала значно вищу здатність нейтралізації поліовірусів, ніж сироватка I (O) та II (A) груп³². Багато авторів спостерігали зв'язок поліомієліту з різними формами ендокринної недостатності в дітей.

³⁰ Ретельніше з цією гіпотезою і дослідженнями, на яких вона базується, читачі можуть ознайомитись на сайті Images of Poliomyelitis.

³¹ Sandler B. P. Diet prevents polio, 1951. Книга доступна на ряді сайтів в Інтернеті.

³² Jungeblut C. W., Engle E. T. Resistance to poliomyelitis. The relative importance of physiologic and immunologic factors *JAMA* 1932; 99(25):2091-97.

Лікування при поліомієліті симптоматичне; при дихальних порушеннях хворих переводять на штучну вентиляцію легенів.

Гомеопатії, яка лікувала гострі мляві паралічі практично з моменту свого виникнення, було що сказати як у лікуванні, так і профілактиці поліомієліту. Випробовувалося багато засобів, але особливу популярність мав препарат *Lathyrus sativus*, який готується з насіння чини посівної, рослини з родини бобових³³. Це рослина, що відома здатністю викликати нейролатиризм (захворювання, своїм симптомокомплексом дуже нагадує паралітичний поліомієліт) у тих, хто годується її насінням, увійшла в гомеопатичну практику в останній чверті XIX ст. Гомеопати швидко оцінили її корисність. Так, відповідно до зауважень д-ра Артура Хілла Гриммера (1874-1967) з Чикаго (Іллінойс), *Lathyrus sativus* має «ту саму спорідненість до тих самих центрів спинного й головного мозку, яку має вірус поліомієліту, і [ці ліки] є кращою протитрутою й для профілактики, і для лікування [поліомієліту]»³⁴.

От кілька цитат щодо гомеопатичного лікування та профілактики поліомієліту.

«Лікарі-гомеопати задоволені, що вони мають дійсно безпечний і кращий профілактичний препарат, яким є правильно призначений *Lathyrus sativus*. Профілактика не несе у собі абсолютно ніякої небезпеки й, імовірно, забезпечує довічний імунітет, у той час як вакцина Солка – лише на два роки». Д-р Дуайт Сміт (1885-1980) з Глендейла, Каліфорнія.

«У сотнях родин я завжди використовував для профілактики *Lathyrus 1M*, зокрема й під час найгірших епідемій, і я не бачив жодного випадку поліомієліту, який би розвинувся до небезпечного стану. У мене було 100% одужання пацієнтів, а багато випадків мали абортивний перебіг». Д-р Вілбер К. Бонд (Грінсфорд, Індіана)³⁵.

У своїй книзі д-р Дороті Шеперд цитує повідомлення д-ра Тейлора Сміта з Йоганнесбурга, що надіслав до Лондона звіт про епідемії поліомієліту. Д-р Сміт вказував, що на самому початку захворювання корисними ліками можуть виявитися *Belladonna*, *Gelsemium*, *Physostigma* і *Lathyrus*. Читачі пам'ятають, що саме *Gelsemium* часто виявлявся рятівними ліками при інфлюенці. І дійсно, на початкових стадіях грип і поліомієліт найчастіше нерозрізнені, а тому, як відзначає у своїх коментарях д-р Шеперд, правильно підібрані ліки (наприклад, *Gelsemium* або *Eupatorium*) можуть обірвати розвиток хвороби

³³ Оскільки цей препарат відноситься до так званих «малих ліків» і його патогенез представлений далеко не у всіх відомих посібниках, я можу рекомендувати читачам книгу Франса Вермюлена «Синоптическая Materia medica» М., 2002, ч. 2, с. 149-152.

³⁴ *Grimmer A. H. Homeopathic prophylaxis IHA* June, 1949.

³⁵ Цит. за *Agrawal Y. R. Prophylactics in Homeopathy*. 3rd ed., Delhi, 2000, p. 38.

на самому її початку. Корисним може виявитися *Gelsemium* і пізніше; особливо він показаний при легкому тремтінні в уражених м'язах³⁶. Для профілактики д-р Сміт дав *Lathyrus sativus* 30 групі з 82 осіб віком від 6 місяців до 20 років (42 білим дітям, 21 дитині з родин негрів і мулатів й 19 білим дорослим). Дозу було повторено через 16 днів. Хоча всі жили поруч з районом, у якому була зареєстрована епідемія, а 20 чоловік, зі слів д-ра Сміта, мали прямий контакт із інфекцією, жодна людина, що отримала профілактичне лікування, не занедужала. Цей засіб д-р Сміт випробував й у лікуванні групи з 34 хворих дітей (18 білих та 16 з родин негрів та мулатів). Кожний отримав 3 дози препарату з перервою у півгодини. Дев'ять чоловік до того моменту, коли прибув д-р Сміт, були серйозно хворі й п'ятеро з них були відправлені до лікарні, а четверо були ізольовані у своїх будинках (імовірно, це перешкодило одержати інформацію про їхню подальшу долю). Найважчий випадок був з дівчинкою двох з половиною років, у якої д-р Сміт виявив ригідність потиличних м'язів і крайню чутливість до найменшого дотику. Отримавши свої дози *Lathyrus sativus*, дівчинка заснула, а прокинулася на наступний ранок, через 12 годин, без найменших ознак хвороби³⁷.

Для довгострокової несприйнятливості до поліомієліту австралійський гомеопат д-р Айзек Голден у своїй «Програмі захисту з народження» рекомендує дати одну дозу *Lathyrus sativus* 200 у 3 місяці, а потім у 5, 16, 26 й 56 місяців – потрібну дозу (розведення 30, 200 й 1М через кожні 8 годин)³⁸. Інша рекомендація: 1 доза *Lathyrus* 200 щомісяця протягом 3 місяців до початку теплого сезону, після його завершення – одна бустерна доза 1М, а наприкінці року – одна доза 10М. Ця доза може бути повторена рік потому, хоча, зі слів авторів публікації, необхідності в цьому немає³⁹.

Існує також нозод поліомієліту *Poliomyelitis nosode* – «біотерапевтичний засіб з динамізованої спинномозкової рідини, отриманої в результаті пункції у хворого на поліомієліт»⁴⁰.

³⁶ Д-р Агравал (там само) уточнює, що для *Lathyrus* характерні твердість, ригідність м'язів ікрів ноги, які змушують хворого ходити на п'ятах, і спастичний параліч, у той час як *Gelsemium* показаний при катаральних явищах на початку хвороби, лихоманці і слабкості у м'язах, відчутті розбитості.

³⁷ *Shepherd D.* Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, pp. 76-78.

³⁸ *Golden I.* Vaccination? A Review of Risks and Alternatives. 5th ed., Australia, 1998, p. 138.

³⁹ *Homeopathic Herald* January 1961. Цит. за *Agrawal Y.* Prophylactics... p. 37.

⁴⁰ *Иванов А. П.* Materia medica, история и практика использования биотерапевтических средств (нозодов, саркодов и органопрепаратов) в гомеопатической и интегративной медицине. Одесса, 2002, с. 266.

Д-р Фредерік Кленнер, палкий пропагандист використання вітаміну С для лікування всіляких хвороб, пише у своїй статті, що він неодноразово мав успіх, призначаючи великі дози свого улюбленого препарату. Кленнер наводить випадок, коли йому довелось лікувати двох братів, які занедужали на поліомієліт. Діти отримували внутрішньовенно шприцем на 50 мл 10 й 12 грамів аскорбінової кислоти відповідно до своєї ваги, 4 рази з перервою у 8 годин й 4 рази з перервою у 12 годин. Крім того, вони приймали 1 грам вітаміну кожні 2 години. Одужання було повним й, зі слів д-ра Кленнера, обоє пізніше стали в школі й коледжі чемпіонами з легкої атлетики. Їхня сусідка приблизно того ж віку не отримувала лікування аскорбіновою кислотою й залишилася інвалідом⁴¹. Не обговорюючи зараз обґрунтованість дозувань вітаміну С, варто визнати, що його значення в захисті від поліомієліту все ще недооцінюється, хоча необхідних наукових даних цілком достатньо: «Роботами Н. Ф. Гамалєї (1939), К. Джанґблата зі співробітниками (1937, 1939 рр.) доведено, що невеликі дози вітаміну С згубно діють на вірус поліомієліту (2-3 мг аскорбінової кислоти нейтралізують 10-20 тисяч летальних доз вірусу). На їхню думку, недостатність вітаміну С є одним з головних факторів, які привертають захворювання... Корисний вплив аскорбінової кислоти не обмежується дією, спрямованою проти збудників інфекції та токсемії... Вона також позитивно впливає на макроорганізм, активізуючи природні механізми імунітету й сприяючи утворенню антитіл. Вітамін С стимулює всі види обміну речовин в організмі й, зокрема, білковий обмін, що при гострому поліомієліті піддається глибоким змінам»⁴². Обстеження хворих на поліомієліт дітей показало, що «у гострому періоді захворювання незадовільний вітамінний баланс (вміст вітаміну С у крові нижче 0,5 мг) виявлений у крові в 93,4% дітей, у спинномозковій рідині – в 81,3% зі 103 обстежуваних хворих... Ступінь С-гіповітамінозу відповідає важкості захворювання. Найнижча кількість вітаміну С відзначається при бульбарних та енцефалітичних формах, особливо в дітей молодшого віку... Для ліквідації С-гіповітамінозу в дітей, хворих на гострий поліомієліт, досить додаткового введення вітаміну в межах 200-400 мг у добу. Нормальна кількість аскорбінової кислоти в крові досягається в середньому за 6-8 днів»⁴³.

⁴¹ *Klenner F. Observations on the Dose and Administration of Ascorbic Acid When Employed Beyond the Range of a Vitamin in Human Pathology J Appl Nutr Winter 1971; vol. 23, No's 3 & 4.* Докладніше про лікування поліомієліту Кленнер написав у другій своїй статті *The Treatment of Poliomyelitis and Other Virus Diseases with Vitamin C Southern Medicine & Surgery July 1949; vol. 111, 7:209-214.* Ця стаття доступна в Інтернеті.

⁴² *Решетникова З. Н. Изменение содержания витамина С и белковых фракций сыворотки крови при остром полиомиелите у детей. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Кишинев, 1962, с. 3.*

⁴³ Там само, с. 16-17.

Існує чимало публікацій, які показують, що відмінні результати з реабілітації постраждалих від поліомієліту мали також американські остеопати. В одній з недавніх статей, опублікованій у цілком ортодоксальному медичному виданні, відзначається, що взагалі методи самовідновлення, розроблені постраждалими, виявилися набагато ефективнішими за безпорадне лікування, запропоноване офіційною медициною, а розгубленість медиків під час епідемій поліомієліту переконувала пацієнтів, що їм нема на кого розраховувати, крім як на себе самих. Автор відзначає, що багато методів, розроблених пацієнтами, які перенесли поліомієліт, могли б зробити величезну послугу, якщо б були зараз впроваджені у практику для реабілітації хворих з подібними враженнями нервової системи⁴⁴.

Поліовакцини

Відомо, що перше випробування вакцини проти поліомієліту відноситься до 1934 або 1935 рр. У той момент були дві експериментальні вакцини – Колмера (інактивація вірусу проводилася 1% рицинолеатом натрію) та Броди й Парку (вірус інактивували 0,1% формаліном). Вакцини готувалися зі спинного мозку мавп, штучно заражених вірусом поліомієліту. У своїй книзі проф. Вільсон пише: «Велика кількість людей, в основному діти до 15 років, одержали три дози цієї вакцини підшкірно. Повідомлення були отримані про 10 725 реципієнтів. У 10 з них розвинувся поліомієліт після першої або другої дози»⁴⁵. Броди й Парк змінили техніку інактивації, і, здавалося, тепер надійність вакцини гарантована. Однак експеримент закінчився трагедією. При новому випробуванні вакцину отримали понад 9 000 чоловік; відомо, що серед них було багато дітей та медсестер. У підсумку 12 дітей занедужали на поліомієліт протягом 6-14 днів після першого або другого щеплення, причому п'ятеро померли, а троє залишилися з важкими паралічами. Після цього всі вакцини, що випробовувалися тоді проти поліомієліту, були заборонені. Надавши інформацію про ці події до «Журналу Американської медичної асоціації», директор Служби суспільної охорони здоров'я США Дж. Лік, який контролював ці експерименти, додав, що «багато лікарів визнають подальше використання поліовірусів для щеплень людям небажаним у наш час»⁴⁶. З ним був цілком згодний й «Британський медичний журнал»,

⁴⁴ Mulder D. W Clinical observations on acute poliomyelitis *Ann NY Acad Sci* 1995 May; 753:1-10.

⁴⁵ Wilson G. S. The Hazards of Immunization. London, 1967, p. 43.

⁴⁶ JAMA 1935; 105(2):152. Цит. за Bayley B. The Story...

який заявив, що «це нещастя на значний час відстрочить майбутні зусилля такого роду. Те, що вони взагалі були розпочаті, можна пояснити лише ентузіазмом заокеанської публіки по відношенню до методів специфічної профілактики», і що «треба буде мати незвичайну сміливість, щоб знову взятися за цю проблему в клінічному її аспекті»⁴⁷.

Вакцина Солка (інактивована поліовакцина – ІПВ)

Втім, в останньому своєму припущенні «Британський медичний журнал» помилявся. Від д-ра Джонаса Солка (1914-1995) не потрібно було ніякої особливої сміливості. Його вакцина, що також спричинила величезну кількість нещасть, принесла її авторові лише почесні та лаври. Однак до нього було розпочато ще одну спробу профілактики поліомієліту, цього разу за допомогою гамма-глобуліну. Беддоу Бейлі описав у своїй книзі «Історія вакцини Солка», як гамма-глобулін, що в експериментах на мавпах у 1949 р. показав нібито чудовий захисний ефект, виявився зовсім марним у спробі по використанню його для захисту людей у США та Канаді на початку 1950-х рр.⁴⁸

У новій вакцині Солка для інактивації вірусів також використовувався формалін, однак тепер віруси вироцьувалися на нирках макак-резусів, а сама вакцина містила всі три типи вірусу, виділених Солком. Мавп тисячами ловили в індійському штаті Уттар Прадеш та літаками відправляли до США й Канади, де під анестезією хірурги видаляли їм нирки (після цього мавп умертвляли ефіром)⁴⁹. Культурі ниркових клітин заражалися окремими типами вірусів поліомієліту; після інактивації формаліном готувалася вакцина, що спочатку випробовувалася на тваринах. Польові випробування вакцини почалися у 1954 р. Гроші на дослідження збиралися добровольцями Національного фонду дитячого паралічу в рамках кампанії «Марш десятицентовиків» (March of Dimes). Було щеплено близько 2 млн. дітей у 44 штатах, однак оцінка ефективності, відповідно до твердження журналу «Лайф», була зроблена на підставі даних, отрима-

⁴⁷ *BMJ* April 4, 1936. Цит. Ibid.

⁴⁸ Там само.

⁴⁹ Мавпа є священною твариною в індуїзмі, а тому індійський уряд вжив усіх заходів, щоб цей експорт залишався в таємниці. Після загибелі від ядухи 390 мавп в аеропорті Лондона, Джавахарлал Неру, який був тоді прем'єр-міністром, намагався в березні 1955 р. заборонити подальший вилів мавп, але під натиском США й Великобританії змушений був скасувати свою заборону. За найскромнішими підрахунками, за 1953-1956 рр. у США було переправлено не менш 100 тис. мавп. Схоже, мавпи жорстоко помстилися людині за цю жакливу різню, про що мова йтиме далі в цьому розділі.

них усього з 11 штатів. Там було щеплено 200 745 дітей, а 201 229 отримали уколи плацебо – пофарбованої невідомим барвником води. Серед щеплених підтверджений лабораторно поліомієліт розвинувся в 10, а серед тих, хто отримав уколи плацебо – в 68. З цього було зроблено висновок, що ефективність вакцини може бути вище 80%. Чому була виключена статистика 33-х штатів і що це був за таємничий барвник, після уколів яким хворих дітей виявилось майже у 7 разів більше, ніж після щеплення, так і залишилося таємницею⁵⁰.

12 квітня 1955 р., виступаючи з двогодинною доповіддю перед п'ятьмастами лікарями Служби суспільної охорони здоров'я в університеті Енн Ербор (Мічиган), д-р Томас Френсіс-мол., директор Центру поліомієлітних вакцин цього ж університету, заявив, що вакцина довела свою безпечність та ефективність⁵¹. Фахівці майже одразу ж виказали великі сумніви, що отримані дані заслуговують на довіру. Насамперед, у звіті Френсіса було відсутнє порівняння рівноцінних вікових груп. Щеплені вчилися у другому класі, діти з контрольної групи були або старшими, або молодшими. Говорячи про захищеність вакциною, Френсіс під вакцинованими розумів лише тих, хто отримав дві дози вакцини. Це означало, що якщо дитина занедужувала на поліомієліт після першого щеплення, вона вважалася... нещепленою й, відповідно, зараховувалася статистикою експериментаторів до нещеплених хворих. Пізніше з'ясувалося, що таким чином були виключені зі статистики 90 осіб. У доповіді відзначалася ефективність, що варіює від 81% до 94% при бульбоспинальній формі хвороби та від 39% до 60% при спинальній паралітичній формі, а що стосується найпоширенішої непаралітичної форми хвороби, то й з усіма статистичними трюками жодної різниці між групою щеплених та контрольною групою виявлено не було. З огляду на те, що хворий навіть найм'якшою формою поліомієліту може стати носієм інфекції, підстав для хвалькуватих заяв Солка під час інтерв'ю, які він роздавав усюди і скрізь про те, що його вакцина незабаром покінчить із поліомієлітом, було небагато. Однак роздута до небес істерика стосовно поліомієліту та величезні очікування публіки заглу-

⁵⁰ *Life* April 25, 1955. Цит. за *McBean E. The poisoned needle. Suppressed facts about vaccination. 1957.*

⁵¹ Пізніше звіт Френсіса-мол. було надруковано окремою брошурою *Francis T. et al. Evaluation of the 1954 vaccine trial. Poliomyelitis vaccine evaluation center, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, 12 April 1955, 50 pp.* Як факт можна відзначити, що Джонас Солк був одним зі студентів бактеріолога Томаса Френсіса-ст. у Нью-Йорку, а разом із Френсісом-мол. у Мічиганському університеті (де Солк завдяки протекції батька й сина Френсісів одержав спеціальну стипендію) він розробляв вакцину проти грипу. Питання про те, чи було збігом те, що саме Т. Френсісу-мол. було доручено винести вердикт по вакцині Солка, я вважаю риторичним.

шили нечисленні заперечення фахівців. Всього через кілька годин після виступу д-ра Френсіса-мол. були видані урядові ліцензії на виробництво вакцини, і п'ять компаній – «Парк Девіс» (Детройт, штат Мічиган), «Каттер» (Берклі, штат Каліфорнія), «Віет» (Філадельфія, штат Пенсільванія), «Ілай Ліллі» й «Пітман Мор» (обидві – Індіанаполіс, штат Індіана) взялися до справи. Немов танки, які прямо з конвеєру відправлялися на фронт, вакцина прямо із цехів відправлялася для термінового порятунку дітей від поліомієліту. Всього за кілька тижнів було щеплено понад 5 млн. чоловік.

Грім ударив 26-го квітня, коли з'явилося перше повідомлення про 6 дітей, які занедужали на поліомієліт після щеплень. Всі вони були щеплені вакциною фірми «Каттер». Вакцина була негайно відкликана, але було вже запізно. Захворювання продовжували реєструватися, і кілька випадків відносилися до компанії «Віет». 12 травня щеплення проти поліомієліту були тимчасово припинені. Пізніший розгляд встановив, що всього з вакцинами було пов'язано 260 випадків поліомієліту; 94 у щеплених (59 – у паралітичній формі), 126 випадків у родинах щеплених (101 – у паралітичній формі) та 40 випадків припадали на контакти в оточенні (32 – у паралітичній формі). У низці випадків носіями інфекції ставали батьки, що доглядали за своїми хворими дітьми, – заразившись від них і не захворівши самі, вони заражали інших. Померло 10 чоловік (5 щеплених і 5 контактуючих зі щепленими), деякі залишилися з важкими паралічами. Провину було покладено на дві серії з восьми, вироблених компанією «Каттер». Через помилки у процесі інактивації вірусу, він залишався «недовбитим», і діти отримували щеплення справжніми, дбайливо зрощеними вірусами поліомієліту всіх трьох типів⁵². З 60 позовів, поданих проти «Каттер», 54, на загальну суму понад 3 млн. доларів, задовольнили. Звертала на себе увагу непропорційно велика кількість хворих серед контактуючих, що було нехарактерно для «нецивілізованого» поліомієліту.

⁵² Розслідування цієї події порушило питання про те, чи можлива, навіть теоретично, гарантовано успішна інактивація вакцинних вірусів формаліном. Зокрема, з тієї причини, що віруси можуть «злипатися» та покриватися протеїновим «сміттям». Формальдегід не руйнує, а навпаки, зміцнює таку структуру. Збільшення концентрації формальдегіду робить використання вакцини безглуздом, тому що губляться всі вакцинні властивості вірусів, а якщо брати формаліну недостатньо, то підвищується ризик виживання вірусів. Див. *Veldee M. V. // New Engl J Med 1955; 253:483*. Цит. за *Wilson G. S. The Hazards...* р. 46. Фахівець із нервових захворювань з Оксфорду д-р Річі Рассел заявив: «Коли поліомієліт «вкидається» щепленням, то природні захисні сили організму, вірогідно, виявляються неефективними. Тому майже всі такі випадки розвиваються у паралітичну форму хвороби, яка вражає ту кінцівку, в яку робилось щеплення» (*Lancet May 21, 1955; p. 1071*. Цит. за *McBean E. The poisoned...*).

Журналіст Джеймс Сполдінг написав у «Мілуокі джорнел» 15 травня 1955 р.: «Національний інститут дитячого паралічу й Служба суспільної охорони здоров'я США використали в історії з поліовакциною політику приховувань та обману. В результаті цього американські лікарі були позбавлені можливості ознайомитися з вкрай важливою інформацією про проблеми, пов'язані з тестуванням і виробництвом вакцини Солка... Якби лікарі одержали доступ до такої інформації, то їхня думка могла б змусити ці організації вжити заходів, здатних запобігти випадкам зараження дітей поліомієлітом через вакцини. Тому замовчування й брехня почалися ще до польових випробувань вакцини... Американській медичній асоціації не було сказано про те, що дорадчий комітет Служби суспільної охорони здоров'я США майже цілком складається з людей, які отримують гроші від Національного фонду дитячого паралічу, і саме вони підганяли введення в практику вакцини Солка навіть після того, як було виявлено, що вона небезпечна... Коли у травні представники організацій охорони здоров'я зібралися в Атланті, вони розраховували почути про проблеми, пов'язані з вакциною Солка. Замість цього у своєму виступі вчений зі Служби суспільної охорони здоров'я заявив, що йому не дозволено говорити про те, що відбулося, тому що це може поставити під загрозу процес інвестування фармацевтичних компаній у розробку вакцин»⁵³.

Здоров'я дітей, у зворушливій турботі про яких традиційно розгортаються гучні кампанії з виробництва та збуту вакцин, насправді виявилось куди менш важливим, ніж інвестиції фармацевтичних компаній! У червні Головний хірург США д-р Шил заявив у виступі перед фахівцями, що «вакцина Солка є складною для виробництва й безпечністю жодної її партії не була доведена перед тим, як нею стали щепити дітей»⁵⁴.

Після двотижневої перерви щеплення були відновлені – широкому загалу пояснили, що мова йшла про прикру випадковість. Результати, втім, знову виявилися пригнічуючими. До осені 1955 р. повний провал «рятівної» вакцинальної кампанії став очевидний. На хвилі солковських щеплень захворюваність на поліомієліт у багатьох штатах не тільки не знизилася, але, навпаки, зросла. Масачусетс до 30 серпня 1955 р. мав 2027 хворих проти 273 за рік до того. У деяких інших штатах співвідношення до серпня-вересня 1955 р. було таким: Вермонт – 55-15, Вісконсин – 165-326, Коннектикут – 276-144, Мен – 74-43, Меріленд – 189-134, Нью-Гемпшир – 129-38,

⁵³ Ibid.

⁵⁴ *New York Times*, June 8, 1955. Цит. за Ibid.

Нью-Йорк – 764-469, Род-Айленд – 122-22. У деяких штатах щеплення були припинені вже влітку. Д-р Пітерсон, директор Служби суспільної охорони здоров'я Айдахо, своїм наказом припинив щеплення 1 липня 1955 р., заявивши, що покладає всю відповідальність за спалах поліомієліту, який вбив семерих та відправив до госпіталю 79, на вакцину Солка та її виробників. До вересня в штаті було зареєстровано 190 випадків захворювання, коли за рік до того їх було 132. У Юті щеплення були заборонені 12 липня. Навіть у тих штатах, де було зареєстроване зниження захворюваності, воно було настільки незначним, що його можна було віднести за рахунок чого завгодно: Нью-Джерсі – 295-298, Нью-Орлеан – 22-25, Чикаго – 235-281, Південна Кароліна – 210-224⁵⁵.

Читач, імовірно, здивується, довідавшись, що за таких безсумнівних «успіхів» вакцини Солка, захворюваність на поліомієліт у США в 1955 р. відповідно до статистичних звітів *знизилася*. Однак пояснюється це просто. Ще до того, як вакцина Солка з'явилася на ринку щеплень США, її успіх було забезпечено звичайною зміною діагностичних критеріїв. До 1954 р. було достатньо симптомів паралічу, двічі виявлених при дослідженні хворого та триваючих протягом 24 годин, щоб пацієнт одержав діагноз поліомієліту. Не було потрібно ніяких лабораторних аналізів або перевірки, що ж відбудеться з пацієнтом пізніше. Однак, коли під час польових випробувань вакцини Солка з'ясувалося, що поліомієліт може виникнути через тривалий час після зробленого щеплення, то вирішено було змінити критерії діагнозу. Тепер було потрібно, щоб параліч виникав через 10-20 днів від початку хвороби, і повинен був залишатися ще принаймні 40-50 днів. Таким чином, поліомієлітом стало фактично нове захворювання: *паралітичний поліомієліт із тривалим паралічем*. А оскільки зазвичай паралітичний період триває не довше декількох днів, то при таких діагностичних мірилах зрозуміло, що навіть дистильована вода могла б стати чудовою, ефективною вакциною. Крім того, було зроблено ще одну важливу зміну: починаючи з 1955 р. діагноз поліомієліту має підтверджуватися лабораторними аналізами. Після того, як було ухвалено таке рішення, з'ясувалося, що величезна кількість випадків, які вважалися раніше безсумнівним поліомієлітом, були інфекціями, викли-

⁵⁵ *American Capsule News* October 15, 1955. Цит. за *McBean E. The poisoned... Терміново зроблена «робота над помилками»,* втім, не запобігла новим нещастям. Наприклад, в Англії у 1962-1964 рр. провина щеплення солківською вакциною була доведена (за збігом часу) для 331 випадку, з них 278 паралітичних і 53 непаралітичних (*Wilson G. S. The Hazards... p. 47*).

каними вірусами з групи Коксакі або ЕСНО⁵⁶, що викликають симптомокомплекс, який не відрізняється від поліомієлітного, але тепер іменується асептичним менінгітом. Наприклад, «у Шотландії, при обстеженні матеріалів, зібраних у 1959 р., коли спостерігалось 96 випадків асептичного менінгіту й тільки 10 паралітичних випадків, не виділено жодного штаму поліовірусу»⁵⁷. Зрозуміло, що якщо б це сталося чотирма-п'ятьма роками раніше, всі 96 постраждалих були б оголошені хворими на поліомієліт, а преса й радіо кричали б, що відсутність щеплення проти цієї хвороби – злочин проти людства.

Таким чином, ретельне дослідження гострих м'явих паралічів, які до появи вимоги про обов'язкову лабораторну діагностику вважалися безсумнівною ознакою поліомієліту, виявляє, що поліомієліт аж ніяк не є головною причиною. Наприклад, при вивченні 19 хворих ГМП у Домініканській республіці в період з липня по листопад 2000 р., з'ясувалося, що на поліомієліт хворіють лише шестеро⁵⁸. Цікаво тут те, що протягом 1996-1999 років ГМП реєструвалися в Домініканській республіці постійно, із частотою від 4 до 24 випадків щорічно. ВООЗ перевіряла всі ці випадки... і жодного разу не виявляла поліомієліт. Два великі спалахи ГМП сталися одразу після Національних днів імунізації проти поліомієліту в Бахреїні у 1995-96 рр. Під час першого з них постраждало 286 дітей, під час другого – 169 (майже всі були у віці до 12 років). І знову: якщо б це було на початку 1950-х рр., тоді всі хворі, безсумнівно, отримали б діагноз поліомієліту. Однак ВООЗ

⁵⁶ У Канаді з 1924 по 1951 рр. всі випадки поліомієліту – у будь-якій його формі – ішли в статистичних звітах під загальною назвою “поліомієліт”. Проте, у 1952 р. було вирішено, що поліомієлітом повинні вважатися тільки паралітичні форми цієї хвороби. На питання, що ж робити з переважною частиною непаралітичних форм поліомієліту, була отримана відповідь у 1959 р. — всі непаралітичні випадки відносити до вірусного (асептичного) менінгіту. А оскільки масові щеплення проти поліомієліту співпали з діагностичними нововведеннями, то їм і приписали зменшення захворюваності поліомієлітом, що, природно, було прямим наслідком зміни в класифікації хвороб. У 1959 р., коли вперше непаралітичний поліомієліт перетворився у вірусний менінгіт, було зареєстровано десятикратне збільшення захворюваності цим менінгітом. У наступні роки кількість випадків поліомієліту різко зменшилася, але число випадків “вірусного менінгіту” продовжило обчислюватися сотнями з різким зростанням кожні 3-5 років. Поліомієліту стало менше, вірусного менінгіту – більше. Загальне число ГМП при цьому залишалось практично незмінним, тому що зміна місць додатків суму не змінила. Див. *Diodati C. J. M. Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, pp. 114-119.* З останніх повідомлень такого роду — після масових щеплень від поліомієліту число випадків ГМП в Афганістані у 1999-2000 рр. зросло з 230 до 253, а число випадків поліомієліту знизилось з 63 до 28 (*Progress toward poliomyelitis eradication. Afghanistan, 1999-2000. MMWR March 2, 2001.*)

⁵⁷ *Ворошилова М. К.* Иммунология, эпидемиология и профилактика полиомиелита и сходных с ним заболеваний. М., 1966, с. 376.

⁵⁸ *Outbreak of poliomyelitis Dominican Republic and Haiti, 2000. MMWR December 8, 2000.*

встановила, що майже в половині випадків (44% досліджених зразків під час першого спалаху та 45,5% під час другого) винні ЕСНО-віруси, а в інших випадках причину встановити не вдалося. Таким чином, постраждалих від поліомієліту, а точніше від щеплень проти поліомієліту, не виявилось взагалі⁵⁹. За даними сайту Федерального центру держсанепіднагляду РФ, в останні роки у РФ реєструється щорічно від 350 до 500 випадків ГМП у дітей. Навряд чи можуть бути сумніви, що значна частина з них викликається різноманітними щепленнями, у першу чергу оральною поліовакциною (ОПВ) та АКДП. Відзначу також, що картина ГВП може викликатися не тільки ентеровірусами (тобто поліовірусами, Коксакі-вірусами й ЕСНО-вірусами), але, імовірно, також і вірусами, які належать до зовсім інших груп. Так, описано випадок, коли типову картину поліомієліту було зареєстровано в інфікованого вірусом Епштейна-Барр, що викликає інфекційний мононуклеоз⁶⁰.

Зрозуміло, що виникає цілком логічне запитання: а чи були епідемії поліомієліту, що викликали суспільну паніку й підштовхнули на ринок поліовакцини, дійсно епідеміями поліомієліту, або ж мова йшла про якісь інші захворювання? Адже діагноз ставився практично винятково за картиною ГМП! Введення нових діагностичних критеріїв унеможливило об'єктивне порівняння захворюваності до й після початку щеплень.

Однак трагедія, пов'язана з поліовакцинами, виявилася набагато страшнішою ніж кілька сотень випадків смертей і паралічів...

Історія SV-40 та ВІЛу

У 1959 р. Бернайс Едді (1903-1989), дослідниця з американського Національного інституту здоров'я (NIH), вирішила, нарешті, вивчити дивне явище, на яке звернула увагу ще у 1955 р. Культури клітин мавпячих нирок, на яких вирощувалися поліовіруси, гинули самі по собі, без будь-якого втручання ззовні й без жодної причини. Двічі вона повідомляла про це своєму керівництву в доповідних записках, і обидва рази її повідомлення були зігноровані. У 1959 р. д-р Едді приготувала екстракт ниркової тканини, взятої в десяти мавп, і підшкірно ввела його 23 новонародженим хом'якам. Протягом 9 місяців у 20 з них розвилися величезні підшкірні злоякісні пухлини, від яких усі вони пізніше

⁵⁹ *Khalfan S. et al. Epidemics of aseptic meningitis due to enteroviruses following national immunization days in Bahrain Ann Trop Paediatr 1998 Jun; 18(2):101-9.* Про можливість інших ентеровірусів викликати ГМПО див. також *Chaves S. S. et al. Coxsackie virus A24 infection presenting as acute flaccid paralysis Lancet 2001; 357:605.*

⁶⁰ *Wong M. Poliomyelitis-like syndrome associated with Epstein-Barr virus infection Pediatr Neurol 1999 Mar; 20(3):235-7.*

загинули. З'ясувалося, що причиною цього був невідомий вірус. Цей ДНК-утримуючий вірус виявився більше стійким, ніж вірус поліомієліту, а тому заходи, яких вживали для інактивації вірусу поліомієліту, йому не завдавали шкоди. Як і аденовіруси (також ДНК-віруси), цей вірус міг викликати розвиток пухлин у біологічних видів, які не були його природними власниками. У липні 1960 р. д-р Едді надала свої знахідки Джозефу Смейделю, який очолював біологічне відділення інституту, додавши, що, імовірно, причиною розвитку пухлин став невизначений вірус мавп. Не бажаючи дійти до суті справи, той одразу ж заявив, що мова йде про нешкідливі підшкірні «шишки» і попередив Едді, щоб та не лізла не у свою справу. Однак того ж року в лабораторіях «Мерк» у Пенсільванії лікарі Бен Світ та Моріс Хіллеман вирізнили цей вірус. Оскільки це був 40-й вірус, знайдений у нирках макак резус, то його назвали SV (simian virus) – 40. У той час як нові й нові мільйони американців отримували вакцину Солка, у СРСР та східноєвропейських країнах випробовувалася вакцина Себіна, що, як пізніше з'ясувалося, також була заражена SV-40. На початку 1961 р. відбулася таємна нарада чиновників охорони здоров'я та виробників поліовакцин, на якій виробники оголосили, що SV-40 безпечний для людей. Проте, у березні того ж року Служба охорони здоров'я США наказала виробникам подбати про відсутність вірусу у всіх майбутніх вакцинах. При цьому ніхто з чиновників не вимагав відкликати з ринку заражені серії вакцин, і ніхто не повідомив населенню про те, що виявлений вірус викликає ракові пухлини у лабораторних тварин.

Таємне, як відомо, завжди стає явним, і чекати викриття довелося не надто довго. Вже 21 липня 1961 р. «Нью-Йорк Тайм» повідомила, що «Мерк» й інші виробники припинили випуск поліовакцин і займаються пошуком способів видалити з них якийсь мавпячий вірус. У відповідь на запит Служба охорони здоров'я заявила, що не має у своєму розпорядженні доказів того, що цей вірус може становити небезпеку. У 1962 р. почалися епідеміологічні дослідження. Молодий випускник Гарварда д-р Джозеф Фромені, який прийшов на роботу до Національного інституту раку, досліджував із двома своїми колегами наявні зразки вакцин Солка випуску травня й червня 1955 р., перших місяців загальнонаціональної вакцинальної кампанії. Вакцини умовно були поділені на 3 групи – з високим, середнім і низьким вмістом SV-40, після чого дослідники порівняли смертність від раку шести-восьмирічних дітей, які раніше отримали щеплення від поліомієліту. Згідно з одержаними даними, опублікованими в «Журналі Американської медичної асоціації», різниці в смертності між штатами, які отримали вакцини з високим, середнім або низьким вмістом SV-40, а також зі штатами, які отримали вакцини без вірусу SV-40, виявлено не було. Протягом тривалого

часу американська медична адміністрація використовувала ці дані як свідчення того, що SV-40 є безпечним для людини⁶¹. У 1976 р. Фромєні повернувся до теми SV-40. Він досліджував групу підлітків (у переважній більшості – вихідців з малозабезпечених негритянських родин), які на початку 1960-х рр. були об'єктом вакцинальних експериментів в одному з госпіталів Клівленда. Тоді лікарі-експериментатори займалися визначенням безпечності різних доз вакцин, і немовлята отримували дозу вакцини, що у 100 (!) разів перевищувала дозу для дорослих. Переважно їх щепили живою поліовакциною Себіна, що, як було встановлено, також була контамінована SV-40. Впродовж 1976-79 рр. Фромєні та його помічники розіслали анкети підліткам й, одержавши відповіді, дійшли до висновку, що жодних проблем зі здоров'ям SV-40 не створює. Але вони визнали, що недостатня кількість людей (менш половини) надала відповіді, й пухлини можуть розвинутися через 17-19 років і навіть більше, що ризик нанесення шкоди здоров'ю внаслідок зараження оральною вакциною нижче, ніж він може бути при зараженні вакциною ін'єкційною. Проте, результати дослідження були опубліковані, і федеральний уряд вирішив, що на вивченні вірусу можна ставити хрест. Але все виявилось далеко не таким простим і прозорим, як це здавалося на рівні епідеміологічних досліджень. Справжні відкриття й справжній шок від них були ще попереду. У 1988 р. два бостонських вчених, д-р Роберт Гарсія та його асистент д-р Джон Бергзагель, досліджували пухлини людського мозку, використовуючи незадовго до того розроблену технологію полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), і виявили в більш ніж половині новоутворень (пухлин судинного сплетення й епітеліальних пухлин шлуночків мозку в дітей) незрозумілу ДНК, що при ближчому розгляді виявилася ДНК вірусу SV-40⁶². Власне, вони не були першими, хто виявив цей вірус у людських пухлинах. У 1979 р. колектив американських дослідників написав статтю, яка мала

⁶¹ У СРСР історія з вірусом SV-40 також не залишилася без уваги вчених (але аж ніяк не широкого загалу). В архівах Мінохорони здоров'я СРСР є інформація про те, що на Всесоюзній конференції з проблеми безпеки вірусних вакцин та вакцинопрофілактики грипу, кору й віспи, що відбулася 8-10 липня 1968 р. у Москві, у низці доповідей було «показано, що культури нирок мавп (у т.ч. зелених мавп), навіть після встановленого карантину, контаміновані в 50-90% випадків латентними вірусами... Конференція рекомендує... вважати неприпустимим використання для виробництва живих вірусних вакцин тканини дорослих тварин, особливо мавп, найбільш контамінованих різними вірусами, зокрема й патогенними для людини. Сама система використання дорослих диких тварин, з невідомим анамнезом, не дозволяє гарантувати від заносу ще невідомих або поки не визначених вірусів» (ГАРФ, фонд 8009, опись 50, дело 76, л. 25-26). Однак і тепер поліовіруси для вакцини Себіна вирощуються на первинній культурі клітин нирок африканських зелених мавп (*Медуницян Н. В. Вакцинология. М., 1999, с. 161*).

⁶² *Bergsagel D. J. et al. DNA sequences similar to those of simian virus 40 in ependymomas and choroid plexus tumours of childhood N Engl J Med 1992; 326:988-993.*

назву «Вплив поліовакцини, зараженої SV-40, на частоту та тип пухлин центральної нервової системи в дітей: популяційне дослідження». Було виявлено значне збільшення частоти пухлин мозку в дітей, чиїм матерям робилися щеплення вакцинами, зараженими SV-40. Вчені писали: «Наприкінці 1950-х та початку 1960-х рр. відбулося збільшення частоти пухлин центральної нервової системи, виявлених у дітей, як це було зареєстровано в Онкологічному реєстрі штату Коннектикут. З 1955 по 1961 рр. у Коннектикуті використовувалася поліовакцина, яка, як це пізніше з'ясувалося, була заражена SV-40. На тваринних моделях SV-40 викликав пухлини центральної нервової системи... Особливо значним було збільшення кількості гліом (астроцитома, спонгіобластома й мультиформна гліобластома) у дітей, що народилися в 1956-62 рр. Серед пацієнтів з медулобластомою 10 з 15 були заражені SV-40. Цей рівень значно вищий, ніж у контрольній групі (дітей без пухлин мозку)... SV-40 здатний вибірково викликати злоякісні пухлини. Насамкінець ми демонструємо чіткий зв'язок між інфікуванням SV-40 та розвитком медулобластоми й... частотою гліом»⁶³. Однак до появи методу ПЛР методи ідентифікації були досить примітивні й не могли бути надійним доказом наявності вірусу. Метод ПЛР був незмірно достовірнішим та точним, і не зважати на дослідження, зроблені з його допомогою, було вже не можна. Особливо насторожував той факт, що хоча діти не могли одержати контаміновані поліовакцини, вірус був присутній у їхніх пухлинах! Це могло означати тільки одне: вірус виявився здатним поширюватися й вертикально – від матері до дитини.

Наступний крок у дослідженні вірусу SV-40 було зроблено лікарем Мішелем Карбоуном, який виявив, що ін'єкція речовини, що містить цей вірус, викликає в хом'яків розвиток не тільки злоякісних пухлин у місці уколу, але й рідкого виду раку середостіння – мезотеліоми, вирішив перевірити зразки цієї пухлини, які зберігаються в Національному інституті здоров'я. До 1950-х рр. ця пухлина зустрічалася винятково рідко, але згодом її частота почала різко зростати, що відносили на рахунок попереднього контакту з азбестом. Щоправда, приблизно у 20% хворих підтвердження роботи з азбестом не виявилось, але цьому факту великого значення не надавали. Карбоун досліджував 48 зразків і в 28 з них він знайшов SV-40⁶⁴. Він також виявив SV-40 в

⁶³ Farwell J. R. et al. Effect of SV40 virus-contaminated polio vaccine on the incidence and type of CNS neoplasms in children: a population-based study *Trans Am Neurol Assoc* 1979; 104:261-4.

⁶⁴ Carbone M. et al. Simian virus 40-like DNA sequences in human pleural mesothelioma *Oncogene* 1994; 9:1781-1790.

⁶⁵ Carbone M. et al. SV40-like sequences in human bone tumours *Oncogene* 1996; 13:527-535.

інших злякисних пухлинах людини, а саме в остеосаркомах⁶⁵. Слідом за цими публікаціями з'явилися й інші, що вказували на наявність SV-40 у злякисних пухлинах.

Проблема полягала ще й у тому, що *всі* зразки всіх вакцин періоду 1955-1963 рр. були цілком завбачливо знищені владою, а тому залишалося незрозумілим, скільки ж саме серій вакцини й якою кількістю вірусу були інфіковані. Допомога з'явилась несподівано. Д-р Герберт Ратнер, який був директором Служби суспільної охорони здоров'я в Оук Парк (Іллінойс), професор кафедри профілактичної медицини та суспільної охорони здоров'я медичного факультету університету в Чикаго, редактор «Бюлетеня Американської асоціації лікарів Служби суспільної охорони здоров'я», у 1997 р., незадовго до своєї смерті, зв'язався з Мішелем Карбоуном, і передав йому сім запечатаних пробірок з поліовакциною, які зберігалися в нього замороженими з 1955 р. Він зберігав ці пробірки впродовж 42 років, очікуючи на можливість довіритися кому-небудь і віддати їх. Таку людину він знайшов в особі д-ра Карбоуна і не помилився. Це була остання послуга, яку чесний вчений зробив людям у боротьбі проти вакцинального істеблшменту⁶⁶. Ці сім пробірок з поліовакциною, що дивовижним чином потрапили до Карбоуна, дозволили йому зробити нове й дуже важливе відкриття. Те, що всі вакцини з пробірок Ратнера були, як і очікувалося, заражені SV-40, здивувати вже не могло⁶⁷. Однак Карбоун виявив *інший штам* SV-40, який він назвав «первинним». Хоча виробники, як їм і було наказано, переключилися в 1961 р. з макак резус на зелених африканських мавп, у яких не було вірусу SV-40, вони продовжили використання потенційно заражених штамів, вирощених на тканинах нирок макак резус, для ініціації процесу виробництва вакцини. Виробники перевіряли, чи не прослизнув вірус SV-40 у серіях тестів тривалістю у два тижні. Але коли Карбоун повторив ці тести, він виявив, що інший, повіль-

⁶⁶ Не говорячи про численні публікації Герберта Ратнера у 1950-60-х рр., в яких він протестував проти фальсифікації даних досліджень і проти розгнужданої пропаганди щеплень, можна відзначити, що у травні 1960 р. д-р Ратнер головував на нараді експертів у рамках 120-го щорічного збору Медичного товариства Іллінойсу. Експерти обговорили зростання кількості випадків паралітичної форми поліомієліту в США. Матеріали наради були опубліковані в серпневому номері «Медичного журналу Іллінойсу» за 1960 р., вони затаврували вакцину Солка як безсумнівне шахрайство. Д-р Ратнер був філософом, теологом, прихильником домашніх пологів та багатодітних родин, активістом «Міжнародної Молочної ліги», у якій він і педіатр Роберт Мендельсон, який неодноразово згадується в цій книзі, були членами Медичного консультативного комітету.

⁶⁷ Вважається, що вірусом SV-40 були заражені як мінімум 30% всіх вакцин Солка, які тоді вироблялися. Див. *Shah K., Nathanson N. Human exposure to SV40: review and comment Am J Epidemiol 1976; 103:1-212.*

но зростаючий «первинний» штаб SV-40, вимагає 19 днів для виявлення. В опублікованому звіті про результати дослідження вакцин, отриманих від Ратнера, Карбоун відзначив, що є ймовірність того, що «первинний» SV-40 роками вислизав від скринінг-тестів виробників та продовжував інфікувати щеплених і через багато років після 1962 р. Цілком імовірно, що цей вірус проникає й у нинішні поліовакцини. У розділі про кашлюк я згадував родину Горвін, батьків дворічного Олександра, який помер від медулобластоми у січні 1998 р. У всіх п'ятьох незалежних лабораторіях, куди тканина з пухлини була відправлена на дослідження, методом ПЛР було підтверджено наявність SV-40. Парадокс же полягав у тому, що в пуповинній крові, збереженій після пологів, цей вірус виявлений не був. Таким чином, у момент пологів і мати, і син носіями вірусу не були. Дитина була інфікована ним пізніше. Батьки вважають, що поліовакцина «Оримьюн» (виробник – компанія «Ледерле»), щеплення якою одержав Олександр, була заражена SV-40. На доказ цього експерт, запрошений ними як свідок позивача (родина Горвін подала позов до Центрального окружного суду Каліфорнії проти власника «Ледерле», компанії «Американ Хоум Продактс»), заявив, що вакцина «Оримьюн» виробляється на основі «насінного фонду» вірусів, отриманих ще Себіним; при цьому «Ледерле» не змогла надати жодних доказів, що вона знайшла техніку ефективної нейтралізації SV-40, або що вона знищила заражені культури (старий вакцинальний принцип «Не пропадати ж добру!» – замість знищення культур «Ледерле» вибрала проведення повторних перевірок серій вакцин на основі цих культур)⁶⁸. Бюрократичні зачіпки дозволили вакцинаторам вийти й цього разу сухими з води, суд у 2003 р. відхилив позов. Цю історію я навожу винятково для того, щоб показати, що проблема видалення SV-40 з вакцин, можливо, й дотепер не знайшла свого рішення. На жаль, матеріалів про оригінальні дослідження зв'язку SV-40 з пухлинами в радянській або російській науковій літературі мені виявити не вдалося.

У квітні 2001 р. у Чиказькому університеті зібралася конферен-

⁶⁸ Заради справедливості варто визнати, що «Ледерле» мала на це право. Затверджені 25 березня 1961 р. зміни у федеральних правилах, що стосуються виробництва оральних поліовакцин, не вимагали повної відмови (discarding) від заражених культур, але лише вводили додаткові критерії контролю, серед яких і двотижнєве спостереження, що, як було показано Карбоуном на вакцинах Г. Ратнера, могло бути недостатнім. Крім того, як довели пізніше, запропоноване двотижнєве спостереження виявилось неспроможним не тільки через стислість спостереження, але й тому, що воно опиралося на кількісні показники присутності SV-40. Вірус у кількості нижче обумовленого чутливістю методу міг залишатися у вакцинах.

ція з SV-40, на якій були присутні понад 60 вчених з різних країн. Практично всі доповідачі підтвердили, що вірус SV-40 виявляється в людських пухлинах. Цікаво, що на конференції пролунала пропозиція... створити вакцину проти SV-40. Я думаю, читачі згадають про схожу пропозицію створити вакцину проти оперізуючого герпесу, захворюваність на який почала зростати услід за поширенням щеплень проти вітряної віспи. Спочатку через щеплення люди починають страждати від нових хвороб, потім проти цих хвороб шукають вакцину, що, у свою чергу, також стане причиною яких-небудь недуг, і для запобігання ним буде потрібна нова вакцина... Невже так і буде крутитися нескінченне колесо «щеплення-хвороби-щеплення» на радість виробникам та розповсюджувачам вакцин?

Наприкінці червня 2004 р. на конференції в Роквіллі (Меріленд) невгамовний Карбоун повідомив про свою нову знахідку. Вивчивши збережені в США зразки радянської живої поліовакцини кінця 1960-х рр., він виявив SV-40 і там. Тоді Карбоун проаналізував метод знищення SV-40 хлоридом магнію, що застосовувався у СРСР, і дійшов до висновку, що той був ефективний на 95%. Таким чином, радянські вакцини, які розсилалися по всім соцкраїнам, а також у Японію (за деякими відомостями їх придбали близько 100 держав), були також контаміновані мавпячим вірусом. Д-р Костянтин Чумаков, син акад. М. П. Чумакова (1909-1993), «батька радянської поліовакцини» (див. нижче), який нині працює при Управлінні контролю за харчовими продуктами й ліками (FDA), відправився до Москви, щоб розібратися з питанням щодо зараження вакцин SV-40. На жаль... Читачі вже можуть здогадатися, що ніяких зразків вакцин тих років не збереглося. Як, втім, і документації...⁶⁹

Сьогодні вже не викликає сумнівів, що SV-40 перебуває в людських пухлинах. Питання лише в тому, яку саме роль відіграє цей вірус у їх розвитку. Провідні спеціалісти вважають SV-40 канцерогеном класу 2A⁷⁰. Молекулярні дослідження допомогли встановити, що ДНК цього вірусу здатна вбудовуватися до ДНК окремих клітин хазяїна. Однак, якщо у звичайних клітинах неконтрольоване розмноження вірусу призводить до їхньої загибелі, то у клітинах нервової й мезотеліальної тканин вірус здатний придушувати функцію гена, який блокує зростання пухлин, і в такий спосіб вірусу вдається вижити. Передбачається, що ці особливості вірусу пояснюють, чому ракові клітини, які містять SV-40, більш стійкі до радіаційної терапії

⁶⁹ Bookchin D. Vaccine scandal reveals cancer fears *New Scientist* July 10, 2004.

⁷⁰ Gazdar A. F. et al. SV40 and Human Tumours: Myth, Association or Causality? *Nat Rev Cancer* 2002; 957–64.

та хіміотерапії. Що ж стосується азбесту, то він, імовірно, відіграє роль так званого соонкогену, придушуючи імунну відповідь, спрямовану на знищення клітин, які стрімко утворюються ⁷¹.

Ще одна обговорювана нині гіпотеза, пов'язана з поліовакцинами, має відношення до появи синдрому набутого імундефіциту (СНІД). Вперше припущення про те, що вірус імундефіциту людини (ВІЛ), який невідомо звідки взявся та продовжує поширюватися земною кулею, пов'язаний із зараженими поліовакцинами, пролунало на початку 1990-х рр. Вчені все більше сходилися в думці, що один з різновидів вірусу (ВІЛ-1) має своїм попередником вірус, який мав подібні властивості, притаманні шимпанзе. Питання, головним чином, полягало в тому, коли й яким чином він зміг перетнути міжвидовий бар'єр⁷². Пропонувалося декілька теорій, серед яких були і досить екзотичні (використання крові шимпанзе для посилення статевого збудження, досліди на людях, коли їм вводилася кров шимпанзе з метою з'ясувати, чи гинуть у крові людини малярійні плазмодії, які є у приматів й ін.); найбільшу популярність мала теорія випадкового зараження, відповідно до якої вірус шимпанзе інфікував одного з мисливців на шимпанзе після випадкового порізу. У 1991 р. співробітник Каліфорнійського університету в Сан-Франциско Блейн Елсвуд висловив свою гіпотезу, яка пов'язувала появу СНІДу з кампанією масового використання живих поліовакцин кінця 1950-х рр., віруси для яких вирощувалися на культурах нирок шимпанзе. У деталях ця версія була викладена у статті Томаса Куртиса «Про походження СНІДу»⁷³. У 1994 р. ця ідея була далі розвинена Елсвудом та Стрікером у журналі «Медичні гіпотези». Автори навели докази того, що поширення СНІДу, яке розпочалося з Екваторіальної Африки, й масові кампанії вакцинації місцевого населення поліовакциною у 1957-1959 рр. можуть бути пов'язані між собою⁷⁴. Трьома роками пізніше у тому ж журналі два інші вчені, Рейнхардт і Робертс, продовжили тему⁷⁵.

⁷¹ Відносно можливих молекулярних механізмів онкогенезу за участю SV-40 див., наприклад, *Matker C. M.* The biological activities of simian virus 40 large-T antigen and its possible oncogenic effects in humans *Monaldi Arch Chest Dis* 1998 Apr; 53(2):193-7 або *Mutti L. et al.* Simian virus 40 and human cancer *Monaldi Arch Chest Dis* 1998 Apr; 53(2):198-201.

⁷² Є, принаймні, один сучасний приклад, коли щеплення допомогли вірусу перескочити міжвидовий бар'єр: раптово спалахнула епідемія собачого парвовірусу була, цілком ймовірно, викликана лабораторною помилкою – у собачу вакцину потрапив вакцинний вірус котячої панлейкопенії.

⁷³ *Curtis C.* The Origin of AIDS *Rolling Stone* 19 March 1992; 626:54-59, 61, 106, 108.

⁷⁴ *Elswood B. F., Stricker R. B.* Polio vaccines and the origin of AIDS *Med Hypotheses* 1994 Jun; 42:347; 54-74.

⁷⁵ *Reinhardt V., Roberts A.* The African polio vaccine-acquired immune deficiency syndrome connection *Med Hypotheses* 1997 May; 48:367.

Наступний за важливістю крок був зроблений не вченим, а журналістом, співробітником «BBC», Едвардом Гупером, який опублікував у 1999 р. свою книгу в тисячу сторінок під назвою «Ріка: подорож до джерел ВІЛу і СНІДу», що швидко стала бестселером⁷⁶. Своєю книгою та пізнішими дослідженнями Гупер намагався внести ясність у це питання й підтвердити теорію, яка виявилась дуже й дуже не до вподоби владі. Гупер вважає, що початок СНІДу дала так звана СНАТ-поліовакцина, якою в 1957-1960-х рр. були щеплені понад один мільйон африканців. Щеплення робилися на територіях Бельгійського Конго та Руанди-Урунди, яка перебувала під контролем Бельгії (зараз Демократична Республіка Конго, Руанда і Бурунді). Для виготовлення вакцин використовувалися культури ниркових клітин макак резус, гвінейських бабуїнів та зелених мавп. Не повіривши заявам тих, хто брав участь у тих далеких подіях, і провівши величезну дослідницьку роботу (для чого він декілька разів їздив з експедиціями до Центральної Африки), Гупер встановив, що для виробництва деяких СНАТ-вакцин у групі дослідника Хіларі Копровскі використовувалися також і шимпанзе; до закриття експериментальної станції у 1960 р. (почалося повстання, через яке бельгійцям довелося залишити Африку) до неї було переправлено близько 600 шимпанзе. Себін зі своїми вакцинами експериментував на росіянах (див. нижче), а Копровскі – на африканцях; кожен прагнув випередити супротивника, кожен поспішав стати рятівником світу від поліомієліту. Книга Гупера наробила стільки галасу й обіцяла мати такі наслідки, що у вересні 2000 р. Королівське товариство зібрало в Лондоні свою конференцію, на якій виступили сам Хіларі Копровскі й відомий американський вакцинатор Стенлі Плоткін, який колись був асистентом Копровскі. У своїх доповідях вони заявили, що були проведені дослідження збережених зразків СНАТ-вакцин, і ніяких вірусів там виявлено не було; на підставі цього, на їхню думку, гіпотеза цілком спростована. Однак ні Гупера, ні його численних прихильників це не зупинило. «Ріка» Гупера перевидається постійно, щоразу все з новими фактами, які свідчать на користь гіпотези про вакцинне походження ВІЛ-1. Крім того, у процесі збору свідчень розкрилися досить непривабливі факти тиску на свідків, спроб підкупу та шантажу, тиску на наукову пресу для того, щоб не публікувалися дослідження, що можуть назавжди підірвати довіру населення до вакцин і стати приводом для позовів у мільярди доларів. Так що до кінця розгляду справи про зв'язок СНІДу та поліовакцин ще дуже й дуже далеко.

⁷⁶ Hooper E. The River: A Journey to the Source of HIV and AIDS. 1999.

Вакцина Себіна (оральна поліовакцина – ОПВ)

Не тільки неприйнятно велика кількість ускладнень та цілком очевидна неефективність вакцини Солка змусили шукати нову вакцину на зміну їй або на додаток до неї. Вакцинатори заявляли, що вакцина Солка не могла вирішити проблему поліомієліту навіть на теоретичному рівні. У найкращому випадку вона могла захистити щепленого від захворювання на поліомієліт, але щеплені, так само, як і нещеплені, інфікувалися «дикими» вірусами поліомієліту, які розмножувалися у них у кишечнику й продовжували циркулювати серед людей. Циркуляція вірусу не припинялася, отже продовжувала зберігатися й небезпека спалахів захворювання. Потрібно було створити таку вакцину, яка б зробила тих, хто її отримав, несприйнятливими до штамів «дикого» вірусу поліомієліту.

Систематичні експерименти зі створення живої вакцини почалися в 1946 р. у лабораторіях компанії «Ледерле» у Пірл-Рівер (Нью-Йорк), в яких брав участь і згадуваний вище д-р Хіларі Копровскі. На початку 1950-х рр. він показав принципову можливість створення живої поліовакцини. Віруси вирощувалися на курячих ембріонах, а потім пасерувалися через мозок пацюків. Однак через низку незручностей, пов'язаних з цим методом, Копровскі та його співробітники перейшли, за прикладом Солка, до роботи з нирками мавп. У 1957 р. Копровскі став директором інституту Вістар у Філадельфії, і того ж року почалися випробування його поліовакцини в Бельгійському Конго, про що було сказано вище. Того самого року інший американець, Альберт Брюс Себін (1906-1993), який займався поліовакцинами з початку 1930-х рр., почав свої дослідження у СРСР. Себін підкреслював особливу корисність оральної поліовакцини (ОПВ): «ОПВ відрізняється від інших живих атенуйованих вакцин тим, що, потрапивши природним шляхом (через рот), вакцинні штами інтенсивно розмножуються й передаються нещепленим членам родини та всьому суспільству»⁷⁷. Схоже, що в жодній країні світу ніхто з тих, хто був при владі, не переймався питанням щодо етичності та допустимості такого заходу. Перетворюючи здорову людину не тільки на фактично хвору, але й на носія й розповсюджувача потенційно небезпечної інфекції, вакцинатори й думки не мають про дотримання елементарних людських прав, для них важливішим є «охоплення» всього населення (включаючи й тих, хто відмовився від щеплень і кому вони протипоказані за станом здоров'я) вакцинними вірусами заради досягнення жаданого

⁷⁷ Цит. за *Diodati C. J. M. Immunization...* pp. 72-73.

«колективного імунітету»⁷⁸. Але ж цілком реальний вакцинальний поліомієліт являє небезпеку не тільки для самих щеплених, але й для тих, з ким вони контактують. Про це мова йтиме нижче.

Мабуть, після історії з вакциною Солка у 1955 р. американці не бажали перетворювати своїх дітей на об'єкт експерименту для нової вакцини. Проте у СРСР, де з 1955 р. спостерігалось різке зростання захворюваності на поліомієліт (про можливі причини цього я говорив раніше), пропозиція випробувати нову вакцину, штами якої Себін передав до Московського інституту поліомієліту, не викликала заперечень. Хоча, російські іконографи щеплень запевняли, що «під керівництвом його (Інституту поліомієліту. – О. К.) засновника й багаторічного керівника академіка М. П. Чумакова були проведені багатопланові дослідження, які обґрунтували високу ефективність та безпечність вакцини з атенуєваних штамів Себіна вірусу поліомієліту»⁷⁹, випробування вакцини, що почалися в СРСР у 1957 р., призвели до трагедії. У Ленінграді 27 дітей, які одержали ОПВ, померли, а троє отримали враження нервової системи. Незважаючи на всі зусилля автора та його добровільних помічників, довідатися про деталі цієї трагедії так і не вдалось⁸⁰, як і про те, чи була вона єдиною, або ж «висока безпечність» ОПВ обірвала життя й інших дітей. У 1959 р. в СРСР почалися масові щеплення ОПВ. На початку 1960-х рр. цю стратегію почали використовувати й у США. Хоча злагоджений хор вакцинаторського агітпропу запевняє, що з початку використання ОПВ захворюваність на поліомієліт у СРСР вмиє

⁷⁸ Не могу відмовити собі в задоволенні в черговий раз процитувати д-ра Бразоля, що писав наприкінці XIX ст.: «Замість того, щоб направляти свої удари на викоринювання наслідків бідності, злиднів, голоду, неврожаїв і нескінченної низки людських страждань, що позитивно сприяють існуванню епідемій і їхньої злості, і замість того, щоб шукати причини зла і знищувати його в самому корені, модна паразитна теорія заразних хвороб залишає в повній зневазі найперші вимоги раціональної гігієни, залишає все по-старому... і задається єдиною думкою розплодити і розсіяти по всьому світу зародки всіляких інфекційних хвороб. Замість того, щоб знищувати збудників хвороби, вона їх увічнює; замість того, щоб зміцнювати й зберігати організм, вона його послабляє й руйнує» (*Бразоль Л. Е. Дженнеризм и пастеризм. Критический очерк научных и эмпирических оснований оспопрививания. Харьков, 1885, с. 45-46*).

⁷⁹ *Покровский В. И. Эволюция... с. 68.*

⁸⁰ Випадково я довідався про цю подію зі статті «Нонна Кухіна: ми багато чого пережили, переживемо й це...», опублікованої в ізраїльській газеті «Вести» (додаток «Окна», 15.03.2001, с. 16). Мені вдалося зв'язатися з лікаркою Нонною Кухіною, однією з трьох дітей, які вижили тоді; нині вона очолює відому компанію «Доктор Нонна». Лікарка Кухіна люб'язно підтвердила справедливість цієї газетної інформації й підкреслила, що щеплення робилося живою атенуєваною вакциною Себіна. Просто для ілюстрації: «Проф. М. П. Чумаков запропонував застосовувати... вакцину в дуже зручній формі – у вигляді цукерок-драже. За простотою застосування, нешкідливістю та високою ефективністю цю вакцину можна вважати досконалою» (*Носов С. Д. Дети не должны болеть. М., 1972, с. 63*). Така солодка картина...

покотилася донизу, а паралітичний поліомієліт став долею винятково нещеплених, аналіз літератури показує, що така оцінка принаймні занадто категорична. Так, відомий радянський епідеміолог акад. Л. Громашевський (1887-1980), який вивчав захворюваність на поліомієліт в Україні, вказував, що початок використання ОПВ у 1959 р. збігся з природним «циклічним спадом епідемії». ОПВ почала використовуватися лише наприкінці 1959 р., а захворюваність на поліомієліт у 1959 р. порівняно з 1958 р. знизилася на 24%. Що ж стосується ефективності вакцини, то я лише процитую акад. Громашевського: «У 1960-1964 рр. по республіці реєструвалися випадки поліомієліту як серед щеплених, так і серед нещеплених дітей. У 1960 р., в перший рік вакцинації, серед хворих на поліомієліт було 35,2% дітей, які одержали повний курс вакцинації, у 13,4% випадків захворювання реєструвалося серед дітей, неповністю щеплених, у 34,7% хворіли нещеплені діти, в інших 16,7% дані про вакцинації хворих були відсутні. У 1961 р., коли майже всі діти в Україні були вже щеплені, 72,3% хворих одержали повний курс вакцинації, у 12,6% дітей курс вакцинації був незакінчений; у 7,8% випадків хворіли нещеплені діти, у 7,3% дані про вакцинації були відсутні. У 1962 р. 63% хворих дітей були повністю вакциновані, у 7% дітей курс вакцинації не було закінчено, у 13% випадків хворіли нещеплені діти, у 17% дані про вакцинації були відсутні. Аналогічна картина спостерігалася й у 1963-1964 рр.»⁸¹.

Безпечність ОПВ

Головна проблема живої поліовакцини виявилася пов'язаною з високою мутагенною здатністю поліовірусів. В одному дослідженні були вивчені зразки 2-го та 3-го типів вакцинного вірусу, отримані від хворих вакциноасоційованим паралітичним поліомієлітом, і не було знайдено жодного повністю ідентичного. Всі вони розрізнялися в послідовності нуклеотидів принаймні на одній ділянці, й кількість розходжень у багатьох перевищувала 100. Отримані з нервової тканини постраждалих від щеплення ОПВ зразки були дуже близькі за своєю структурою до вихідних вакцинних вірусів, що дозволило дослідникам зробити такий висновок: потрібно зовсім небагато генетичних змін, щоб «безпечний» вірус вакцини відновив свою вихідну нейровірулентність (тобто здатність вражати нервову тканину)⁸². Іншими словами, вакцинний штам поліовіруса, покликаний захищати

⁸¹ Громашевский Л. В. Вопросы частной эпидемиологии. Киев, 1987, с. 127.

⁸² Kew O. M. et al. Multiple genetic changes can occur in the oral poliovaccines upon replication in humans *J Gen Virol* 1981 Oct; 56(Pt 2):337-47.

від поліомієліту, сам, зазнавши незначні мутації, викликав паралічі, які так і назвали – вакциноасоційованим паралітичним поліомієлітом (ВАПП або ВАП). При цьому занедужують не тільки самі щеплені, але й ті, з ким вони контактують.

Ленінградські діти не були єдиними в мартирологу ОПВ. У період з 11-го по 20-е травня 1960 р. 280 000 чоловік у Західному Берліні одержали одиничну дозу оральної поліовакцини «Ледерле-Кокс». Серед них було 54 000 дітей дошкільного віку, 193 000 школярів та 33 000 дорослих. До кінця року було повідомлено про 48 випадків поліомієліту, з них 25 трапилось протягом 4 тижнів після щеплення; декілька випадків закінчилися смертю. У період з 1961 по 1964 рр. у США було використано понад 100 млн. доз живої вакцини Себіна, не враховуючи ще більшої кількості вакцини Солка. У 1962 р. повідомили про спалах поліомієліту в Каліфорнії, Небрасці й Північній Кароліні серед щеплених у неендемичних за поліомієлітом районах. З 87 випадків, наданих для вивчення до спеціального дорадчого комітету, створеному Службою суспільної охорони здоров'я, який збирався у Центрі інфекційних хвороб в Атланті, 57 було визнано такими, що мали відношення до щеплень. Критеріїв було замало, але головний з них – початок хвороби через 4-30 днів після щеплення⁸³.

Таким чином, з самого початку 1960-х рр. і в Західній Європі, й у США були описані випадки паралітичного поліомієліту після щеплень ОПВ. Вони продовжували реєструватися і надалі. Наприклад, у період з квітня 1982 по червень 1983 рр. в Індіані 4 дитини віком від 3 до 24 міс. постраждали від ОПВ. Симптоми в усіх з них з'явилися протягом 30 днів після того, як діти одержали дозу ОПВ (у 3-х це була перша доза, в одного – четверта) та щеплення АКДП. У трьох розвинувся параліч тієї ноги, в яку робилося щеплення АКДП, а в одного розвинулася смертельна мозкова атрофія. У двох дітей імунна функція була цілком нормальною (у них був виділений 3-й тип вірусу вакцинного штаму), а у двох були гіпогаммаглобулінемія та сполучений імунодефіцит (були виділені 1-й та 2-й типи відповідно). Як відзначили автори, того року частота ускладнень на ОПВ була 0,058 на 100 000 щеплених – набагато вище за ту, що передбачалася – 0,001⁸⁴. Відповідь на питання про те, чи знали щось про наведені «припущення» батьки, які дозволяли робити дітям ці щеплення, напрошується сама собою.

Небезпека ВАПП визнається у всій вакцинальній літературі. Оцін-

⁸³ Wilson G. S. The Hazards... pp. 47-49.

⁸⁴ Gaebler J. W. et al. Neurologic complications in oral polio vaccine recipients *J Pediatr* 1986 Jun; 108(6):878-81.

ки його відрізняються. Так, ризик ВАПП у Латинській Америці був розцінений як 1 на 1,5-2,2 млн. доз (1981-1991), в Англії та Уельсі – 1 на 1,4 млн. доз (1985-1991), 1 на 2,5 млн. доз у США (1980-1989)⁸⁵. Російські автори вказують, що «при введенні першої дози ОПВ ризик розвитку ВАП складає 1 випадок на 700 тис. доз, при повторній дозі... 1 випадок на 6,9 млн. доз»⁸⁶. За даними Федерального центру держепіднагляду РФ, наведеними на його сайті, щорічно 8-16 російських дітей стають жертвами ВАПП. Крім того, ця статистика не охоплює постраждалих від ВАПП, якщо вони старше 14-и років, а також тих, в кого вірус поліомієліту не було виявлено (звичайно це буває тоді, коли аналіз роблять через 2-3 тижні після появи симптомів паралічу), так що реальна кількість постраждалих може бути набагато вищою. Наприклад, у статті українських авторів повідомляється: «За останні 6 років (1998-2003) – період здійснення епідеміологічного нагляду за гострими м'якими паралічами... в Україні було зареєстровано 21 випадок ВАПП, зокрема 13 випадків у 1999 та 2000 рр. Можна припустити, що ця кількість вища, якщо врахувати, що більшість випадків ГМП трапляється після прийому оральної вакцини, але в частини хворих до моменту вірусологічного обстеження вже відбулася елімінація вакциноспорідненого поліовірусу з кишечника, що не дозволило верифікувати їх як ВАПП»⁸⁷. Російські автори пишуть: «У РФ з 2000 по 2002 рр. включно зареєстровано 40 випадків поліомієліту, при цьому в більшості хворих був ВАПП... Слід зазначити, що при встановленні діагнозу «поліомієліт» у регіональних комісії виникали труднощі. За наявності типової клінічної картини поліомієліту 15 хворим були встановлені інші діагнози... В одному випадку правильний діагноз був поставлений тільки при розтині хворого, який помер...»⁸⁸.

Можна припустити, що в деяких країнах вживають заходів, щоб приховати ВАПП за іншими діагнозами, а в інших відзначається зростання ГМП, який важко пов'язати з чимось іншим, крім масових вакцинальних кампаній. Наприклад, на початку 1970-х рр. світ вперше почув про «китайський паралітичний синдром», підозріло схожий на типовий поліомієліт. Хоча деякі незалежні дослідники вважають, що

⁸⁵ *Andrus J. K. et al. Risk of vaccine-associated paralytic poliomyelitis in Latin America, 1989-91 Bull World Health Organ 1995; 73(1):33-40.*

⁸⁶ *Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 108.*

⁸⁷ *Фролов А. В. и др. Иммунопрофилактика полиомиелита в Украине с использованием инактивированной вакцины ЖМЭИ 2005, 1, с. 49-53. З 21 постраждалих від ВАПП 8 залишилися інвалідами, інші видужали.*

⁸⁸ *Лещинская Е. В. и др. Случаи вакциноассоциированного паралитического полиомиелита в Российской Федерации в 2000-2002 г. Российский медицинский журнал 2004, 3, с. 20-23.*

мова безсумнівно йде про видозмінений вакцинний штам, хворі незмінно отримують діагноз цього загадкового «паралітичного синдрому» або, у крайньому разі, синдрому Гийєна-Барре (якого в 1970-х рр. у Китаї чомусь стало в десять разів більше)⁸⁹. У Фінляндії було відзначено різке збільшення кількості випадків синдрому Гийєна-Барре, який, як визнали автори дослідження, може викликатися поліовакциною⁹⁰. У Бразилії було зареєстровано збільшення випадків синдрому Гийєна-Барре, поперечного мієліту й паралічу лицьового нерва⁹¹. Російський фахівець також визнає, що вакцинальна ліквідація поліомієліту виглядає неправдоподібно гладко та безпроблемно: «... Захворюваність на гострі паретичні недуги зросла в 4 рази – з 1,7 у 1971 р. до 7,2 у 1974 р... Хворіли діти віком від 10 місяців до 8 років, при цьому діти перших трьох років життя, які найбільш інтенсивно вакцинуються проти поліомієліту, склали 83% усіх випадків... Хворіли переважно багаторазово вакциновані діти, не отримували вакцину 3,4% з тих, що хворіли, в 4,3% відомості про щеплення одержати не вдалося... Виявлені 35 випадків гострих паретичних захворювань, які виникли в строки від 4 до 30 дня після чергового щеплення. Майже половина хворих – діти 2-річного віку, які мають по 7-9 щеплень... Клінічно гострі паретичні захворювання не відрізнялися від поліомієліту, який протікає легко...»⁹². Або: «За 9 міс 1997 р. у нашій країні зареєстровано 2 випадки поліомієліту. Але що бентежить, так це наявність 513 інших паралітичних синдромів та майже повна відсутність вакциноасоційованих випадків (1-2 випадки під час НДІ). У США з 1980 по 1994 рр. за відсутності поліомієліту було зареєстровано 125 вакциноасоційованих випадків. Імовірно, і поліомієліт, викликаний диким вірусом, і вакциноасоційовані випадки виявляються в нас далеко не повністю»⁹³. Це точно...

Серед ускладнень ОПВ описані конвульсії. На 165 000 дітей, які

⁸⁹ Див., наприклад, листи *Uhari M. et al. // Lancet* 1989 ii:440-441 і *Yan Shen, Guohua Xia // Lancet* 1994, 344:1026.

⁹⁰ *Kinnunen E. et al. Incidence of Guillain-Barre syndrome during a nationwide oral poliovirus vaccine campaign Neurology* 1989 Aug; 39(8):1034-6.

⁹¹ *Friedrich F. Rare adverse events associated with oral poliovirus vaccine in Brazil Braz J Med Biol Res* 1997 Jun; 30(6):695-703.

⁹² *Анцупова А. С. и др. Некоторые итоги изучения острых паретических заболеваний в г. Горьком // Полиомиелит в условиях массовой вакцинации. Непوليوмиелитные энтеровирусные инфекции. Свердловск, 1975, с. 76. У 11,3% випадків були знайдені поліовіруси трьох типів і різні штами вірусів Коксакі (с. 77). Варто уваги те, що «незважаючи на легкість перебігу у 9,5% хворюючих довго, впродовж декількох років, зберігаються парези уражених груп м'язів» (с. 79).*

⁹³ *Ковалева Е. П. Теоретическое обоснование снижения инфекционной заболеваемости Эпидемиология и инфекционные болезни* 1998, 3, с. 4-8. НДІ – Національні дні імунізації.

тричі отримали з 1964 по 1974 рр. щеплення живою поліовакциною у Гамбурзі, в 19 (1 випадок на 8 600 щеплених) були конвульсії, у трьох (1 випадок на 55 000 щеплених) вони стали початком епілепсії⁹⁴. Описано гострий дисемінований енцефаломієліт (у постраждалої 6-річної дівчинки був виділений 2-й тип вакцинного вірусу, що мутував, зі спинномозкової рідини та мазку з горла)⁹⁵. Ізраїльські автори описали двох постраждалих, які заразилися поліомієлітом від тільки-но щеплених. Були відзначені тетрапарез, минуший енцефаліт та бульбарні симптоми⁹⁶.

Кількість випадків ВАПП, пов'язаних із застосуванням вакцини Себіна, не зменшувалася, і це змусило США відмовитися від використання ОПВ як універсального засобу профілактики. У 1996 р. Дорадчий комітет з імунізаційної практики запропонував перші три щеплення робити вбитою вакциною Солка, і лише третє та четверте – вакциною Себіна, а пізніше використання ОПВ у межах національного календаря щеплень у США припинилося повністю⁹⁷.

Проблема внесення змін до календаря щеплень на користь більшого використання вакцини Солка пов'язана з досить відчутними фінансовими витратами. За найскромнішими підрахунками, одна доза вакцини Солка коштує як мінімум у три рази дорожче за дозу вакцини Себіна. Країни, що розвиваються, – особливо ті, в яких вже не відзначається випадків поліомієліту, – не бажають більше платити й за ОПВ, не те що в кілька разів збільшувати свої витрати на поліовакцини, заміняючи ОПВ на ІПВ, хоча й усім відомо, що ОПВ не повинна застосовуватися в інфікованих ВІЛом або членів їхніх родин, яких в Африці стає дедалі більше. Є відомості про те, що кампанії з вакцинації дітей

⁹⁴ Ehrengut W., Ehrengut J. Convulsions following oral polio immunization *Dev Biol Stand* 1979; 43:165-71.

⁹⁵ Ozawa H. et al. Acute disseminated encephalomyelitis associated with poliomyelitis vaccine *Pediatr Neurol* 2000 Aug; 23:177-9.

⁹⁶ Arlazoroff A. et al. Vaccine-associated contact paralytic poliomyelitis with atypical neurological presentation *Acta Neurol Scand* 1987 Sep; 76(3):210-4. Російський вакцинатор, перелічив інші, крім ВАПП, можливі ускладнення («спинальні тимчасові монопарези, полірадикулоневрити, гіпертензійний синдром, судомні реакції, неврит лицевого нерва, мозжечкова атаксія») раптом додає: «Жива поліомієлітна вакцина є безпечним та ареактогеним препаратом!» (*Медуницын Н. В.* Вакцинология. с. 163).

⁹⁷ «...Контрольні дослідження, проведені в США та в інших країнах, показали, що імунізація (вбитою вакциною. – О. К.) з наступним введенням ОПВ не захищає вакцинованих дітей від наступної проліферації в їхньому організмі неатенуйованих вірусних ревертантів. Саме тому ця схема імунопрофілактики поліомієліту була піддана критиці експертами ВООЗ» (*Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофілактика... с. 107). Проте, необхідно відзначити, що Голландія, наприклад, взагалі не застосовувала ОПВ, покладаючись винятково на ІПВ, і ліквідувала поліомієліт у ті самі терміни, що й інші європейські країни, заощадивши на покалічених від ОПВ.

ОПВ в Уганді незмінно залишали після себе чимало дитячих трупів, проте угандійський уряд не тільки відмовлявся навіть розглядати питання про заміну ОПВ на ІПВ, що постачала ВООЗ, але й намагався переслідувати журналістів, які прагнули розібратися в тому, що відбувається, і попередити населення (повідомлено угандійським журналістом Кіхура Нікубою на Третій конференції Національного центру інформації про щеплення, яка відбулася 7-9 листопада 2002 р. в Арлінгтоні, Вірджинія). Світове співтовариство, зазвичай таке чутливе до зневажання прав всіляких бандитів і шибеників, спокійно дивилося на боротьбу угандійських батьків за життя своїх дітей, дозволяючи місцевій владі самотужки, у кращих африканських традиціях, розбиратися з «відмовниками», які нібито ставлять під загрозу глобальний проект ліквідації поліомієліту в усьому світі. В іншій африканській країні, Малі, одинадцятьох батьків, які відмовилися щепити своїх дітей проти поліомієліту, були нещодавно засуджені місцевим судом «за опір владі, непокору й заколот» до трьох років в'язниці⁹⁸. Але ж ще зовсім недавно європейські батьки, подібно до нинішніх угандійських та малійських, які переховують своїх дітей від щеплень проти поліомієліту, переховували дітей від щеплень проти натуральної віспи, боролися з вакцинальним насильством, ішли за свої переконання до в'язниць... Вже забули?

Найімовірніше, саме з міркувань дешевизни й у Росії жива поліовакцина залишається поки що єдиною, яка входить до календаря профілактичних щеплень. Графік її застосування частково збігається з графіком застосування АКДП (або АДПМ) – у 3, 4, 5 й 18 місяців. Крім того, є щеплення в 20 місяців, 6 і 14 років⁹⁹. Таким чином, російський календар вакцинації передбачає шість щеплень проти поліомієліту – абсолютний рекорд. Це ще не враховуючи Національних днів імунізації, періодичних кампаній поліомієлітних «зачищень» та щеплень за доморощеними графіками вакцинації у деяких регіонах (так, немовлятам у Краснодарському краї, недалеко від Чечні, протягом 8-9 останніх років перше щеплення робилося одразу після народження, хоча ніяких досліджень сумісності ОПВ із БЦЖ і вакциною від гепатиту В, зрозуміло, ніколи не проводилося). І це в країні, де природний поліомієліт не реєструється ось вже 8 років, і яка 4 роки тому була офіційно оголошена ВООЗ вільною від цієї хвороби? Чому-мось пригадується людодержська сталінська теорія про те, що в міру просування до соціалізму опір скинутих класів зростає. Чим менше хвороби, чим ближче планета до запланованого викорінювання по-

⁹⁸ Anti-polio vaccine Malians jailed *BBC News* May 12, 2005.

⁹⁹ Анисимова Т. Б. Прививки: полный календарь, сроки, показания и противопоказания. РнД, 2003, с. 10.

ліомієліту, тим більше щеплень від нього одержують російські діти. Де логіка? Консультації з російськими педіатрами дозволили з'ясувати, що досить частими були випадки, коли в другій половині 1990-х рр. діти одержували *по 9-11 і навіть більше щеплень від поліомієліту!*¹⁰⁰

Особливої розмови заслуговує поєднання щеплення АКДП та щеплення від поліомієліту. Знаючи з історії поліомієліту, що будь-які уколи, а щеплення АКДП особливо, є безсумнівним провокуючим фактором для різних паралічів, таке сусідство у календарі вакцинації не може не викликати, м'яко кажучи, здивування. Досить часто можна почути від батьків, що після щеплень АКДП та ОПВ діти, які вже ходили, перестають ходити, а іноді навіть і сидіти, скаржаться на біль у ногах; з'являються оніміння, важкорухомість й інші симптоми, що свідчать про враження нервової системи. Зрозуміло, під діагноз ВАПП такі діти не підпадають, і взагалі для усунення будь-яких підозр щодо щеплень постраждалі одразу ж отримують діагноз якої-небудь «нашарованої» фіброміалгії або міозиту, «який збігся» зі щепленням, але безсумнівної шкоди, нанесеної комбінацією ОПВ+АКДП, це не скасовує. Варте уваги, що співробітники Інституту поліомієліту та вірусних енцефалітів АМН СРСР ще в 1978 р. зверталися до Комітету вакцин і сироваток з пропозицією припинити поєднання АКДП та живої поліовакцини (ЖПВМ). Обґрунтування в листі від 15 травня 1978 р. було наступним: «У зв'язку з тим, що при імунізації АКДП-вакциною підвищення температури тіла завжди відзначається в певного відсотка щеплених, при одночасному введенні АКДП та ЖПВМ створюватимуться сприятливіші умови для мінливості вакцинного поліовірусу, ніж при введенні однієї тривалентної поліомієлітної вакцини без АКДП. Таким чином, допущення одночасного введення АКДП та ЖПВМ можна розглядати не інакше як прагнення збільшити ймовірність мінливості поліовірусу... В Інституті поліомієліту та вірусних енцефалітів АМН не проводилися дослідження з питання щодо впливу одночасної імунізації АКДП та ЖПВМ на закономірності вироблення імунітету до трьох типів поліовірусу, а також немає даних про імуногенез в умовах нормальної або підвищеної температури. Інститут *не має в своєму розпорядженні також відомостей про ступінь ризику застосування ЖПВМ при одночасній імунізації АКДП-вакциною різної реактогенності та ЖПВМ.*

¹⁰⁰ Недавно було повідомлено про те, що в Бангладеш протягом місяця мають намір щепити від поліомієліту 18 млн дітей після того, як на нього занедужала дев'ятирічна дівчинка. До того поліомієліт не реєструвався в країні протягом майже 6 років. Примітний тут факт, що постраждала протягом свого недовгого життя була щеплена від поліомієліту... 12 разів. Вакцинаторському завзяттю дійсно немає меж. Див. *Parveen A. Bangladesh to Resume Polio Vaccine Push Associated Press March 18, 2006.*

Інституту відомі лише факти випадків виникнення важких захворювань на паралітичні форми в одночасно щеплених АКДП та ЖПВМ... Все вищевикладене переконує у недоцільності сполучення двох перших щеплень ЖПВМ із АКДП-вакциною»¹⁰¹. Ми бачимо, що незмінно повторюється та сама вакцинальна сага вседозволеності й безконтрольності: без жодних наукових даних щодо безпечності поєднання двох вакцин, кожна з яких несе в собі чималий потенціал шкідливості, це сполучення легко й без обговорень з фахівцями набуває законності та калічить здоров'я дітей. Судячи з того, що за 27 років нічого не змінилося, цьому листу приділили стільки ж уваги, як і закликam інших радянських фахівців позбутися мертіолята у вакцинах, про що я розповідав раніше.

Занепокоєння повинен викликати той факт, що щеплений живою поліовакциною протягом тривалого часу продовжує виділяти вакцинні віруси, які розмножуються в його кишечнику. Строк у 2 міс., що вказується практично у всіх посібниках зі щеплень, після якого утворені антитіла повинні притамувати цей процес, – типова «середня температура у лікарні» і може не мати жодного відношення до реальності. Фахівці знають, що у тих, хто страждає на захворювання імунної системи (а чи багатьом дітям у наш час вдається уникнути алергій, дерматитів й астми?), екскреція вакцинальних вірусів може тривати навіть роками. За повідомленням Філа Майнера, голови вірусологічного відділення британського Національного інституту контролю й біологічних стандартів, їм відомо про одну людину з Бірмінгема, у якої виділення вірусів триває вже багато років. Віруси, що виділяються, не тільки продовжують циркулювати (що так подобалося Себіну та його послідовникам), але, як і було зазначено вище, мутувати. У 2000 р. на Іспаньолі, острові в Карибському морі, було зареєстровано спалах ГМП. Спочатку припускалося, що це є наслідком отруєння пестицидами, але потім з'ясувалося, що це був спалах найсправжнішого поліомієліту й викликав його видозмінений вакцинний поліовірус. Двоє дітей померли, дев'ятнадцять були паралізовані. У 2001 р. такий самий спалах трапився на Філіппінах. Вчені вважають, що така мутація спричинила спалах поліомієліту в Єгипті у 1988 р. Таким чином, на зміну циркуляції штамів вірусу «дикого» поліомієліту прийшла циркуляція вакцинальних штамів, які охоче мутують і перетворюються на анітрохи не менш небезпечні віруси, і ніхто поки що не може сказати, які будуть майбутні наслідки такої заміни одних вірусів на інші.

¹⁰¹ Цит. за Червонская Г. П. Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 125-126.

Ефективність ОПВ

Вакцина Себіна, так само як інші вакцини, вважається високо-ефективною на підставі сероконверсії (збільшення кількості антитіл), що спостерігається після її введення¹⁰². Циркуляція диких штамів на тлі масового застосування ОПВ різко знизилася, а в багатьох місцях, за твердженнями епідеміологів, не реєструється взагалі. Однак деякі факти та дослідження, що особливо стосуються країн, що розвиваються, викликають певні сумніви щодо розрекламованої ефективності живої поліовакцини.

Взагалі досвід використання вакцин у країнах третього світу, схоже, не занадто сприятливий для висновку на користь ефективності щеплень у цілому, не кажучи вже про їхню безпечність. Легко та приємно повідомляти про успіхи вакцинації в розвинених країнах, де захворюваність, найімовірніше, знижувалася б тими ж самими темпами (а може й ще швидше) без усяких щеплень. Коли ж справа стосується країн, що розвиваються, де століттями нічого не змінюється в життєвому устрої людей, а рівень санітарії та гігієни в другій половині ХХ ст. залишається таким самим, яким він був і сто, і двісті років тому, то з'ясовується, що одних щеплень замало – треба ще щоб і діти нормально харчувалися, і щоб вода була свіжою, і щоб існувала каналізація й ін. У розділі про кір я вже розповідав про досить скромні успіхи коревої вакцини на Африканському континенті, а з розділу про туберкульоз читачі довідаються про ту ганьбу, якою закінчилося випробування вакцини БЦЖ в Індії. Звертаючись до Індії, можна згадати ще декілька фактів того, як вплинули поліовакцини на захворюваність на поліомієліт у цій країні. ОПВ була введена в масове використання в Індії у 1979 р. в межах Національної імунізаційної програми. Переглянемо статистику. За захворюваність на поліомієлітом того року складала 20 000. Через два роки масових щеплень вона підвищилася до 38 000. У 1986 р. (через 7 років щеплень) вона, нарешті, досягла дощепленевого рівня в 20 000 хворих, але ненадовго. Вже наступного 1987 р. (а щеплення все тривали...) хворих стало 28 000. І лише в 1989 р., через 10 років після початку вакцинальної кампанії, кількість хворих вперше стала меншою від такої кількості у 1979 р. У 1991 р., при «охопленні» трьома дозами ОПВ близько 80% індійських немовлят, було зареєстровано 5669 випадків¹⁰³. Автор статті, який аналізує ці дані, пише, що якби ефектив-

¹⁰² Було заявлено, що ОПВ викликає утворення антитіл у 90-95% щеплених.

¹⁰³ John T. J. Experience with poliovaccines in the control of poliomyelitis in India *Public Health Rev* 1993-94; 21(1-2):83-90.

ність ОПВ дорівнювала лише 10%, як стверджують деякі критики, то з розрахунку приблизної частоти 7 випадків на 100 000 населення у 1991 р. в Індії, з населенням у 840 млн., повинно було бути зафіксовано 60 000 випадків. Своїми власними підрахунками автор приходить до висновку щодо ефективності вакцини в 70-93% і вважає, що висока захворюваність на поліомієліт, незважаючи на «охоплення» щепленнями, зберіглася завдяки все ж таки недостатній кількості щеплених немовлят. Гадаю, що це міркування навряд чи може бути визнано бездоганим. Проектуючи на 1991 р. або навіть на віддаленіший термін, розрахунки, які відносилися до 1979 р., автор повинен був спочатку довести, що: 1) не відбулося жодних змін у санітарно-гігієнічному стані ендемічних за поліомієлітом районів Індії; 2) рівень поінформованості населення щодо поліомієліту та можливостей його уникнення залишився тим самим; 3) залишилися ті ж самі фактори ризику (наприклад, ін'єкції жарознижуючих ліків маленьким дітям, які традиційно провокують поліомієліт в Індії) і, можливо, інші специфічні для Індії фактори ризику, які нам невідомі.

Автори іншого дослідження вивчали захворюваність на поліомієліт у столиці Індії, Нью-Делі. Якщо захворюваність у 1976 р. становила 14,7 на 100 000 населення, то у 1988 р. вона дорівнювала 15,25. Захворюваність повністю щеплених зростає з 1,3% у 1979 р. до 13,9% у 1988 р. Автори завершують свою статтю: «Незважаючи на десятирічне використання оральної поліовакцини, істотної зміни захворюваності не відбулося»¹⁰⁴. Інший індійський авторський колектив заявив, що масові кампанії з вакцинації дітей ОПВ хоча й знизили захворюваність на паралітичний поліомієліт у цілому, але так і не змінили її вікового розподілу (як й у дощепленеву еру, близько 90% випадків припадає на дітей віком до 5 років), і що ніякі кардинальні зміни у віковому розподілі неможливі доти, поки не відбудеться змін у санітарно-гігієнічному стані¹⁰⁵. Половина (17 з 34) хворих на паралітичний поліомієліт під час його спалаху в Йорданії у 1991-1992 рр. раніше отримали три й більше дози ОПВ¹⁰⁶. Високе вакцинальне «охоплення» не захистило дітей в Омані ні від захворювання, ні від розповсюдження вірусу серед оточуючих у 1988-1989 рр.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Sharma M. et al. Paralytic poliomyelitis 1976-1988: report from a Sentinel Centre *Indian Pediatr* 1990 Feb; 27(2):143-50.

¹⁰⁵ Singh J. et al. Epidemiological considerations on age distribution of paralytic poliomyelitis *J Trop Pediatr* 1996 Aug; 42(4):237-41.

¹⁰⁶ Reichler M. R. et al. Outbreak of paralytic poliomyelitis in a highly immunized population in Jordan *J Infect Dis* 1997 Feb; 175 Suppl 1:S62-70.

¹⁰⁷ Sutter R. W. Outbreak of paralytic poliomyelitis in Oman: evidence for widespread transmission among fully vaccinated children *Lancet* 1991 Sep 21; 338(8769):715-20.

Відкритим залишається питання і про тривалість імунітету. Вже не перший раз мені доводиться говорити про те, що всі твердження про «довічний» або хоча б «на десятки років» вакцинальний імунітет, мають підставу тільки за умови періодичного контакту зі збудником, який забезпечує необхідні для вироблення антитіл імунні «поштовхи». Коли ж збудника стає менше або він взагалі зникає з навколишнього середовища, то ніхто не може сказати, якою ж є тривалість імунітету. Чудовою ілюстрацією цього факту по відношенню до поліомієліту може розглядатися дослідження, проведене в Сіднеї. Останній випадок «місцевого» поліомієліту було зареєстровано в Новому Південному Уельсі у 1970 р. і вважалося, що діти, «охоплені» програмою імунізації проти поліомієліту, можуть розраховувати на високий рівень захисту. Проте з'ясувалося, що від усіх трьох типів вірусу поліомієліту захищені (за вакцинаторськими мірками) лише 42% обстежених дітей, від двох – 30%, від одного – 16%. 12%, що залишилися, не мали імунітету до жодного типу вірусу. При цьому 48% дітей одержали в минулому 4 й більше доз ОПВ. Однак і після того, як усі діти негайно отримали додаткову дозу вакцини Себіна, серологічні аналізи виявили антитіла в «захисному» титрі до всіх трьох видів вірусу лише в 77%¹⁰⁸. Можна з впевненістю припустити, що серед тих дітей та підлітків, які нині вважаються захищеними (лише на підставі того, що вони колись були щеплені), чимала частина не має імунітету до жодного з серотипів «дикого» поліовірусу, а переважна більшість дітей – до певних серотипів. Російські автори повідомляють: «Вважалося, що імунітет після вакцинації оральною поліомієлітною вакциною... зберігається довічно... Перші ж масові обстеження дорослого населення спростували цю точку зору. Обстеження більше 1000 донорів Москви виявило дуже низькі показники колективного імунітету. Антитіла до поліовірусів 1, 2 й 3 типів мали відповідно 47,3, 55,4 й 76,4% обстежених. Особливу тривогу викликає стан колективного імунітету в жінок дітородного віку, серед яких тільки 29,5% мали антитіла до всіх 3 типів вірусу»¹⁰⁹. На чому базувалася впевненість у тому, що імунітет зберігається довічно, крім абстрактних теорій і палкого бажання вірити в те, у що так хочеться вірити, автори не пояснюють.

Аналізуючи отримані відомості, навряд чи можна сумніватися, що при сприятливих умовах поліомієліт легко зможе знайти для себе сприйнятливий контингент. Сьогодні вже обговорюється питання про

¹⁰⁸ Christopher P. J. Immunity to poliomyelitis in Sydney's children *Med J Aust* 1983 Feb 5; 1(3):107-11.

¹⁰⁹ Сейбель В. Б. и др. Штаммоспецифические антитела как показатель циркуляции диких вирусов полиомиелита в популяции и их роли в формировании коллективного иммунитета *ЖМЭИ* 2004, 4, с. 26-31.

те, що необхідно *ще значно збільшити* кількість вакцинацій ОПВ, щоб гарантувати населенню стійкий імунітет. Тобто шість щеплень за графіком та додатково до них необмежена кількість поліовакцинацій під час поліомієлітних «зачищень» та Національних днів імунізації, схоже, недостатньо. Потрібні ще й ще щеплення (тут пригадуються процитовані лікарем Снігирьовим апологети щеплень проти віспи, які забувають про даровану щепленнями несприйнятливність до хвороби і вимагають нових щеплень щоразу, коли виникає погроза чергової епідемії, див. розділ про натуральну віспу). Однак зрозуміло, що збільшення кількості щеплень збільшить і кількість ускладнень після них – серед яких і таких, як ВАПП. Питання про тривалість імунітету, гарантованого ОПВ, у світлі наявних даних, не заслуговує навіть на серйозне обговорення.

Інше важливе питання: чи дійсно щеплені, як переконують батьків, якщо й занедужують, то переносять захворювання набагато легше від нещеплених? Наприклад, от що повідомляють нам російські автори: «Типові важкі паралітичні форми поліомієліту в цей час зустрічаються тільки в нещеплених або в неправильно щеплених дітей. Щеплені діти також можуть заразитися на поліомієліт, але в них інфекція протікає у вигляді легких парезів, що закінчуються, як правило, повним видужанням»¹¹⁰. Про унікальність всепрощаючого формулювання «неправильно щеплений» я вже писав у розділі про дифтерію. Якоюсь мірою відповіддю на питання можуть бути відомості першої половини 1960-х рр. по Україні, які наводить у своїй книзі акад. Л. Громашевський: «...Поліомієліт... реєструвався як серед щеплених, так і серед нещеплених дітей. Однак в останні 4 роки більшість захворювань протікала легко, зі швидко минаючими парезами та повним відновленням порушених функцій, а часом і без парезів. Можна відзначити також, як правило, більш легкий перебіг інфекції серед щеплених дітей у порівнянні з нещепленими. У щеплених хворих залишкові явища зустрічалися рідше (на 13%), ніж у нещеплених. Але, незважаючи на легкість перебігу поліомієліту в переважній частині хворих, зустрічалися випадки необоротної інвалідності й навіть смерті від паралічу дихального центру, серед яких були й щеплені діти. Ці важкі випадки інфекції, що протікали з типовою для поліомієліту клінікою, іноді з лабораторним (вірусологічним або серологічним) підтвердженням, були, безумовно, інфекцію поліомієлітної етіології та не могли бути віднесені за рахунок парapolіомієлітних вірусів Коксаки або ЕСНО. За даними 18 областей України, в 1961 р. у 9% перехворілих (44 дитини) спостерігалися залишкові явища, найчастіше у вигляді порушення рухів нижніх кінцівок.

¹¹⁰ Самарина В. Н. Детские... с. 171.

За період 1962-1963 рр. залишкові явища спостерігалися в 15% дітей, які перенесли поліомієліт. Хоча відсоток залишкових явищ для поліомієліту був незначний, чому, імовірно, сприяло проведення профілактичних щеплень, однак повністю запобігти за їхньою допомогою розвитку паралітичних форм хвороби не вдалося. Летальність від поліомієліту в 1960 р. на Україні становила 2%. При цьому серед померлих були не тільки нещеплені, але й діти, які отримали повний курс вакцинації з ревакцинацією. Так, серед 25 померлих 4 дітей отримали повний курс вакцинації, в 5 вакцинація не була закінчена, 10 не були щеплені й у 6 хворих дані про вакцинації були відсутні. У 1961 р. по Україні також було зареєстровано випадки смерті від поліомієліту. Летальність у 1961 р. становила 2%, як і в 1960 р. З 9 померлих у 1961 р. від поліомієліту дітей 7 отримали повний курс вакцинації. Діагноз поліомієліту в 7 хворих встановлено в обласних спеціалізованих клініках, і, отже, сумніватися в його правильності немає жодних підстав. У 2 хворих було патологоанатомічне підтвердження діагнозу»¹¹¹. Як ми бачимо, ідея вакцинального захисту і легшого перебігу хвороби акад. Громашевському близька та їм підтримана, але вперті цифри свідчать про те, що ні хвороба, ні найважчі її ускладнення, зокрема й ті, що призводять до смерті, аж ніяк не оминули й «захищених» щепленнями. З огляду на те, що майже всі діти, які залишалися нещепленими в радянські часи, до того ж у період масових кампаній вакцинації, не отримували щеплення через медвідводи, пов'язані з важкими хворобами, порівняння захворюваності та смертності щеплених і нещеплених навряд чи вказує на високу ефективність ОПВ. Візьмемо тепер приклад Індії. Порівняння було зроблено серед 614-х маленьких пацієнтів, які потрапили до Інституту здоров'я дитини в Мадрасі. З них 162 (26,4%) були щеплені, 183 (29,8%) були частково щеплені та 269 (43,8%) не були щеплені. Автори відзначають, що «нещепленість» дітей значно частіше супроводжувалася поганими санітарно-гігієнічними умовами проживання, низькою якістю води та батьківською безграмотністю, ніж «щепленість». За висновком авторів дослідження, *ніякої різниці в симптомах, клінічних варіантах перебігу хвороби, важкості паралічу й смертності щеплених, частково щеплених і нещеплених виявлено не було*¹¹². Та інше дослідження, також проведене в Індії, показало не занадто оптимістичні результати. Було обстежено 191 дитину; 143 (74,9%) були нещеплені, а 48 (25,1%) були щеплені частково. У 155 (81,2%) була діагностована спинальна форма поліомієліту, в 23 (12,01%) – бульбоспинальна, й у 13 (6,8%) – бульбар-

¹¹¹ Громашевский Л. В. Вопросы... с. 127-128

¹¹² Deivanayagam N., Nedunchelian K. Acute poliomyelitis in children: comparison of epidemiological and clinical features among immunized, partially immunized and unimmunized *Indian Pediatr* 1991 Jun; 28(6):609-13.

на. Частота важких форм (бульбоспинальних та бульбарних) виявилася помітно вищою серед частково щеплених, ніж серед нещеплених, а смертність частково щеплених виявилася удвічі більшою. Автори припустили, що гірші показники за важкістю перебігу та смертності серед частково щеплених можуть пояснюватися якимись дотепер невивченими властивостями ОПВ¹¹³.

З липня 1995 по грудень 1996 рр. було досліджено 3185 зразків калу здорових дітей віком від 6 до 59 місяців, які відвідують поліклініки в Антананаріву (Мадагаскар). У повній відповідності до Розширеної програми імунізації, 99,4% з них одержали *принаймні* 3 дози оральної поліовакцини. У 192 зразках (6%) були виявлені віруси, з них у 9 (0,3%) – поліовіруси та в 182 (5,7%) – інші ентеровіруси. Серед виявлених поліовірусів 4 виявилися «дикими», а 5 – вакцинними (різними модифікаціями вакцини Себіна). Всі діти отримали останню дозу ОПВ більш ніж за місяць до аналізів. Автори зробили висновок, що вакцинація трьома дозами ОПВ не запобігає циркуляції вірусів «дикого» поліомієліту¹¹⁴. У Намібії в період з 8 листопада 1993 р. по 7 січня 1994 р. було зареєстровано 27 випадків паралітичного поліомієліту. Щонайменше 80% немовлят у тому районі, де відбувся спалах, одержували 4 дози поліовакцини до віку 12 місяців. Вік хворих коливався від 13 місяців до 12 років; 24 були у віці до 5 років. Відносно 26 хворих були отримані відомості про зроблені щеплення: 14 одержали 4 дози ОПВ, 6 – 1 або 2 дози та 6 не одержували щеплень взагалі. Автори припустили, що причиною спалаху було утворення прошарку сприйнятливих до інфекції людей, швидка урбанізація, незадовільні санітарія й водопостачання та ендемічність вірусу в сусідніх районах, а також те, що «епідемії можуть траплятися й у районах з високим вакцинальним «охопленням»¹¹⁵.

В Україні протягом 13 років (1982-1994) вивчалися циркулюючі штами поліовірусу, виділені у хворих (у т.ч. хворих на поліомієліт) і в здорових, а також у пробах, отриманих зі стічних вод. Підсумок: 38,35% штамів, отриманих від людей та 15,8% штамів, отриманих з навколишнього середовища, мали вірулентні властивості. Багаторічне використання живої поліовакцини не запобігло циркуляціям вірулентних поліовірусів¹¹⁶.

¹¹³ Mathur G. P. et al. Poliomyelitis with special reference to immunization status *Indian Pediatr* 1991 Jun; 28(6):625-7.

¹¹⁴ Andrianarivelo M. R. et al. Wild poliovirus circulation among healthy children immunized with oral polio vaccine in Antananarivo Madagascar *Trop Med Int Health* 1999 Jan; 4(1):50-7.

¹¹⁵ van Niekerk A. B. et al. Outbreak of paralytic poliomyelitis in Namibia *Lancet* 1994 Sep 3; 344(8923):661-4.

¹¹⁶ Zadorozhnaia V. I. et al. The characteristics of poliovirus strains circulating in Ukraine in 1982-1994 *Mikrobiol Zh* 1998 Mar-Apr; 60(2):44-9.

Дуже часто в російських ЗМІ згадується епідемія поліомієліту в Чечні як приклад необхідності щеплень. Проте, уважний аналіз показує, що й тут далеко не все так просто й однозначно. Як випливає зі статті колективу російських авторів, з січня по жовтень 1995 р. занедужало 138 дітей (усі – віком до 7 років). З них 11 були щеплені в повній відповідності до календарю вакцинації, 18 не були щеплені за віком, 5 – за медпоказниками і батьки двох відмовилися від щеплень. «В інших дітей відомості про щеплення були відсутні або вони не були щеплені з вини медпрацівників». Відсутність відомостей, однак, не є синонімом відсутності самих щеплень; це лише відзначає, що не було документів про зроблені щеплення. Насправді досить імовірно, що ще декілька десятків осіб були щеплені повністю, і ще якась частина – щонайменше частково. «Летальність була високою й склала 4,5%. Однією з причин такої летальності є, у силу зрозумілих соціальних умов та сформованого надзвичайного стану, запізне звернення й пізня госпіталізація хворих». Висновок авторів: «Різке погіршення умов проживання, масові міграції населення на тлі низького імунного прошарку серед дитячого населення виявилися причиною широкого територіального поширення інфекції»¹¹⁷. На жаль, інформацію про найголовніший провокуючий фактор наших днів – щеплення, у першу чергу, щеплення АКДП – у доступних мені публікаціях виявити не вдалося.

Напрошується питання: а якщо, скажімо, умови б не погіршилися різко – або навіть різко погіршилися, але не було б масових міграцій – імовірно, нічого б особливого не трапилося й «на тлі низького імунного прошарку серед дитячого населення»? І якщо це так, то в чому ж полягає необхідність тотальних, з погрозами та залякуванням батьків і дітей – щеплень проти поліомієліту? Чи вони робляться, як співається в популярній пісні, в «передчутті громадянської війни» з її неминучими масовими міграціями й різким погіршенням умов проживання? З іншої статті, до речі, з'ясовується, що в Чечні й раніше були й спалахи поліомієліту (наприклад, у 1982 р.), і спорадичні випадки (1987 – 3, 1991 – 2, 1994 – 5)¹¹⁸ – тобто тоді, коли не було всіх зазначених факторів ризику.

Після спалаху поліомієліту в Чечні у 1995 р., в Росії почалася масова кампанія з термінового додаткового щеплення всіх дітей від поліомієліту. «При цьому були організовані й проведені національні дні імунізації дітей віком від 3 місяців до 3 років проти поліомієліту двічі – у березні й квітні 1996 р., у квітні-травні 1997 р., у березні-квітні 1998 р. й у ці ж строки у

¹¹⁷ *Онищенко Г. Г. и др. Вспышка полиомиелита в Чеченской республике в 1995 г. Журнал микробиологии 1996, №3 (приложение), с. 5-8.*

¹¹⁸ *Мартьяненко И. Н. и др. Клиника острого полиомиелита в Чеченской республике в период вспышки 1995 г. Журнал микробиологии 1996, №3 (приложение), с. 8-10.*

1999 р. Масова вакцинація в березні 1996 р. дозволила охопити 97% дітей зазначеного віку (рівень, що рекомендує ВООЗ). Наступні Дні імунізації дозволили охопити більше 98% дітей»¹¹⁹. Дітям, як завжди, довелося платити своїм здоров'ям за жадібність та запопадливість російських вакцинаторів, а також за «рівень, що рекомендується ВООЗ». Навіть з цілком доброзичливим відношенням до щеплень педіатр з Москви не змогла пройти повз цю, говорячи словами Герберта Шелтона, вакцинальну вакханалію, хоча й намагалася висловити своє природне обурення в делікатній формі: «Особливий сумнів викликають «турові» щеплення проти поліомієліту для дітей раннього віку, які отримали поширення в останні кілька років. Лікарям і батькам звичайно пояснюють, що необхідність цих додаткових щеплень пов'язана зі спалахом поліомієліту в далеких від Москви регіонах, наприклад, у Чечні. Однак мені, як практикуючому лікарю, нічого не відомо про зміну ситуації з поліомієлітом у Москві. Навіть якщо привозили до нас на лікування хворих на поліомієліт дітей з інших областей, то мабуть, не було ніяких порушень санітарно-епідеміологічних правил перевезень таких хворих. Інакше в Москві неминучим був би спалах серед населення як дорослого, так і дитячого. Чим же пояснити такі наполегливі заклики до «турових щеплень» для дітей раннього віку, які вже раніше одержали звичайну вакцинацію проти поліомієліту? Може, наша вакцина була недостатньо ефективною? Тоді чому ж протягом майже двох десятиліть у Москві не було епідемії поліомієліту? Ми завжди вважали нашу вакцину досить ефективною, надійною. Мені довелось прочитати інструкцію до проведення «турових щеплень». У цій інструкції написано, що при «туровому» щепленні застосовується звичайна вакцина, яка нічим не відрізняється від «нетурової». Розходження тільки в одному: у новій інструкції майже повністю виключені ті запобіжні заходи, які були записані в інструкції до проведення звичайного протиполіомієлітного щеплення. Можна, виявляється, щепити всіх дітей навіть на тлі гострого захворювання (якщо температура не перевищує 38 градусів) або відразу після нього. Ні діатез, ні атопічний дерматит, ні нетравлення шлунку, ні інфекційні захворювання не є протипоказаннями для «турового» щеплення. Чому скасовані всі протипоказання? Іноді лікарі з поліклінік пояснюють це тим, що вакцинація дуже «слабка». Тоді навіщо ж примушувати батьків робити такі щеплення всіма методами, аж до погроз позбавити харчування з дитячої кухні, або залякувати людей, погрожуючи неодмінним захворюванням їхньої дитини в умовах тотальної вакцинації? Адже виходить, що якщо в родині є дитина старше

¹¹⁹ Покровский В. И. Эволюция... с. 75. Ще краще картина заповітного «охоплення» виглядає у В. Учайкіна: «У рамках цих кампаній дворазово додатково було щеплено більш ніж 11 млн. дітей у віці до 3-х років з охопленням 99,3%» (Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 102). Хто більше?

трьох років, то вона у будь-якому разі неодмінно занедужає. А старших не щеплять. Як це так? Спостереження впродовж останніх двох років за дітьми, що пройшли «турову» вакцинацію, свідчать про часті ускладнення після неї, й навіть досить важкі. Мова йде не про вакциноасоційований поліомієліт, а про те, що ігнорування всіх протипоказань (коли дитину щеплять на тлі гострого й/або інфекційного захворювання, неврологічної або іншої патології), яких раніше дотримувалися, призводить до того, що в дитини, і без того ослабленої, ще більше знижується імунітет, що дозволяє розвинутися будь-якому іншому важкому захворюванню»¹²⁰.

Саме про це я писав у розділі «Щеплення: основні проблеми». У гонитві за колективним імунітетом, теорія якого ідеально відповідає меті реалізувати якнайбільше вакцин і добре на цьому заробити, щепити необхідно часто, масово, не перебираючи, без обліку протипоказань, незважаючи на бажання батьків і дітей. Широко використовувалася й пропаганда: «...У період підготовки до кампанії з вакцинації велика увага приділялась рекламуванню переваг вітчизняної вакцини проти поліомієліту, її нешкідливості й практично повній відсутності протипоказань... Під час інформаційної підготовки населення використовувався принцип зростання інтенсивності інформаційного впливу. Почата за 2 міс. (до Національних днів імунізації в березні-квітні 1996 р. – О.К.) інформаційна кампанія поступово нарощувала темпи й робила найбільш масований вплив в останній тиждень. Звернення до здорового глузду телеглядачів та радіослухачів супроводжувалося впливом на їхню емоційну сферу. Так, рекламні ролики дуже вдало поєднували елементи погрози й підвищення уваги до можливості зараження з зазначенням шляху виходу із ситуації...»¹²¹ (виділено мною –О.К.). Нічого не скажеш – справжній науковий підхід, що використовується для служіння виробникам та розповсюдjuвачам вакцин, які прикриваються інтересами держави. Хотілося б, щоб рано чи пізно була отримана відповідь на питання, чи не є наслідком численних кампаній 1992-1997 рр. з тотального щеплення від дифтерії й поліомієліту російських дітей, серед них і з безсумнівними протипоказаннями, зростання важкої неінфекційної захворюваності: «За 5 років (1995-1999) захворюваність на рак серед дітей збільшилася на 32,5%. Кількість первинних випадків захворювань ендокринної системи, розладів харчування, порушення обміну речовин й імунітету за цей же період зросла з 306 тис. до 388 тис. випадків. Збільшується захворюваність на хвороби крові та кровотворних органів, особливо *анемії*, рівень яких за 5 років ріс на 32,3%, з 6,41 у

¹²⁰ Тимофеева А. М. Беседы детского доктора. М., 2000, с. 133-135.

¹²¹ Игнатов Н. Г. Организация комплексной информационной кампании против полиомиелита *Эпидемиология и инфекционные болезни* 1998, 4, с. 9-11.

1995 р. до 9,45 на 1000 чоловік дитячого населення у 1999 р. На 75,9% збільшилася за 5 років захворюваність на *бронхіальну астму*¹²².

Зважаючи на все написане в цьому розділі про поліомієліт та щеплення проти нього, я вважаю, що читачі цілком погодяться з висловленням проф. Р. Мендельсона: «...Між імунологами тривають дебати з приводу відносного ризику використання вбитих вірусів у порівнянні з живими. Підтримуючи використання вакцин на основі вбитих вірусів, стверджують, що саме наявність живих вірусів відповідальна за випадки поліомієліту. Ті ж, хто підтримує використання вакцин на основі живих вірусів, заявляють, що вбиті віруси не забезпечують достатнього захисту, і, по суті, збільшують схильність до захворювання щеплених. Це надає мені рідкісну й зручну можливість бути нейтральним. Я вважаю, що рацію мають обидві сторони, і використання й тієї, й іншої вакцини збільшує, а не зменшує, імовірність зараження вашої дитини поліомієлітом. Тобто, виходить, що найбільш ефективний шлях захистити вашу дитину від поліомієліту – простежити, щоб їй не зробили щеплення проти нього!»¹²³.

Висновки:

- Поліомієліт – захворювання, яке лише дуже рідко призводить до серйозних клінічних проявів (у 0,1-1% інфікованих). Епідемічних масштабів поліомієліт набув тільки наприкінці XIX ст. – імовірно, внаслідок збільшення кількості провокуючих факторів, першим серед яких є щеплення.
- Зниження захворюваності на поліомієліт, що приписується щепленням, було досягнуто за рахунок зміни діагностичних критеріїв. Крім того, наприкінці 1950-х рр. з'ясувалося, що велику кількість гострих млявих паралічів викликано іншими кишковими вірусами (вірусами Коксакі та ЕСНО-вірусами).
- На зміну штамам циркулюючого «дикого» вірусу, прийшли штами вакцинних вірусів, здатні мутувати у вірулентні форми. Декілька спалахів поліомієліту було викликано такими видозміненими вірусами.
- У наш час єдина можливість у цивілізованих країнах постраждати від паралічу, пов'язаного з поліомієлітом, – отримати щеплення живою поліовакциною. Заміна живої поліовакцини на інактивовану затримується у низці країн через економічні причини.
- Гомеопатичні та натуропатичні методи лікування та реабілітації показали себе цілком ефективними.

¹²² Прохоров Б. Б. Здоровье населения России в XX веке. М., 2001, с. 189.

¹²³ Mendelson R. How to raise a healthy child... in spite of your doctor. NY, 1984, p. 252.



Правець

Правець – одне з тих захворювань, думка про які викликає найбільшу тривогу в батьків, особливо молодих, які бояться навіть дихати на дитину і всюди уявляють собі жахливих мікробів, що тільки й думають, як би це напасти на їхню безцінну крихітку. Ці природні страхи охоче роздуваються виробниками й розповсюджувачами вакцин, які бачать у них головного союзника у своєму бізнесі. І хоча я далекий від думки зменшувати небезпеку цієї безсумнівно важкої хвороби, питання про те, чи виправдовує частота цієї хвороби ризик щеплення, не повинне бути обійдено стороною у цій книзі.

Хвороба

Як й у випадку кашлюку та дифтерії, відповідальним за розвиток хвороби є не сам мікроорганізм (у випадку правця це бактерія *Clostridia tetani*, так звана правцева паличка), а його токсин (тетаноспазмін). Збудники правця виявляються в ґрунті, а також у травному тракті людей та тварин, не заподіюючи їм своєю присутністю ні найменшої шкоди. У минулому правець традиційно вважався хворобою сел та фермерських господарств, де була більша ймовірність як одержання травми, так й її наступного інфікування (крім усього іншого варто врахувати ще й постійний контакт з перегноєм). З появою механізації й, відповідно, зі зниженням частки ручної праці в сільському господарстві, захворюваність на правець почала швидко знижуватися. Свій внесок – як же без цього! – у статистику захворюваності на правець вносили і щеплення. У книзі «Шкода від вакцин та сироваток» (1960) її автор, славнозвісний доктор Герберт М. Шелтон (1895-1985), більш відомий читачам як творець оригінальної системи харчування, посилається на славетного канадського лікаря, сера Вільяма Ослера (1849-1919), який написав у своєму класичному посібнику «Принципи та практика медицини» (1882), що правець – захворювання, яке передається при щепленнях (немає сумнівів, що Ослеру було відомо про чималу кількість випадків такого роду). Крім того, Шелтон цитує лист Головного хірурга США Хью Каммінгса сенатору Роберту Ф. Вагнеру від 9 серпня 1929 р. Відповідно до цього листа, кількість *тільки офіційно зареєстрованих смертей* від післявакцинального правця дорівнювало в США: у 1925 р. – 29, 1926 – 15, 1927 – 17 й 1929 – 1. Практично усі випадки припадали на вересень, коли діти йшли до школи і, за словами д-ра Шелтона, почи-

налася щепленева вакханалія, тому й у підсумку за останній рік, куди вересень ще не потрапив, було зареєстровано лише один випадок. Герберт Шелтон також згадує публікацію в «Нью-Йорк івнінг графік» на початку 1925 р. про дві смерті від правця та про чималу кількість людей, які постраждали від щеплень у Бостоні, після чого всім бостонським медикам було суворо заборонено розпускати язика¹. Автор радянської монографії про правець повідомляє: «Правець звернув на себе увагу в 1902 р. після скандальної історії: від нього померло 19 з 107 чоловік, які були щеплені чумною вакциною, засіяною правцевою паличкою»². Коли ми говоримо про сотні вбитих та покалічених післявакцинальними енцефалітами, чи згадуємо ми про тисячі тих, хто постраждав від інших причин, також безпосередньо пов'язаних зі щепленням? І всі вони також були «неминучими жертвами» заради суспільного блага?!

Про рідкісність захворювання може свідчити хоча б той факт, що під час Другої світової війни з десятків тисяч поранених солдатів союзників лише дуже небагато постраждало від правця. В американській армії таких було дюжина, з яких шестеро отримали всю серію щеплень від правця, і один солдат – лише одне щеплення. Померли троє із семи щеплених та двоє з п'яти нещеплених³. В англійців занедало 22 військовослужбовця, половина з них померла – всі померлі були частково щеплені⁴.

У наш час правець зустрічається, головним чином, у наркоманів, які використовують наркотики для внутрішньовенного введення⁵, у потерпілих від важких опіків, в онкологічних хворих і у людей похилого віку (наприклад, у США та Європі люди старше 50 років складають 70% хворих й 80% померлих)⁶. Відповідно до підрахунків, зроблених

¹ *Shelton H. Vaccine and Serum Evils*, 1960. Див. також розділ «Lockjaw caused by vaccination» книги *McBean E. The poisoned needle. Suppressed facts about vaccination* (1957) і статтю *Pathe J. C. et al. Tetanus following vaccination against small-pox J Pediatr* Jul 1960; 27:251-263.

² *Быченко Б. Д.* Столбняк. М., 1982, с. 25. Мова тут іде про трагічний випадок, що стався 30 жовтня 1902 р. у селищі Малковала (Пенджаб, Індія). Гучний розгляд, який став наслідком цього, змусив д-ра Володимира (Мордехая-Зеєва) Хавкіна (1860-1930), «рятівника Індії від чуми», у бомбейській лабораторії якого була вироблена вакцина, у 1904 р. назавжди залишити Індію. Нині його ім'ям названо Бомбейський Науково-дослідний інститут, що займається розробкою вакцин, який автор цих рядків відвідав у 2002 р. Докладніше про цю історію можна прочитати в захоплюючій, хоча й досить поверхневій книзі журналіста і письменника Марка Попівського (1922-2004) «Владимир Хавкин» (Ієрусалим, 1990).

³ *Bull US Army Med Dept* vol VII, no 4, April 1947.

⁴ *Dittmann S. Atypische Verläufe nach Schutzimpfungen.* Leipzig, 1981, S. 156.

⁵ Наприклад, 27 з 67 випадків правця (40%), зафіксовані в Каліфорнії в період з 1987 по 1997 рр., сталися з наркоманами (*MMWR* March 6, 1998).

⁶ *Cook T. B. et al. Tetanus: a review of the literature Br J Anaesth* 2001; 87:477–87.

одним дослідником у 1969 р., шанс заразитися правцем у розвинутій країні має 1 людина з 300 000⁷ – очевидно, відтоді ризик знизився ще більше. У Канаді останнім часом реєструється від 2 до 7 випадків правця щорічно, причому смертельних випадків не було з 1991 р., а в США – 41-64 випадки на рік, з яких 9-23 призводять до смерті⁸. В Англії та Уельсі за сім років (1984-2000 рр.) було повідомлено про 175 випадків (1 хворий на 5 млн. населення на рік)⁹. У Російській Федерації в 2000–2003 рр. щорічно реєструвалося від 31 до 42 випадків правця¹⁰. За офіційними даними, захворюваність на правець у Росії знизилася з 759 чоловік у 1960 р., коли почалися щеплення, до 430 у 1966 р. і далі поступово зменшувалася до стабільних 30-90 в 1990-х рр.¹¹ Ця статистика має цілком переконливий вигляд, і начебто підтверджує той висновок, що «застосування вакцинопрофілактики, починаючи з 1960 р., привело до радикальної зміни епідеміології правця. Захворюваність на правець у Росії різко знизилася»¹². Однак виникає низка запитань. За іншим джерелом, «у колишньому СРСР масова імунізація проти правця серед дітей почалася в 1950-і роки, а з 1961 р. проводиться планова вакцинація дорослого населення»¹³. Це уточнення змушує поставити під сумнів правдивість графіка, наведеного в книзі В. Учайкіна та О. Шамшевої. В 1950-х рр., що також наведені на графіку, коли, згідно з Н. Медуніциним, проводилася «масова імунізація... дітей», захворюваність на правець була на стабільному рівні близько 800-900 випадків на рік з незрозумілим стрибком до 1043 випадків у 1955 р.¹⁴ Таким чином, вакцинації в 1950-х рр. практично ніяк на захворюваність не впливали. Це може бути пояснено або тим, що діти складали мізерний контингент з тих, хто захворів на правець, а тому й їх щеплення ніяк не могли вплинути на захворюваність по республіці, або тим, що щеплення просто були неефективні. Яке б припущення не

⁷ *Peebles T. C. et al. Tetanus-toxoid emergency boosters. A reappraisal NEJM* 1969; 280(11):575-81.

⁸ *Diodati C. J. M. Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 260, n. 10.*

⁹ *Rushdy A. A. et al. Tetanus in England and Wales, 1984-2000 Epidemiol Infect* 2003 Feb; 130:71-7.

¹⁰ Федеральний центр Государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Российской Федерации. Информационный сборник статистических и аналитических материалов. Инфекционные заболевания в России (1913-2002 гг.). М., 2003, с. 46 та «Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации». Дані з офіційного сайту Федерального центра держепіднагляду РФ.

¹¹ Федеральний центр... с. 45-46.

¹² *Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 130.*

¹³ *Медуницын Н. В. Вакцинология. М., 1999, с. 145.*

¹⁴ Федеральний центр... с. 45.

виявилось вірним, однаково залишається незрозумілим, яким чином всього лише за п'ять років у першій половині 1960-х рр. вдалося досягти зниження захворюваності вдвічі, при тому, що в наступні 35 років вона знизилася всього в 5 разів. Можливо, були якісь фактори, що не мають ніякого відношення до щеплень? Крім того, оскільки облік правця було розпочато лише в 1950 р., неможливо зробити висновок про динаміку захворюваності до того – цілком імовірно, що протягом попередніх цій даті 30-40 років вона також неухильно знижувалася. На таку думку наводить, наприклад, аналіз наведених у книзі д-ра Голдена таблиць про смертність від правця в Англії й Уельсі, в США, а також в Австралії, на яких можна бачити тенденцію неухильного зниження смертності від правця в дощепленевий період¹⁵ (хоча смертність та захворюваність можуть бути безпосередньо не пов'язані одна з одною). Ще одне цілковито логічне «невакцинальне» пояснення зниження захворюваності на правець у другій половині ХХ ст. – стрімке скорочення у Росії того прошарку населення, що завжди давав найбільшу кількість випадків цієї хвороби (ті, хто живуть у селі та працюють переважно у сільському господарстві), а також механізація та скорочення частки ручної праці. Два австралійських лікарі, прихильники щеплень, писали: «Спад правця почався до того, як правцевий токсод зробився доступним для широкої публіки. Це відбулося завдяки змінам у гігієні та санітарії, поліпшенню харчування, використанню антибіотиків й антисептиків... належній обробці ран та переходу більшості австралійців від сільського до міського життя... Варто пам'ятати про необхідність уникати гіперімунізації з усіма її побічними ефектами»¹⁶. Приклади розвинених країн підтверджують, що захворюваність і смертність, пов'язані з правцем, залежать від соціально-економічних умов: «Ніяких масових щеплень населення проти правця в Канаді протягом 1921-1948 рр. не проводилося... Швидкий розвиток економіки, механізація сільського господарства, зміна матеріально-побутових умов і культури населення були основними факторами, що зіграли роль у постійному зменшенні захворюваності та смертності, які з 1921 по 1975 рр. знизилися з 0,6 до 0,01 на 100 000 жителів, тобто в 60 разів. Цей процес відбувався поступово, у два етапи. Перший етап мав місце до застосування імунізації населення правцевим анатоксином (1921-1948), а другий розпочався після широкого впровадження у практику активної імунізації дітей (1948-1971). На першому

¹⁵ *Golden I. Vaccination? A Review of Risks and Alternatives. 5th ed., Australia, 1998, pp. 13-14.*

¹⁶ *Crosslight G. M., Howard B. Tetanus Immunization Status in Sydney Adults MJA 1978; 2:313-316. Цит. за Golden I. Vaccination... p. 76.*

етапі за 26 років (1923-1948) число померлих від правця зменшилося з 60 до 13, а смертність знизилася з 0,66 до 0,10, тобто в 6,6 рази. На другому етапі відбулося подальше зниження смертності: з 0,10 (1948) до 0,01 (1975), тобто в 10 разів»¹⁷. Або: «До 1956 р. в Австрії зниження смертності від правця відбувалося за рахунок поліпшення соціально-побутових умов, тому що до цього населення правцевим анатоксином не імунізували. Надалі завдяки проведенню активної імунізації смертність від правця знизилася з 0,5 (1971) до 0,1 (1975)»¹⁸. Остання фраза має досить курйозний вигляд, хоча дуже точно відбиває перекручену вакцинаторську логіку. Коли щеплень немає, то захворюваність і смертність знижуються з природних причин (поліпшення санітарії й гігієни, умов праці, харчування, медичного обслуговування, грамотності населення). Але як тільки з'являються щеплення, всі природні причини зниження, що були раніше, дивним чином кудись негайно відлітають, і дякувати тепер потрібно винятково вакцинам!

Питання щодо природного імунітету до правця, схоже, залишається відкритим. Клостридії живуть у кишечнику людини і постійно виділяють деяку кількість токсину, що імунізує хазяїна. Якщо «титри «природних антитіл» вкрай низькі й резистентність, пов'язана з ними, не має істотного значення в епідеміології правця»¹⁹, то виникає питання: на чому ж було засновано резистентність до правця під час всього «дощепленевого» періоду? Адже ця хвороба традиційно вважалася порівняно рідкою в дорослих, навіть серед селян, хоча людина з давніх часів постійно була в контакт з екзогенними клостридіями, які інфікували рани. Безапеляційний висновок російського вакцинатора спростовується, втім, не тільки здоровим глуздом, але й наявними публікаціями. Так, в одній з них стверджується, що в 59 вибірково обстежених людей було виявлено захисний рівень правцевого антитоксину, незважаючи на те, що ніхто з них ніколи не робив щеплень від правця, а більшість – взагалі ніяких щеплень. Зі слів авторів, цей *безсумнівно існуючий* природний імунітет до правця дозволяє пояснити деякі особливості хвороби – наприклад, чому правець частіше зустрічається в немовлят, чому люди по-різному реагують на правцеві щеплення, і чому важкість хвороби значно відрізняється серед людської спільноти²⁰. В іншому дослідженні в 90 з 166 пацієнтів, у медичній історії яких не було даних про зроблені щеплення, були виявлені антитіла

¹⁷ Быченко Б. Д. Столбняк с. 42-43.

¹⁸ Там само, с. 94.

¹⁹ Медуницын Н. В. Вакцинология с. 145; дослівно повторено в Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 135.

²⁰ Veronesi R. et al. New concepts on tetanus immunization: naturally acquired immunity *J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol* 1975; 19:126-34.

в «захисному» титрі²¹, а відповідно до дослідження, проведеного в групі людей (197 чоловік), що живуть ізольовано та не одержували щеплень, «захист» був у 30%²².

Правець залишається рідкою хворобою навіть серед тих, хто не має жаданого титру антитіл, який вважається достатнім для того, щоб вберегтися від цієї хвороби. Так, в одному з австралійських штатів (Новому Південному Уельсі), проведене дослідження виявило, що половина людей віком від 49 років й більше не мають такого рівня²³; «захищеність» англійців та валлійців віком від 60 років і більше виявилася рівною лише 53%²⁴.

Описано випадки зараження правцем (хоча набагато частіше – гепатитами) після пірсінгу. У деяких країнах третього світу дотепер гострою залишається проблема правця у немовлят, що трапляється після того, як пуповина перерізується інфікованими ножицями. Так, наприкінці 1990-х рр. внаслідок такого зараження в світі все ще гинуло понад 400 тис. немовлят²⁵, хоча заходи з його профілактики були відомі вже давно: «В 1548 р. китайський лікар Хсуе Чі у своїй книзі «Основи акушерства та гінекології» радив не перерізувати, а перепалювати пуповину в немовлят і оглядати пуповинну ранку кілька разів на день, щоб вона не гноїлася. Він стверджував, що «це найбільш важливий спосіб попередження правця у немовлят»²⁶. Дійсно, «головним методом профілактики правця у немовлят, що дозволив практично знищити правець в індустріально розвинених країнах і нещодавно в Китайській Народній Республіці, є суворе дотримання стерильності при пологах, і, особливо, при перетинанні пуповини та догляді за пуповинною культею після пологів»²⁷. Саме санітарно-гігієнічні заходи, а зовсім не щеплення вагітних, є ключем до рішення. «Правець у немовлят виникає навіть у тому випадку, якщо матері вважалися імунізованими. Поясненнями такої можливості можуть бути: неправильна схема імунізації матері, слабка ефективність вакцин, недостатня іму-

²¹ *Murphy N. M. et al. Objective verification of tetanus immune status in an apparently non-immune population Br J Clin Pract* 1994 Jan-Feb; 48(1):8-9.

²² *Matzkin H., Regev S. Naturally acquired immunity to tetanus toxin in an isolated community Infect Immun* 1985 Apr; 48(1):267-8.

²³ *Heat T. C. Tetanus immunity in an older Australian population Med J Aust* 1996 May; 164:593-6.

²⁴ *Maple P. A. et al. Immunity to diphtheria and tetanus in England and Wales Vaccine* 2000 Sep; 19:167-73.

²⁵ *Edlich R. E. Management and prevention of tetanus J Long Term Eff Med Implants* 2003; 13:139-54.

²⁶ *Быченко Б. Д. Столбняк с. 17.*

²⁷ *Cook R., Galazka A. Eliminating neonatal tetanus – an attainable goal Arch Dis Child* 1985; 60:401-2.

на відповідь у матері, послаблений перенос антитіл через плаценту, надходження великої кількості правцевого токсину через плаценту»²⁸. Яким би не було пояснення, зрозуміло, що щеплення не можуть грати вирішальної ролі там, де проблема за визначенням повинна вирішуватися дотриманням елементарних правил стерильності.

Розвиток збудника правця відбувається в анаеробних умовах, тобто за відсутності кисню. Такі умови створюються на дні глибоких, звичайно колотих ран. У ранах із сильною кровотечею сприятливих умов для розвитку спор правця немає. Інкубаційний період становить від 2 до 60 днів. Клостридії виробляють нейротоксин, що по нервових волокнах потрапляє до центральної нервової системи і порушує її діяльність. З'являється скутість у м'язах, утруднення при ковтанні. Це перші симптоми правця; до цього ніяких клінічних проявів хвороби немає. За кілька діб з'являються хворобливі судоми, а слідом за ними – дихальні порушення внаслідок паралічу дихальної мускулатури. Таким хворим необхідне лікування в реанімаційному відділенні, де є можливість підключення апарата штучної вентиляції легенів (ШВЛ). Американська академія педіатрії рекомендує також лікарську терапію, спрямовану на боротьбу з раневою інфекцією; препаратом вибору є метронідазол, хоча можна використовувати також пеніцилін G. Цікаве дослідження (яке, схоже, не привернуло до себе жодної уваги) було проведено в Бангладеш: до стандартного лікування правця було додано щоденне внутрішньовенне введення вітаміну С (аскорбінової кислоти). Серед 31 пацієнта віком від 1 до 12 років взагалі не було смертей (у такій же за кількістю пацієнтів групі, що не одержувала аскорбінової кислоти, померло 23). У групі від 13 до 30 років з 27 тих, хто отримував аскорбінову кислоту, видужало 17 чоловік (смертність 37%), серед 28 тих, хто не отримував, видужало лише 9 (смертність 67,8%)²⁹. При цьому цікаво звернути увагу на можливу помилку авторів. Справа в тому, що пацієнти у *всіх* групах одержували разову дозу в 1000 мг вітаміну С. Цілком імовірно, що якби старші пацієнти одержували дозу, більш відповідну їхній вазі, смертність й у старших вікових групах була б відчутно нижчою. А за тридцять років до цього дослідження про високу ефективність вітаміну С у лікуванні правця заявив часто згадуваний мною д-р Фредерік Кленнер, що почав свій матеріал з категоричного ствердження: «Я пишу цю статтю щоб спростувати існуючу серед людей думку, що правець є важкою

²⁸ Медуницын Н. В. Вакцинология. с. 145; дослівно повторено в Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 134.

²⁹ Jahan K. et al. Effect of Ascorbic Acid in the Treatment of Tetanus *Bangl Med Res Counc Bul* 1984; 10(1):24-28. Цит. за Golden I. Vaccination?.. p. 77.

для лікування хворобою»³⁰. Можу вказати на ще одне цікаве дослідження щодо можливості лікування правця препаратами магнію, що нещодавно опубліковано. Сульфат магнію вводився 40 пацієнтам з розвинутою клінічною картиною правця. При досягненні концентрації магнію в сироватці 2-4 ммоль/л, судами припинилися в 38 пацієнтів; для 17 з 24 пацієнтів молодше 60 років і для 6 з 16 пацієнтів старше 60 років не потрібно було підключення до апарата ШВЛ. Смертність склала 12%, причому всі смерті були в групі пацієнтів старше 60 років і не були пов'язані з порушеннями функцій нервової системи. Автори зробили висновок, що, імовірно, магній є основним препаратом, що повинен призначатися при лікуванні правця³¹.

Важко дати однозначну оцінку смертності від правця, тому що вона залежить від віку (у немовлят перевищує 80%, у літніх вище, ніж у молодих). Найчастіше доводилося зустрічати цифру 20% – для розвинених країн, що мають у своєму розпорядженні добре обладнані відділення інтенсивної терапії³². Саме наявність спеціальних реанімаційних відділень знижує, за даними одного авторського колективу, смертність з 44 до 15%³³. Цілком досяжним для розвинених країн – за рахунок своєчасної діагностики та лікування – є зниження смертності до 10%³⁴. Важливо тут відзначити, що видужання при правці в переважній більшості випадків буває повним – не залишає по собі ніяких наслідків³⁵.

Щоб уникнути пов'язаних з правцем неприємностей, перше й най-

³⁰ *Klenner F.* Recent Discoveries in the Treatment of Lockjaw with Vitamin C and Tolserol *Tri St Med J* July 1954. Цит. за *Golden I.* Vaccination?.. p. 77.

³¹ *Attygalle D., Rodrigo N.* Magnesium as first line therapy in the management of tetanus: a prospective study of 40 patients *Anaesthesia* 2002 Aug; 57(8):778-817.

³² Див., наприклад, *Crone N. E., Reder A. T.* Severe tetanus in immunized patients with high anti-tetanus titers *Neurology* 1992; 42:761-4 і *Al-Kaabi J. M. et al.* Tetanus. A Clinical review *Saudi Med J* 2001 Jul; 22(7):606-9.

³³ *Trujillo M. H. et al.* Impact of intensive care management on the prognosis of tetanus. Analysis of 641 cases *Chest* 1987; 92:63–5.

³⁴ *Sanford J. P.* Tetanus – forgotten but not gone *N Engl J Med* 1995; 332:812–3.

³⁵ Ось як приклад нісенітничі, що характерна для бездумної й невігядливої вакцинаторської пропаганди, дві фрази з розділу про правець книги Тимченко В. Н. й ін. «Все о детских прививках» СПб, 2003 г.: «Смертельні випадки відзначаються в 40-45% випадків» (говорячи про правець у цілому, с. 46) і «При важкому перебігу в половині випадків виникає смерть» (с. 47). Не будемо зараз чіплятися до штучно завищеної статистики смертності в Росії, де в лікарнях, зрозуміло, є реанімаційні відділення. Ці дві фрази в будь-якому разі суперечать одна одній. Єдине можливе тут припущення, щоб привести їх хоч до якоїсь відповідності, це визнати, що *всі без винятку* випадки правця протікають важко, що абсурдно (і тоді не було б потрібно їхнє виділення в якості важких, це було б типовим перебігом хвороби). Але пересічний читач це «проковтує», у пам'яті залишається лише: половина або біля того вмирають, порятунку немає, цілковито необхідне щеплення...

головніше, що необхідно зробити, це промити рану перекисом водню, який неодмінно повинен бути в домашній аптечці (при цьому перекис щороку необхідно замінити). Варто дозволити крові вільно витікати з рани, поки кровотеча не зупиниться природно (зрозуміло, тут мова не йде про ушкодження магістральних судин, коли необхідні якнайшвидша зупинка кровотечі й невідкладна хірургічна допомога). При всіх інфікованих ранах потрібна хірургічна обробка, але при глибоких колотих ранах вона конче необхідна, а тому з візитом до лікаря краще не баритися. З гомеопатичних засобів може бути рекомендований трикратний прийом *Ledum* 30 через кожні чотири-п'ять годин після поранення або укусу тварини. Деякими лікарями з метою профілактики пропонується нозод *Tetanotoxinum*, три прийоми протягом тижня. Внаслідок рідкості самої хвороби й ще більше рідкісного її гомеопатичного лікування, важко зробити який-небудь однозначний висновок про ефективність гомеопатії при правці³⁶. Безсумнівно, що гомеопатичні ліки не приводять до вироблення антитіл проти специфічного збудника або його токсинів, але питання про те, чи грають антитіла приписувану їм виняткову роль у виробленні імунітету (не в сенсі наповнення крові цими самими антитілами, як розуміють слово «імунітет» вакцинатори, а в дійсному його значенні, у сенсі *несприйнятливості* до хвороби), залишається далеко ще не вирішеним. У будь-якому разі, при серйозних ушкодженнях або при глибоких колотих ранах, що найчастіше дають початок правцю, їхня хірургічна обробка та введення правцевого анатоксину або протиправцевого людського імуноглобуліну (або, замість нього, протиправцевої кінської сироватки), наявних у прийомних відділеннях будь-яких лікарень, можуть вважатися цілком виправданими

³⁶ Для ілюстрації процитую проф. Дж. Т. Кента: «Коли в результаті колотої рани кисті, стопи або іншої частини тіла виникає правець, думайте про *Hypericum*; коли ж ви бачите просто колоту рану, дайте *Ledum palustre*, який запобігає розвитку правця» (Кент Дж. Т. Лекції по гомеопатической Materia Medica. т. II, М., 1999, с. 885). Відносно диференціального діагнозу між препаратами, які можуть бути корисними при травмах, див. також розділ «*Hypericum*» в т. I, с. 747-752. Інший американський професор, С. Лілієнталь, пише про *Hypericum* у розділі «Правець і тризм» наступне: «Ушкодження сухожилля з перевагою симптомів з боку нервової системи. Запобігає тризму внаслідок ран підошв, долоней і пальців. Тризм у таких випадках виникає на 9-й день, слідом за ним йде правець. *Hypericum* – головні ліки» (Lilienthal S. Homeopathic Therapeutics, 1890, republ. Indian Books & Periodicals Publishers, p. 1024). Загалом у розділі обговорюється 31 препарат. А відомий американський гомеопат А. Гріммер, якого я згадував у розділі про поліомієліт, повідомляє: «*Magnesia phosphorica* діє швидко та запобігає виникненню правця... Це специфічний засіб проти правця, який вилікував багато важких випадків, що зайшли далеко, на стадії конвульсій. Він також антидотує поширені важкі наслідки, викликані інфекцією від ін'єкції протиправцевої сироватки». Цит. за Agrawal Y. R. Prophylactics in Homoeopathy. 3rd ed., Delhi, 2000, p. 41.

заходами. Саме це, вкупі з природним здоровим імунітетом, є кращою профілактикою правця³⁷. Таблицю препаратів, що використовуються для екстреної профілактики залежно від того, були раніше зроблені щеплення чи ні, можна знайти в спеціальних посібниках³⁸.

Вакцина

Як зрозуміло з природи хвороби, препарат, що покликаний захистити від правця, у точному значенні цього слова є не вакциною, а анатоксином, тобто ослабленим токсином. «Правцевий анатоксин, що використовується у вигляді моновакцини або в якості одного з компонентів комплексних вакцин, викликає утворення нейтралізуючих антитіл класу IgG. Гуморальний імунітет є основою антиправцевої резистентності, що розвивається після введення правцевого анатоксину. Антитіла нейтралізують токсин, що утворюється в інфікованій рані»³⁹. Разом з цим, тут можна звернути увагу батьків на існування доступної моновакцини від правця – факт, про який чомусь забувають згадати деякі про-щепленеві буклети⁴⁰.

«Правцевий анатоксин, що виробляється у Росії... складається з очищеного анатоксину, адсорбованого на гелі гідроокису алюмінію. Препарат містить в 1 мл. 20 одиниць зв'язування... анатоксину. Консервант – мертіолят у концентрації 0,01%»⁴¹.

Не будемо зараз зупинятися на присутності ртуті в складі комплексної вакцини АКДП (або АДП й АДП-М), куди входить і правцева вакцина, або навіть у моновакцині, які вводяться багаторазово, відповідно до календарів щеплень, що саме по собі вкрай небажано – про ртуть було вже достатньо сказано. Крім того, анатоксин отримується інактивуванням токсину формаліном, а це означає, що у вакцині неминуче буде присутня деяка кількість формаліну (чомусь і про це не повідомляється в посібниках з вакцинології). Як у випадку будь-якого анатоксину або вбитої вакцини, у правцевому анатоксині, відповідно, завжди буде присутня небезпека «недовбитості» діючого агента,

³⁷ Згоден з д-ром Нойштедтером, який написав у своїй книзі: «Правець майже цілком знищений в США, в першу чергу завдяки добрій гігієні та правильній обробці ран» (*Neustaedter R. The Vaccine Guide. Making an Informed Choice. Berkeley, California, 1996, p. 100*)

³⁸ Див., наприклад, *Медуницян Н. В. Вакцинология* с. 148.

³⁹ Там само, с. 145-146.

⁴⁰ Наприклад, це не відмічено в *Тимченко В. Н. Все о детских... с. 48*, де після бадьорого і легковажного не до місця «попередити хворобу легко – треба вчасно щепити та ревакцинувати дитину», перераховуються тільки комплексні вакцини, а про моновакцину згадується тільки як про засіб екстреної профілактики.

⁴¹ *Медуницян Н. В. Вакцинология* с. 146.

що може стати причиною того самого захворювання, запобігти якому було покликане щеплення. «Інфікування й інтоксикація через помилки при виробництві вакцини відіграють важливу роль із самого початку її розробки. Через технологічні похибки часточки правцевого токсину залишаються у вакцинній рідині, викликаючи хвороби та смерть... Використання певних середовищ робить недостатньою концентрацію формаліну, а тому залишається активний токсин»⁴².

У тих лікарів, хто спеціально не займався вивченням правця та щеплення проти нього, питань щодо формування «захисного» правцевого імунітету не виникає. Треба щепити, поки не буде необхідного «захисту» і край. Але все далеко не так просто.

Безпечність

Оскільки з метою профілактики правцевий анатоксин вводиться дітям майже винятково в складі багатокомпонентних вакцин (АКДП, АДП та АДП-М; DTP, DTap та Td), то важко виділити реакції, що характерні саме для нього; доводиться більше орієнтуватися на статистику, отриману від застосування анатоксину у вигляді монокомпонентної вакцини в дорослих.

Як уже згадувалося, певна і неминуча небезпека завжди криється в самій технології виробництва анатоксину, при якій є можливим «виживання» правцевого нейротоксина і наступне важке захворювання щепленого. Доречно буде нагадати, що парентеральне введення токсину набагато небезпечніше для людини, тому що у такий спосіб обходяться створені природою захисні бар'єри, а тому достатньо навіть незначної присутності активного токсину, щоб сталося непоправне. Це пояснює той факт, що хоча побічні реакції на введення правцевого токсина (анатоксину) відносно рідкі, вони дають 4% смертності й 6% довгострокових ушкоджень, що найчастіше ведуть до інвалідності⁴³. Радянський автор повідомляв про результати ранніх протиправцевих щеплень: «Щорічно після екстреної профілактики правця в Англії вмирало близько 20 чоловік, у США – 20 чоловік та у Канаді – близько 2 чоловік... Гетерологічні токсини викликали ураження різного роду: енцефаліти, неврити, інфаркт міокарда»⁴⁴.

Найнебезпечнішою реакцією, звичайно ж, є анафілактичний шок.

⁴² Dittmann S. Atypische... S. 157.

⁴³ Dittmann S. Atypische... S. 163. «У випадку недостатньої інактивації анатоксина можуть виникати ознаки інтоксикації, що характерні для цієї хвороби», – намагається пом'якшити Н. Медуніцин («Вакцинология», с. 106, виділено мною. – О. К.). Гарні ж «ознаки», що призводять до інвалідності та смерті!

⁴⁴ Быченко Б. Д. Столбняк с. 146.

Вже через два роки після початку використання токсойда в 1938 р., у науковій літературі почали з'являтися відомості про анафілаксії після протиправцевих щеплень. «Ці реакції... спостерігалися після першого, другого й наступного введень»⁴⁵. Взагалі 1940 р. виявився щедрим на анафілактичний шок після протиправцевих щеплень. Два випадки, що відносяться до 1940 р., були пізніше відзначені в німецькому посібнику з вакцинації. У першому випадку в пацієнта, який не мав жодних негайних реакцій на перше щеплення, шок розвинувся через чотири тижні. Після другого щеплення шок трапився вже через вісім годин, а третє щеплення вбило пацієнта через дві години (цікаво, хто наполягав на третьому щепленні після таких реакцій на перші два?). У другому випадку 44-річний лікар помер через 30 хвилин після щеплення⁴⁶. В інших публікаціях того ж року зустрічалися як смертельні випадки, так і видужання⁴⁷. Про два випадки смертельних реакцій анафілактичного типу було повідомлено в 1973 та 1974 рр. Через півгодини після ревакцинації померла 24-річна жінка. У неї не було реакції на попередні щеплення проти правця, але вона хворіла на астму, а у її сестри були алергійні реакції на щеплення проти правця. Ці безсумнівні протипоказання були відкинуті її свекром, який наполіг на щепленні⁴⁸. В іншому випадку після щеплення у 34-річного чоловіка почався сильний набряк руки, куди було зроблено укол. Потім набряк поширився на половину (з боку ураження) тіла, шиї й голови. На четвертий день після другої ревакцинації розвилися шок та синдром Лайелла (міхури на долонях з відшаруванням шкіри й виділенням чорнуватої рідини), за якими пішли ішемічні контрактури кістякової мускулатури. Смерть настала через зупинку серця⁴⁹. У 1986 р. був описаний випадок смерті 14-річного хлопчика,

⁴⁵ Brindle M. J., Twyman D. G. Allergic reactions to tetanus toxoid *BMJ* 1962; 1:1116.

⁴⁶ Regamey R. H. Die Tetanus-Schutzimpfung // Herrlich A. (Herausg.) Handbuch der Schutzimpfungen. Berlin, 1965. S. 425.

⁴⁷ Cooke R. A. et al. Allergy induced by immunization with tetanus toxoid *JAMA* 1940; 114:1854, Cunningham A. A. Anaphylaxis after injection of tetanus toxoid *BMJ* 1940; 522-3, Whittingham H. E. Anaphylaxis following administration of tetanus toxoid *BMJ* 1940; 1:292, Parish H. J., Oakley C. L. Anaphylaxis after injection of tetanus toxoid. Report of a case *BMJ* 1940; 1:294.

⁴⁸ Staak M., Wirth E. Zur Problematik anaphylaktischer Reaktionen nach aktiver Tetanus-Immunsierung *Dtsch Med Wschr* 1973; 98:110-111. До речі, в сучасних посібниках з вакцинації ні астма, ні алергічні захворювання в сім'ї більше не вважаються протипоказанням. От приклад: «Якщо в анамнезі є дані... про алергічні захворювання в сім'ї або випадки важкої реакції та післявакцинальних ускладнень в сім'ї, це... не являється протипоказанням до вакцинації» (Анисимова Т. Б. Прививки: полный календарь, сроки, показания и противопоказания. РнД, 2003, с. 43). Робить висновки, шановні читачі.

⁴⁹ Frank K. H. et al. Tödliche Impfkomplicationen (Lyell-Syndrom) nach Tetanustoxoid *Dtsch Gesundheitswesen* 1974; 29:1430-1434.

у якого була лише подряпина, отримана під час гри з собакою. Хазяїн собаки наполіг на профілактиці правця. Через п'ять хвилин після щеплення дитина померла⁵⁰.

Можливість анафілактичного шоку після щеплення від правця (як, втім, і після інших щеплень) визнана сьогодні офіційно: «Приміщення, де здійснюються щеплення та екстрена специфічна профілактика правця, повинні бути забезпечені засобами протишокової терапії»⁵¹. Разом з тим слід зазначити, що багато випадків анафілактичного шоку відзначалося також на введення протиправцевих сироваток, використання яких почалося в 1900 р.

З інших потенційно смертельних ускладнень від протиправцевого щеплення, низкою авторів описаний інфаркт міокарда⁵².

Було показано, що введення правцевого анатоксину призводить до важкого пригнічення імунітету. В 11 здорових добровольців, що одержали ревакцинацію проти правця, різко знизилася співвідношення Т-хелперів та Т-супресорів, причому в чотирьох з них – до рівня, що характерний для хворих на СНІД⁵³. Хоча через якийсь час усе повернулося до норми, зрозуміло, що протягом періоду повернення імунітету до його нормальної функції людина залишається сприйнятливою до чималої кількості хвороб. Крім того, якщо згадати, що тільки на першому році життя дитина, крім купи інших вакцин, одержує три порції правцевого токсойда, а четверту – у півтора роки, то чи варто дивуватися тому, що діти перші кілька років життя цілком «за планом» є хронічно хворими внаслідок щеплень, що регулярно їм робляться? Але ж саме протягом цього періоду формується імунна система на все життя!

Є чимала кількість повідомлень про враження нервової системи після щеплень правцевим анатоксином – біля 1,4 випадків на мільйон щеплених⁵⁴. Найчастіше це різноманітні периферичні нейропатії, неврити й ін. Наприклад, «нейропатія плечового сплетіння трапляється практично винятково в дорослих, що отримували численні щеплення правцевого токсойда»⁵⁵. Описана мультифокальна демієлінізуюча

⁵⁰ *Spann W. Medical Tribune* 1986; 19:10.

⁵¹ *Медуницын Н. В. Вакцинология* с. 147.

⁵² *Buchwald G. Über Todesfällen nach der Wundstarrkrampf-Impfung* *Erfahrungsheilkunde* 1/88, *Hochrein M. Herzinfarkt und Beruf Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Arbeitshygiene* 1970; 5:165, *Eisenreich A., Walter H. Herzinfarkt als Unfallfolge* *Zschr Arztl Fortb* 1972; 66:518.

⁵³ *Eibi et al. Abnormal T-lymphocyte subpopulations in healthy subjects after tetanus booster immunization* *N Engl J Med* 1984 Jan 19; 310(3):198-9.

⁵⁴ *Dittmann S. Atypische...* S. 161.

⁵⁵ *Ibid.*, S. 163.

нейропатія, що розвинулася після щеплення⁵⁶. У літературі є вказівки й на випадки враження центральної нервової системи, серед яких є й енцефаліти зі смертельним результатом⁵⁷. У НДР до 1981 р. були виплачені компенсації за три випадки енцефаліту після протиправцевих щеплень⁵⁸. Описано випадки враження черепно-мозкових нервів: слухового, зорового, окоорухового, лицьового та відвідного⁵⁹. Синдром Гийєна-Барре зустрічається з частотою 0,4 випадки на 100 тис. доз⁶⁰.

Описано ревматоїдні реакції та реакції з боку шлунково-кишкової системи. В одному випадку після щеплення правцевого анатоксину, на тлі шоку розвинулася гостра анурія, що призвела до смерті хворого⁶¹.

Крім того, можлива й чимала кількість шкірних алергійних реакцій у відповідь на інактивованій токсин або окремі компоненти вакцини (наприклад, формальдегід чи алюміній).

Необхідно відзначити, що кількість побічних реакцій різного ступеня важкості зростає пропорційно кількості ревакцинацій – факт, що відзначається багатьма авторами⁶². Це пов'язане з гіперімунним станом та зростаючою сенсibiliзацією до компонентів вакцини. Особливо наочно це видно на прикладах військовослужбовців, які одержують багаторазові щеплення (у яких є мало сенсу з погляду особливостей імунної відповіді при правці). У 1961 р. двоє дослідників повідомляли: «У Національній гвардії, наприклад, теперішні правила вимагають ревакцинацію кожні три роки, і, як наслідок, деякі з тих, хто давно служить, часто важко страждають і навіть втрачають працездатність через реакції, що викликаються звичайною дозою правцевого токсойда»⁶³.

Як і вакцини, правцевий анатоксин ніколи не досліджувався на канцерогенний ефект. Не вивчалися й відстрочені наслідки його застосування.

⁵⁶ *Paradiso G. et al. Multifocal demyelinating neuropathy after tetanus vaccine Medicina (B. Aires) 1990; 50(1):52-4*

⁵⁷ *Buchwald G. Über Todesfälle... Див. також прим. 49.*

⁵⁸ *Dittmann S. Atypische... S. 163.*

⁵⁹ *Eicher W., Neundorfer B. Rekurrenslähmung nach Tetanustoxoid-Auffrischimpfung (mit allergischer Lokalreaktion) MMW 1969; 111:1692-96, Stalikamp B. u. a. // Dtsch med Wschr 1974; 99:2579.*

⁶⁰ *Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика... с. 135.*

⁶¹ *Frank K.-H. Tödliche...*

⁶² Див., наприклад, *Relihan M. Reactions to tetanus toxoid J Ir Med Ass 1969; 62:430-489, Baraff L. J. et al. DPT associated reactions: An analysis by injection site, manufacturer, prior reactions, and dose Pediatrics 1984; 73(1):31-8.*

⁶³ *McComb J., Levine L. Adult immunization: II. Dosage reduction as a solution to increasing reactions to tetanus toxoid NEJM 1961; 265:1152-3.*

Ефективність

Зрозуміло, що «захист», якщо такий і буде створено завдяки щепленням, виявиться порівняно нетривалим та неміцним, адже навіть сама перенесена хвороба не призводить до вироблення стійкого імунітету. Отже, буде потрібна чимала кількість щеплень.

Тут ми в черговий раз підходимо до питання, що ж таке ефективність і на підставі чого вона повинна визначатися. Якщо мова йде про «захисний рівень» антитіл, то чіткого його визначення немає – той рівень, що для одних людей є захисним для захисту від деякої кількості правцевого токсину, не буде таким для інших людей при тій же самій концентрації токсину. Антитіла не перешкоджають утворенню нейротоксина, вони можуть лише нейтралізувати вже утворений. І якщо не буде зроблено належну хірургічну обробку рясно інфікованої кластридіями рани, де створилися умови для їхнього розвитку й вироблення токсину, і, можливо, не введено правцевий імуноглобулін, то ніякі антитіла, хоч у «захисному», хоч у «незахисному» титрі, швидше за все не допоможуть. Це підтверджується тим фактом, що серед тих, хто захворів та помер від правця, налічується чимало щеплених. Так, у США в 1995-1997 рр. на правець занедужали 124 людини (приблизно 0,15 хворих на 1 млн. населення на рік), 14 з яких померли. Серед хворих 12 (!) отримали в минулому чотири й більше дози вакцини, по четверо людей – три та дві дози, 11 – одну дозу, 27 – жодної та в 66 історія щеплень була невідома. Останнє повинне означати, що більшість з них, якщо не всі, вже одну дозу як мінімум у минулому одержали (інакше потрапили б до групи «жодної»), швидше за все й більше; просто не було знайдено необхідних документів, а самі пацієнти вже точно не пам'ятали (або через важкість стану не могли повідомити), щеплення від чого саме й коли вони робили. Серед цих 66 хворих померли 9, серед тих, хто не отримав жодної дози, – чотири, і один помер, маючи у минулому два щеплення від правця. Було відзначено, що більшість померлих належала до груп ризику (наркомани, люди, що постраждали від важких опіків, люди похилого віку) або мали інфіковані рани, не оброблені належним чином⁶⁴.

Є свідчення про те, що через важкі ускладнення, що викликалися першими щепленнями проти правця, концентрацію токсосоїда у вакцині постійно знижували – а вслід за нею знижувалася й здатність анатоксину викликати імунну відповідь, яка достатня для появи «захисного» титру антитіл. По іронічному зауваженню проф. р. Мендельсона, «швидше за все, нинішня вакцина проти правця так само ефективна,

⁶⁴ Tetanus Surveillance – United States, 1995-1997 *MMWR* July 3, 1998/47; (SS-2):1-13.

як і чиста вода. До самого останнього часу урядова статистика визнавала, що близько 40% дитячого населення США не щеплено від правця. А куди ж тоді протягом десятків років зникають випадки правця від іржавих цвяхів?»⁶⁵. Те, що захворюваність на правець знижується і без усяких щеплень – факт, на який багато хто вказує.

«Одна доза правцевого анатоксину, яку вводять первинно, забезпечує лише слабкий захист. Через 2-4 тижні після другої ін'єкції антигену рівень антитіл перевищує мінімальний «захисний титр». Триразове введення вакцини забезпечує напруження імунітета протягом, принаймні, 1-5 років. Ревакцинація, проведена через рік, зберігає імунітет протягом 7-10 років»⁶⁶. Не дуже зрозуміло, скільки ж триває «захист» після трьох щеплень – один рік чи п'ять років? Читачі погодяться, що різниця є, однак, схоже, вакцинаторів це питання не дуже хвилює – головне, хоч якось дотягти до четвертого щеплення, яке повинне завершити першу серію правцево-щепленевого серіалу, що триває все життя. Відповідно до останнього російського календаря вакцинації (2001 р.), після трьох щеплень у 3, 4,5 й 6 місяців, дитину треба ревакцинувати спочатку у віці 18 місяців, потім у 6 років, а потім у 14 років. Після цього щеплення від правця та дифтерії рекомендовано повторювати кожні 10 років. Цю рекомендацію, втім, підтримують далеко не всі фахівці: «Епідеміологічні дані вказують на те, що планові щеплення раз у десять років практично не мають цінності й не варті витрат...»⁶⁷.

«Мінімальним захисним рівнем протиправцевих антитіл вважається 0,01 МО/мл сироватки крові»⁶⁸. Цей рівень був доволіно встановлений групою дослідників після дослідів на морських свинках у 1937 р.⁶⁹, і хоча він і нині продовжує вважатися захисним, практика не раз це спростовувала. До того ж він був визначений як рівень, що запобігає смерті від правця, а зовсім не *захворюванню*⁷⁰. Деякі дослідники ставлять під сумнів як цю цифру, так і взагалі можливість використання однієї «антитільної» мірки до всіх людей: «Немає абсолютного або універсального захисного рівня антитіл... Рівень нейтралізуючих антитіл у людей, що вважається нині захисним, 0,01 МО/мл, обґрунтований дослідями на тваринах, і порівнюється з таким у людини тільки вже при

⁶⁵ *The People's Doctor* vol. 8, N12.

⁶⁶ Медуницын Н. В. Вакцинология с. 146.

⁶⁷ Gardner P., LaForce F. M. Protection against tetanus *NEJM* 1995; 333(9):599.

⁶⁸ Див. прим. 63.

⁶⁹ Sneath P. A. T. et al. Tetanus immunity: the resistance of guinea pigs to lethal spore doses induced by active and passive immunization *Am J Hygiene* 1937; 25:464-476.

⁷⁰ При цьому 6 із 45 морських свинок все ж не були врятовані «захисними» 0,01. Чергового разу плутанина між ціма поняттями обговорювалася у статті *Vinson D. R. Immunisation does not rule out tetanus BMJ* 2000; 320:383.

симптомах смерті, що наближається»⁷¹. Випадки правця, серед яких були й найтяжчі його форми, у тих, хто мав не тільки «захисний», але й значно перевищуючий його рівень антитіл, багаторазово описані в спеціальній літературі. Ці ж дослідники повідомили про випадок правця в 35-річного чоловіка, у якого хвороба розвинулася незважаючи на те, що рівень антитіл був у 16 разів вищим за той, що вважається «захисним»⁷². Також у 16 разів був вище від «захисного» рівень антитіл у наркомана, який помер від правця⁷³. Але й це ще не межа. В 29-річного пацієнта, який одержав три щеплення в дитинстві та дві ревакцинації пізніше, й після цього все одно захворів на правець, титр антитіл перевищував захисний у 100 (!) разів⁷⁴. Інші автори наводять дані про трьох пацієнтів з важким правцем, що занедужали незважаючи на високий рівень антитіл (один помер). Двоє одержали останнє щеплення за рік до хвороби, а один з них... навіть був «правцевим» донором – був гіперімунований для одержання комерційного правцевого імуноглобуліну!⁷⁵ Найчастіше рівень антитіл у пацієнтів не визначали (клопітна й дорога процедура), але історія раніше зроблених щеплень не залишала сумнівів, що вони робилися багаторазово й згідно з усіма існуючими правилами. Ще одна публікація в 1986 р. згадує випадок правця із тризмом жувальної мускулатури в 18-річного юнака, раніше повністю щепленого, з ревакцинацією, зробленою за шість років до того; у тій самій публікації відзначалося, що двоє із трьох інших пацієнтів, лікування яких від правця проводилося в госпіталі, були частково щепленими⁷⁶. Серед госпіталізованих із-за правця у Данії в 1978-1982 рр. 10% були раніше повністю щеплені від цієї хвороби; переважна більшість інших постраждалих були щеплені частково⁷⁷. Незважаючи на всі зроблені щеплення, у десятирічної англійської дівчинки після поранення ноги виник правець (від якого вона, втім, повністю видужала)⁷⁸. Бажаючи

⁷¹ *Passen E. L., Andersen B.* Clinical tetanus despite a protective level of toxin-neutralising antibody *JAMA* 1988; 255(19):1171-3.

⁷² Там само. Порівняйте цю інформацію із безапеляційним «Випадки виникнення правця у правильно вакцинованих невідомі» (*Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофилактика... с. 131). Кому невідомі? Тим, хто встановлює, які щеплення виявились «правильними», а які – «неправильними», в залежності від того, захворів чи ні щеплений на правець?

⁷³ *Abrahamian F. M. et al.* Fatal tetanus in a drug abuser with «protective» antitetanus antibodies *J Emerg Med* 2000 Feb; 18:189-93.

⁷⁴ *Pryor T. et al.* Elevated antitoxin titers in a man with generalized tetanus *J Fam Pract* 1997 Mar; 44(3):299-303. Цікаве те, що цей пацієнт також був наркоманом.

⁷⁵ *Crone N. E., Reder A. T.* Severe tetanus in immunized patients with high anti-tetanus titers *Neurology* 1992; 42:761-4.

⁷⁶ *Vieira B. L. et al.* Cephalic tetanus in an immunized patient *Med J Austr* 1986; 145:156-7.

⁷⁷ *Simonsen O. et al.* Epidemiology of tetanus in Denmark, 1920-1982 *Scand J Infect Dis* 1987; 19:437-44.

⁷⁸ *Towilson S.* Girl aged 10 catches tetanus despite vaccination *The Times* August 14, 2000.

можуть знайти інші описані в літературі випадки, які свідчать про можливість захворювання на правець і після зроблених по повній програмі щеплень, і в осіб з «захисним» рівнем антитіл. Саме тому всі останні серйозні публікації з правця завершуються закликом до лікарів ставитися до цієї хвороби максимально уважно й менше звертати уваги на наявність щеплень у минулому.

Незважаючи на наведені приклади, дослідження вказують, що раніше щеплені мають меншу ймовірність занедужати на правець та загинути від нього. Але чи достатньо даних цих досліджень, взятих окремо від усього іншого, щоб легко переконати себе: так, щеплення потрібне? Поставимо питання іншим чином: коли робити це щеплення та чи варто його робити взагалі, з огляду на крайню рідкісність самого захворювання та ефективність наявних екстрених профілактичних заходів, а також беручи до уваги ймовірність ускладнень, що пов'язані із введенням вакцини? Для нещодавньої статті в престижному журналі американські автори нашкрябали по засіках Національної системи реєстрації та спостереження за захворюваннями (National Notifiable Diseases Surveillance System)... у США аж 15 хворих на правець дітей віком молодше 15 років у період 1992-2000 рр. У середньому постраждалі перебували в лікарні по 28 днів; вісьмом з них потрібно було підключення до апарата ШВЛ. Усі без винятку хворі повністю видужали. Серед них було 12 нещеплених (серед яких і двоє немовлят віком до 10 днів, які не могли бути щепленими за визначенням), десятеро дітей віком від 3 до 14 років не були щепленими через відводи з релігійних переконань батьків. Звідси висновок: 80% хворих – серед нещеплених, тому робіть дітям щеплення!⁷⁹ Чи дуже переконують читачів такі відомості у необхідності щеплень?

Завершуючи цей розділ, я хотів би коротко викласти одну історію, яка добре ілюструє етичні стандарти вакцинаторів⁸⁰. У 1991 р. ВООЗ оголосила програму ліквідації правця у немовлят до 1995 р. (зрозуміло, що, заснована під тиском фармацевтичних компаній лише на прагненні реалізувати побільше вакцин, ця програма провалилася так само, як і аналогічні програми ліквідації кору та поліомієліту). Для ліквідації правця ВООЗ запропонувала план активної вакцинації жінок дітородного віку в тих країнах, де гострою є проблема правця у немовлят, який склався з п'яти послідовних щеплень протягом 2,5 років (інтервал між першим та другим щепленнями – не менше чотирьох тижнів, між другим та третім – не менше півроку, між третім та четвертим, а також четвертим

⁷⁹ Fair E. et al. Philosophic Objection to Vaccination as a Risk for Tetanus Among Children Younger Than 15 Years *Pediatrics* January 2002; 109:1-e2.

⁸⁰ За Diodati C. J. M. Immunization... pp. 218-221.

та п'ятим – не менше року). Однак, вакцинатори «на місцях» – а саме в Нікарагуа, Мексиці й на Філіппінах – цю схему творчо переробили, вводючи три дози правцевого анатоксину вже протягом перших трьох місяців життя, і за короткий термін – ще дві. Але мало того. У якості високомолекулярного носія для правцевого токсоеїда у низці серій вакцини використовувався людський хоріонічний гонадотропін – гормон, вироблення якого починається при зачатті, та швидко припиняється, тому що заважає нормальному розвитку плода. Ані слова щепленим (а точніше, жертвам щеплень) про це сказано не було. На Філіппінах, крім величезної кількості ускладнень, пов'язаних із сенсibiliзацією до правцевого токсоеїда через багаторазові щеплення з малим інтервалом між ними (звичайно мова йшла про вкрай хворобливу пухлину в місці ін'єкції), було зареєстровано і надзвичайно велику кількість викиднів. Філіппінська медична асоціація зробила вибіркoву перевірку вакцин і виявила, що в 20% з них міститься людський хоріонічний гонадотропін. І ВООЗ, і місцеві медичні чиновники люто заперечували використання гонадотропіна, після чого філіппінська влада запросила незалежних експертів, які, зрозуміло, виявили як гонадотропін у вакцинах, так і високий титр антитіл до нього у 27 з 30 вибірково перевічених жінок, раніше щеплених від правця. Оскільки нічому іншому, крім використання вакцин, це приписати було неможливо, ВООЗ довелося визнати використання – потай від щеплених та від лікарів! – людського гонадотропіна у вакцині. ВООЗ заявила, що нібито гонадотропін був лише експериментальною частиною виробничого процесу і не повинен був потрапити до вакцин, а потрапив лише тому, що тести на його визначення помилково дали негативні результати. Мало хто повірив цій вигадці. Вся ця огидна історія, зрозуміло, була брутальним порушенням Нюрнберзького етичного кодексу 1947 р., який декларує обов'язкову поінформовану згоду того, хто бере участь в експерименті, та Гельсінської декларації 1964 р., яка встановлює пріоритет інтересів індивідуума над інтересами суспільства. Щеплені експериментальними вакцинами нічого не знали ні про їхній склад, ні про ті наслідки, які могло викликати використання гонадотропіна й, зрозуміло, не могли дати поінформованої згоди. Ніхто не пояснював їм, яким чином можна запобігти правцю у немовлят – йшлося винятково про щеплення як єдиний засіб для порятунку. Крім усього іншого, ця історія надала чудовий аргумент тим, хто стверджує, що своїми вакцинами ВООЗ намагається контролювати народжуваність у «невгодних» країнах, які звичайно належать до третього світу⁸¹.

⁸¹ Кілька років тому в Індії при перевірці оральної поліовакцини, надісланій ВООЗ до Нігерії, в ній було виявлено невідомо звідки туди потрапивший гормон естрадіол. Відмова деяких штатів Нігерії використовувати браковану вакцину разом з антиамериканськими настроями, що виникли, (вакцину було вироблено в США),

Цей «експериментальний» аспект щеплення також непогано було б мати на увазі всім, хто вирішує його зробити.

І щоб поставити крапку, я хочу процитувати бельгійського гомеопата д-ра Кріса Гоблома, який написав великий аналітичний огляд з правцю, деякими матеріалами з якого я використав у цій книзі: «Величезна кількість публікацій про побічні реакції на вакцину правцевого токсойда не дозволяє відмахнутися від них як від рідких та нешкідливих. Той, хто так робить, лише демонструє, що він не знайомий з літературою з обговорюваного питання... Не може вважатися розумною така медична практика, коли життя пацієнта піддається небезпеці при проведенні процедури, що, імовірно, неефективна, для того, щоб запобігти хворобі, яка, імовірно, ніколи не трапляється. У масштабах усього світу, все, що потрібно – дезінфікувати ножиці, якими перерізують пуповину. Інформація, мило й перекис водню можуть виявитися набагато кориснішими, ніж щеплення проти правця»⁸².

Висновки:

- Правець – захворювання, що викликається нейротоксином, який виробляється в анаеробних умовах клостридіями (звичайно в глибоких колотих ранах).
- Захворюваність на правець у розвинених країнах складає кілька десятків чоловік на рік. Зниження захворюваності на правець досягнуто, у першу чергу, за рахунок правильної хірургічної обробки ран та застосування заходів екстреної профілактики правця, а також зниження обсягів ручної праці в сільському господарстві.
- Групами високого ризику є немовлята в країнах третього світу, наркомани, які використовують наркотики для внутрішньовенного введення, люди, які постраждали від важких опіків та люди похилого віку.
- Щеплення від правця пов'язане із чималою кількістю ускладнень, зокрема й з боку нервової системи, а також з анафілактичними реакціями.
- Застосування перекису водню для поверхневих ушкоджень, своєчасне звернення до лікаря для обробки рани й отримання, при необхідності, протиправцевої сироватки, є достатніми гарантіями безпеки.
- Батьки, які бажають зробити своїм дітям щеплення тільки від правця, мають пам'ятати про існування монокомпонентної вакцини.

призвела до беспрецедентної кампанії тиску на Нігерію, яку звинуватили не менше як у змові з метою зірвати зусилля світової спільноти із ліквідації поліомієліта.

⁸² *Gaublomme K. Tetanus toxoid vaccination: an overview International Vaccination Newsletter Sept. 1996.*



Туберкульоз

Хвороба

Туберкульоз – одне з найстаріших відомих людству захворювань, при цьому воно вирізняється серед інших своїм тісним зв'язком із соціально-економічним станом суспільства. Якщо зв'язок інших інфекційних захворювань з рівнем добробуту може ще якоюсь мірою бути предметом дискусій, то для туберкульозу це питання вирішене давно й не заперечується навіть найзавзятішими прихильниками щеплень. 95% всіх випадків туберкульозу та 98% смертей від нього у світі припадає на країни, що розвиваються. При цьому 80% випадків захворювання припадає лише на 22 країни, а серед них половина випадків туберкульозу належить лише п'яти країнам Південної Азії. Хоча туберкульоз завжди мав місце у країнах, що розвиваються, останнім часом ця проблема постає особливо гостро у зв'язку із СНІДом, оскільки останній може викликати реактивацію прихованої туберкульозної інфекції. Вплив СНІДу на світову статистику туберкульозу оцінюється приблизно у 8%, однак у деяких африканських країнах ця цифра у п'ять разів вища. Відповідно до нещодавньої заяви Відділу дослідження тропічних хвороб при ВООЗ, захворюваність на туберкульоз зростає в СНД та країнах області Сахари в Африці; в усьому іншому світі вона в цілому знижується¹. За існуючими сьогодні оцінками, до 32% всього населення світу інфіковано туберкульозом, однак на хворобу він може перетворитися лише в 10%.

Захворюваність на туберкульоз може широко варіюватися в різних районах навіть однієї країни залежно від соціально-економічних умов. Так, у 1999 р. в Омасі було зареєстровано 1,3 хворих на 100 тис. населення, у той час як у Нью-Йорку ця кількість дорівнювала 17,7, а у Сан-Франциско – 18,2. При цьому більше 40% хворих на туберкульоз у США мали походження з інших країн, головним чином В'єтнаму, Філіппін та Мексики². У Росії захворюваність на туберкульоз за даними Федерального центру держепіднагляду РФ склала: у 2001 р. – 68,37, у 2002 р. – 69,52, у 2004 р. – 83,2 на 100 тис. населення³, при цьому

¹ TDR Strategic Direction for Research: Tuberculosis. February, 2002.

² Tuberculosis in the workplace. IOM Report, 1981, p. 6.

³ Дані з сайту Федерального центру держепіднагляду РФ. При цьому в Мурманській обл. захворюваність становила 96,5, у Калмикії – 366,8, а в Туві – 472,9. Найімовірніше, ця географія вказує як на високу концентрацію пенітенціарних установ, так і на безлад у системі охорони здоров'я у цих регіонах.

російському уряду для порівняння були надані показники захворюваності в інших країнах у 2004 р.: Болгарія – 39,2; Польща – 25,3; Велика Британія – 10,8; Данія та Німеччина – 7, Швеція – 4,3⁴.

Хвороба викликається мікобактерією, виявленою в 1882 р. німецьким мікробіологом Робертом Кохом (1843-1910). З усіх існуючих видів мікобактерій, у людини туберкульоз можуть викликати представники людського (*Mycobacteria tuberculosis*) та бичачого (*Mycobacteria bovis*) видів. Деякі автори як винятково рідку причину згадують також пташиний вид (*Mycobacteria aves*), інші таку можливість заперечують.

Звичайним шляхом зараження є повітряно-краплинний (при кашлі, чиханні, розмові), а джерелами стають хворі на туберкульоз легенів або гортані. Із вдихуванним повітрям мікобактерії потрапляють до легенів, де поглинаються альвеолярними макрофагами. Після цього починається період повільного росту, результатом якого стає утворення туберкульозної гранулеми. Мікобактерії можуть зберігатися в організмі десятки років, очікуючи на сприятливі для реактивації умови. Такими можуть стати хіміотерапевтичне лікування з приводу онкологічних хвороб, СНІД, сильний стрес, виснаження. Найкращі умови для розмноження мікобактерій існують в органах з високим рівнем постачання киснем, до яких, у першу чергу, належать легені (особливо їхні верхні долі), нирки, кістковий мозок та оболонки спинного й головного мозку. Позалегеновий розвиток туберкульозу (близько 10% у структурі захворюваності) характерний для осіб з послабленою імунною системою; серед них чверть має історію невдалого або незавершеного лікування туберкульозу в минулому. Факторами ризику для туберкульозу визнаються СНІД, алкоголізм, низький соціально-економічний статус, відсутність житла або проживання в умовах скученості або в країні з високим рівнем захворюваності на туберкульоз, наявність хвороби, що послаблює імунну систему, робота в системі охорони здоров'я. Звідси зрозуміло, що туберкульоз є типовим головним чином для небагатих країн, які нездатні забезпечити своїм громадянам гідні умови існування, а також своєчасні діагностику та лікування. Якщо до цього додати величезну кількість людей, які перебувають в огидних умовах у місцях позбавлення волі та в армії, то ми одержимо нинішню картину, надзвичайно сприятливу для високої захворюваності на туберкульоз, на яку навряд чи могла б вплинути й найефективніша вакцина, якби така існувала. Головним фактором поширення найнебезпечнішого, стійкого до лікарської терапії туберкульозу (MDR-TB – multidrug-resistant tuberculosis), є колонії та в'язниці, де він набув справді епідемічних масштабів внаслідок скученості та поганого харчування ув'язнених, а також незадовільного рівня медичних послуг та нестачі медикаментів, а іноді й цілеспрямова-

⁴ Засідання уряду РФ від 20 жовтня 2005 г., прес-реліз. Матеріал є в Інтернеті.

ного самозараження – просто щоб жити, отримуючи лікування, у більше прийнятних умовах. Хворі одержують неадекватне лікування неповними курсами ліків – фактично, лікування ведеться лише доти, поки є чим лікувати. Це призводить до появи стійких до ліків штамів збудника. Хворих зі стійкими до ліків формами туберкульозу ізолюють в окремих камерах, прирікаючи на смерть. В'язні, які звільняються, а також персонал, який працює у в'язницях, приносять інфекцію до своїх домівок⁵.

Недостатнє фінансування та розруха, що панує в системі охорони здоров'я, погіршують загальний стан. У нещодавній статті в профільному журналі два співробітники київського Інституту фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України докладно пишуть про проблеми фтизіатричної служби своєї країни, що багато в чому характерні й для Росії. Ось лише короткий перелік їх. Так, 90% бюджетних засобів витрачається в Україні на утримання інфраструктури протитуберкульозної служби, і лише 10% – на самого хворого (медикаменти та харчування). На харчування хворих у стаціонарі виділяється в 3 рази менше грошей, ніж передбачено нормативами, а 70-80% хворих не можуть самостійно забезпечувати себе продуктами. Недостатнім є забезпечення так званими протитуберкульозними препаратами 2-го ряду або резервними, внаслідок чого лікування ведеться хаотично, лише тими засобами, що наявні на даний момент, а в підсумку мікобактерії виробляють лікарську стійкість. До 70% хворих мають супутні захворювання, 22,5-35,7% хворих під час лікування в стаціонарі вживають алкоголь та наркотики. Лікарі й медсестри нерідко стають об'єктом погроз, а то й насильства з боку хворих, особливо тих, хто звільнилися з місць позбавлення волі, у той час як правоохоронні органи не поспішають допомагати медикам. Протитуберкульозні установи знаходяться в жалюгідному стані, на одне ліжко замість 7,5 м² виділяється тільки 2-3 м² – «як на цвинтарі» (авторський вислів), і в таких умовах хворі відмовляються лікуватися. Зростає захворюваність медичних працівників на туберкульоз. До 1990 р. щороку занедужувало 30-40 чоловік, а за рік, що передував публікації, – 800⁶. Зарплата фтизіатра становить близько 34 євро на місяць, 60% фтизіатрів – особи глибоко пенсійного віку, а молоді лікарі в існуючих умовах працювати фтизіатрами не бажають⁷.

⁵ Farmer P. TB superbugs: the coming plague on all your house Natural History April 1999, pp. 46-53.

⁶ Для порівняння: «Захворюваність медичних працівників на туберкульоз у Самарі з 1991 по 2001 рр. збільшилася в 10 разів і перевищує в 3 рази захворюваність на території» (Бородулин Б. Е. Туберкулез среди медицинских работников Самары Эпидемиология и инфекционные болезни 2004, 1, с. 49-50) – О. К.

⁷ Мельник В. М., Волошина В. В. Социальные и медицинские проблемы туберкулеза в Украине. Проблемы туберкулеза и болезней легких 2004, 2, с. 22-24.

Первинне інфікування мікобактеріями зазвичай безсимптомне, і переважна більшість людей так ніколи й не довідаються, що заразилися туберкульозом. Ще стара радянська «Велика медична енциклопедія» досить точно та докладно описувала послідовність подій при інфікуванні: «У людини є відносний природний імунітет, про що свідчить перебіг первинної інфекції в більшості дітей. В одних випадках мікобактерії, потрапляючи до організму, не викликають ніяких мікро- і макроскопічних змін в органах та тканинах і ніби перебувають у стані симбіозу з макроорганізмом; туберкулінові реакції при цьому залишаються негативними... Це відбувається тоді, коли для розмноження мікобактерій в організмі немає сприятливих умов... Таким шляхом інфекція може протікати тільки в організмі, який має дуже високий ступень природного імунітету. У більшості ж випадків мікобактерії, потрапивши до організму, спочатку повільно розмножуються й, осідаючи в різних органах і тканинах, викликають тільки незначні зміни в найбільш чутливому органі – легенях, та у відповідних регіонарних лімфатичних вузлах. Таким шляхом утворюється первинний туберкульозний комплекс. Завдяки малій чутливості організму до туберкульозного збудника та природним захисним механізмам – фагоцитозу та інкапсуляції, ці зміни звичайно далеко не заходять, і первинний комплекс, що утворився внаслідок інфекції, починає гоїтися...»⁸.

Звичайно, усіх батьків у першу чергу цікавлять не ці теоретичні відомості, а те, наскільки легко заразитися туберкульозом – зокрема, чи правду каже медсестра в поліклініці (чомусь медсестри, а то й багато лікарів, немов би змовившись, повторюють ту саму вигадку), що досить бомжа, який чхне в метро (варіант: колишнього ув'язненого, який плює на сходах), щоб наша дитина одразу, не сходячи з місця, захворіла на туберкульоз? Відповідь на це питання отримана давно: «...Практично кожен міський житель рано чи пізно інфікується мікобактеріями туберкульозу; однак тільки невелика кількість людей занедужує на прогресуючий туберкульоз. Результат інфекції може залежати від ступеня природного імунітету, від вірулентності, масивності інфекції, від частоти суперінфекцій, від функціонального стану організму. Ступінь індивідуальної резистентності має велике значення для долі первинної інфекції. Оупі та Мак Фредрен описують випадки, коли

⁸ «Большая медицинская энциклопедия». М., 1963, т. 32, с. 965-966. Але якщо насправді «природна резистентність при туберкульозі відіграє велику роль» (Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 88), то навіщо потрібно терміново, у перші дні життя, фактично знищувати її, інфікуючи немовля мікобактеріями бичачого туберкульозу з вакцини БЦЖ, замість того, щоб зміцнювати цю саму природну резистентність, яка зможе захистити при реальному зараженні мікобактеріями людського туберкульозу?

серед дітей з однієї родини, що перебували в умовах тісного контакту з людиною, яка виділяє бацили, деякі занедужали на прогресивний туберкульоз, інші – на латентний, а треті залишилися туберкуліно-негативними. Вплив масивності та повторності на результат інфекції доведено дослідженнями Бернара, Дебре, Лелонга... які протягом чотирьох років вели спостереження за дітьми з позитивною реакцією на туберкулін, які були інфіковані протягом першого місяця життя й потім ізольовані від джерела зараження. З 171 відділеної дитини 158 залишилися туберкулінопозитивними, але не виявили клінічних проявів. Діти, які залишилися в контакті, померли від туберкульозу»⁹. Автори кілька разів підкреслюють важливість індивідуальної резистентності, що залежить від загального стану імунітету. А якщо щеплена за календарем дитина на першому році життя, коли саме і формується імунітет на все подальше життя, за всіма правилами вакцинної науки перебуває в безперервному «післявакцинальному періоді», що характеризується вираженим пригніченням функцій імунітету, то неважко припустити, що в майбутньому саме вона може виявитися найбільш імовірною жертвою туберкульозу.

Лише у виняткових випадках первинне інфікування дає початок гострому процесу. Зазвичай, туберкульоз розвивається на тлі знижених функцій імунітету і внаслідок постійного контакту з хворим на відкриту форму туберкульозу, який виділяє бацили. Звернути увагу на себе повинні тривале підвищення температури та тривалий кашель (підкашлювання) з виділенням мокротиння, яке збільшується (при легеновому туберкульозі), нічний піт, слабкість, відсутність апетиту, втрата ваги, збільшення лімфовузлів, головний біль. Діагноз туберкульозу в ідеалі повинен ставитися за сукупністю клінічних, рентгенологічних і лабораторних (бактеріоскопічний і культуральний методи) даних. Останнім часом часто згадуються порівняно нові методи – полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) та імуноферментного аналізу (ІФА). Однак вони не є вільними від ряду досить істотних недоліків. Метод ПЛР полягає у виявленні в досліджуваних зразках діагностичного матеріалу специфічних фрагментів ланцюга ДНК збудника. Метод відрізняється дуже високою чутливістю, може визначати також і L-форми, з якими традиційно виникає дуже багато проблем, дозволяє провести дуже точну видову й штамову ідентифікацію збудника для диференціації між туберкульозними і нетуберкульозними мікобактеріями, для експрес-визначення лікарської стійкості мікобактерій. Однак застосування методу робить можливим велику кількість хибнопозитивних реакцій, він вимагає наявності до-

⁹ Большая... с. 966.

рогих спеціальних генно-інженерних лабораторій з висококваліфікованим персоналом, безперебійної поставки високоякісних витратних матеріалів, і він не дозволяє визначати життєздатність збудника¹⁰. При цьому інформативність методу також виявилася досить далекою від стовідсоткової. За даними одного дослідження, за допомогою ПЛР *M. tuberculosis* виявлялася у мокротинні в 82,6% випадків, у сечі – в 66,6%, у крові – в 0%. При позалегеновому туберкульозі різних локалізацій виявити збудника вдавалося лише в 40% випадків при дослідженні сечі¹¹. Що ж стосується ІФА, то «головна проблема, що виникає при розробці специфічної імунодіагностики, полягає в отриманні препаратів антигенів та антитіл, що дозволяють досягти оптимального співвідношення чутливості й специфічності тестів»¹². Вважається, що по-справжньому цей метод є інформативним лише у хворих на позалегеневі форми туберкульозу та у районах з низькою поширеністю хвороби.

Кілька слів необхідно сказати про масову флюорографію, що донині практикується у Росії як метод раннього виявлення туберкульозу. Будь-яка медична процедура, пов'язана з опроміненням, повинна проводитися тільки за наявності найсуворіших медичних показань, навіть якщо променеве навантаження при цьому вважається дуже малим (стверджують, що нинішні цифрові флюорографи дають навантаження в 10-30 разів менше, ніж плівкові, які використовувалися до останнього часу). Незадовго до розвалу СРСР, два автори монографії ділилися такими рекомендаціями щодо вдосконалення «охоплення» населення рентгенівськими променями: «Однією з головних та обов'язкових умов високої ефективності обстеження (флюорографічного. – О. К.) є охоплення не менш ніж 90% населення, яке можливе тільки при проведенні суворо індивідуального обліку... Як правило, карта профілактичного обстеження заповнюється попередньо на підставі даних ЖЕУ та списків, отриманих у результаті подвірних обходів... Осіб, які ухиляються від огляду, залучають шляхом індивідуальної бесіди або через адміністрацію... Для направлення на флюорографію людей похилого віку потрібно використовувати їхнє відвідування окулістів, стоматологів, а також інших фахівців, у яких вони перебувають під спостереженням... Осіб, які протягом року жодного

¹⁰ Борисов С. Е. Диагностика туберкулеза: возможности и пределы *Проблемы туберкулеза* 2001, 3, с. 5-9.

¹¹ Аленова А. Х. и др. Информативность полимеразной цепной реакции в диагностике туберкулезного процесса *Проблемы туберкулеза* 2002, 1, с. 45-46. Авторы подкреслили негативную роль, что играет вакцина БЦЖ, яка значно ускладнює діагностику туберкульозу у раніше щеплених нею внаслідок розвитку післявакцинальної алергії.

¹² Борисов С. Е. Диагностика...

разу не звернулися до поліклініки, запрошують на флюорографічне обстеження письмово або при особистому відвідуванні»¹³. Поки одні мріють про 100% «охоплення» щепленнями, інші – рентгенодіагностикою, використовуючи при цьому всі доступні методи і не турбуючись занадто про право громадян на особисте життя та їхнє небажання ризикувати своїм здоров'ям заради «високої ефективності обстеження». Від контролю Старшого Брата не повинен сховатись ніхто! Але наскільки ж насправді ефективна флюорографія? От один приклад: «...У Щелківському районі в 2001 р. при обстеженні 19 415 чоловік із числа декретованих контингентів виявлений 1 хворий на туберкульоз; його виявлення обійшлося в 446 546 рублів. Виявлення 1 хворого із числа декретованих контингентів у Новомосковському районі в 1999 р. обійшлося в 28 350 руб»¹⁴. Невже майже півмільйона і навіть «лише» 30 тисяч рублів для того, щоб виявити одного хворого на туберкульоз – це розумне використання бюджету охорони здоров'я? Нам постійно повторюють, що профілактика – найважливіше в медицині, і скупитися на неї ніяк не можна. І от мільйони й мільярди рублів, які могли б допомогти реальному поліпшенню справ, витрачаються на опромінення та вакцини, і не тільки, у більшості випадків, не дають ніякої користі, але й безсумнівно шкодять. Рішення відоме давно – потрібно досліджувати лише тих, хто перебуває в групі ризику. Але ж таких потрібно знаходити, переконувати пройти необхідні процедури... Куди простіше масово обстежити сотні тисяч людей, для яких загрози занедужати на туберкульоз фактично не існує, ставити галочку: «охоплені флюорографією», а потім цілком щиро дивуватися, чого ж такі кепські справи з ранньою діагностикою хвороби, та обурюватися недостатнім фінансуванням програм боротьби з туберкульозом. І ніхто не питає за мільйони рублів платників податків, які бездумно розтрачуються!

В масовій діагностиці лікарі дотепер також покладаються на шкірний туберкуліновий тест, він же тест Манту, який викликає багато питань і заслуговує на особливу розмову (див. нижче).

Захворюваність на туберкульоз, що традиційно вважався хворобою тих, хто проживає у темних та вологих приміщеннях, та смертність від нього почали різко знижуватися з другої половини XIX сторіччя, коли покращився загальний санітарно-гігієнічний стан місць проживання людей, а також з'явилися закони про охорону праці та

¹³ Греймер М. С., Фейгин М. И. Раннее выявление туберкулеза легких. Л., 1986 с. 12-14.

¹⁴ Кучеров А. Л., Ильичева Е. Ю. Пути повышения эффективности противотуберкулезных мероприятий и сокращения затрат на их проведение *Проблемы туберкулеза и болезней легких* 2003, 4, с. 7-11.

обов'язкове медичне страхування, що зробило медицину доступною для широких верств суспільства. Так смертність від легеневого туберкульозу в Англії знизилася на 87% з 1855 р. до 1947 р., коли широке використання набув стрептоміцин, перший ефективний лікарський засіб проти туберкульозу. До 1953 р., коли почалося використання вакцини БЦЖ, це зниження склало вже 93%¹⁵. Схожа статистика є й для інших країн. У Нью-Йорку в 1812 р. смертність від туберкульозу становила понад 700 на 10 000 хворих. До моменту, коли Роберт Кох ізолював мікобактерію (тобто до 1882 р.), вона знизилася до 370. Коли відкрилися перші санаторії для лікування хворих на туберкульоз, смертність становила вже 180 чоловік на 10 000 хворих, хоча туберкульоз усе ще залишався другою за частотою причиною смерті. Після Другої світової війни, але ще до того, як лікування антибіотиками стало рутинним, туберкульоз опустився вже на 11-е місце (смертність – 48 на 10 000)¹⁶. Мікобактерії швидко гинуть під впливом ультрафіолетового випромінювання, тобто на сонці. А тому зрозуміло, що поліпшення житлових умов, доступ сонячного світла та свіжого повітря разом зі здоровим імунітетом є вирішальними факторами в боротьбі з туберкульозом.

Окрім стрептоміцину, який і дотепер багато в чому не втратив свого значення при лікуванні туберкульозу, в 1952 р. з'явився новий препарат – ізоніазид. Для лікування сьогодні також використовуються такі препарати, як рифампін та етамбутол. Лікування тривале – не менш шести місяців, звичайно шість-дев'ять місяців. Приблизно в 1-2% випадків лікарям доводиться мати справу зі стійким до лікарських препаратів туберкульозом, що найчастіше пов'язане з появою резистентних штамів збудника внаслідок неправильного або незавершеного лікування. Поєднання хвороби імунної системи та стійких форм туберкульозу часто виявляється смертельним.

Гомеопатія займається лікуванням туберкульозу з моменту свого виникнення, і в гомеопатів є всі підстави бути задоволеними своїми успіхами у цій галузі. Практично в усіх книгах старих майстрів обговорюються питання гомеопатичного лікування туберкульозу і даються практичні поради. Ця книга не має на меті поглиблене обговорення настільки складної теми; крім того, законодавство ряду країн забороняє лікувати деякі інфекційні хвороби, серед яких звичайно фігурує й

¹⁵ *Taylor R. Medicine Out of Control. Melbourne, 1979, fig. 1.1, pp. 8-9, використані джерела: Crofton J., Douglas A. Epidemiology and Prevention of Pulmonary Tuberculosis // Respiratory Diseases. Oxford, UK, 1969 та McKeown T. The Role of Medicine – Dream, Mirage, or Nemesis? Oxford, UK, 1979, p. 92.*

¹⁶ *Debos R., Debos J. The White Plague: Tuberculosis, Man and Society. Boston, 1953. Цит. за Illich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. NY, 1976, pp. 15-16.*

туберкульоз, іншими, відмінними від офіційних, методами. Однак найбільшою проблемою є відсутність практично у всіх гомеопатів, що живуть у розвинених країнах, кваліфікації, необхідної для лікування цієї хвороби. Сьогодні лише ті лікарі, які мають добру фундаментальну підготовку (наприклад, випускники гомеопатичних коледжів Індії) та досвід лікування інфекційних хвороб гомеопатичними засобами, можуть почувати себе досить впевнено з такими пацієнтами. Тому тут я процитую лише відомі слова проф. Дж. Т. Кента, який сказав про *Tuberculinum bovinum* (препарат, введений у практику відомим британським гомеопатом Дж. К. Бьорнеттом (1840-1901) під первісною назвою *Bacillinum*) у присвяченому цим лікам розділі своєї знаменитої книги: «Якщо призначати *Tuberculinum bovinum* у розведенні 10М, 50М і СМ, по дві дози кожної потенції з великими інтервалами всім дітям і молодим людям зі спадковим туберкульозом, це може позбавити їх від нього і відновити рівновагу в організмі. Ці ліки часто виліковують аденоїдні розростання і туберкульозне збільшення шийних лімфовузлів»¹⁷. Тут потрібно неодмінно згадати, що Кент, як це виходить з тексту розділу, під спадковим туберкульозом мав на увазі не розвинене захворювання, а *спадкову конституціональну схильність* до хвороби. Лікування ж самої хвороби, зрозуміло, вимагає найсуворішої індивідуалізації – *conditio sine qua non* успішної гомеопатичної практики.

Шкірний туберкуліновий тест (проба Манту)

Про цей тест американський педіатр проф. Роберт Мендельсон свого часу писав наступне: «У батьків повинно бути право припускати (і більшість так і робить), що дослідження, проведені їхнім лікарем, забезпечують точні результати. Шкірний туберкуліновий тест аж ніяк не є медичною процедурою такого роду. Навіть Американська академія педіатрії, яка рідко дає негативну оцінку процедурам, що застосовуються у повсякденній практиці її членів, опублікувала критичну заяву щодо цього тесту. Відповідно до цієї заяви, «кілька нещодавніх досліджень змушують поставити під сумнів чутливість деяких скринінг-тестів

¹⁷ Кент Дж. Т. Лекции по гомеопатической Materia Medica. т. II, М., 1999, с. 1281-1282. Відомий англійський гомеопат Дуглас Моррис Боленд (1885-1961), який довгі роки був провідним спеціалістом Лондонського Королівського гомеопатичного госпіталю, ґрунтуючись на своєму багатому педіатричному досвіді, пише: «У випадку якщо є безсумнівна історія сімейного туберкульозу, то допомога дитині буде зроблена дозою *Tuberculinum*, що дається час від часу, поза залежністю від того, які ліки показані. У своїй практиці я даю приблизно одну дозу у дванадцять місяців» (*Borland D. M. Children's Types. New Delhi, Reprint Ed., 2002, p. 11*). Д-р Маргарет Тайлер вказує, що *Drosera* дуже часто дає різкий ефект при шийній лімфоаденопатії, а також при туберкульозному враженні кісток та суглобів. Див. розділ «*Drosera*» книги *Тайлер М. Портреты гомеопатических лекарств. Т.1, М., 2002*.

туберкульозу. Конференція, скликана Бюро з біопрепаратів (Bureau of Biologics), рекомендувала виробникам, щоб кожна серія тестувалася на п'ятидесяти свідомо позитивних пацієнтах для гарантії того, що вироблена продукція має достатні можливості визначення активного туберкульозу в того, хто тестується. Проте, оскільки багато тестів не проводяться подвійним сліпим рандомізованим методом і складаються з багатьох шкірних проб, що проводяться одночасно (тобто є можливість придушення реакцій), то інтерпретація їх утруднена». Заява завершується такими словами: «Скринінг-тести туберкульозу є недосконалими, і лікарі повинні знати, що можливі як хибнопозитивні, так і хибнонегативні результати». Іншими словами, у вашої дитини може бути туберкульоз і при негативній туберкуліновій пробі. Або в неї туберкульозу може не бути, незважаючи на позитивний тест. З багатьма лікарями це може призвести до важких наслідків. Майже безсумнівно, що якщо це трапиться з вашою дитиною, то вона буде піддана непотрібному і небезпечному одно- або багаторазовому рентгенівському дослідженню грудної клітини. Крім того, лікар може призначити їй небезпечні ліки – наприклад, ізоніазид на довгі місяці, «для запобігання розвитку туберкульозу». Навіть Американська медична асоціація визнає, що лікарі нерозбірливо й занадто часто призначають ізоніазид. Це ганьба, тому що ці ліки мають довгий перелік побічних реакцій з боку нервової, шлунково-кишкової, кровотворної та ендокринної систем, а також впливають на кістковий мозок та шкіру. Не слід забувати й про те, що ваша дитина може стати парією серед сусідів через глибоко вкорінений страх перед цим інфекційним захворюванням. Я переконаний, що можливі наслідки позитивного шкірного туберкулінового тесту набагато небезпечніше за саму хворобу. Я вважаю, що батьки повинні відкинути цей тест доти, поки вони не будуть точно знати, що їхня дитина контактувала із хворим на туберкульоз»¹⁸.

Свідомо приблизність та неточність цього тесту, як бачимо, відома навіть у тих країнах, де дітей не інфікують мікобактеріями з самого народження, тобто не роблять щеплення БЦЖ. Наявність його в анамнезі ще більше заплутує справу, про що мова йтиме нижче. Поки що подивимося, наскільки має рацію у своїх міркуваннях проф. Мендельсон.

Відповідно до анотації виробника («Авентіс Пастер») до біопрепарату «Туберосол», яким проводиться така проба¹⁹, головним його компонентом є очищена білкова фракція, отримана зі штаму людського *M. tuberculosis*, що вирощена на безбілковому синтетичному середовищі й потім інактивована. Готовий препарат являє собою ізотонічний бу-

¹⁸ Mendelson R. How to raise a healthy child... in spite of your doctor. NY, 1984, p. 250.

¹⁹ Tuberculin Purified Protein Derivative (Mantoux) Tubersol ®. Diagnostic Antigen. Aventis Pasteur Ltd., Toronto-Ontario, Canada, Sept. 2001.

ферований розчин, у який, крім головного діючого компонента, додано ще «Твін-80» (0,0005%) у якості стабілізатора та фенол (0,28%) у якості консерванта. Щоб у читачів не залишалось сумнівів щодо цієї суміші, повідомлю, що фенол, він же карболова кислота, вважається однією з найсильніших клітинних (протоплазматичних) отрут, а всі розмови про його нібито нешкідливість у такій нібито невисокій концентрації – не більше, ніж гадання на кавовій гуцці, тому що ніхто й ніколи не проводив досліджень з метою оцінки довгострокових наслідків навіть одно-, не кажучи вже про багаторазового введення фенолу дітям (проба Манту в деяких країнах, зокрема й в Росії, повторюється щорічно). Відомо про здатність фенолу придушувати імунні реакції за рахунок блокування фагоцитарної відповіді. У токсичних дозах він здатний викликати конвульсії, серцеву та ниркову недостатність²⁰. Про «Твін-80», він же моноолеат поліоксуетиленсорбіта, він же полісорбат-80, в одному дослідженні повідомляється, що він має естрогенну активність – при введенні внутрішньочеревними ін'єкціями новонародженим самкам пацюків у четверту-сьому добу після народження, він викликав естрогенні ефекти, серед яких: раннє відкриття піхви, подовження еструсу та постійний еструс. Деякі з цих ефектів спостерігалися багато тижнів після того, як використання препарату було припинено²¹. У висновках зовсім свіжої публікації прямо повідомляється: «Полісорбат-80, що широко використовується... може викликати важкі неімунні анафілактоїдні реакції»²².

Як вже здогадуються читачі, ані на канцерогенний, ані на мутагенний потенціал «Туберосол» не випробовувався. Також не проводилися випробування і на вагітних тваринах.

Російськими авторами, які представляють Ізмайлівську дитячу міську клінічну лікарню Москви, НДІ дитячої гематології МОЗ РФ та РДМУ, був описаний розвиток ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури у ді-

²⁰ «Використання меблів повинне максимально виключати емісію фенолу, формальдегіду, стиролу, пластифікаторів, органічних розчинників, аміаку й ще більше 40 речовин», – пише фахівець відділу профілактичної токсикології ЦДСЕН Е. Чекулаєва у статті «Меблі для будинку й офісу» (*Санитарно-эпидемиологический собеседник* 2005, 3(31), с. 12-13). Фенол і формальдегід, які забороняють для меблів, спокійно знаходять собі місце в розчинах біопроб, що вводяться парентерально, та у вакцинах. Там над ними санітарно-епідемічні норми не владні.

²¹ *Gajdova et al. Delayed effects of neonatal exposure to Tween 80 on female reproductive organs in rats Food Chem Toxicol* 1993; 31(3):183-90.

²² *Coors E. A. et al. Polysorbate 80 in medical products and nonimmunologic anaphylactoid reactions. Annals of Allergy, Asthma and Immunology* December 2005(95); 6:593-599. Тут необхідно відзначити, що широке використання полісорбата-80 обумовлено головним чином його наявністю в косметичних кремах або маслах. Цікавість дослідників до цього препарату була викликана випадком анафілактичного шоку у вагітної після внутрішньовенного введення мультивітаміна, що містить полісорбат. А російським дітям полісорбат вводиться у кров щорічно... Про наслідки хоч хто-небудь замислювався?

тей, яким проводилася проба Манту. Це хвороба крові, при якій різко знижується кількість тромбоцитів. Коли вона падає нижче критичного рівня, хворі гинуть від крововиливу в мозок. «...Туберкулін не є повноцінним АГ (антигеном. – О. К.), на його введення не виробляється антитільна імунна відповідь. Отже, туберкулін, здавалося б, не може призводити до виникнення різних ускладнень... властивих вакцинним препаратам. Однак ми спостерігали випадки виникнення ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури (ІТП) у дітей після проведення ПМ (проби Манту. – О. К.). У літературі ми зустріли одиначне повідомлення про подібне спостереження... За період з 1997 р. по 2002 р. ми спостерігали 10 хворих віком від 3 до 13 років... ІТП у цих дітей виникла на 2-20-й день після проведення ПМ... Інші можливі провокуючі фактори з розвитку ІТП у цих хворих були виключені»²³. Шість дітей видужали, у чотирьох хвороба стала хронічною. Навряд чи таке ускладнення спостерігалось лише в Москві й винятково у період з 1997 по 2002 рр., хоча повідомлення про нього і не надходили до наукової періодики. Проба Манту в Росії робиться вже десятки років, і залишається тільки здогадуватися, скільки дітей з її допомогою були нагороджені гострою або хронічною хворобою крові. Але яким чином проба Манту, у безпечності якої так впевнені вакцинатори, які намагаються таку впевненість прищепити й батькам, могла викликати пурпуру? Автори пишуть: «Препарат туберкуліну містить солі фосфатного буферного розчину, стабілізатор Твін-80, фенол як консервант і слідові кількості баластових речовин. Всі вони, теоретично, можуть призводити до алергійних реакцій. Можна припустити накопичення й надлишок антигенів та посилення ад'ювантного ефекту, особливо в дітей зі схильністю до алергії. *Імуномодуючий ефект* на введення туберкуліну також, на нашу думку, може бути одним з механізмів розвитку ІТП... Крім того, треба враховувати, як нам здається, і *психогенний ефект* при проведенні ПМ...»²⁴.

Препарат призначений для оцінки відстроченої гіперчутливості до туберкуліну, що має бути свідченням наявності або відсутності інфікування мікобактеріями туберкульозу. Препарат у дозі 0,1 мл вводиться внутрішньошкірно²⁵. Реакція на введення туберкуліну, що проявляється ущільненням внаслідок інфільтрації лімфоцитами та набряку тканин, починається через п'ять-шість годин і досягає свого піку через 48-72 години. Саме у цьому проміжку часу вона й повинна оцінюватися та

²³ Петров В. Ю. и др. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура у детей, ассоциирующаяся с введением туберкулина *Педиатрия* 2004, 4, с. 16-19.

²⁴ Там само.

²⁵ В «Туберосолі» міститься 5 туберкулінових одиниць (ТО), у російській пробі – 2 ТО. Міністерські інструкції спокійно пропонують у сумнівних випадках проводити пробу із 100 ТО.

реєструватися в документах. Виробник зауважує, що можуть виникати реакції гіперчутливості негайного типу (тобто алергійні) – на туберкулін або на компоненти суміші, але «діагностичного значення ці алергійні реакції не мають»²⁶. В анотації вказується, що існує чимало факторів, які можуть знизити виразність реакції і за наявності туберкульозу, який повинна діагностувати проба Манту, як-то: вірусні інфекції (кір, паротит, вітрянка, СНІД «і, ймовірно, інші») та щеплення живими вакцинами (від кору, паротиту, краснухи, поліомієліту оральною поліовакциною, жовтої лихоманки) протягом п'яти-шести тижнів після хвороби або процедури; дисемінований туберкульоз, інші бактеріальні інфекції, ліки (кортикостероїди та більшість імунодепресантів), онкологічні захворювання – тобто, все, що може будь-яким чином негативно впливати на клітинний імунітет. Препарат повинен застосовуватися з обережністю або не застосовуватися взагалі в тих, хто страждає на туберкульоз (незрозуміло: з якою метою? – *О. К.*) або має історію лікування туберкульозу в анамнезі, тому що можливі важкі реакції в місці ін'єкції, аж до некрозу тканин. Виробник попереджає про необхідність дотримання найсуворішої стерильності й використання одноразового інструмента, оскільки «zareєстровано випадки передачі гепатиту та ВІЛу при недотриманні стерильності». «Туберосол» може викликати анафілактичний шок, тому необхідно мати наготові розчин (1:1000) гідрохлориду епінефрина. Порушення правил зберігання препарату може призвести до помилки в інтерпретації тесту.

Таким чином, на результати введення туберкуліну може впливати безліч факторів – від індивідуальної підвищеної чутливості (що скоріше норма, а не виключення у наше сторіччя тотальної сенсibiliзації) до недотримання правил зберігання препарату²⁷. Вже це змушує по-

²⁶ Але можуть мати дуже велике значення для самого випробуваного, без відношення до туберкульозу!

²⁷ «При інтерпретації динаміки чутливості до туберкуліну потрібно також враховувати, що на інтенсивність позитивних реакцій Манту може впливати ряд факторів, які визначають загальну реактивність організму: наявність соматичної патології, загальна алергійна настроєність організму, фаза оваріального циклу у дівчат; індивідуальні характеристики чутливості шкірного покриву; збалансованість харчування дитини й ін. Виражений вплив на результати масової туберкулінодіагностики мають несприятливі екологічні фактори: підвищений радіаційний фон, наявність шкідливих викидів хімічних виробництв і т.д. На результати туберкулінодіагностики можуть впливати різні порушення в методиці її проведення: у транспортуванні та зберіганні туберкуліну, при застосуванні нестандартного і неякісного інструментарію, при похибках у техніці постановки та читанні реакції Манту» (Министерство здравоохранения и медицинской промышленности РФ. Приказ № 324 22.11.1995. О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации. Инструкция по применению туберкулиновых проб). Безглуздою є навіть думка, що хто-небудь буде брати все це до уваги (особливо «шкідливі викиди хімічних виробництв і т.д.») при «масовій туберкулінодіагностиці»!

ставити під сумнів доцільність цієї процедури, тому що підозра щодо наявності туберкульозу може призвести до шкідливого й при цьому зовсім безглузкого опромінення в рентгенівському кабінеті та далеко не безпечного «профілактичного лікування»²⁸, не кажучи вже про склад ін'єкційного розчину, що використовується для проби Манту, який навіть найвідчайдушніший поборник щеплень навряд чи насмілиться охарактеризувати як цілком безпечний для дитини. Але цим далеко не вичерпуються всі проблеми із пробою Манту. Щеплення БЦЖ, що робиться в низці країн (наскільки мені відомо – практично у всіх країнах СНД та Східної Європи), ще більше заплутує і без того нелегку інтерпретацію результатів тесту²⁹. Виробник «Туберосола» повідомляє: «Щеплення БЦЖ може викликати реакцію на туберкулін, яку не можна із впевненістю відрізнити від інфікування *M. tuberculosis*. Для тих, хто був раніше щеплений вакциною БЦЖ, імовірність реакції на туберкулін як наслідок інфікування *M. tuberculosis* збільшується: 1) зі збільшенням місця реакції; 2) контактом із хворим на туберкульоз в анамнезі; 3) якщо пацієнт походить з країни з високою захворюваністю на туберкульоз; 4) зі збільшенням часу, що пройшов між вакцинацією та тестом. Наприклад, якщо розмір реактивного інфільтрату ≥ 10 мм у дорослого, який був щеплений у дитинстві БЦЖ і прибув з країни з високою захворюваністю на туберкульоз, то він, імовірно, інфікований *M. tuberculosis*»³⁰. Це цілком відповідає заяві ВООЗ: «Незважаючи на величезну кількість досліджень, проведених

²⁸ І навіть у тому випадку, коли тест дійсно вказує на інфікування мікобактеріями, це зовсім не означає того, що мова йде про активний процес, що вимагає лікування, адже, як вже говорилося, до 32% населення протягом життя інфікуються ними. Виробник так і пише: «Реакція на туберкулін може вказувати на раніше перенесене захворювання або інфікування, пов'язане з *M. tuberculosis*, а не свідчити про активну хворобу. Тому індивідууми, у яких з погляду медиків тест виявився позитивним, повинні бути піддані таким додатковим діагностичним процедурам, як рентгенівське дослідження грудної клітини та аналіз мокротиння».

²⁹ «Атака туберкульозу, якою б помірно та тимчасовою вона не була, робить людину туберкулінопозитивною на все життя» (*Носсел Г.* Антитела и иммунитет. М., 1973, с. 90. Цит. за *Червонская Г. П.* Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 245). А що таке щеплення БЦЖ, як не фактична атака туберкульозу?

³⁰ Порівняйте з російським «...Інфільтрат 5-11 мм характерний для післявакцинальної алергії, інфільтрат 12 мм та більше – буде скоріше свідчити про зараження туберкульозом» (виділене мною. – *О. К.*). Справочник по применению бактериальных и вирусных препаратов. М., 1975, с. 204. Цит. за *Червонская Г. П.* Прививки... с. 250. Дорога довшиною в цілій міліметр прокладена від алергії до «скоріше туберкульозу» з усіма наслідками, що випливають звідси. Пам'ятається, у казці С. Маршака «Дванадцять місяців» юна примхлива королева вираховувала, що коротше написати на тексті прохання про помилування: «стратити» або «помилувати». Чи не такий приблизно вибір роблять інтерпретатори тесту Манту, озброєні передовим науковим приладом XXI ст. – учнівською лінійкою? Стратити, милувати, або продовжувати нескінченні експерименти з фенолополісорбатно-туберкуліновим розчином з надією одержати яснішу відповідь?

з часів Роберта Коха, ми все ще не маємо простого чутливого тесту, що дозволив би відрізнати більшість або всіх хворих на активну форму туберкульозу від хворих на неактивний туберкульоз, або від осіб, раніше вакцинованих БЦЖ...»³¹.

Всі ці «ймовірно інфікований» та інші високонаукові здогадки навколо можливих причин правильних і неправильних реакцій навряд чи могли б що-небудь викликати, крім сміху, і скоріше пасували б для робіт середини, у найкращому разі кінця XIX ст., але все лихо в тому і полягає, що це і є сучасною масовою «діагностикою» туберкульозу! Аналізу «наукових» результатів «папула більше – папула менше і як це треба розуміти» в анотації приділена ціла сторінка, причому, зрозуміло, на розмір впливати може стільки факторів, що розгадування захоплюючої головоломки під назвою «проба Манту» тільки в одній школі могло б забезпечити роботою на повну ставку колектив досвідчених фтизіатрів, якби враховувалося все, що тільки повинне враховуватися. Проф. Е. Овсянкіна, головний фахівець з туберкульозу Департаменту охорони здоров'я м. Москви, заявляє в інтерв'ю популярній газеті наступне: «На результат проби можуть впливати й інші обставини – дитина може натерти область ін'єкції, намочити її. Нарешті, оскільки туберкулін є за своєю суттю алергеном для організму, у дитини-алергіка реакція може бути бурхливішою. Всі ці фактори повинен оцінити фахівець-фтизіатр – от чому не треба лякатися, якщо за результатами проби дитину направлять для консультації до протитуберкульозного диспансеру». І далі: «Момент, коли інфекція вперше потрапляє до організму дитини, а тим більше активізується в ньому, є досить відповідальним. Багато чого залежить від стану імунітету – якщо він у нормі, то туберкульозна паличка «мирно співіснує» з організмом. Якщо ж дитина ослаблена – а ми знаємо, що в початковий шкільний період, так само як і у підлітковому віці, достатньо стресів: це і навчальні навантаження, і емоційні, і фізичні, це, нарешті, процес бурхливого зростання та змін в організмі, – то хвороба може пустити корінь. Щоб запобігти можливості такого розвитку подій, дитина повинна не менше року спостерігатися в ПТД і, при необхідності, одержати превентивне, або попереджувальне, лікування». Батьків, які хвилюються через результати безглузвих туберкулінових дослідів, можна, втім, і заспокоїти: «До 25 років значна частина населення (до 85%) інфікується мікобактеріями туберкульозу, тобто у більшості туберкульозна паличка рано чи пізно надходить до організму... «Перемогти» у боротьбі з імунітетом вона може тільки за сприятливих

³¹ Бюллетень ВОЗ 1990, т. 68, № 5, с. 16 Цит. за *Червонская Г. П.* Прививки... с. 70-71.

для цього умов: при різкому погіршенні життєвих умов – голоді, холоді, відсутності нормальної гігієни й т.п.»³².

Це саме те, про що писав д-р Мендельсон, лише сказане трохи іншими словами й стосовно до іншої ситуації. Фтизіатр не обігріє і не нагодує дитини, не зніме ніяких стресів й не зменшить шкільне навантаження – тобто не зробить найголовнішого, що могло б кардинально виправити становище. Навпаки, до всього цього він ще додасть «превентивне, попереджувальне» хіміотерапевтичне лікування високотоксичними ліками – новий дуже тяжкий стрес, який неминуче призведе до інших хвороб. Думаю, що читачі погодяться з Г. П. Червонською, яка написала у своїй книзі: «Некоректність проведення цієї «діагностичної» проби у звичайній послідовності – попередньо БЦЖ – живі мікобактерії, а після неї – реакція Манту – вже давно не викликає сумнівів у жодній країні, у жодного мислячого фахівця. Це яскравий приклад абсурдної дії вітчизняного Міністерства охорони здоров'я, відсутності знань, активної імітації «безальтернативності» методу та небажання дійти до суті проблеми при монопольному праві вакцинаторів безвідповідально ризикувати здоров'ям нації, оскільки туберкулін, що вводиться через шкіру, є додатковим алергеном... Відбувається нав'язування довголітньої ілюзії про «вжиті заходи з контролю» за туберкульозом, який залишився непереможеним»³³.

Відносно ускладнень від «Туберосола» виробник повідомляє про везикуляції, виразки та некрози в місці введення препарату у тих, хто має підвищену чутливість, як про рідкі; свербіння, біль та відчуття дискомфорту можуть бути полегшені холодними примочками та місцевим використанням кортикостероїдів (що, наскільки я розумію, робить наступну інтерпретацію тесту неможливою за визначенням). Зрідка можуть траплятися й негайні місцеві еритемні реакції, а також генералізований висип.

Вакцина

Єдина наявна нині вакцина проти туберкульозу, БЦЖ, яка виробляється сорока фірмами, названа за іменами французів Альбера Кальметта та Камілла Герена (*Bacillus Calmette-Guérin*), які розробили її в першій чверті минулого століття, заснована на *M. bovis*, як вказувалося вище – спорідненій мікобактерії туберкульозу людини. Ця вакцина є фактичною праматір'ю всіх сучасних вакцин, справжнім анахронізмом медичної практики. Схожим анахронізмом здавалося б нині лі-

³² *АіФ-Здоров'я* № 21 (458) від 22 травня 2003 р.

³³ *Червонская Г. П. Прививки...* с. 281.

кування хворих на туберкульоз винятково кумисом, яке співіснувало колись разом із БЦЖ та визнавалося цілком успішним (будувалися навіть спеціальні кумисолікарні). Вакцині БЦЖ у 2008 р. виповниться вже сто років, і сто мільйонів дітей (зрозуміло, в основному в країнах, що розвиваються) одержують її щорічно. Щеплення залишає в дітей на місці свого введення спочатку гнійну виразку, а потім рубець³⁴. Дебати щодо місця цієї вакцини серед інших протитуберкульозних заходів, що не вщухають вже 80 років (щеплення було рекомендовано Гігієнічним комітетом Ліги Націй у 1923 р.), самі по собі є кращим свідченням вкрай сумнівної її ефективності. Результати досліджень цієї вакцини є у найвищій мірі суперечливими й не піддаються жодній інтерпретації в межах здорового глузду. Так, у найбільших дослідженнях, проведених з 1946 р., вакцина показала наступну ефективність: від 80% (1946-1949, США) до 14% (США, 1950-1960-і рр.) і навіть... 0%! (Індія, 1968-1970). Докладніше про останнє дослідження я говоритиму нижче.

Щоб бути справедливим, варто також сказати, що взагалі з ідеєю створення протитуберкульозної вакцини пов'язано багато навіть теоретичних проблем. На відміну від інших інфекційних хвороб, контакт людей з якими випадковий та короткочасний, мікобактерії туберкульозу та споріднені ним бактерії супроводжують людство вже тисячі років, перебувають у нашому постійному оточенні й навіть, імовірно, передаються від батьків дітям. Все це забезпечує в більшому або меншому ступені (який залежить від генетичної схильності, інтенсивності контакту зі збудниками та їхньої вірулентності) імунітет до хвороби. З іншого боку, як й у випадку дифтерії або правця, природна хвороба не залишає по собі імунітету³⁵. Але що ж краще може запропонувати у такому випадку вакцина?

Технологічний процес сублімації вакцини відрізняється від виробника до виробника, внаслідок чого значно різниться й кількість життєздатних та мертвих мікобактерій у вакцинах різних компаній. Це може також бути частковим поясненням доведеної неефективності багатьох вакцин.

Щеплення БЦЖ вважається технічно важким для виконання, особливо у немовлят. Найпоширеніша помилка – занадто глибоке введення голки, коли вакцина попадає в підшкірний шар і викликає утво-

³⁴ У передовиці престижного медичного журналу повідомляється, що «хоча БЦЖ-вакцини вважаються безпечними, вони належать до групи найбільш реактогенних з тих, що використовуються нині. Сьогодні вакцина БЦЖ – єдина, що викликає утворення місцевої виразки» (*Fine P. E. M., Small P. M. Exogenous Reinfection in Tuberculosis N Engl J Med October 14, 1999; 341:1226-7*).

³⁵ Там само без натяків заявляється: «Якщо природна інфекція не забезпечує захисного імунітету... розробка поліпшених вакцин проти туберкульозу буде особливо важким завданням».

рення абсцесу.

Кращі результати вакцина БЦЖ показала в профілактиці прокази, яка також викликається мікобактеріями. Втім, для читачів ця проблема навряд чи актуальна, а тому торкатися її тут я не буду; відзначу лише, що саме проказа є, згідно з ВООЗ, одним зі стимулів для продовження БЦЖ-кампанії в африканських та азіатських країнах.

Перш ніж ми обговоримо ефективність та безпечність вакцини, для тих читачів, які любляють робити підрахунки, запропоную наступні цифри ВООЗ, що повторюються у багатьох публікаціях. Вартість одного щеплення БЦЖ – 0,1-0,2\$, що містить у собі вартість вакцини (0,05-0,09\$) та вартість одноразового шприця й голки. Для того щоб, навіть за найсприятливішою для БЦЖ статистикою, запобігти одному випадку захворювання на туберкульоз у дитячому віці, необхідно вакцинувати від однієї до двох тисяч дітей, тоді як вартість медикаментів для піврічного лікування туберкульозного хворого за протоколом DOTS складає від 11 до 19\$, яких у бюджеті охорони здоров'я немає, особливо для тих, хто перебуває у місцях ув'язнення. З огляду на російську захворюваність на туберкульоз, яка залишається на рівні країн третього світу, зокрема й серед дітей, практично стовідсотково щеплених БЦЖ у пологових будинках, висновки щодо раціональності нинішніх витрат на це щеплення напрошуються самі собою.

Безпечність

БЦЖ – сумнозвісна вакцина, яка відповідальна за декілька найжахливіших випадків масової загибелі дітей. У період з 10 грудня 1929 р. по 30 квітня 1930 р. 251 дитина з 412, народжених у Любеці (Німеччина), отримали три дози вакцини БЦЖ (через рот³⁶) протягом перших десяти днів життя. З цієї групи 72 дитини померли від туберкульозу, більшість у віці від двох до п'яти місяців, і всі, крім одного – протягом першого року життя. 135 страждали від туберкульозу, але, ймовірно, видужали. В 44-х туберкулінова проба була позитивною, але вони не захворіли. Ніхто з дітей (161 дитина), які залишилися невакцинованими, не занедужав на туберкульоз – ні тоді, ні протягом трьох найближчих років, коли проводилося спостереження. Дослідження вакцини, отриманої з Інституту Пастера, показало, що вона була якимось не-

³⁶ Спочатку вакцина розроблялася як засіб для оральної вакцинації, але через необхідність використання великої кількості мікобактерій та пов'язаних із цим труднощів з визначенням і контролем потрібної дози, а також через повідомлення про шийні лімфоаденопатії як ускладнення при такому шляху введення вакцини, поступово перейшли до внутрішньошкірних ін'єкцій. Останньою від оральної форми введення вакцини відмовилася Бразилія в 1973 р.

зрозумілим чином інфікована, але при цьому було заявлено, що сама вона все-таки була безпечною й ефективною, оскільки використання тієї ж серії в інших країнах обійшлося без інцидентів. Аналогічна історія раніше відбулася в Перніке (Болгарія), про що було повідомлено під час суду, який розбирав любекську справу. З 280 дітей, вакцинованих БЦЖ після народження, 111 померло, а 75 важко занедужало³⁷.

З останніх досягнень БЦЖ у справі збільшення захворюваності на туберкульоз, можна відзначити повідомлення з казахстанського міста Жанатаса про зараження наприкінці 1997 р. 153 (за деякими джерелами – 173) дітей після щеплення БЦЖ, двоє з яких померло, а інші одержали важкі хронічні хвороби. Розслідування з'ясувало, що лікарі й медсестри... не змогли правильно прочитати назву препарату і вводили дітям десятикратну дозу БЦЖ замість вакцини від паротиту. Більше того. Вже знаючи, що вони зробили помилку, медики намагалися всіляко приховати її. Дітей, які страждали від великих гнійних абсцесів на спині, куди робилися уколи, лікували ударними дозами сильних антибіотиків, що в багатьох викликало погіршення стану. Як звичайно це буває в таких випадках, медики ні в чому себе винними не визнали, а влада не виявила ніякого інтересу до долі постраждалих дітей. І лише коли батьки почали блокувати залізничні колії й до справи підключилися правозахисні організації та преса, почався розгляд. У підсумку ніхто з винних не тільки не був засуджений до ув'язнення за недбалість, але навіть не позбавлений права на медичну практику; деякі незабаром одержали підвищення. Максимальна сума, що була сплачена за рішенням суду (після дворічного процесу) у вигляді компенсації матері одного скаліченого хлопчика (на тлі масивної БЦЖ-інфекції в нього розвинувся важкий порок серця та гепатит) склала... приблизно 1260 доларів. Основна частина позивачів одержала суми в 2,5 рази менше³⁸.

Звичайно, такі історії досить рідкі, хоча при цьому навряд чи хтось може засумніватися, що нам стає відомо лише про такі, масштаби

³⁷ Wilson G. S. The Hazards of Immunization. London, 1967, pp. 66, 73.

³⁸ *Доживемо до понеділка* (Казахстан) від 26.12.2002 і 03.01.2003, *Мегаліс* (Казахстан) 5(167) від 05.02.2004. У січні 2000 р. організація «Human Rights» повідомила у своєму звіті за 1999 р., що «випадково заражені туберкульозом у Жанатасі діти вмирають. 80 зневірених матерів звернулися до президента Казахстану, своєї останньої надії». Характерна картина! Держава не запитує батьків, чи хочуть вони робити щеплення своїм дітям. Але коли щеплення зроблені й діти покалічені, преспокійно вмиває руки, надаючи батькам самим виходити з положення... У березні-квітні 2004 р. історія повторилася. З міркувань дешевини Казахстан закупив вакцину БЦЖ у Сербії, і біля десяти тисяч (!) немовлят були заражені туберкульозом цією вакциною. Багатьом з потерпілих потрібна хірургічна допомога (розвилися абсцеси, туберкульозні лімфаденіти й ін.), яку влади не поспішають надати. На це в них немає грошей. Зате на вакцину вони знайшлися!

яких вже не дозволяють приховувати факти. Якщо ж мова йде про окремі випадки, то під рукою завжди виявиться такий діагноз як СРДС, менінгіт й ін. Д-р Жан Ельмігар писав у своїй книзі «Повторне відкриття справжньої медицини: обрії гомеопатії»: «Щоразу, коли ви чуєте про трагічну смерть дитини в перші тижні життя від «вірусного менінгіту», у вас є право підозрювати, що справа тут не обійшлася без БЦЖ. Моя дружина пережила цю трагедію, коли працювала у великому шведському госпіталі. Розтин дитини виявив туберкульозну природу цього «вірусного» менінгіту, що розвинувся після щеплення БЦЖ, але всі санітари та медсестри отримали дуже чіткі інструкції нічого про це не говорити, інакше їм так не минеться. Як і у всіх таємних товариствах, закон мовчання має абсолютну владу серед лікарів!»³⁹. А Г. П. Червонська пише: «Оскільки доведено, що процес вакцинації БЦЖ відбувається за схемою, що спостерігається при природному перебігу туберкульозу... то й тут не можна виключити занесення живих «ослаблених» мікобактерій БЦЖ-М до м'яких мозкових оболонок. Тим більше, що захворювання нервової системи туберкульозної етіології вторинне, воно настає після виникнення первинного вогнища в лімфатичних вузлах. «Вогнище» це – найбільш розповсюджене ускладнення після БЦЖ – лімфаденіти...»⁴⁰.

Мінохорони здоров'я РФ у своїй інструкції від 1995 р. про ускладнення після щеплення БЦЖ повідомляє наступне: «У цей час діє класифікація післявакцинальних ускладнень, запропонована в 1984 р. Міжнародним Союзом із боротьби з туберкульозом ВООЗ. Ускладнення поділяються на 4 категорії: 1 категорія – локальні шкірні ураження (холодні абсцеси, виразки) та регіонарні лімфаденіти; 2 категорія – персистуюча та дисемінована БЦЖ-інфекція без летального результату (вовчанка, остити й ін.); 3-я категорія – дисемінована БЦЖ-інфекція, генералізоване враження з летальним результатом, що відзначається при вродженому імунодефіциті; 4-я категорія – пост-БЦЖ-синдром (прояви захворювання, що виникли незабаром після вакцинації БЦЖ, головним чином алергійного характеру, вузлувата еритема, висипки й т.д.). У нашій країні ускладнення після вакцинації, ревакцинації БЦЖ, БЦЖ-М⁴¹ звичайно носять місцевий характер і відзначаються порівняно рідко (в 0,2%, 0,0004% до числа щеплених немовлят і в 0,001%, 0,0001% у ревакцинованих дітей і підлітків)»⁴². У Мінохорони здоров'я з наслідками щеплень, як всім відомо, завжди все чудово, а ускладнення «відзнача-

³⁹ *Elmigar J.* Rediscovering Real Medicine: New Horizons of Homeopathy. UK, 1998, p. 128.

⁴⁰ *Червонская Г. П.* Прививки ... с. 261.

⁴¹ Там само повідомляється: «Вакцина БЦЖ-М – препарат зниженого антигенного навантаження – використовується також для імунізації, що щадить».

⁴² Міністерство здравоохранения...

ються порівняно рідко», при цьому, відзначимо, у багато разів менше, ніж в інших країнах. Колектив співробітників Санкт-Петербурзького НДІ фтизіопульмонології, що опублікував статтю про ускладнення БЦЖ, налаштований куди менш оптимістично, пропонуючи своє пояснення приємної міністерської статистики: «Ми цілком переконані в тому, що кількість дітей із БЦЖ-оститами (у клініці щорічно оперують 15-20 пацієнтів), яка здається великою, насправді істотно нижче дійсної статистики патології. Порівняння вітчизняних (0,3 на 100 000 вакцинованих)... і закордонних (1,2-36,9 на 100 000 вакцинованих) даних... чітко свідчить про те, що більшість БЦЖ-оститів у Росії взагалі не реєструються протитуберкульозними установами, а відомості про їх клінічні й рентгенологічні особливості лікарям загальної лікувальної мережі практично невідомі»⁴³. Фтизіатри з Луганського державного університету й Луганського обласного протитуберкульозного диспансеру відзначають зростання важкості ускладнень від щеплення БЦЖ: «У більшості випадків ускладнення після вакцинації БЦЖ носять місцевий характер. В останні ж роки ми зустрілися з такими рідкими післявакцинальними ускладненнями, що пов'язані з дисемінацією та генералізацією БЦЖ-інфекції й супроводжувались ураженням різних груп лімфатичних вузлів, шкіри, кістково-суглобної системи, протікали за типом важкого загального захворювання з поліморфною клінічною симптоматикою, обумовленою туберкульозним ураженням різних органів і систем. Причинами цих ускладнень були насамперед неправильний відбір дітей на вакцинацію через недостатньо кваліфікований аналіз протипоказань до неї, відсутність обліку супутньої патології й зміненої реактивності дітей, а також відсутність фтизіатричної настороженості»⁴⁴. Автори скромно змовчали про те, що саме «неправильний відбір дітей на вакцинацію», що критикується ними, за який доводиться розплачуватися довго, якщо не все життя, підірваним здоров'ям, так само як і відмова батькам у праві вибору (поінформованого або взагалі будь-якого) забезпечує таку необхідну вакцинаторам *масовість* цієї процедури.

Таким чином, вакцина, ефективність якої в кращому разі під великим сумнівом, може спричинити і важку хворобу, і смерть щепленого. Застереження щодо вродженого імунодефіциту позбавлені будь-якого практичного значення, оскільки визначити наявність такого імунодефіциту не те що в перший тиждень життя, коли робиться щеплення, а

⁴³ Коваленко К. Н. и др. БЦЖ-оститы у детей (алгоритмы диагностики и лечения) *Проблемы туберкулеза и болезней легких* 2004, 1, с. 21-23.

⁴⁴ Фомичева Н. И. и др. Проблемы дифференциальной диагностики осложненной вакцинации *Проблемы туберкулеза и болезней легких* 2004, 5, с. 14-16.

навіть протягом першого року не завжди вдається. А дитина до того часу одержить вже чимало щеплень, зокрема й живих вакцин, які їй категорично протипоказані, так що діагноз імунодефіциту їй буде поставлений лише постфактум. Про це я писав у розділі «Післявакцинальні ускладнення».

Згідно з японськими авторами, найчастіше зустрічаються наступні ускладнення після щеплення БЦЖ: лімфаденіт спостерігався в 1,06% випадків; лімфоаденопатія – 0,73% і гнійний аденіт – 0,02% випадків; в 0,006% випадків аденіт потребував хірургічного лікування. «Дуже рідко» зустрічалися остеомієліт та дисемінована БЦЖ-інфекція⁴⁵. Імовірно, у Росії якість вакцин вище та ставлення до щеплених більш уважне, оскільки у одному з порівняно нещодавніх російських посібників з вакцинації статистика має навіть кращий вигляд, ніж у інструкціях Мінохорони здоров'я, що згадувались декількома рядками вище: лімфаденіти виникали у 0,02-0,06% (у 17,5-53 рази рідше, ніж у Японії!), а гнійні процеси у 0,001-0,005% (у 4-20 разів рідше) випадків. Крім того, у Росії згадується таке ускладнення як «кальцинат у лімфовузлі більше 10 мм у діаметрі» – 0,027%⁴⁶. Невже в росіян є якась особлива генетична стійкість до розвитку ускладнень після БЦЖ? Для ілюстрації багатства вакцинаторської фантазії, що справді не знає ніяких перешкод у забезпеченні алібі щепленням, я процитую співробітницю Центрального НДІ туберкульозу РАМН Л. Мітінську, яка написала у своїй статті наступне: «Вітчизняна вакцина БЦЖ повністю відповідає міжнародним вимогам. Вона разом з високою імуногенністю має порівняно низьку реактогенність, характеризується невеликою частотою побічних реакцій або ускладнень, що спостерігаються у 0,02% щеплених. За даними багатьох закордонних авторів, в інших країнах післявакцинальні ускладнення зустрічаються набагато частіше – у 1,5-4% щеплених. При цьому рідко (1 випадок на мільйон щеплених) спостерігаються післявакцинальні ускладнення у вигляді обмежених уражень кісток (остити, частіше нижніх кінцівок, тому що щеплення в цих країнах робляться в стегно). У Росії при вакцинації вітчизняною вакциною БЦЖ у жодному випадку не зареєстровано розвиток оститів, підтверджених мікробіологічним методом...»⁴⁷ (виділено мною. – О.К.). Тут вже не витримала лікарка В. Аксьонова (яка, до речі, є палким адвокатом щеплення БЦЖ для немовлят) з НДІ фтизіопульмонології ММА ім. І. М. Сеченова, яка у коментарі до статті зазначила, що не те що за

⁴⁵ Mori T. et al. Lymph node swelling due to bacille Calmette-Gurin vaccination with multipuncture method *Tubercle Lung Dis* 1996; 77:269.

⁴⁶ Лукушкина Е. Ф. и др. Организация вакцинопрофилактики в детских учреждениях. Н. Новгород, 1997, с. 18.

⁴⁷ Митинская Л. А. Новые технологии при профилактике, выявлении, диагностике и лечении туберкулеза у детей *Проблемы туберкулеза* 2003, 1, с. 19-25.

всю історію використання вітчизняної БЦЖ – тільки за 2000-2001 рр. у ДІСК Л. А. Тарасевича направлені морфологічно підтверджені відомості про 10 кісткових ускладнень, у НДІ фтизіопульмонології ММА ім. І. М. Сеченова за той самий період було обстежено 12 дітей віком від 6 міс. до 2 років з ураженнями кісток, а у відділенні кістково-суглобного туберкульозу СП НДІ фтизіопульмонології постійно проходять лікування не менш 5-10 дітей. Редакція дала можливість Л. Мітінській відповісти на це, і та пояснила, що читати треба уважніше. Адже вона чітко написала, що БЦЖ-остити мають бути *підтверджені мікробіологічним методом*. Як, ви не робили такого дослідження, задовольнившись простим морфологічним? Ну, тоді й немає про що говорити. Ясно, що до БЦЖ ніякого відношення остити в дітей не мають, діти одразу ж після щеплення занедали на звичайний туберкульоз, та й по всьому, просто так збіглося⁴⁸. Насправді все це було б дуже смішно, коли б не було так сумно...

Уявлення про те, скільки ж усього ускладнень на щеплення БЦЖ реєструється в Росії, може дати цитата з офіційного документа Мінохорони здоров'я РФ: «Створений при Мінохорони здоров'я Росії Республіканський центр із ускладнень після щеплень проти туберкульозу, куди надходять відомості про всі випадки ускладнень після щеплення, зареєстрував у 1995 р. 442 випадки ускладнень, у 1996 р. – 496. Показник частоти післявакцинальних ускладнень склав 21,1 на 100 тис. щеплених, що повністю відповідає міжнародним вимогам до вакцини. Відповідно до фармацевтичних статей, частота післявакцинальних лімфаденітів при використанні вітчизняної вакцини не повинна перевищувати 60,0 на 100 тис. щеплених»⁴⁹. Не знаю, чи сильно заспокоїть батьків постраждалих дітей той факт, що ускладнення «повністю відповідають міжнародним вимогам до вакцини», і чи були ці батьки попереджені про можливість таких

⁴⁸ Щоб уникнути звинувачень у занадто вільному використанні слів Л. Мітінської, я наведу повну її відповідь: «...Досить сумнівно, що всі названі остити є проявом ускладнень БЦЖ, тому що автор приводить тільки специфічні патоморфологічні дані, які є однаковими як при БЦЖітах, так і при туберкульозі. Правильний діагноз можливо поставити тільки мікробіологічним методом, тобто виділенням збудника та його типуванням. Тільки визначення мікобактерій БЦЖ у вогнищі ураження може підтвердити остит, що викликалию вакциною БЦЖ» (там само).

⁴⁹ Министерство здравоохранения Российской Федерации, Управление охраны здоровья матери и ребенка № 133/8-39 Департамент Госсанэпиднадзора № 1100/769-98-113. Современные подходы к вопросам вакцинопрофилактики и раннего выявления туберкулезной инфекции у детей. Приложение к письму от 14 апреля 1998 г. Матеріал можна знайти на сайті Міністерства охорони здоров'я РФ та в деяких книгах. Див., наприклад, *Тайц Б. М., Рахманова А. Г.* Вакцинопрофилактика. Краткий справочник. 3-е изд., СПб, 2001, с. 345. Ще кілька слів про постраждалих від щеплення БЦЖ: «Найчастіше післявакцинальні ускладнення зустрічалися у дітей раннього віку... Необхідно відзначити, що показник поширеності післявакцинальних

ускладнень, але зараз хочу сказати про інше. І ці цифри, виявляється, далеко не повні. З того ж документу ми дізнаємося: «Дуже високі показники частоти післявакцинальних ускладнень виявлені в Республіках Марій Ел, Хакасія, Ярославській, Сахалінській, Іванівській, Новгородській, Смоленській, Орловській областях. Не зареєстровані післявакцинальні ускладнення в Республіці Карелія, Мурманській, Ульяновській, Омській, Камчатській областях, Чукотському автономному округу. Такі розходження насамперед свідчать про різні підходи до організації та оцінки якості вакцинопрофілактики в регіонах Росії»⁵⁰. Якщо говорити зрозумілою простому смертному мовою, то це означає, що в ряді областей Росії ускладнення або не реєструються взагалі, або приховуються, так що точне число постраждалих залишається невідомим. В інтерв'ю місцевій газеті на питання про кількість ускладнень на щеплення БЦЖ зав. кафедрою фтизіатрії й пульмонології Самарського медичного інституту проф. Б. Е. Бородулін відповідає: «Я тільки можу сказати, що ці ускладнення є. І дисемінована БЦЖ-інфекція теж. Але точних цифр по місту я не можу вам сказати... Розумієте, от ми робимо БЦЖ – це ж профілактичне щеплення. І якщо настає після неї ускладнення – це... недобре. Адже ми фактично здорову людину заразили. Заразили дитину. Тому статистика цих ускладнень – її намагаються... Ні, вона ведеться. Але, на жаль, може бути, не завжди... До речі, по кожному ускладненню складається акт, проробляється... Але точно вам сказати, скільки ускладнень, я не готовий... Навіть при радянській владі лунали такі заяви: ускладнень від вакцини набагато більше, ніж невакцинованих, які хворіють на туберкульоз. Але це треба проводити спеціальні дослідження, з'ясувати, доводити...»⁵¹. Ось так.

Не можу тут стриматись, щоб не навести ще одне цікаве спо-

ускладнень у цій віковій групі наближається до показника захворюваності на туберкульоз. Це численна група дітей, що вимагає особливої медичної допомоги (включаючи спостереження, лікування), а згодом вони можуть скласти «групу ризику» за туберкульозом... Поширеність післявакцинальних ускладнень за 1995-96 рр... склала 2,4 на 100 000 дитячого населення. У віковій групі 0-4 років – 6,6; 5-6 років – 1,6; 10-14 років – 0,5 на 100 тис. дитячого населення...» (Закирова Н. р. Осложнения после вакцинации и ревакцинации БЦЖ у детей на территории России (частота, причины возникновения и клинические проявления). Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М., 1998, с. 6). Частота післявакцинальних ускладнень у цілому, за даними автора, склала 21,1 на 100 000 щеплених – імовірно, саме звідси вона й була взята для міністерського матеріалу. Зустрічалися наступні ускладнення (наведено за зменшенням частоти) – лімфаденіти, холодні абсцеси, виразки, інфільтрати, келоїдні рубці, остити.

⁵⁰ Там само.

⁵¹ *Вольный город* (Тольятти), № 61 від 30 серпня 2005 р. Дякую автору матеріала, журналістці Дарії Марченко (Самара), яка люб'язно надіслала його мені.

стереження. Говорячи про кількість післявакцинальних ускладнень, Г. П. Червонська у своїй книзі цитує декількох високопоставлених представників російської медицини. Наприклад, неодноразово вже згадуваний у цій книзі проф. В. К. Таточенко з Інституту педіатрії РАМН заявив під час передачі В. В. Познера «МИ» (8 червня 1997 р.), що ускладнень від щеплень у Росії – «один-два випадки на рік», а міністерський чиновник Н. Н. Ваганов – «ускладнень лише один випадок на мільйон щеплених». Інший чиновник Мінохорони здоров'я А. А. Ясинський в інтерв'ю «Смене» в 1996 р. (№ 10) був значно щедрішим: «Кожного року ускладнень до 400 випадків від всіх вакцин»⁵². За даними, опублікованими на сайті Федерального центру держпіднагляду, якому їх надає ДН ДІСК ім. Л. А. Тарасевича (див. розділ «Післявакцинальні ускладнення»), у РФ реєструється близько 300 післявакцинальних ускладнень щорічно.

Однак, як ми тільки що з'ясували, лише від однієї вакцини БЦЖ і при цьому за даними, які визнаються заниженими, у РФ реєструється близько 500 ускладнень щороку! Яка ж ціна всій цій «статистиці» і скільки тисяч ускладнень на рік від всіх вакцин трапляється в Росії насправді?

За інформацією ВООЗ, щеплення БЦЖ призводить до ускладнень у 1% випадків або рідше⁵³.

У розділі «Основні проблеми щеплень» цієї книги згадувалося про хатніх кліщів як про модний у сучасних обговореннях фактор, який нібито сприяє розвитку алергії. У нещодавньому дослідженні було показано, що БЦЖ збільшує чутливість до цих кліщів⁵⁴.

Можна тут відзначити й публікацію, де автори показали, що через два-чотири роки після припинення масових щеплень БЦЖ, MMR та щеплень, що містять кашлюкову вакцину, знижується захворюваність дітей на цукровий діабет 1-го типу (інсулінозалежний). Ними ж було вказано, що введення цих щеплень до календарів вакцинації супроводжувалося збільшенням захворюваності на цукровий діабет 1-го типу, причому починала вона зростати саме через два-чотири роки після початку вакцинації кашлюковою вакциною або вакцинами MMR та БЦЖ⁵⁵.

⁵² Червонская Г. П. Прививки... с. 228-229.

⁵³ Milstein J. B., Gibson J. J. Quality control of BCG vaccine by WHO: a review of factors that may influence vaccine effectiveness and safety Bull World Health Organ 1990; 68:93-108.

⁵⁴ Mommers M. et al. Infant immunization and the occurrence of atopic disease in Dutch and German children: a nested case-control study *Pediatr Pulmonol* 2004 Oct; 38(4):329-34.

⁵⁵ Classen J. B., Classen D. C. Clustering of cases of type 1 diabetes mellitus occurring 2-4 years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals *J Pediatr Endocrinol Metab* 2003 Apr-May; 16:495-508.

Я вважаю необхідно наголосити, що наявність щеплення БЦЖ в анамнезі, за даними колишнього зав. кафедрою фтизіатрії й пульмонології Донецького державного медичного університету проф. Б. В. Норейко, не поліпшує, а *погіршує* прогноз перебігу «нормального» туберкульозу. Якщо раніше в структурі захворюваності переважав первинний туберкульоз, що доброякісно протікає та звичайно закінчується спонтанним одужанням, то сьогодні на зміну йому приходять вторинний туберкульоз, що характеризується важким перебігом і високою смертністю: «У невакцинованих дітей деструктивні форми первинного туберкульозу практично не розвиваються... Дитина, вакцинована хоча б один раз, набуває стійку гіперчутливість до туберкульозної інфекції, оскільки вакцина БЦЖ отримана з бичачого штаму МБТ (мікобактерій туберкульозу. – О. К.). Діагноз первинного туберкульозу у вакцинованої дитини є абсурдом. Адже вакцинацію роблять для того, щоб змінити характер імунної відповіді, щоб первинну зустріч із вірулентною ТБ інфекцією замінити первинною вакцинацією. І пізніше закріпити досягнутий імунітет ще двома, трьома ревакцинаціями в 7-, 14- та 18-річному віці. Про який первинний туберкульоз можна говорити, якщо дитина має післявакцинальний імунітет?.. Первинний туберкульоз у наш час може бути тільки в тих дітей і підлітків, які з якихось причин були відведені від вакцинації, не були інфіковані й протягом всього життя негативно реагували на внутрішньошкірне введення туберкуліну. Ми на багато явищ закриваємо очі, або ми втомилися, або так легше жити, повторюючи старі істини й закриваючи очі на негативну дійсність. Навідайтеся до дитячого й єдиного в Україні спеціалізованого підліткового відділення нашої клініки. Коли ще спостерігалася така кількість деструктивних форм туберкульозу в дітей й, особливо, у підлітків? Ніколи. Я за 40 років роботи фтизіатром не бачив такої кількості кавернозного туберкульозу з бактеріовиділенням, яку бачу зараз. Чому це так? А тому, що вакцинація БЦЖ внутрішньошкірним методом, як це робиться нині, розпочалася не так давно. Я ще застав час, коли вакцину БЦЖ вводили ентерально за методом Деасіса. Ця вакцина надходила до кишечника й у більшості випадків не забезпечувала розвитку післявакцинального імунітету. Тому туберкульоз у дітей і підлітків протікав частіше з рисами справжнього первинного туберкульозу. Внутрішньошкірне введення вакцини гарантує зміну імунної відповіді у всіх щеплених дітей. Розвиток післявакцинального імунітету призводить до того, що всі випадки туберкульозу в дітей і підлітків стали протікати за сценарієм вторинної імунної відповіді клітинного типу, в арсеналі якої закладена програма відторгнення вогнища казеозного некрозу. Якщо в минулому за 20 років я бачив 1 первинну каверну в Донецькій області, то зараз просто

страшно дивитися на дітей і підлітків, у яких немає майбутнього, оскільки деструктивний туберкульоз став основною формою туберкульозу для цього віку»⁵⁶. А ось цитата з виступу екатеринбурзького професора Л. Гінзбурга на недавній Першій Всеросійській конференції патологоанатомів: «Патоморфоз туберкульозу – поняття динамічне, він характеризується не тільки зростанням кількісних епідеміологічних показників, але й глибокими якісними змінами самого збудника, структури форм захворювання, його ускладнень, причин смерті й патоморфологічних проявів. На секційному матеріалі спостерігається збільшення кількості гостропрогресуючих і генералізованих форм захворювання (казеозна пневмонія, генералізований туберкульоз, туберкульозний базальний менінгоенцефаліт й ін.), таких специфічних ускладнень як туберкульоз гортані й виразковий туберкульоз кишечника, що нерідко призводить до перитоніту та кишкових кровотеч. *Все частіше реєструються позалегенові форми захворювання. У дітей і підлітків у патогенезі позалегенових форм захворювання, зокрема туберкульозних остеомієлітів, велику роль відіграє БЦЖ-інфекція*»⁵⁷ (виділене мною. – О. К.).

Ефективність

Еволюцію оцінки ефективності БЦЖ стисло можна описати в такий спосіб. Творці вакцини, які спочатку розробляли її як щеплення проти туберкульозу для великої рогатої худоби⁵⁸ і лише потім вирішили захищати нею людей, припускали, що вона універсально ефективна. Незабаром з'ясувалося, що вона не захищає від інфікування мікобактеріями туберкульозу. Потім – що ні від чого не захищає дорослих. Потім – що не захищає дітей від легеневого, найпоширенішого, туберкульозу. Вслід за цим з'явилися повідомлення, що і від інших форм туберкульозу (суглобів, кісток) також захищає не так щоб дуже помітно... Коротше кажучи, поки що зупинилися на тому, що вакцина БЦЖ якщо і захищає від чогось взагалі, так винятково *від найважчих форм позалегенового туберкульозу* (наприклад, туберкульозного менінгіту або мілі-

⁵⁶ Норейко Б. В. Иммунологические аспекты фтизиатрии *Новости медицины и фармации* (Донецк) 2003; 12(140). Порівняйте ці дані проф. Норейко з таким висловленням: «Більшість дітей, щеплених вакциною БЦЖ, зовсім не занедужає на туберкульоз, а у випадку, якщо дитина все-таки занедужала, хвороба протікає неважко й може бути повністю вилікувана» (Либов А. Л. Воспитание здорового ребенка. Л., 1971, с. 26).

⁵⁷ Хисамов А. Обретение радости *Медицинская газета* № 56 від 22 липня 2005 р., с. 10.

⁵⁸ Жан-Марі Камілл Герен (1872-1961) був ветеринаром за освітою, а Альбер Кальметт (1863-1933) – лікарем. Тих хто цікавиться їхніми біографіями та історією створення БЦЖ я відсилаю до статті Аржанов Н. П. Альбер Кальметт и туберкулез. *Провизор* (Харьков), 2003, №№9-10.

арного туберкульозу), яких завжди було так мало, що навіть ін'єкціям дистильованої води цілком можна було б приписати вирішальну роль у зменшенні (або стабілізації) захворюваності на «позалегеневі» форми туберкульозу, не кажучи вже про поліпшення умов життя як можливий фактор позитивних змін. Імовірно, ці заповітні «найважчі форми», за які все ще чіпляються вакцинатори, – остання межа перед оголошенням, що вакцина зовсім неефективна і ніколи ефективною не була.

Головний фтизіатр Мінохорони здоров'я Росії, академік М. І. Перельман заявляє: «Існуюча протитуберкульозна вакцина, якою людство за браком кращої користується вже більше 80 років, відверто слабка. На жаль, доброго, стійкого імунітету після одного щеплення вона не забезпечує»⁵⁹. Те ж саме, втім, можна зі справедливістю сказати і про дво-, і про трикратне...⁶⁰ Справа не в кількості уколів, а у невирішеній проблемі самого щеплення!

Багато в чому практика масової БЦЖ-вакцинації залишається спадщиною так званого соціалістичного табору, якого давно вже нема. За іронією, слово «табір» тут досить точно вказує на те, що

⁵⁹ *Фармацевтический вестник* 2003, № 11. Цит. за Аржанов Н. П. Альбер Кальметт... Той же Перельман, в інтерв'ю на радіо «Свобода» 4 грудня 2004 р.: «Поширення дитячого туберкульозу в Радянському Союзі теж було великим. Ви згадайте, що діялося. У кожному місті були дитячі туберкульозні лікарні, у кожному протитуберкульозному диспансері (у кожному регіоні й у кожному місті, у кожному районі) були дитячі туберкульозні відділення. Крим, який тоді входив до складу Радянського Союзу, був насичений дитячими туберкульозними санаторіями. Було багато так званих «лісових шкіл» для хворих на туберкульоз дітей. Тому туберкульозу в наших дітей завжди було досить багато... На жаль, щеплення БЦЖ не страхує від туберкульозу... Практично всім нашим хворим колись раніше було зроблене щеплення БЦЖ, але вони занедужали на туберкульоз». Інтерв'ю можна знайти в архівах радіостанції на її сайті в Інтернет. До цього ж додати цитату з доповіді «Значення біомедичних фундаментальних досліджень» проф. М. А. Пальцева на VII з'їзді російських фтизіатрів у червні 2005 р.: «Вакцинопрофілактика туберкульозу з використанням загально відомої вакцини БЦЖ останнім часом виявила відсутність скільки-небудь вираженої ефективності».

⁶⁰ У нещодавньому звіті групи експертів ВООЗ із Відділу вакцин та біопрепаратів (див. прим. 34) повідомляється, що не існує серйозних даних, які говорять про те, що повторні щеплення БЦЖ можуть поліпшити імунітет до туберкульозу. Дослідження, що проводилися в Угорщині й Польщі, які нібито показали користь ревакцинацій, були методологічно хибними, а таке ж неякісне дослідження в Чилі відкинуло яку-небудь користь ревакцинації. Єдине дослідження, що відповідає всім критеріям, було проведено в східно-африканській країні Малаві, і воно не виявило ніяких доказів на користь повторних щеплень БЦЖ. На підставі всього цього ВООЗ не вважає потрібним рекомендувати повторні щеплення проти туберкульозу. Від себе додаю, що в цьому ж останньому дослідженні було зайвий раз показано, що хоча БЦЖ і може вважатися ефективною проти прокази, але що стосується легеневого туберкульозу, то ніякого захисту в будь-якому віці від неї виявлено не було (Karonga Prevention Trial Group. Randomised controlled trial of single BCG, repeated BCG, or combined BCG and killed *Mycobacterium leprae* vaccine for prevention of leprosy and tuberculosis in Malawi *Lancet* 1996; 348:17-24).

туберкульоз незмінно повинен був знаходити в табірних умовах прекрасний ґрунт для свого розвитку. Так, у Польщі щепленнями БЦЖ в обов'язковому порядку «охоплюють» з 1955 р. Нині там вакцинують спочатку немовлят, потім дітей віком 7 та 12 років; ревакцинація проводиться також у 18 років. Відповідно до нещодавньої публікації, вакцина у поляків дає ускладнення у двох випадках на 10 000 щеплень, тобто 0,02% (при цьому автори, самі, імовірно, здивовані настільки чудовим результатом, чесно обмовляються, що кількість повідомлень про ускладнення навряд чи відповідає їхній справжній кількості⁶¹), а тому щеплення «може вважатися безпечним методом запобігання туберкульозу»⁶². При такій кількості щеплень, здавалося б, туберкульоз давно вже повинен був перетворитися в європейській Польщі на музейний експонат, але захворюваність у 42 чоловіка на 100 тис. населення (на 1995 р.) свідчила про зворотнє. Епідемічний поріг, що встановлений ВООЗ для туберкульозу – 50 хворих на 100 тис. населення. Для ілюстрації наведу захворюваність у 1995 р. в інших «табірних» країнах і тих, які стояли близько до них і дотепер не розпрощалися з щепленням БЦЖ: Беларусь – 48 на 100 тис. населення, Боснія й Герцеговина – 62, Болгарія – 37, Латвія – 60, Литва – 64, Молдова – 66, Росія – 58, Румунія – 102, Україна – 42, Хорватія – 47, Естонія – 41⁶³.

Дослідження, проведене Лондонським факультетом гігієни й тропічної медицини, показало, що ефективність вакцини БЦЖ, використаної в деяких африканських країнах, не перевищує 20%⁶⁴. Близька до цього й недавня оцінка колективу авторів з Колумбії й США, що

⁶¹ Ще раз нагадаю читачам, що за оцінками чисельних експертів, зокрема й з Управління з контролю харчових продуктів та ліків (FDA), у США в Систему повідомлень про побічні ефекти від щеплень (VAERS) повідомляється лише від 1 до 10% від дійсної кількості ускладнень, що викликані вакцинацією.

⁶² *Szczuka I. Adverse events following immunization with BCG vaccine in Poland 1994-2000 Przegł Epidemiol 2002; 56:205-16.*

⁶³ *World Resources Institute, 1999, pp. 260-261.* У звіті комітету експертів ВООЗ, що згадується мною, (див. прим. 34) повідомляється, що у 29 європейських країнах (імовірно, здебільшого це колишні республіки СРСР та інші країни «соц.табору») щеплення БЦЖ є обов'язковим, а в семи – добровільним. У деяких країнах (США, Нідерланди) це щеплення взагалі ніколи не було присутнім у календарях вакцинації. Один з найнижчих у світі рівень захворюваності на туберкульоз у цих країнах та відсутність там масових щеплень БЦЖ – чи такий простий цей збіг? У деяких регіонах ЧСФР відмовилися від щеплення БЦЖ в 1986 р. Імовірно, останньою краплею, що переловила чашу терпіння, було різке збільшення кількості післявакцинальних остейтів після того, як замість місцевого штаму, що використовувався до того, перейшли на штам БЦЖ, надісланий з СРСР (*Lotte A. et al. Second IUATLD study on complications induced by intradermal BCG vaccinations Bull Int Union Tuberc Lung Dis 1988; 63(2):47-59*). Захворюваність на туберкульоз у Чехії в 1995 р. складала 18 випадків на 100 тис. населення, у Словаччині – менше одного випадка.

⁶⁴ *Fine P. E. M. Variation in protection by BCG: implications of and for heterologous immunity Lancet 1995; 346:1339-45.*

вивчали вплив (або, скоріше, відсутність такого) БЦЖ на розвиток туберкульозу, зокрема й в інфікованих ВІЛ: «Рівень захисту дорівнював 22% у пацієнтів, інфікованих ВІЛ, і 26% у пацієнтів з негативним результатом дослідження на ВІЛ... БЦЖ має обмежену ефективність при всіх формах туберкульозу, незалежно від наявності або відсутності ВІЛ-інфекції»⁶⁵.

Вказується на залежність ефективності щеплення БЦЖ від географічного розташування країни. У тропічних широтах переважають атипові мікобактерії, які забезпечують певний природний імунітет до туберкульозу, так що БЦЖ тут додатково нічим допомогти не може. У високих широтах її ефективність виявляється вищою⁶⁶.

Плутанини із щепленням додає ще й те, що, судячи з усього, відсутнє навіть приблизне уявлення про те, яким чином взаємодіють між собою різні види збудника туберкульозу, що постійно перебувають у навколишнім середовищі, і різні штами вакцини БЦЖ. Якись види можуть повністю блокувати всі проголошені корисними ефекти цієї вакцинації, роблячи ритуал проведення щеплення БЦЖ у найкращому разі безглуздом⁶⁷.

Нищівним ударом по вакцині БЦЖ стало найбільше за всю її історію (а за ствердженням деяких – і за всю історію щеплень) та єдине, яке було оформлене згідно з усіма необхідними науковими критеріями, дослідження, проведене у південній Індії. Для вивчення були взяті два найбільш широко використовуваних штами *M. bovis* – «Париж/Пастер» і «Данія/Копенгаген». Дослідження показало *нульову* ефективність вакцини БЦЖ саме в тій країні, де вона, зважаючи на сформовану епідемічну ситуацію, могла б виявитися дійсно корисною. Мало того. Захворюваність на туберкульоз виявилася вищою серед щеплених! Мені невідомі інші приклади досліджень вакцин, результати яких виявилися б настільки жалюгідні. Для реабілітації вакцини, з-за якої виник скандал, було терміново скликано особливу дослідницьку групу. Отже...

⁶⁵ *Arbelaez M. et al.* BCG vaccine effectiveness in preventing tuberculosis and its interaction with human immunodeficiency virus infection *Int J Epid* 2000; 29:1085-1091. Нехай читач сам вирішить, яким чином з такою «ефективністю», що у найкращому разі викликає велике співчуття, сполучається разючий висновок авторів: «Наші дані підтверджують важливість використання вакцини БЦЖ для запобігання позалегенового туберкульозу в осіб з нормально функціонуючою імунною системою». Це лише один з прикладів абсурдної й позбавленої навіть тіні здорового глузду логіки вакцинаторів, що панує нині.

⁶⁶ *Fine P. E. M.* Variation...

⁶⁷ *Brandt L. et al.* Failure of the Mycobacterium bovis BCG Vaccine: Some Species of Environmental Mycobacteria Block Multiplication of BCG and Induction of Protective Immunity to Tuberculosis Infection and Immunity February 2002; 70(2):672-678.

«У 1968 р. Індійська рада медичних досліджень у співробітництві з ВООЗ та Національною службою суспільної охорони здоров'я США почали проводити контрольовані дослідження в південній Індії. Активність двох застосовуваних вакцин була підтверджена на експериментальних моделях; використовувалися різні дозування; випробування проводилися в районі, де звичайними є зараження іншими мікобактеріями, відмінними від *M.tuberculosis*. У цьому випробуванні після 7,5 років спостереження вивчення розподілу нових випадків легеневого туберкульозу не дало доказів захисного ефекту вакцинації БЦЖ»⁶⁸.

Аналізуючи ВООЗівський документ, присвячений катастрофічному провалу БЦЖ при випробуваннях в Індії, не втомлюючись дивуватися багатству людської фантазії, яка готова шукати будь-які можливі виправдання й пояснення, аби тільки не називати речі своїми іменами. Наприклад, «...З технічних причин не було отримано даних про найбільш важкі прояви захворювання в дітей – менінгіт та міліарні форми туберкульозу»⁶⁹. Ну, чи не дивно? Довгі роки повторювали, що БЦЖ просто напрочуд добре захищає від позалегеневих форм туберкульозу, якщо вже неспроможна перед легеневиими. І коли з'явилася не те що можливість – гостра потреба терміново реабілітуватися за черговий ганебний провал у захисті від легеневих форм, раптом з'являються якісь загадкові «технічні причини»; при цьому хоча б для правдоподібності не уточнюється, які саме. Або: «...Можна припустити, що всі експериментальні моделі, за допомогою яких відбиралися вакцинні штами, є непридатними»⁷⁰. А це як розуміти? Коли тими ж самими штамми щепили мільйони дітей у десятках країн світу, то всі експериментальні моделі вважалися прекрасно вивченими і, звичайно, придатними. Але було варто провести по-справжньому повноцінне дослідження, як одразу з'явилися сумніви в їхній придатності, всіх як одного! Чому не розібратися з ними раніше, до того, як починати щепити дітей? «...Випробування не дало прямого доказу неефективності вакцинації БЦЖ проти туберкульозу для дітей грудного віку. Хоча діти грудного віку піддавалися вакцинації, було заплановане застосування методу знаходження випадків для виявлення відкритої форми легеневого туберкульозу, що у дітей зустрічається надзвичайно рідко. Зусилля, докладені в цьому випробуванні з виявлення випадків позалегеневого туберкульозу, а саме шийного лімфаденіту, показали, що ці форми також досить рідкі в районі випробувань»⁷¹. Що ж перешкодило обрати підходящий

⁶⁸ Вакцинация БЦЖ. Доклад Научной группы ВОЗ. Женева, 1982, с. 6.

⁶⁹ Там само, с. 8.

⁷⁰ Там само, с. 8-9.

⁷¹ Там само, с. 9-10.

район, де і відкрита форма, і шийний лімфаденіт як наслідок позалеженої форми у грудних дітей поширені, і БЦЖ могла сказати своє вагоме слово, продемонструвавши значне зниження захворюваності серед малят? Або така дипломатична заява: «Оскільки деякі форми туберкульозу в дітей бувають важко розпізнавані, оцінка ефективності вакцинації БЦЖ як засобу профілактики дитячого туберкульозу може виявитися важкою»⁷². Для чого ж тоді взагалі дослідження затівалося? Якщо отримані результати підійдуть, то приписати їх БЦЖ, а якщо не підійдуть – списати все на важкість оцінки? Коротше кажучи, провал провалом, а висновок висновком, і не було між ними ніякого зв'язку: «Дослідницька група рекомендує продовжувати використання БЦЖ як антитуберкульозного засобу. Таким чином, дослідницька група в принципі погодилася з поточною політикою в області вакцинації БЦЖ... Варто направити всі зусилля на ідентифікацію тих місцевих факторів, які, імовірно, можуть впливати на результат вакцинації БЦЖ...»⁷³. Убогість і знуцання над здоровим глуздом – от точні визначення, що характеризують цей звіт ВООЗівської дослідницької групи.

Схожі пояснення провалу випробувань БЦЖ в Індії були дані представником лабораторії БЦЖ при Інституті Пастера в Парижі: різний ступінь забруднення мікобактеріями навколишнього середовища, генетична різноманітність щепленого населення, умови життя, якість штамів вакцини й проблеми зі спостереженням за туберкульозом у дітей⁷⁴. Коли пояснити очевидний провал вакцини покликані стільки факторів, то мимоволі виникає думка, що щеплення можна спокійно винести за дужки туберкульозного рівняння з багатьма невідомими, а саме рівняння вирішувати так само, як це робиться з усіма «безщепленевими» інфекційними хворобами, тим більше що для звичайного туберкульозу не характерний стрімкий перебіг і для лікування його існують ефективні ліки.

Відмова ВООЗ негайно і назавжди покінчити з цим щепленням після проведеного дослідження, є дуже показовою. Більш того – щеплення БЦЖ... було занесено до Розширеної програми імунізації (РПІ) у 1974 р.! Репутація проваленої вакцини, а з нею побічно і до всіх інших кампаній щеплень ВООЗ, виявилася дорожчою за здоровий глузд та елементарну об'єктивність.

Втім, висновки із цього досвіду ВООЗ усе-таки зробила. Більше таких експериментів під її егідою вже не ставилося – вистачило й одного.

⁷² Там само, с. 11.

⁷³ Там само, с. 16.

⁷⁴ *Georghiu M.* Antituberculosis BCG vaccine: lessons from the past // *Vaccinia, Vaccination, Vaccinology. Jenner, Pasteur and their successors. International Meeting on the History of Vaccinology, 6-8 December 1995, Marnes-La-Coquette, Paris, France. Paris, 1996, p. 93.*

А Відділ дослідження тропічних хвороб при ВООЗ заявив нещодавно, що, на відміну від наявних нині чудових можливостей контролю туберкульозу, що обмежуються лише фінансовими засобами, розробка ефективної вакцини, яка могла б стати великим благом, пов'язана з величезними технічними труднощами. Серед останніх було названо відсутність тварин, на яких можна було б змоделювати туберкульоз людини, та недостатнє розуміння тих імунологічних процесів, які лежать в основі імунітету до цієї хвороби⁷⁵. Іншими словами, ВООЗ вже набридло нескінченно викидати гроші на щепленево-туберкульозні дослідження, які не ведуть ні до якого відчутного результату, а тому питання про нову вакцину навіть не включено до останніх стратегічних завдань (*strategic emphases*) з туберкульозу, де знайшлося місце і для розробки нових ліків, і для поліпшення існуючих діагностичних тестів, і для дослідження соціального поведінки та її ролі у захворюваності на туберкульоз, і навіть для визначення ролі статі в цьому⁷⁶.

Поглянемо тепер, як проповідники щеплень намагаються переконала-ти публіку і навіть один одного в ефективності щеплення БЦЖ. Вакци-натори В. К. Таточенко та Н. А. Озерецковський пишуть в агітброшурі, виданій Центром гігієнічної освіти населення в Москві на замовлення Міністерства охорони здоров'я РФ: «Вакцинація БЦЖ надійно захи-щає дитину від захворювання на найбільш важкі форми туберкульо-зу; у Росії захворюваність на туберкульоз щеплених дітей у 15 разів менше, ніж нещеплених»⁷⁷. Не будемо зупинятися на питанні, яке оче-видно напрошується: так якому саме захворюванню, на думку авто-рів, настільки ефективно запобігає щеплення БЦЖ (*найбільш важким* або *будь-яким* формам туберкульозу?), запитаємо інше: звідки взагалі береться для порівняння контингент нещеплених БЦЖ, якщо вона

⁷⁵ Експерти ВООЗ додають до цього, що нова вакцина повинна буде виклика-ти повноцінну імунну відповідь у людей, що раніше вже одержали щеплення БЦЖ і перебувають у постійному контакті з різноманітними мікобактеріями, зокрема й *M. tuberculosis*. Створення такої вакцини з погляду імунології не уявляється здійснен-ним завданням (*Fine P. Issues...* p. 30).

⁷⁶ TDR Strategic... 2002. Дійсно, грамотне та своєчасне лікування туберкульозу цілком ефективно. Лише за три роки після введення ВООЗівського протоколу ліку-вання туберкульозу DOTS (*directly observed therapy – short course*), з 1991 по 1994 pp., смертність від туберкульозу в Китаї знизилася з 30 до 7%. («Spread of TB in Western Pacific 'Unacceptable': WHO» *Kyodo News Service* (13.09.99). Протокол містить у собі чотири препарати, вартість яких на необхідні шість місяців лікування, як вказувалося вище, дорівнює лише 11\$. Згідно з заявами представників ВООЗ, DOTS забезпечує лікування туберкульозу в 95% випадків. Однак лише 12% всіх хворих на туберкульоз у світі одержують таке лікування, а прийнято воно лише 95 країнами з 212. Наступ туберкульозу триває...

⁷⁷ Таточенко В. К., Озерецковський Н. А. Родителям о прививках. Москва, 2001. Ця цифра повторюється в різних джерелах.

робиться насильно і масово у всіх російських положових будинках протягом перших днів життя дитини? Або цей контингент представлений недоношеними й настільки важко хворими дітьми, яких при всьому бажанні й наполегливості вакцинаторів прищепити було неможливо? І його порівнюють зі здоровими щепленими і роблять висновок на користь щеплень? Цей статистичний фокус-покус («порівняння захворюваності й смертності щеплених і нещеплених незмінно говорить на користь щеплень») відомий і викритий вже давно. Понад 130 років тому д-р В. Рейтц вказував у своїй книзі: «Відомо, що віспу щеплять лише здоровим, усі ж кволі й слабкі виключаються. Не дивно буде, що у разі захворювання тих та інших на віспу, останні повинні дати більший відсоток смертності, що, отже, не буде залежати від відсутності щеплення, а буде обумовлено загальним станом їх здоров'я. До того ж ніхто не може заперечувати, що велика кількість нещеплених належить до найбідніших класів народонаселення, а як тільки захворює бідний... який живе у поганому гігієнічному оточенні, то зрозуміло, що в нього яка б гостра хвороба не розвинулася, завжди вона буде вести до більш важких форм, що дають і більший відсоток смертності... Отже, порівнювати смертність слабких і хворобливих суб'єктів, що перебувають у поганих гігієнічних умовах, зі смертністю тих, які перебувають у сприятливих гігієнічних умовах, неможливо...»⁷⁸. Уважний аналіз підтверджує ці думки й по відношенню до найнебезпечніших форм позалегенового туберкульозу, порятунок від яких нібито дарується щепленням БЦЖ: «За період з 1980 по 1999 рр. у дитячому відділенні ТКБ (туберкульозна клінічна лікарня №7 Москви) перебували 34 дитини раннього віку з менінгітом туберкульозної етіології... 21 дитина з 34, які перебували в нашому відділенні з приводу туберкульозного менінгіту, не були щеплені вакциною БЦЖ, а в 7 вакцинованих дітей були відсутні «рубчики»⁷⁹. На цьому автори, щоб, ймовірно, не сказати зайвого, закінчують свій екскурс з історії щеплень, і читачу залишається лише здогадуватися самому, що в 6 дітей було і щеплення, і «рубчики» – свідчення щепленевої благонадійності – у належному розмірі, що не перешкодило їм занедужати на туберкульозний менінгіт. Причин, через які 21 дитина залишилася без щеплення в країні з 95-99% охопленням БЦЖ, автори нам не повідомляють, але ці причини стають цілком очевидні з анамнестичних відомостей: «Необхідно відзначити, що діагностику захворювання утрудняли несприятливий преморбідний фон і велика частота супутніх захворювань в анамнезі більшості

⁷⁸ Рейтц В. Критический взгляд на оспопрививание. СПб, 1873, с. 37-38.

⁷⁹ Гаврилов А. А. и др. Туберкулезный менингит у детей раннего возраста. Проблемы туберкулеза 2001, 1, с. 34-36.

дітей: родова травма (3), вроджена вада розвитку (3), перинатальна енцефалопатія (11), недоношеність (4), гемолітична хвороба (1), рахіт (16), алергійний дерматит (13), часті гострі респіраторні вірусні інфекції (21). У соціально-дезадаптованих родинах проживали 75% дітей: неповні родини, родини алкоголіків, родини мігрантів та осіб, що повернулися з місць позбавлення волі»⁸⁰. Чи потрібні до цих відомостей який-небудь коментар?

Інший приклад: «...У хворих на туберкульоз дітей, виявлених із сімейного контакту, рівень вакцинації БЦЖ у періоді новонародженості – 88,5% – порівняний з рівнем вакцинації у здорових дітей – 91,6%... Отримані дані свідчать, що хворі на туберкульоз діти із сімейного контакту були повноцінно та ефективно щеплені вакциною БЦЖ у декретовані вікові періоди... Незважаючи на це, вони мають високий ризик захворювання на туберкульоз у результаті масивного інфікування в умовах тісного контакту в родині з хворими на туберкульоз легенів та з бактеріовиділятелями...»⁸¹. Автори вказують, що БЦЖ, проте, показала свою захисну силу при захворюваннях, що беруть початок у невстановленому, тобто випадковому контакті. Хто з дітей, які не одержали БЦЖ, може постраждати від такого випадкового контакту, читачам вже стало зрозуміло, а тому всі порівняння такої захворюваності нічого не варті. Ми бачимо, що коли справа веде до дійсного лакмусового папірця – масивного тривалого інфікування – БЦЖ знову і знову показує свою повну неефективність. Як цікавий факт наведу приклад восьмирічного використання БЦЖ у Каталонії, де, після того як це щеплення виключили з календаря вакцинацій для дітей від народження до 5 років, захворюваність на туберкульозний менінгіт *різко знизилася!*⁸²

В активі російських фахівців є важливе дослідження про ревакцинації БЦЖ, хоча вони поки що не наважились пустити під безжалісний ніж здорового глузду і визнання власної неспроможності останню священну корову вакцинного пасовища російської фтизіатрії – щеплення БЦЖ при народженні. Комплексне епідеміологічне й клінічне дослідження, яке охопило в 1987-1992 рр. більше 1 млн. 200 тис. дітей, що проживають у Москві та Московській області, показало, зі слів самих авторів, «біологічну, епідеміологічну й організаційну недоцільність збе-

⁸⁰ Гаврилов А. А. и др. Туберкулезный менингит у детей раннего возраста *Проблемы туберкулеза* 2001, 1, с. 34-36.

⁸¹ Хадеева П. В. и др. Иммунопрофилактика туберкулеза вакциной БЦЖ у детей из контакта и из неустановленного контакта *Проблемы туберкулеза и болезней легких* 2005, 1, с. 29-32.

⁸² Alcaide J. et al. Vacuna BCG // Salleras L. Vacunaciones preventivas. Barcelona, 1998, p. 433.

реження діючої в нашій країні схеми ревакцинації БЦЖ». Я процитую найбільш суттєві положення статті: «...Більшість сумнівних і позитивних реакцій на туберкулін у шкільному віці обумовлені післявакцинальною алергією; у цих умовах неможливо судити про рівень інфікованості декретованих контингентів. Дані... дозволяють зробити висновок про те, що реальний рівень інфікування туберкульозом школярів значно нижче, ніж вказуваний в більшості досліджень, що проводилися в умовах трикратної ревакцинації БЦЖ дітей і підлітків... Причиною необґрунтованості взяття на облік у протитуберкульозному диспансері дітей з післявакцинальною алергією або давно інфікованих туберкульозом стає не рівень протитуберкульозної допомоги, а збереження багаторазової ревакцинації БЦЖ... Ми організували ретельне спостереження і реєстрацію всіх післявакцинальних ускладнень на території Московської області... За 5 років нами було зареєстровано 170 дітей і підлітків із післявакцинальними ускладненнями, що склало 19,6 на 100 000 щеплених. Ускладнення після ревакцинації БЦЖ були в 42 школярів, тобто 32 на 100 000 щеплених. Дуже великою серед всіх ускладнень виявилася частка келоїдних рубців – 24 з 42 (57,2%) або 18,3 на 100 000 щеплених... Щороку ревакцинацію БЦЖ у Росії проходять 1,5-2 млн. школярів. Таким чином, не менш ніж у 500-600 чоловік можуть бути післявакцинальні ускладнення. Треба, однак, враховувати, що близько 60% всіх ускладнень після ревакцинації припадає на келоїдні рубці, тому щорічно кількість дітей з цією патологією збільшується на 300-400 чоловік. Відомо, що келоїдні рубці практично не піддаються лікуванню... За виразністю й тривалістю негативного впливу на організм вони значно перевершують не тільки звичайний, але й ускладнений перебіг туберкульозної інфекції. Дотепер не проводили тривалого спостереження за хворими з келоїдами, частотою їх інвалідизації, можливостями соціальної й професійної адаптації. Актуальність цього питання стане очевидною, якщо врахувати, що за 30 років застосування ревакцинацій БЦЖ келоїдні рубці утворилися приблизно в 10-12 тис. чоловік. Отже, ускладнення ревакцинації БЦЖ мають серйозні соціальні й економічні наслідки. Одним з найбільш вагомих негативних біологічних впливів багаторазової ревакцинації БЦЖ (до того ж масово) є гіперсенсibiliзація організму дітей... Ревакцинації БЦЖ можуть піддаватися діти, які мають післявакцинальну алергію після попередньої імунізації вакциною БЦЖ... Багаторазові ревакцинації БЦЖ утруднюють або унеможливають встановлення первинного інфікування туберкульозом через післявакцинальні алергії перед зараженням... Помилки при визначенні етіології чут-

ливості до туберкуліну призводять до того, що 44% дітей і підлітків необгрунтовано перебувають на обліку в протитуберкульозних диспансерах і одержують хіміопротифілактику»⁸³. Майже половина дітей, які знаходяться на лікуванні в протитуберкульозних диспансерах, стають жертвами існуючої російської системи щеплень та діагностики. Скільки грошей це коштує державі, скільки здоров'я – дітям, та й їхнім батькам?

Дослідження, наскільки можливо судити, було проведено досить ретельно; публікацій, що намагаються заперечити висновки авторів, мені виявити не вдалося. Прошло 8 років. І що? Дітей все так само ревакцинують БЦЖ, щорічно сотнями збільшуючи кількість постраждалих від ускладнень і руйнуючи здоров'я тисяч і тисяч, і нічого не змінюється! Саме це Г. П. Червонська визначила як «яскравий приклад абсурдної дії вітчизняного Міністерства охорони здоров'я, відсутності знань, активної імітації «безальтернативності» методу і небажання розбиратися в проблемі при монопольному праві вакцинаторів безвідповідально ризикувати здоров'ям нації...» Це було сказано про пробу Манту, але ті самі слова цілком можуть бути застосовані до БЦЖ. Г. П. Червонська пише: «Наукова й практична цінність вакцинації всіх поспіль – нульова. Якщо протягом 50 років вакцинації немовлят БЦЖ й щорічної проби Манту (вакцинованих БЦЖ – живими мікобактеріями!) боротьба з туберкульозом перетворилася на свою протилежність – наростання туберкульозних хворих, зокрема серед дітей і підлітків, то зовсім очевидно, що такий підхід – злочинно помилковий»⁸⁴.

Незадовго до передачі рукопису цієї книги видавцю я розмовляв зі співробітницею Санкт-Петербурзького НДІ фтизіопульмонології, яка побажала залишитися анонімною, що неважко зрозуміти, знаючи про пануючі у медицині (особливо по відношенню до щепленевого інакомислення) люджерські нрави. Вона повідомила мені, що в її НДІ, який спеціалізується на позалегеневих формах туберкульозу, в 2002-2003 рр. проводилося дослідження – у жінок, що страждали від безплідності, робилися зіскрібки з ендометрію й досліджувалися на наявність збудника туберкульозу. В 40% були виявлені L-форми збудника, які, за сучасним даними, можуть бути штамми видозмінених мікобактерій БЦЖ. Протитуберкульозне лікування допомагало жінкам завагітніти. За даними диспансерів, які підзвітні НДІ, спостерігається збільшення захворюваності дітей і підлітків (звичайно у віці 12-16 ро-

⁸³ Аксенова В. А. и др. Проблема массовой противотуберкулезной иммунизации в современных условиях *Российский медицинский журнал* 1997, 5, с. 31-36.

⁸⁴ Червонская Г. П. Ошибка природы или Минздрава? *Аиф-Здоровье* 24.01.2001.

ків) на позалегеневі форми туберкульозу, особливо на туберкульозні хореоретиніти, які нерідко викликаються щепленням БЦЖ і без відповідного лікування можуть призвести до сліпоти. Кілька висловів хотілося б процитувати дослівно: «Не потрібно думати, що ці факти ніхто не помічає. Доступні автореферати докторських дисертацій із хориоретиніту в дітей та дорослих: були уражені оболонки ока, а первинного вогнища в легенях немає. У цих хворих виділений в ураженій зоні штам БЦЖ... Існують також роботи про шкоду ревакцинацій у 7 та 14 років: ревакцинації спричиняють абсцеси, лімфангіти, остеомієліти, часто збігаються за часом із природним інфікуванням туберкульозом. Ці матеріали відкладаються подалі, а їхнім авторам нагадують, що метою фтизіатрії не є критика вакцинації... Незрозуміло, чому захищають щеплення БЦЖ... Це просто іраціонально. Навіть у розмові з колегами запитуєш: ну навіщо воно? Адже воно однаково і неефективне, і небезпечне. Пояснити не можуть, але продовжують наполягати... Наука в нас іде сама по собі, а практика – сама по собі. Марність ревакцинацій давно вже доведена наукою, але медики їх продовжують... Ліки, що використовуються для лікування туберкульозу, часто виявляються гіршими за саму хворобу. Знаменитий ізоніазид є шкідливим для серця – спричиняє порушення ритму, болі. Також викликає сонливість і запаморочення, приймаючи його не можна водити машину. Тиразінамід негативно впливає на суглоби – викликає болі й накопичення рідини. Мікобутин та рифампіцин – викликають підвищення температури до 38°C на весь період прийому і порушують функцію печінки. Незважаючи на таке радикальне лікування, позалегеневі форми постійно рецидивують. 80% цих форм є стійкими до ліків: вони лікуються сполученням декількох препаратів й імуностимуляторами». Не думаю, що до цього потрібні які-небудь додаткові роз'яснення.

Оскільки щеплення БЦЖ проводиться в пологових будинках у найперші дні життя дитини, батьки, які бажають зберегти здоров'я дитини й від нього відмовитися (і, можливо, також від щеплення проти гепатиту В у тих країнах, де воно робиться одразу після народження), повинні вирішити, чи покладатися на завчасно оформлену письмову відмову, чи покинути пологовий будинок негайно після пологів або ж взагалі народити, за наявності такої можливості, у домашніх умовах. На жаль, той факт, що у питанні щеплень ніякої віри медперсоналу (який краще, ніж батьки, знає що добре, а що погано для дитини) бути не може, доведений багаторазово й продовжує доводитися щоденною практикою – у всякому разі, у таких країнах, як Росія та Україна. Домашні пологи – окреме й зовсім особливе питання, якому я не можу приділити належної уваги у цій книзі. За ходом справи я лише відзначу, що щеплення – далеко не єдиний фактор, який підриває здоров'я дітей

з найперших годин життя. Варто згадати також і дуже часто не викликані серйозною необхідністю (якщо не вважати такою бажання лікарів скоріше «збутися» породіллі) стимулювання пологів та операції кесарева розтину, різні види медикаментозного втручання, важкий емоційний стрес, оминати який вдається небагатьом жінкам, які потрапляють до пологового будинку, і, зрозуміло, величезна кількість внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ). От тільки одна ілюстрація: «Захворюваність ВЛІ серед немовлят становить 40,6-43,1% від сумарної захворюваності ВЛІ в Росії... при цьому летальність серед даного контингенту особливо висока... У 1990-94 рр. у РФ зареєстровано 19 спалахів, які виникали в пологоводопоміжних стаціонарах і відділеннях патології немовлят...»⁸⁵. Згідно зі статтею, у цих 19 спалахах постраждали 343 дитини. Ці цифри є тим самим, що й цифри післявакцинальних ускладнень, коли до статистики надходять лише такі випадки, які приховати вже неможливо при всьому бажанні й старанні. Неважко здогадатися, що насправді неврахованих спалахів (і відповідно потерпілих) було і є в десятки разів більше тої кількості, про яку повідомляється офіційно, що визнається, наприклад, в іншій публікації: «За даними офіційної статистики, щорічно в Росії реєструється від 50 до 60 тис. випадків внутрішньолікарняного інфікування, однак за розрахунковими даними ця цифра в 40-50 разів вище. Частота ВЛІ немовлят, наприклад, становить 5-10%. На етапі виходжування новонароджених відсоток дітей із ВЛІ досягає 50-60. Дослідження, проведені в хірургічних відділеннях Москви, показали, що ВЛІ розвиваються в середньому в 16% пацієнтів»⁸⁶. Російський дослідник Б. Прохоров пише у своїй книзі: «Тисячі жінок у пологових будинках щорічно інфікуються стафілококом й у результаті страждають від післяпологового сепсису й перитоніту, отриманого після операції кесарева розтину. У порівнянні з 1990 р. захворюваність на сепсис збільшилася в 6,1 рази. Сепсис не тільки важке враження організму матері, але це й показник вкрай незадовільного санітарного стану медичних установ. У розвинених країнах давно покінчили з цією важкою патологією відносно простими засобами – одноразова білизна, окремий бокс для кожної породіллі, нарешті, пологи вдома. Але в російських умовах всі ці заходи не по кишені ні громадянам, ні охороні здоров'я. Сепсис не тільки не скорочується, він зростає»⁸⁷. Пологи в домашніх умовах дійсно цілком по кишені будь-якій породіллі. Але звідки, справді, візьмуться гроші на наведення порядку в пологових будинках, коли сотні мільйонів доларів

⁸⁵ Прямухина Н. С. и др. Внутрибольничные инфекции новорожденных *Эпидемиология и инфекционные болезни* 1996, 2, с. 15-18.

⁸⁶ Семина Н. А. Научные и организационные принципы профилактики внутрибольничных инфекций *Эпидемиология и инфекционные болезни* 2001, 5, с. 5-6.

⁸⁷ Прохоров Б. Б. *Здоровье населения России в XX веке*. М., 2001, с. 189.

бюджету охорони здоров'я йдуть на розробку, виробництво і поширення вакцин, а також на лікування післявакцинальних ускладнень, навіть якщо останні такими й не визнають, а списують на повсякчасні «збіги» й «нашарування»? Я не здивуюсь, якщо незабаром почнуть розробляти вакцини від внутрішньолікарняних інфекцій. Якщо є така проблема, чому ж не спробувати її вирішити за допомогою щеплень?

Ця епідемія внутрішньолікарняних інфекцій не залишилася без уваги наукового форуму «Мати й дитина», який відбувся в листопаді 2005 р., і був організований компанією «МЕДІ Експо» та Російським товариством акушерів-гінекологів. Читаємо репортаж про форум: «Багато уваги лікарі приділяли внутрішньолікарняним інфекціям. За словами професора Радзинського, зараження гнійно-септичними інфекціями – основний привід судового переслідування лікарів. І ніякими методами дезінфекції тут не допоможеш – це визнали вже в усьому світі. Зниження захворюваності на госпітальні інфекції відзначається тільки там, де застосовуються нові перинатальні технології. Де жінка при надходженні до пологового будинку не піддається процедурам, які відкривають доступ інфекціям до її організму, наприклад, таким як гоління та дезінфекція піхви. В ідеалі вона повинна народити, прикласти дитину до грудей, вдягнути у власний одяг, покласти у свою постіль і якомога раніше виписатися з пологового будинку. Пологовий будинок – це місце для пологів і тільки». Досить розсудливе визнання, хоча й зроблене з запізненням у добру сотню років. Але читаючи наступний рядок, не віриш власним очам: «На жаль, через щеплення БЦЖ лікарі не можуть виписати жінку через 20 годин після пологів. Тому необхідно це робити на 3-й день після природних пологів і на 6-й день після кесарева розтину. Тільки так можна зменшити ймовірність зараження госпітальною інфекцією в пологовому будинку»⁸⁸. Що це, як не чистої води божевілля через щеплення? Кілька днів мати з дитиною за гроші платників податків буде знемагати у пологовому будинку, займаючи місце, відволікаючи персонал, ризикуючи одержати інфекцію або постраждати від якої-небудь помилки медиків, і все це лише для того, щоб не вислизнути від «охоплення» щепленням БЦЖ? З якого погляду – економічного, здорового глузду чи будь-якого іншого, що враховує інтереси суспільства, а не «фахівців» зі щеплень, це може бути виправдано? А «20 годин після пологів» – чи не для того, щоб встигнути зробити щеплення від гепатиту В?

Завершити розділ про щеплення БЦЖ я хотів би цитатою з листа, спрямованого до Російського Національного комітету з біоетики при АН РФ. Автор листа, фтизіатр з тридцятирічним стажем, кандидат ме-

⁸⁸ Белопольская М. Мать и дитя глазами акушеров и гинекологов *МедНовости.ру* від 17 жовтня 2005 р.

дичних наук В. П. Сухановський пише:

«За моїм глибоким переконанням, що базується на багаторічній практичній роботі з післявакцинальними ускладненнями після БЦЖ-щеплення, відмова від поголовної вакцинації немовлят є одним з головних ключів до вирішення завдань зниження дитячої захворюваності й смертності.

Чи не страшно відмовитися від вакцинації немовлят в умовах епідеміологічного стану з туберкульозу, який погіршується?

Відповідаю: не тільки не страшно, але й необхідно! По-перше, вакцинація БЦЖ ніколи не запобігала і не може запобігти інфікуванню МБТ дитини, якщо вона контактувала з хворим на туберкульоз.

По-друге, без відповідної діагностики стану імунної системи, за допомогою БЦЖ ми розносимо туберкульоз і накопичуємо його в поколіннях серед сприйнятливих до МБТ людей, які далеко не всі перебувають у неблагополучних соціальних умовах.

По-третє, всі діти раннього віку, незалежно від факту вакцинації, якщо вони сприйнятливі до туберкульозу та інфіковані в пологовому будинку, обов'язково занедажують на туберкульоз – за відсутності своєчасної діагностики та лікування. Прикладів самолікування від туберкульозу в цьому віці немає. Самолікування можливо, однак, лише в дітей старше трьох років.

По-четверте, показник інфікування МБТ до двох років залишається на рівні 0,005-0,01%, тобто 10:100 000. Всіх цих дітей можливо вилікувати, якщо діагностика проведена вчасно, а лікування – з усією старанністю та довгостроковим спостереженням.

По-п'яте, без БЦЖ у пологових будинках діти раннього віку будуть рости здоровими! Звідси, зокрема, масове набуття синдромів імунодефіцитного стану (СНІДу), якщо не початкове, то активно набуте як причинно-наслідковий розвиток після БЦЖ, а також розвиток інших численних симптомів загальної патології... Як лікар-клініцист, лікар-фтизіатр, я переконаний, що перенесення термінів вакцинації БЦЖ на більш старший вік буде не тільки кращим захистом від туберкульозу, але також стане методом профілактики лейкозу дітей...

На закінчення вважаю за необхідне ще раз підкреслити, що я – *переконаний противник вакцинації (будь-якої, не тільки БЦЖ) у період новонародженості*, тому що вакцина перешкоджає розвитку й природних (саногенетичних) реакцій дитини: фагоцитозу, утворенню антитіл, адаптації до зовнішнього середовища»⁸⁹.

Я повністю поділяю думку досвідченого фтизіатра. І БЦЖ, і інші щеплення, якими так поспішають «захистити» немовлят з перших го-

⁸⁹ Червонская Г. П. Прививки... с. 388-390.

дин їхнього життя, руйнують природний імунітет і гарантують негайні та відстрочені хвороби. Невже ми бажаємо їх нашим дітям?

Висновки:

- Мікобактеріями туберкульозу інфікується до третини всього населення, але при цьому лише в 10% інфікованих може розвинути хвороба. Вирішальним є стан імунної системи людини.
- Туберкульоз є типовою «соціальною» хворобою бідних країн, нездатних забезпечити діагностику і лікування необхідної якості; країн, де переповнені в'язниці – головні розсадники туберкульозної інфекції. Ніякі заходи не здатні змінити динаміку захворюваності на туберкульоз доти, поки не вирішені проблеми скученості проживання та зuboжіння населення й забезпечення його сучасними лікарськими препаратами.
- Провал щеплення БЦЖ у клінічних випробуваннях і стрімко зростаюча захворюваність на туберкульоз, зокрема й дитячий, у тих країнах, де вакцинують майже 100% немовлят, говорить про те, що щеплення зовсім не приносить користі в найкращому разі; а у гіршому – саме призводить до наступного розвитку туберкульозу, причому в найбільш важких його формах. Щеплення має побічні ефекти, головні серед яких – ураження лімфатичної та опірно-рухової систем.
- Шкірна туберкулінова проба (проба Манту) відома своєю різкою неточністю і величезною кількістю хибнопозитивних та хибнонегативних результатів. Гіпердіагностика туберкульозу може призвести до нічим не виправданого опромінення під час рентгенологічних досліджень й призначенню аж ніяк не безпечного «профілактичного» лікування. До складу біопрепарату, що використовується для щорічної проби Манту, входять фенол і полісорбат-80, вплив кумулятивних токсичних ефектів яких на дитячий організм ніколи не вивчався.



Епідемічний паротит (свинка)

Хвороба

Епідемічний паротит, який у просторіччі зветься свинкою, за звичайного його перебігу у практично здорової дитини – нешкідлива дитяча хвороба, що викликається параміксовірусом та передається повітряно-краплинним шляхом й, рідше, через заражені речі (посуд, іграшки й ін.), тому що вірус нестійкий у зовнішньому середовищі. Джерелом інфекції є тільки хвора людина. Інкубаційний період триває від десяти днів до трьох тижнів, продромальний, зі звичайною для всіх інфекційних хвороб симптоматикою (головний біль, відчуття розбитості, біль у м'язах, слабкість) – доба, сама хвороба – до тижня. Приблизно у чверті хворих немає головного прояву паротиту – пухлини (одно або двосторонньої) у підщелепній області, пов'язаної з набряком привушних та підщелепних слинних залоз, де особливо активно розмножується вірус, а тому діагноз не ставиться. Порівняно висока сприйнятливість до епідемічного паротиту є причиною того, що в дощеплену епоху переважна кількість дітей до пубертатного віку вже мала антитіла до збудника хвороби. Перенесене захворювання залишає стійкий, довічний імунітет. При цьому, як і у випадку багатьох інших дитячих інфекційних захворювань, здорові діти нерідко переносять хворобу в субклінічній або стертій формі, так що імунітет до небезпечного у дорослому віці захворювання набувається з усіма зручностями¹. Тут дуже цікаво від-

¹ «Результати серологічного обстеження дітей, що не хворіли на епідемічний паротит і вчасно не були щеплені проти нього, показали, що більше 20% з них мали специфічні антитіла в середніх і високих титрах, тобто вже не мали потреби у вакцинації, тому що, очевидно, перехворіли на паротит у стертій і безсимптомній формі...» (Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 344). На наступній сторінці дається навіть більш вражаюча цифра: «...Серед нещеплених та не хворівших на епідемічний паротит до 47,5% дітей виявилися серопозитивними до даного вірусу, тобто з великою ймовірністю можна вважати, що вони перенесли в минулому незареєстровану паротитну інфекцію» (там само, с. 345). Не будемо зараз обговорювати причину більш ніж дворазової різниці в даних з сусідніх сторінок, просто відзначимо факт такого необтяжливого набуття імунітету. Ще одна цитата: «У вогнищах паротитної інфекції 38,9% випадків цього захворювання серед контактних осіб протікають в інпаарантній формі й не реєструються... Серед дітей, які підлягають вакцинації проти епідемічного паротиту, 23,4% не мають потреби в щепленні, тому що перехворіли на цю інфекцію в інпаарантній формі» (Михеева И. В. и др. Проблемы эпидемиологического надзора за эпидемическим паротитом *Эпидемиология и инфекционные болезни* 1996, 3, с.21-24).

значити особливості природно набутого імунітету до паротиту, які ще раз доводять, що справжня несприйнятливність до хвороби аж ніяк не є синонімом наявності специфічних антитіл. Автор монографії з епідемічного паротиту повідомляє: «З одного боку, відомо, що інфікування вірусом паротиту в 25-30% випадків не призводить до розвитку клінічної картини хвороби. Це не можна пояснити наявністю специфічного імунітету в результаті інфікування вірусом паротиту в минулому, тому що так само часто інапарантна інфекція відзначалася й під час спалахів паротиту в ізольованих групах людей (наприклад, на островах), де тривалий час не було випадків цього захворювання. Це свідчить про наявність неспецифічного захисту серед деяких людей, обумовленого, імовірно, клітинною резистентністю та неспецифічними інгібіторами вірусів у сироватці крові здорових людей, не інфікованих раніше вірусом паротиту... у період реконвалесценції після перенесеного захворювання протипаротитні антитіла з'являються лише в 72-83,5% з тих, хто перехворів. Це свідчить про слабкішу імунну відповідь у порівнянні з кором. З цієї тезою узгоджуються дані J. Seida й співавт. (1980), які при тривалому спостереженні за дітьми, що перенесли епідемічний паротит, встановили, що через 34 міс. у 4 з 16 дітей не вдалося виявити антитіл (вони були в періоді реконвалесценції), а в інших титри антитіл значно знизилися. Однак при природній інфекції після перенесеного епідемічного паротиту спостерігається такий самий тривалий імунітет, як і після природного захворювання на кір. Це свідчить про те, що в імунітеті при епідемічному паротиті відіграють роль не тільки гуморальні фактори, але й велике значення має клітинний імунітет. Звичайно, повноцінний захист забезпечується цілісністю та взаємодією всіх факторів імунітету»². Все вірно. Але чомусь про цю цілісність вперто забувають щоразу, коли починають розмову про щеплення!

Для того, щоб перенести паротит без ускладнень, необхідно не так вже багато: 1) дитина повинна бути здоровою; 2) збудник постійно повинен циркулювати в дитячих колективах. Щеплення ж, навіть якщо не згадувати про їхні відстрочені наслідки, яких ніхто не вивчав, підривають здоров'я дітей безперервними «післявакцинальними періодами» та зниженням кількості циркулюючих збудників. У розділі про вітряну віспу ця тема обговорювалася на прикладі оперізуючого герпеса.

У науковій літературі є дані про те, що епідемічний паротит може бути корисним для тих, хто перехворів на нього, не тільки в контексті

² Казанцев А. П. Эпидемический паротит М., 1988, с. 26-27. Пример изолированной группы населения приводится в этой книге на с. 9-10: «...Під час спалаху епідемічного паротиту на острові Св. Георгія (США) у 1965 р. з 212 жителів було інфіковано 156 чоловік, з них у 119 хвороба проявлялася клінічною симптоматикою, а в 37 протікала субклінічно (безсимптомно). До цього спалаху епідемічного паротиту на острові не було з 1907 р.»

майбутнього захисту від самої хвороби. В одному дослідженні було показано, що у жінок, які перенесли паротит у дитинстві, рідше розвивається рак яєчників³. Інше дослідження підтвердило, що жінки, які перехворіли на паротит у клінічно вираженій формі та мають високий титр антитіл, менш піддані захворюванню на рак яєчників, ніж ті, які перенесли паротит у субклінічній (стертій) формі та мають низький титр антитіл⁴.

Як і у випадку багатьох інших інфекційних захворювань, ніякого особливого лікування паротит не потребує. Дитина повинна залишатися кілька днів у ліжку, одержувати велику кількість рідини й вітаміни А і С. Їжа повинна бути м'якою і даватися тільки тоді, коли дитина сама попросить їсти (звичайно при паротиті апетит втрачається), жири варто повністю виключити. Льодяники можуть зменшити неприємні відчуття, пов'язані зі збільшеними й хворобливими залозами.

Діагноз встановлюється за клініко-анамнестичними даними. Існує методика дослідження слини для визначення антитіл до вірусу, але на практиці вона застосовується здебільшого в наукових цілях.

Для профілактики паротиту Леон Хайтов у своїй книзі пропонує після контакту з хворим приймати дозу гомеопатичного нозода *Parotidinum* 30, три рази на тиждень вранці протягом двох тижнів й, додатково, три рази на тиждень дозу *Belladonna* 30 ввечері, також протягом двох тижнів⁵. Д-р Дороті Шеперд рекомендує *Parotidinum* 30 або 200 також й як відмінний засіб для лікування тих хворобливих станів, які розвилися після захворювання на паротит, включаючи й звичайну астенію після хвороби. Що ж стосується лікування, то вона повідомляє про свій багаторічний і дуже вдалий досвід застосування *Pilocarpinum muriaticum* 6С, якій рекомендував згадуваний мною в попередньому розділі д-р Дж. К. Бьорнетт, який розглядав цей препарат майже як специфічний засіб для лікування паротиту. За її словами, цей засіб варто давати завжди при звичайному перебігу хвороби, і він жодного разу не підводив її, за винятком одного випадку, коли симптоми цілком чітко вказали на інший препарат (погіршення стану вночі, прострація, сильне потіння та сморід з рота потребували *Mercurius solubilis*)⁶. Крім цього, вона радить використовувати *Pilocarpinum* і для профілактики паротиту – один прийом на день впродовж 10-12 днів після контакту з хворим. Індійський гомеопат д-р Агравал пропонує

³ West R. O. Epidemiological studies of malignancies of ovaries *Cancer* July 1966:1001-1007.

⁴ Menczer J. Possible role of mumps virus in the etiology of ovarian cancer *Cancer* Apr 1979; 43:1375-9.

⁵ Chaitow L. Vaccination and Immunization: dangers, delusions and alternatives (What every parent should know). UK. Rev. ed., 1995, p. 159.

⁶ Shepherd D. Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, pp. 58-62.

трохи видозмінену схему: для профілактики давати *Pilocarpinum* тричі на день протягом тижня, а для лікування – до трьох разів на годину, якщо є дуже сильно виражений набряк залоз⁷.

Крім зазначених вище ліків, варто згадати *Belladonna* та *Bryonia* при переважному враженні правої привушної залози (для *Bryonia* характерні ще запор та полегшення від тиску на хворе місце), та *Rhus toxicodendron* при переважному враженні лівої. Біль, що віддає у вуха, може потребувати призначення *Phytolacca decandra*. І, зрозуміло, не слід забувати про диференціальний діагноз між *Aconitum* і *Belladonna* на ранніх стадіях хвороби, і *Pulsatilla* на пізніших⁸.

Ускладнення від паротиту досить рідкі. Відповідно до американського Центру контролю захворювань (1992), менінгіт або менінгоенцефаліт, що вважаються найважчими з ускладнень епідемічного паротиту, зустрічаються у співвідношенні два-чотири випадки на 1000 хворих; при цьому варто також зважати на те, що повідомляється не більш ніж про 70% випадків захворювання на паротит, так що справжнє співвідношення повинне бути ще нижче. У деяких довідниках зазначається, що ледве не в 10% хворих розвивається асептичний менінгіт. Однак ця цифра безмірно завищена, оскільки англійські дослідники, порівнявши кількість асептичних менінгітів після щеплення штамом «Urabe», відомого тим, що він викликає асептичний менінгіт в одному випадку на 4 тис. щеплень (див. нижче), повідомили, що ймовірність розвитку асептичного менінгіту після природного паротиту перевищує ймовірність захворювання ним після щеплення лише у чотири рази⁹ (чому такі підрахунки є некоректними й мають на меті введення в оману стосовно реального співвідношення користі та ризику від щеплень, я пояснював у розділі про кір). Крім того, за асептичний менінгіт при епідемічному паротиті й кору нерідко приймають звичайну тривалу сонливість і загальмованість дитини. Що ж стосується найнесприятливішого розвитку подій, то один російський авторський колектив цілком категорично заявляє: «Летальних наслідків при паротиті не

⁷ Agrawal Y. R. Prophylactics in Homoeopathy. 3rd ed., Delhi, 2000, p. 44.

⁸ «Якщо жінка, яка хворіє на паротит, піддається сильному переохолодженню, у неї виникає набрякання і запалення молочних залоз. Якщо дівчина простуджується, то набрякання привушних залоз у неї швидко проходить, і виникає набрякання відповідної молочної залози, іноді обох; або виникає в одній, а потім переходить на іншу. У чоловіків це відбувається з яєчками. *Pulsatilla* є одним з найбільш важливих засобів при подібному метастазуванні хвороби; для цього засобу характерні блукаючі скарги. *Pulsatilla* найбільш часто застосовується при сильному набряканні яєчок у хлопчиків внаслідок паротиту. Іншим засобом є *Carbo vegetabilis*, але тоді це повинен бути пацієнт *Carbo vegetabilis*» (Кент Дж. Т. Лекции по гомеопатической Materia Medica. т. II, М., 1999, с. 1101).

⁹ Miller E. et al. Risk of aseptic meningitis after measles, mumps, and rubella vaccine in UK children *Lancet* 1993 Apr; 341:979-82.

zareestrovano»¹⁰. Це ж підтверджується стосовно Канади¹¹. Щоправда, американський Центр контролю захворювань (1989) повідомляє про можливість смерті від ускладнень паротиту, вказуючи, що не менше половини таких смертей припадає на людей у віці старше 20 років. Російські автори, повідомляючи про те, що паротит колись вважався «хворобою рекрутів» через те, що часто вражав солдатів, згадують про те, що «летальність при паротиті не перевищувала 0,08%»¹². Не заглиблюючись у деталі такої розбіжності в поглядах, можна бути лише впевненим у тому, що в будь-якому випадку всі види ускладнень набагато частіше трапляються в підлітків та у дорослих, які складають поки що значно меншу групу хворих на паротит.

Як і при інших дитячих інфекціях, «керованих» щепленнями, при епідемічному паротиті ми бачимо картину традиційної дитячої хвороби, захворюваність на яку у наш час все більше зміщується до підліткового та дорослого віку, коли хвороба стає значно небезпечнішою. Якщо наприкінці 1960-х рр. у США хворих на паротит віком від 15 років і старше було всього лише 8,3%, то в 1987 р. їх стало вже 38,5%; у 1993 р. їх було 34%¹³. Діти, щеплені в дитинстві, поступово втрачають імунітет і стають схильними до хвороби, проти якої в дощепленеву еру майже всі отримували довічний імунітет після перенесеного у тій або іншій формі захворювання. У другій половині 1987 р. в Чикаго вперше в історії було зареєстровано спалах паротиту на робочому місці (на біржі), звідки хвороба була потім рознесена по домівках. Загалом тоді занедужало 119 чоловік, у 21 розвилися ускладнення, а для 9 осіб навіть була потрібна госпіталізація¹⁴. Стосовно паротиту такі випадки повинні викликати особливе занепокоєння, тому що на відміну від кору й краснухи вірус паротиту в дощепленеву еру масово вражав лише дітей; у підлітків та дорослих справа обмежувалася поодинокими випадками¹⁵. За виключенням, як вказувалося вище, військових частин.

За наявними на цей час даними, ця хвороба може бути небезпечна не тільки для чоловіків, але й для вагітних жінок, тому що внутрішньотрубна інфекція може викликати ендокардіальний фіброеластоз та

¹⁰ Самарина Н. В., Сорокина О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб, М., 2000, с. 202.

¹¹ Falk et al. The epidemiology of mumps in Southern Alberta *Am J Epid* 1989; 130(4):736-739.

¹² Покровский В. И. Эволюция... с. 320.

¹³ Neustaedter R. The Vaccine Guide. Making an Informed Choice Berkeley, California, 1996, p. 152.

¹⁴ Kaplan K. M. et al. Mumps in the workplace. Further evidence of the changing epidemiology of a childhood vaccine-preventable disease *JAMA* 1988 Sep; 260:1434-8.

¹⁵ Edmunds W. J. et al. The pre-vaccination epidemiology of measles, mumps and rubella in Europe: implications for modelling studies *Epidemiol Infect* 2000 Dec; 125:635-50.

інші вади розвитку плоду. Деякі фахівці не погоджуються з такими міркуваннями, але не викликає сумнівів, що інфікування в першому триместрі підвищує ймовірність внутрішньоутробної смерті плоду.

Пропагандисти щеплень звичайно лякають безплідністю, яка настає у хлопчиків після запалення яєчка (орхіту). Однак порушення сперматогенезу через запалення яєчка зустрічається винятково рідко, при цьому, як правило, у підлітків та дорослих (у них орхіт стає ускладненням у 20-30% всіх випадків), а не у дітей. Крім того, це ускладнення звичайно зачіпає *лише одне* яєчко, у той час як функції другого залишаються незмінними й воно здатне, за словами педіатра проф. Роберта Мендельсона, заново заселити увесь світ. Вірус епідемічного паротиту може вражати також яєчники, але дотепер невизначено, чи впливає це на репродуктивну функцію.

Варто сказати декілька слів про таке можливе ускладнення паротиту, як цукровий діабет (у деяких дослідженнях зв'язок між цими двома хворобами заперечується¹⁶). Комітет експертів з безпечності вакцин при Інституті здоров'я у своєму звіті заявив, що «існують свідчення, які підтверджують, що паротитна інфекція може давати поштовх розвитку діабету 1-го типу в деяких людей. Біологічно достовірні дані, що пов'язують вірус епідемічного паротиту з діабетом 1-го типу, включають: 1) Зв'язок між вірусною інфекцією, включаючи епідемічний паротит, і діабетом 1-го типу в людей. 2) Наявність циркулюючих антитіл проти антигенів підшлункової залози, особливо бета-клітин, під час видужання від паротитної інфекції; ці антитіла виявляються також на самих ранніх стадіях діабету 1-го типу. 3) Дослідження *in vitro* демонструють, що дикий тип вірусу епідемічного паротиту може інфікувати людські панкреатичні бета-клітини»¹⁷. З огляду на те, що сама вакцина проти паротиту містить живі віруси, до того ж у літературі описано чимало випадків виникнення діабету після цього щеплення, незрозуміло, чи є сенс міняти шило на мило. Інакше кажучи, чи не перевищує ймовірність «вакцинального» захворювання на діабет можливості «природного», якщо вважати, що такий зв'язок існує. На слуханнях у конгресі США у квітні 1997 р. д-р Харріс Л. Култер, автор відомої книги «DPT: постріл у темряві», заявив: «У літературі є багато повідомлень про діабет 1-го типу, який з'являється після вакцинацій проти паротиту. У 1997 р. Сінайотіс і співробітники повідомили про розвиток діабету 1-го типу після вакцинації проти паротиту в хлопчика 6,5 років. У 1991 р. Павловський і Гріс навели відомості про 11-річного хлопчика,

¹⁶ Schulz B. et al. Islet cell surface antibodies (ICSA) in subjects with a previous mumps infection – a prospective study over a 4 year period *Exp Clin Endocrinol* 1987, Aug 90:62-70.

¹⁷ Stratton K. R. et al. Adverse Events Associated with Childhood Vaccines: Evidence Bearing on Causality. IOM, 1993, pp. 158-159.

який хворів на паротит у віці 16 місяців і отримав вакцину проти паротиту за п'ять місяців до того, як у нього розвинувся діабет 1-го типу. Впродовж тижня після щеплення в нього була лихоманка, він страждав від сильного болю в животі. У 1984 р. Оттен і співробітники повідомили про три випадки діабету 1-го типу, що почався через десять днів після щеплення – в одному випадку, і трьома тижнями пізніше – у двох інших випадках, у дітей 3, 2 та 16 років¹⁸. У 1986 р. Хельмке й співробітники повідомили про сімох дітей, у яких розвинувся діабет 1-го типу в період часу з другого по четвертий тиждень після щеплення проти паротиту або віспи й паротиту¹⁹. У 1979 р. Квест і співробітники відзначили, що протягом двох років після того, як щеплення проти паротиту або проти паротиту й краснухи були введені в Німеччині, виробнику вакцин було повідомлено про два випадки діабету 1-го типу після імунізації вакцинами проти паротиту й краснухи».

Я можу ще додати, що можливість інфікування панкреатичних клітин вірусом епідемічного паротиту та пригнічення вироблення інсуліну (аж до повного припинення) була показана фінськими дослідниками також *in vitro*²⁰.

Вакцина

Для профілактики епідемічного паротиту в Росії використовується як окрема вітчизняна вакцина, заснована на живому (послабленому) вірусі, так і жива вакцина, що входить до складу ліцензованих у Росії трикомпонентних вакцин MMR («Мерк») і «Пріорікс» («Авентіс Пастер»). Перше щеплення робиться у віці 12-15 міс., друге в 6 років дітям, які не хворіли на епідемічний паротит. Аналогічний графік запроваджено у багатьох країнах – перше щеплення на початку другого року життя, друге – перед школою (звичайно в період від чотирьох до шести років), щораз у складі вакцини MMR. Крім цього, щеплення пропонується для дорослих, які не перехворіли паротитом та особливо ризикують заразитися цією хворобою через свою професійну діяльність. Жінки, які отримали це щеплення, повинні утримуватися від

¹⁸ У цій статті *Otten A. et al.* Mumps, mumps vaccination, islet cell antibodies and the first manifestation of diabetes mellitus type I *Behring Inst Mitt* 1984 Jul; 83-88, було дослібно заявлене наступне: «Щеплення проти епідемічного паротиту може не захищати від діабету, а навпаки, провокувати його».

¹⁹ *Helmke K. et al.* Islet cell antibodies and the development of diabetes mellitus in relation to mumps infection and mumps vaccination *Diabetologia* 1986 Jan; 29:30-3. Переклад доклада д-ра Култера під назвою «Детские прививки и ювенильный диабет (диабет 1-го типа)» є в Рунеті.

²⁰ *Vuorinen T. et al.* Mumps and Coxsackie B3 virus infection of human fetal pancreatic islet-like cell clusters *Pancreas* 1992; 7:460-4.

вагітності принаймні впродовж трьох наступних місяців.

Варто уваги, що в 1986 р. Британська медична асоціація й Фармацевтична рада Великобританії заявили: «Оскільки епідемічний паротит і його ускладнення рідко набувають серйозного характеру, є дуже мало показань для масових щеплень від епідемічного паротиту», а наступного року повторили: «У нинішній час масова вакцинація від епідемічного паротиту у Великобританії не рекомендована». Це поки не було вакцини. Все це було миттєво забуте, коли в 1988 р. на ринку Великобританії з'явилася нова вакцина MMR, і щеплення від цієї хвороби за одну ніч стало *дуже рекомендованим* (highly recommended) обома організаціями! По відношенню до цього я хотів би навести схожий приклад. У своїй новій книзі, про яку я вже кілька разів згадував у попередніх розділах, Хіларі Батлер розповідає про кампанії з «розкручування» вакцини проти менінгіту «Меномьон А» в Окленді у 1987 р. За три тижні до того, як вакцина з'явилася на ринку, місцеві ЗМІ раптом дружно заголосили про менінгіт, змальовуючи смерті, враження мозку, гангренозні кінцівки та інші жахи, які неминуче очікують на всіх 250 000 дітей міста віком від 3 місяців до 12 років; при цьому наполегливо повторювалося, що за два останніх роки менінгітом занедужали 141 чоловік, 12 з яких померли. Тобто протягом цих двох років ніхто й думки не мав про менінгіт і його наслідки, про хворих і тих, що померли, діти спокійно ходили до дитсадків та шкіл. Але варто було на обрії замерехтити новій вакцині, як населення почали залякувати менінгітом. Спонсором цієї кампанії зі щеплень була фірма «Хомстедські курчата» (Homestead chicken), яка влаштувала лотереї. Грошові призи склали 25 000 доларів; крім того, для щеплених дітей розігрувалося 2 000 пакетів курчат, 50 ляльок Барбі й 50 героїв мультсеріала «Володарі Всесвіту», сотні наборів кубиків та інші дрібні подарунки, а їхні батьки могли виграти мікрохвильову піч, 2 відеомагнітофони та 3 стереоприймача. Рекламу вкидали до поштових скриньок, в усіх школах розвішували барвисті оголошення, і діти, бажаючи отримати приз та не бажаючи вмирати від страшної хвороби (шкільні медсестри проводили бесіди, дохідливо пояснюючи, що без щеплення можна почорніти й померти у страшних муках), тиснули на батьків, вимагаючи, щоб їм зробили щеплення. Зрозуміло, ніхто не пояснював ані дітям, ані батькам, що з 5 000 носіїв менінгеальної інфекції занедужує тільки 1, і лише в одного з тисячі хворих розвиваються серйозні симптоми. Ніхто не казав їм і про те, що найчастіше ця хвороба зустрічається, залишаючи ускладнення, в умовах зубожіння, перенаселення, недоїдання та хронічних хвороб. Коли Батлер отримала статистику з Міністерства охорони здоров'я, то виявилось, що захворюваність на менін-

гіт маорі й полінезійців вище захворюваності європейців, на яких і була спрямована вакцинальна кампанія, в 10 і 14 разів відповідно. Щеплення вакциною «Меномьон А» викликали величезну кількість ускладнень, серед яких найчастіше фігурували нудота, блювота, запаморочення, розколюючий головний біль, непритомність, оніміння ніг. Незважаючи на всі спроби Міністерства охорони здоров'я уникнути відповідальності, переклавши її на «науково-доказові дослідження, що підтвердили безпечність вакцини», відомості просочилися до преси, спровокувавши гучний скандал. Довелося все-таки збирати кишеньковий комітет з побічних ефектів, якому було надано до розгляду 526 випадків ускладнень (що, імовірно, було лише дуже незначною частиною їхньої справжньої кількості), який і оголосив, що наявні дані недостатні для того, щоб однозначно пов'язати щеплення з подальшим погіршенням стану дітей (через декілька годин). Можливо, воно було обумовлене якимись загадковими «психологічними факторами»... «Які нашарувалися» або «збіглися», мабуть²¹.

Повернемося до паротиту. Стосовно російської моновакцини повідомляється, що це жива вакцина на основі атенуйованого штаму вірусу паротиту, вирощеного на культурі клітин ембріонів японських перепелів. В одній дозі для щеплення, крім вірусів паротиту, містяться також слідова кількість білка сироватки великої рогатої худоби, яєчного білка японських перепелів, до 25 ОД мономіцина або канаміцина моносульфата. Стабілізатори – сорбіт та желатоза або ЛС-18 та желатоза²². Післявакцинальний імунітет виробляється приблизно в 60% щеплених і зберігається не менше 8 років²³. Таким чином, визнана дуже невисока ефективність російської живої моновакцини, і це, разом з можливими побічними ефектами, у багато разів збільшує сумніви щодо необхідності такого щеплення.

Безпечність

Дуже добре сформулював своє ставлення до питання про щеплення проти епідемічного паротиту часто згадуваний мною американський педіатр проф. Роберт Мендельсон: «Ви не знайдете педіатрів, що надають таку інформацію, але побічні ефекти щеплення від паротиту можуть виявитися дуже важкими. У деяких дітей щеплення викликає такі алергічні реакції як висип, сверблячку та синці. Можуть бути симптоми залучення центральної нервової системи – фебрильні

²¹ Див. *Peter & Hilary Butler Just a Little Prick*. Auckland, 2006, pp. 134-145.

²² *Учайкин В. Ф., Шамшева О. В.* Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 142.

²³ *Медуницын Н. В.* Вакцинология. М., 1999, с. 158.

судоми, одностороння сенсорна глухота та енцефаліт. Справді, цей ризик мінімальний, але чому ваша дитина повинна взагалі наражатися на нього – невже заради того, щоб запобігти нешкідливій дитячій хворобі, ризикуючи занедужати на неї з більш серйозними наслідками в дорослому віці?»²⁴. Це переміщення захворюваності епідемічним паротитом до більш небезпечного віку підтверджують і російські автори: «Відбулося істотне «дорослішання» інфекції. У роки мінімальної захворюваності в умовах вакцинопрофілактики було особливо помітно зростання питомої ваги серед хворих осіб старше 15 років»²⁵.

Підозри щодо безпечності паротитної вакцини підсилюють наявні в літературі повідомлення про те, що після старанного щеплення від паротиту, хвороба незабаром з'являється там, де раніше її вже довго не було або вона зустрічалася винятково рідко. Так, перший випадок за останні три роки, протягом яких захворювання на паротит не реєструвалося жодного разу, відбувся у другій половині 1950-х рр. в одному з дитячих будинків, де саме випробовувалася (читачів, мабуть, це вже давно не дивує) паротитна вакцина компанії «Амерікен Сайенамід». Одним випадком справа не обмежилася – заразилися й інші діти, причому хворих щеплених виявилось трохи більше, ніж нещеплених (31,8% й 30,2%)²⁶. З січня по червень 1991 р. в одній зі шкіл округу Морі (Теннесі, США) на паротит занедужало 68 учнів, причому 67 з них були повністю щеплені, а в цілому школу відвідувало 98% щеплених від цієї хвороби дітей. Щеплення стало обов'язковим для учнів школи в 1988 р. До того протягом 1971-1979 рр. у школі було зареєстровано лише 85 випадків, а в 1980-х рр. жодного випадку не було зареєстровано взагалі²⁷.

Відомо і про таке можливе ускладнення від щеплення, як орхіт – той самий орхіт, загроза якого повинна змусити батьків погодитися на щеплення від паротиту хлопчикам²⁸. Панкреатит, відомий як ускладнення епідемічного паротиту (панкреатит іноді зустрічається також при вітряній віспі та інфекційному мононуклеозі), зареєстрований також і після щеплення²⁹.

²⁴ Mendelson R. How to raise a healthy child... in spite of your doctor. NY, 1984, pp. 235-236.

²⁵ Покровский В. И. Эволюция... с. 343-344.

²⁶ Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, pp. 98-99.

²⁷ Diodati C. J. M. Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, pp. 113-114.

²⁸ Suzuki M. et al. A case of orchitis following vaccination with freeze-dried live attenuated mumps vaccine *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi* 2002 May; 93:577-9. У тій же статті автори відмічають, що в Японії було зареєстровано 9 випадків орхіту після щеплення проти паротиту.

²⁹ Adler J. B. et al. Pancreatitis caused by measles, mumps, and rubella vaccine *Pancreas* 1991 Jul; 6:489-90.

Варто згадати історію штаму «Urabe» паротитного вірусу, на основі якого були створені, зокрема, вакцини Pluserix й Rimprix. Після появи серії повідомлень про те, що він викликав у щеплених асептичний менінгіт (за короткий строк його використання в Франції було повідомлено про 54 випадки³⁰, а в Японії про 311³¹), у 1992 р. всі вакцини, що містять цей штам, були відкликані з ринку розвинених країн. Істотної різниці між дітьми з розвинених країн та країн, що розвиваються, втім, не виявилось, тому що з Бразилії, де цим штамом почали щепити у 1997 р., одразу повідомили про 87 потерпілих, або про частоту одного випадку асептичного менінгіту на 14 тис. щеплень. Показово, що бразильська медична влада була дуже стурбована... ні, зовсім не через те, що діти потрапили до лікарні! Їх схвилювала перспектива того, що «середньостатистичний громадянин починає поводитися як споживач послуг служби здоров'я, обговорюючи політику органів охорони здоров'я, вимагаючи більше інформації, ставлячи під сумнів і навіть відкидаючи урядові заходи»³². Щоб придушити в зародку таке вільнодумство, вакцинний штам, що провокує населення на неправильні міркування про блага вакцинації, терміново замінили. Проте, новий штам «Ленінград-Загреб» спричинив ще більшу кількість захворювань на асептичний менінгіт, викликаючи його в одному випадку на кожні 3390 щеплень згідно з одним бразильським дослідженням³³, або від 1:6199 до 1:19,47 (!) згідно з іншим³⁴. Югославські автори також повідомили про досить вражаюче співвідношення для ще одного штаму вірусу епідемічного паротиту, «Ленінград-3»: 1 на 1000 щеплень³⁵. Показово, що всі ці інциденти відбулися вже після того, як у 1976 р. жива паротитна вакцина (також і та, що містила злочасний російський штам «Ленінград-3») була знята з виробництва в СРСР через зареєстровані випадки серозних менінгітів. Певна річ, що «ретельне дослідження нейровірулентності вакцинних штамів», яке було проведене після цього, підтвердило їхню надійність та безпечність, у зв'язку з чим виробництво паротитної вакцини в 1980 р. було

³⁰ Autret E. et al. Aseptic meningitis after mumps vaccination *Therapie* 1996 Nov-Dec; 51:681-3.

³¹ Sigiura A. et al. Aseptic meningitis as a complication of mumps vaccination *Pediatr Infect Dis J* 1991 Mar; 10:209-13.

³² Dourado I. et al. Outbreak of aseptic meningitis associated with mass vaccination with a urabe-containing measles-mumps-rubella vaccine: implications for immunization programs *Am J Epidemiol* 2000 Mar; 151:524-30.

³³ da Silveira C. M. The risk of aseptic meningitis associated with the Leningrad-Zagreb mumps vaccine strain following mass vaccination with measles-mumps-rubella vaccine, Rio Grande do Sul, Brazil, 1997 *Int J Epidemiol* 2002 Oct; 31:978-82.

³⁴ da Cunha S. S. Outbreak of aseptic meningitis and mumps after mass vaccination with MMR vaccine using the Leningrad-Zagreb mumps strain *Vaccine* 2002 Jan; 20:1106-12.

³⁵ Cizman M. et al. Aseptic meningitis after vaccination against measles and mumps *Pediatr Infect Dis J* 1989 May; 8:302-8.

відновлено³⁶. Що сказали «ретельним дослідникам» югослави та інші, хто серйозно сприйняв ці дослідження і купив радянську вакцину, залишається тільки здогадуватися.

Ефективність

Хоча й повідомляється про значне зниження захворюваності на паротит, досить регулярно публікуються повідомлення про спалахи цієї хвороби, що відбуваються в майже стопроцентно щеплених колективах. В одній з американських шкіл у листопаді 1990 р. занедужали 54 учня, 53 з яких були повністю щеплені³⁷. Раптовий різкий спалах захворюваності пережив Сінгапур, де до того довго й ретельно дітей щепили проти паротиту. Після декількох років ейфорії й за наявності 85-92% щеплених до дворічного віку дітей, у 1997 р. було зареєстровано 674 захворювання, в 1998 р. – 1183 випадки, а за перші сім місяців 1999 р. – 2586 випадків, до того ж у групі відібраних для дослідження дітей, які занедужали в 1999 р., майже половина отримала друге щеплення MMR в останні чотири місяці 1998 р. Автор статті, в якій наводиться ця статистика, робить висновок про ймовірну неефективність паротитної вакцини, що входить до складу MMR³⁸. Таким чином, і додавання другого (бустерного) щеплення не вирішує проблему. Це було підтверджено під час великого спалаху епідемічного паротиту в англійському місті Уолсоллі в 2000 р., коли було зареєстровано 200 хворих, 90% з яких були молодше 20 років. З них 99 осіб одержали одне, а 37 – два щеплення MMR³⁹. У першій половині 2006 р. відбувся великий спалах паротиту в американському штаті Айова, жертвами якого стали біля двох тисяч осіб, причому в першу чергу хвороба вразила студентів університету штату, практично всі з яких раніше одержали по два щеплення MMR⁴⁰. Іспанські дослідники, що вивчали спалах епідемічного паротиту в одному з сільських районів Андалузії з березня по листопад 1997 р., оцінили ефективність першої дози паротитної вакцини в складі MMR у 46%, другої – в 87%⁴¹. Тоді занедужало 283 дитини,

³⁶ Покровский В. И. Эволюция... с. 331.

³⁷ Cheek E. J. et al. Mumps Outbreak in a Highly Vaccinated School Population. Evidence for Large-scale Vaccination Failure *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149:774-778.

³⁸ Goh K. T. Resurgence of mumps in Singapore caused by the Rubini mumps virus vaccine strain *Lancet* Oct. 1999; (354):9187.

³⁹ Pugh R. N. et al. An outbreak of mumps in the metropolitan area of Walsall, UK *Int J Infect Dis* 2002 Dec; 6:283-7.

⁴⁰ Див. Yazbak E. Mumps: Here and There and Everywhere http://www.redflagsdaily.com/yazbak/2006_may29 Переклад статті д-ра Е. Язбака під назвою «Свинка: вездє и повсюду» є в Рунеті.

⁴¹ López Hernández B. et al. An epidemic outbreak of mumps. A study of vaccinal efficacy *Aten Primaria* 2000 Feb; 25:148-52.

79% з яких були щеплені. Дуже низько оцінили ефективність різних штамів паротитної вакцини і швейцарці на підставі двох спалахів, що сталися в них у країні в 1991 й 1992-93 рр. – від 22 до 50%⁴². Російські автори, які півтора десятка сторінок вихваляли безпечність та високу ефективність вакцини, раптово повідомляють: «З 1992 р. у країні почалося зростання захворюваності на паротит... При цьому великі спалахи інфекції відзначалися в організованих колективах, найбільш повно охоплених імунізацією. Серед осіб, раніше щеплених проти паротиту, реєструвалися важкі форми цієї інфекції...»⁴³. Або: «Дослідження імуноструктури до вірусу паротиту різних груп вакцинованих дітей дозволили встановити, що до 50% з них залишилися сприйнятливими до даного збудника»⁴⁴. Інший російський авторський колектив також з сумом визнає: «Головною причиною епідемічного неблагополуччя є слабка ефективність використовуваної в цей час живої паротитної вакцини (ЖПВ) і низька імуногенність окремих серій препарату... Вивчення епідеміологічних особливостей спалахів ЕП (епідемічного паротиту. – О. К.) у трьох школах Санкт-Петербурга в 1992-1993 рр. показало, що вогнища інфекції виникали в колективах з високим охопленням щепленнями проти ЕП... Більшість хворих (68,3%) мали задокументоване підтвердження про наявність щеплення проти ЕП, 26,6% дітей не були щеплені»⁴⁵.

Останні дослідження пропонують й інше пояснення феномена хвороби у щеплених. Виявляється, є кілька різновидів вірусу епідемічного паротиту. Щеплення може захистити від одного, але при цьому воно зовсім безсиле проти іншого⁴⁶. У Великій Британії, що почала масові щеплення проти епідемічного паротиту в 1988 р., у 1998 р. були виявлені два нових генотипи вірусу – тих, проти яких щеплення не діє⁴⁷. Якщо це так, то можна припустити, що винахідлива природа незабаром заповнить вакуум, що утвориться через щеплення, новими штамми вірусу, як вона робить це зараз із кашлюком. І невідомо, чи не будуть ці нові штами вірусу небезпечніше ніж ті, від інфікування якими повинна вберегти вакцина.

⁴² Paccaud M. F. et al. A look back at 2 mumps outbreaks *Soz Präventivmed* 1995; 40:72-9.

⁴³ Покровский В. И. Эволюция... с. 343.

⁴⁴ Там само, с. 344.

⁴⁵ Тайц Б. М., Рахманова А. Г. Вакцинопрофилактика. Краткий справочник. 3-е изд., СПб, 2001, с. 169-170. Ще: «Серед щеплених проти епідемічного паротиту спостерігаються випадки цієї інфекції, при цьому захворюваність вакцинованих окремими серіями паротитної вакцини досягає $34,9 \pm 4,25\%$ » (Михеева И. В. Проблемы...).

⁴⁶ Nöjd J. et al. Mumps virus-neutralizing antibodies do not protect against reinfection with a heterologous mumps virus genotype *Vaccine* 2001 Feb; 19:1727-31.

⁴⁷ Li Jin et al. Genetic Heterogeneity of Mumps Virus in the United Kingdom: Identification of Two New Genotypes *J Inf Dis* 1999; 180:829-833.

Звертаючи увагу на безперервне надходження даних про неефективність та небезпечність щеплення проти епідемічного паротиту, швейцарський дослідник у 1995 р. підсумував існуючі заперечення: «Масові щеплення проти паротиту були включені до швейцарської програми по викорінюванню паротиту, кору й краснухи, незважаючи на відсутність у цьому жодної необхідності для суспільної охорони здоров'я. Семирічний досвід спростовує теоретичні міркування: непотрібне щеплення виявилось малоефективним і, до того ж, пов'язаним з непередбачувано високим ризиком ускладнень, що становить небезпеку дискредитування в очах громадськості й інших щеплень (sic! – О. К.). Проект залишається необґрунтованим з погляду епідеміології, а тому й небезпечним. Нав'язування цього щеплення населенню викликає питання про сумісність такого підходу з основними громадянськими правами. Не досліджено поки що й причини, чому 20% населення Швейцарії відмовляється від цього щеплення... Оскільки дозрівання імунної системи побудовано на принципі навчання, виникає питання, чи не є дитячі хвороби необхідними для нормального розвитку імунітету... І, нарешті, виникає занепокоєння з приводу довгострокових наслідків нинішніх маніпуляцій із природною рівновагою між людиною й мікроорганізмами»⁴⁸.

А хіба сказане про паротит не стосується й всіх інших інфекційних хвороб, які нині нібито «контролюються» щепленнями?

Висновки:

- Епідемічний паротит – цілком безпечна дитяча хвороба, яка, зазвичай, лише в підлітковому й дорослому віці призводить до серйозних ускладнень, серед яких найчастіше згадується чоловіча безплідність. Проте, навіть у старшому віці захворювання на епідемічний паротит призводить до безпліддя дуже рідко. Перенесене захворювання залишає стійкий, як правило, довічний імунітет.
- На тлі масових щеплень захворюваність на епідемічний паротит зміщується до тієї вікової групи, у якій хвороба дає найбільш великий відсоток ускладнень.
- Низька ефективність і висока реактогенність вакцини доведена багаторічними дослідженнями у різних країнах світу.
- Існують перевірені багаторічною практикою гомеопатичні методи профілактики та лікування цієї хвороби.

⁴⁸ Albonico H. U. Arguments against routine mumps vaccination *Soz Präventivmed* 1995; 40:116-23.



Висновки

...Тому й був спочатку створений один-єдиний Адам [і від нього одного пішов весь рід людський], щоб ти зрозумів, що до того, хто занапащує одну людину, Писання ставиться так, нібито він занапастив увесь світ, а до того, хто рятує одну людину, Писання ставиться так, нібито він урятував увесь світ.. Людина карбує монети однією карбівкою, й всі вони схожі одна на одну, а Цар царів, Пресвятий, благословенний Він, карбує кожну [людину, яка народжується] карбівкою першого Адама і жодна з них не схожа на іншу. Тому кожна людина має говорити: «Світ створено заради мене».

Мпшна (Санхедрин 4,5)

Отже, потрібні нам профілактичні щеплення чи ні? Чи ефективні вони? Небезпечні чи безпечні? Я сподіваюся, що всі, хто прочитав цю книгу, зможуть тепер з більшою впевненістю відповісти для самих себе на ці питання. Можливо, хтось відмовиться від деяких щеплень, а хтось – від усіх. Інші ж читачі, які вважатимуть доказову базу книги недостатньою, зміцняться у своїй вірі у вакцинації. Будь-який вибір заслуговує на повагу, коли він зроблений після уважного вивчення інформації «за» й «проти». Я лише хотів би на закінчення поділитися з читачами тими висновками, до яких прийшов сам.

Я вважаю, що ефективність щеплень занадто перебільшена. Навіть оцінка ефективності щеплення, заснована на підрахунку кількості тих або інших антитіл, помилкова за своєю суттю. Існує безліч прикладів, коли ті, хто мали антитіла в захисному, більш ніж у захисному і навіть у надзахисному титрі, занедужували на відповідні хвороби і навіть від них помирили. Крім того, збільшення титру антитіл після щеплення саме по собі нічого не означає, якщо через короткий проміжок часу він різко знижується, стаючи «незахисним» навіть за мірками вакцинальної науки (у багатьох розділах книги я наводив такі приклади). Однією з вимог до стійкого імунітету є постійна циркуляція мікроорганізмів у людському суспільстві. Чим більше буде щеплень, тим менше бустерів, антигенних «поштовхів» із зовнішнього середовища, буде одержувати людина й, відповідно, тим слабкіше буде її специфічний імунітет до «щеплених» хвороб. Нинішні розрахунки строків імунітету від щеплень виходять з передумови постійного контакту зі збудником, однак можливість такого контакту постійно знижується. Чи може бути більшим глузування над благами вакцинації, ніж нинішнє цілком серйозне обговорення перспективи перетворення вірусу кору... на біологічну зброю? Що ж стосується епідеміологічних досліджень, які нібито показують меншу захворюваність щеплених, то такі дослідження неповноцінні за

своєю побудовою (до порівнюваної контрольної групи нещеплених неминуче потраплять діти, яких не було вакциновано за станом здоров'я, й які мають набагато більшу схильність до всіх інфекційних хвороб) і не можуть бути хоч скільки-небудь серйозним доказом корисності щеплень. Багато таких досліджень є відверто замовленими – їхнє проведення фінансується виробниками вакцин.

Чимало медиків, які не належать до вакцинаторського лобі й не повинні за службовим обов'язком співати дифірамби вакцинації, вказують, що щеплення є протиприродними за самою своєю суттю. Імунна система людини розвивається методом навчання. Природою запрограмовані дитячі хвороби, які стимулюють дозрівання імунної системи. Цими хворобами, крім того, природа колись «вибраковувала» слабких, нежиттєздатних дітей, які повинні були стати тягарем для суспільства. Нинішнє нав'язливе щеплення від дитячих інфекційних хвороб не дає можливості імунній системі здорових у цілому дітей розвиватися, за що дітям доводиться платити нині й у майбутньому серйозними хворобами. Масове поширення алергій та астми, різке збільшення кількості реєструємих аутоімунних захворювань, які ще 50-60 років тому вважалися казуїстикою, а також онкологічних хвороб – все це свідчить про те, що порушені найважливіші біологічні закони. У мене особисто немає сумнівів у тому, що причиною цього, в першу чергу, є щеплення.

Крім того, щеплення спрямовані практично повністю на специфічний імунітет. Їхні токсичні складові викликають тривале придушення функцій найголовнішого виду імунітету – неспецифічного або клітинного, результатом чого стає різке погіршення здоров'я щеплених. Розмови про короткочасність такого погіршення і його нібито нешкідливий і тимчасовий характер ненаукові, безвідповідальні й мають за мету відвести суспільну думку від серйозного обговорення проблем довгострокової імуносупресії і, як наслідку її, стрімко зростаючої захворюваності на тлі великої кількості щеплень.

Необхідно відзначити, що вакцинний бізнес безнадійно скомпрометований злиттям фінансових інтересів виробників та розповсюджувачів вакцин з представниками державного апарату, органами санепіднагляду, асоціацією лікарів. Нав'язування рядовим лікарям планів по «охопленню» щепленнями та матеріальне заохочення за це безглузде «охоплення», а не за здоров'я населення – порушення базових принципів медицини і злочин проти нації. Нескінченні спроби медичних чиновників вихолостити закони, що гарантують населенню право вільного вибору в питанні щеплень, шантаж батьків, відмова в прийомі до дитячих установ, шкіл, інститутів або на роботу за відсутності щеплень – не менший злочин, який вимагає найактивнішого втручання правоохоронних органів.

Що стосується післявакцинальних ускладнень, то їх багато – набагато більше тої кількості, про яку звичайно повідомляється населенню. Можливо – не тільки в десятки, але навіть у сотні разів. Вакцинатори все ще намагаються реєструвати їх як «збіги», «нашарування», «загострення існуючих захворювань», а також фальсифікувати статистику, але приховувати такі факти стає дедалі важче. Я наводив приклад аутизму, масове поширення якого серед щеплених дітей викликало в США настільки впливовий і незалежний батьківський рух, що нині він здатний навіть фінансувати небажані вакцинним ділкам дослідження.

Чи є вихід зі становища, що нині склалося? Певна річ. Він і простий, і складний, одночасно. Якщо ми говоримо про Росію, то, як мені бачиться, головна проблема полягає у відсутності правового суспільства, яке не створюється за вказівкою згори. Це кропіткий процес, що займає довгі роки. Коли усі батьки будуть домагатися належного їм за законом не через хабарі та фальсифікацію медичних документів, а через звернення до прокуратури або суду, і кожен чиновник органів охорони здоров'я буде знати, що райські часи, коли він карав або милував на свій власний розсуд, остаточно минули, й настав час виконувати закони, – тоді все встане на свої місця. Коли кожен лікар буде знати, що будь-яка спроба тиску на батьків буде у найкращому випадку закінчуватися викликом до прокуратури й попередженням, то він усвідомить, що йому спокійніше і, головне, *вигідніше* підкорятися закону держави, а не протиправній відомчій інструкції. Зрозуміло, не може існувати ніяких планів «охоплення», коли мова йде про процедуру, свобода вибору або відмови від якої гарантовані законом. Навіть існування таких планів – є вже фактичним порушенням закону.

З цього приводу я повинен сказати ще декілька слів. На жаль, небезкорисливі проповідники щеплень у медичних інститутах продовжують не тільки прощепленеве промивання мозків студентам, дезінформуючи їх щодо реального стану речей, але й усіляко намагаються виховувати їх не як працівників сфери обслуговування, якими медики насправді є, а як носіїв якоїсь вищої істини, як суддів, покликаних вирішувати за батьків, що є кращим для їхніх дітей, а часто й як виконавців власних вироків, що не підлягають оскарженню. Дуже вдало про це сказано в статті співробітника Інституту філософії РАН П. Д. Тищенко. Аналізуючи радянську модель охорони здоров'я, він відзначив: «В межах державної моделі медицини, що існувала, сутність відносин між органами охорони здоров'я та населенням може бути охарактеризована як маніпуляція, тобто як оперування із квазінеживим предметом, який не має свободи вибору. З іншої сторони, це ж відношення може бути охарактеризоване як контроль над недієздатним індивідом з боку навченого

досвідом опікуна. Тому воно звичайно називається патерналістським. Пацієнт за визначенням пасивний. У будь-якому разі, органи охорони здоров'я, захищаючи інтереси пацієнтів, не цікавилися особистою думкою самих пацієнтів щодо змісту цих інтересів. Ідеальний пацієнт, що парадоксальним чином звався «свідомим», повинен був беззаперечно виконувати вказівки медиків. Не випадково, що в «Обещании врача России» так і затверджується в якості високого професійного стандарту: «Направляти режим і лікування хворих до їхньої вигоди згідно з моїми силами та моїм розумінням...». «Їхнє» розуміння своєї власної вигоди апріорно визнається неосвіченим і таким, що не заслуговує на увагу з боку професіоналів-медиків. Право «направляти» розглядається як безумовний атрибут влади органів охорони здоров'я. На цьому праві, як на ідеологічній основі, й будується практика в галузі вакцинації населення»¹. На жаль, не декларовані відповідно до конституцій, які гарантують права громадян, а реальні взаємини лікар-пацієнт на пострадянському просторі, як і раніше, побудовані на цій ідеології занепаду, і патетично висловлювана іншими російськими власниками дипломів про вищу медичну освіту думка про «неприпустимість необґрунтованої відмови від щеплень» – краще тому підтвердження.

Особливу увагу слід приділити регулюванню державної політики в галузі вакцинопрофілактики. Я вважаю зовсім неприпустимим нинішній стан речей, за якого рішення питання про щеплення віддано на відкуп групі зацікавлених осіб, що забули про честь і совість, та стурбовані винятково власною вигодою, перетворивши вакцинацію на джерело збагачення. Необхідно залучити дійсно незалежних експертів та представників громадськості. Жодне нове щеплення і жодна додаткова доза старої вакцини не повинні з'явитися в календарі щеплень без широкого і відкритого обговорення необхідності такого заходу всіма зацікавленими особами. Необхідно, нехай і з запізненням у десятки років, різко засудити практику кулуарних рішень «вакцинаторського політбюро», що мають величезне значення для мільйонів людей і майбутнього націй у цілому, і вперше вголос та відкрито обговорити календар щеплень, прислухаючись до думки не тільки вакцинаторів, але й рядових лікарів, імунологів, фахівців з реабілітації, статистиків, нарешті «просто» батьків. Також вкрай необхідно створити систему обліку післявакцинальних ускладнень непідзвітну органам охорони здоров'я, аналог американської VAERS, з відкритою для громадськості базою даних. Я вважаю, що потрібно утворити фінансований державою інститут незалежної судово-медичної експертизи з філіями в усіх великих

¹ Тищенко П. Д. Вакцинация и права человека // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994.

містах, куди зможуть звертатися батьки скалічених щепленнями та загиблих від них дітей, а також всі, хто вважає, що вакцинація зашкодила їхньому здоров'ю. Про наявність такої бази даних і такого інституту судово-медичної експертизи слід повідомити всіх громадянам, які погоджуються на щеплення для себе або для осіб, що перебувають під їхньою опікою.

Я не зроблю відкриття, висловивши думку, що питання «охоплення щепленнями» – це, по суті, питання освіти. Це питання здатності до критичного мислення, до аналізу й синтезу, до раціонального порівняння ризику й користі. Епідеміологічні дослідження, що організуються стурбованими вакцинаторами, невблаганно демонструють, що чим вище рівень освіти людей, тим менш сприйнятливі вони до ідеї вакцинального порятунку від хвороб². Вся вакцинопрофілактика – це, за влучним висловом німецького лікаря Г. Бухвальда, автора численних публікацій про щеплення, бізнес, який спирається на страх. Страх же традиційно виростає з неуцтва, з бездумності, зі звички сліпо вірити офіціозу, з небажання приймати рішення та відповідати за них. Чим менше страху і більше знання, тим менше щеплень. Це дуже не до вподоби вакцинаторам. Кілька років тому Американська медична асоціація ухвалила: «Оскільки релігійні й філософські відводи від щеплень наражають на небезпеку здоров'я не тільки нещепленого, але і його оточення в цілому, Американська медична асоціація... закликає медичні асоціації штатів домагатися усунення можливості цих відводів із законів, які вимагають обов'язкових щеплень...»³. У конгресі США останні декілька років обговорюються законопроекти, що гарантують фармацевтичним компаніям, зокрема виробникам вакцин, право на

² Див., наприклад, нещодавні статті *Hak E. et al. Negative attitude of highly educated parents and health care workers towards future vaccinations in the Dutch childhood vaccination program Vaccine 2005; 23:3103-3107, Timmermans D. R. M. et al. Attitudes and risk perception of parents of different ethnic backgrounds regarding meningococcal C vaccination Vaccine 2005; 23:3329-3335 і Maayan-Metzger A. To vaccinate or not to vaccinate – that is the question: why are some mothers opposed to giving their infants hepatitis B vaccine? Vaccine 2005; 23:1941-1948.* Автори першої статті відзначають, що серед людей похилого віку, що відмовляються від щеплень від грипу і від пневмококової інфекції, переважна більшість добре освічені (well educated), а «оскільки протягом останніх десятиліть рівень освіти постійно зростає, можна припустити, що все більше людей будуть критично ставитися до щеплень (will adopt a critical attitude towards vaccinations)». В останньому із зазначених вище досліджень, проведеному в Ізраїлі, з'ясувалося, що кожна п'ята мати, яка відмовилася від щеплення від гепатиту В своїй дитині... працює в сфері охорони здоров'я. У цілому ж у групі матерів-«відмовниць» було виявлено не тільки більш високий рівень освіти та доходів у порівнянні з матерями-«конформістками», але й у цілому критичніше відношення до сучасної медицини, вони підтримують домашні пологи і бажають довше годувати дитину груддю.

³ CSA Rep. B, A-87; Reaffirmed: Sunset Report, I-97.

повний імунітет відносно позовів постраждалих споживачів. І можна не сумніватися – на відміну від слабкого та нестійкого вакцинального, цей імунітет буде міцним та тривалим. Якщо громадськість не буде постійно напоготові, то добре проплачена виробниками ліків невсипуща турбота медиків про здоров'я народу, у першу чергу за допомогою щеплень, незабаром переважить право цього народу самому вирішувати, що для нього добре, а що погано. Не думаю, що серед моїх читачів набереться багато тих, хто вважає, що лобісти фармацевтичних компаній живуть винятково в США на Капітолійському пагорбі.

І наостанок. Моє глибоке переконання: дітям не потрібні вакцини, їм не потрібно, говорячи кострубатою вакцинаторською мовою, «профілакування» щепленнями хвороб, ускладнення яких викликаються тими причинами, що можуть бути взяті під контроль. Їм потрібно приходити в цей світ природним шляхом, у любові й радості, без допомоги скальпеля і медикаментів, що одурманюють їхню матір та їх самих. Не в оточенні чужих, втомлених, роздратованих людей, що давно втратили здатність співпереживати і мріють скоріше розібратися з черговим «випадком», а тих, які будуть для них самими рідними та близькими. Їм потрібні тривале грудне вигодовування, а потім проста здорова їжа, багата на мікроелементи й мінерали, вітаміни, в першу чергу А та С, свіже повітря та сонячне світло, любов і повага у родині. Все це в грошовому вираженні або не коштує ні копійки, або коштує зовсім небагато. І саме проти цієї простоти та дешевизни будуть до останнього боротися ті, хто перетворив турботу про здоров'я дітей та дорослих на вигідний бізнес, хто множить безграмотні «науково-доказові» дослідження, що демонструють безпечність й ефективність щеплень. Не треба тішити себе ілюзіями. Домовитися з ними неможливо, як неможливо переконати вовків перейти на вегетаріанську їжу. А суспільству в цілому потрібні не розробники, виробники та розповсюджувачі вакцин, які паразитують на його бюджеті й віднімають у його громадян здоров'я, а домашні акушерки та фахівці з грудного вигодовування. Потрібні батьківські центри, клуби за інтересами, спортивні секції, бібліотеки. Все те, що робить життя здоровим, цікавим і насиченим.

Влітку 2004 р. у болгарському містечку Боровец відбувся семінар, на якому виступав один з видатних гомеопатів сучасності, автор трьох книг, які швидко стали світовими бестселерами, д-р Прафулл Віджейкар з Бомбея. Він сказав: «Щеплення – найбільший убивця (the greatest killer) дітей... Дитина народжується здоровою. Щеплення роблять її хворою. Всі ми бачили у своїй практиці, як найважчі хвороби починаються після щеплень...».

Мені нема чого додати до цих слів. Вибір залишається за батьками.

Додатки до російського видання

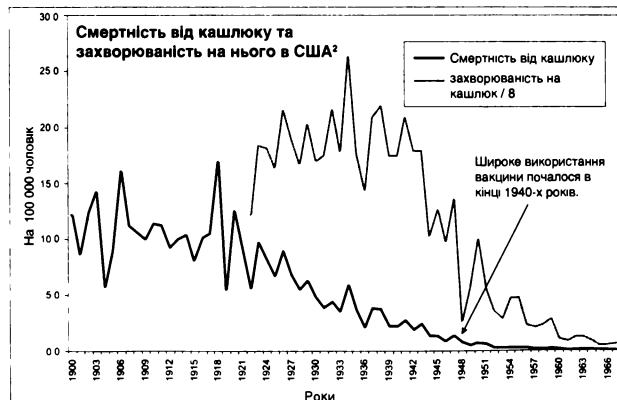
Додаток 1. Графіки захворюваності та смертності від деяких хвороб

Графіки по захворюваності й смертності в США, Англії й Уельсі публікуються з люб'язного дозволу адміністрації сайту www.healthsentinel.com.

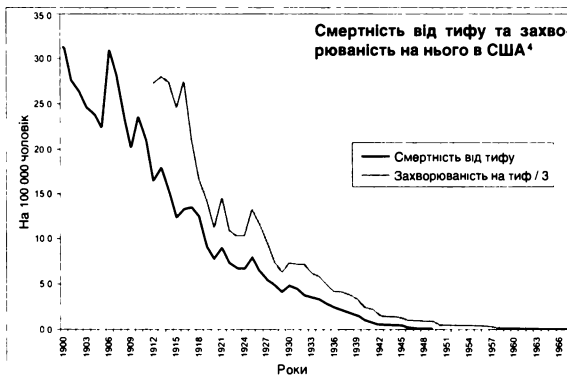
Графіки по захворюваності й смертності в Іспанії публікуються з люб'язного дозволу авторів статті в Medical Veritas, з якої вони були взяті.



¹ Джерела: Record of mortality in England and Wales for 95 years as provided by the Office of National Statistics – Published 1997; Report to The Honourable Sir George Comewall Lewis, Bart, MP, Her Majesty's Principal Secretary of State for the Home Department, June 30, 1860, p. a4, 205; Essay on Vaccination by Dr. Charles T. Pierce, MD Member of the Royal College of Surgeons of England.



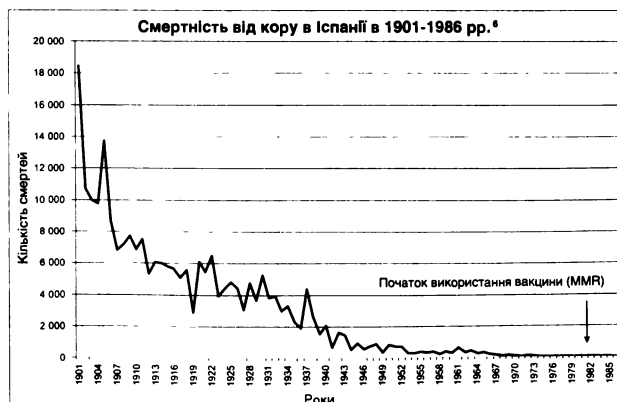
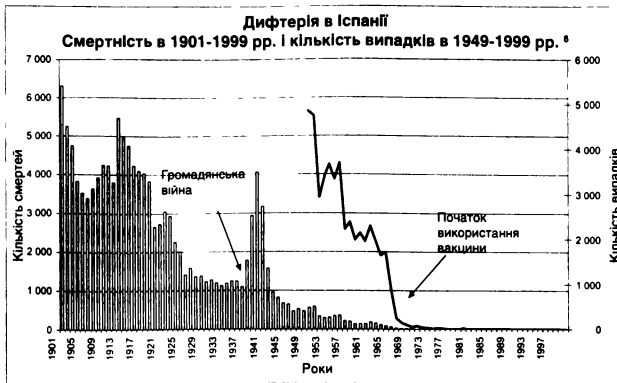
² Джерела: Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States – Colonial Times to 1970 Part 1.



³ Джерела: Historical Statistics of the United States – Colonial Times to 1970 Part 1; Bureau of the Census, 1975 pp. 77.

⁴ Джерела: Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States – Colonial Times to 1970 Part 1.

⁵ Vital Statistics of the United States 1937, 1938, 1943, 1944, 1949, 1960, 1967, 1976, 1987, 1992; Historical Statistics of the United States – Colonial Times to 1970 Part 1; Record of mortality in England and Wales for 95 years as provided by the Office of National Statistics – Published 1997.



⁶ Джерела: F. Joet, X. Uriarte, J. M. Marin. Medical Veritas 2 (2005) 1-37 Survey on vaccinations in Europe: adverse effects, epidemiology, laws, and EFW proposals.



Додатки до українського видання

Додаток 1. Щеплення та українське законодавство

Багатьох читачів – громадян України цікавить, наскільки інформація з цієї книги може бути використана в Україні, наскільки законною в Україні є відмова від щеплень, до чого юридично вона може привести та т.ін. В цьому додатку ми спробували коротко відповісти на питання, які найчастіше виникають¹.

Запитання: Які з описаних в книзі щеплень входять до українського календаря вакцинації?

Згідно з додатком до наказу №48 МОЗ України від 03.02.2006 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» (далі – наказ №48 МОЗ), до календаря включено наступні щеплення:

Щеплення	График вакцинації
• Туберкульоз	3-7 день, 7, 14 років
• Гепатит В	1 день, 1 міс., 6 міс.
• Дифтерія	3, 4, 5, 18 міс., 6, 14, 18 років, далі кожні 10 років
• Кашлюк	3, 4, 5, 18 міс.
• Правець	3, 4, 5, 18 міс., 6, 14, 18 років, далі кожні 10 років
• Поліомієліт: інактивована (вбита) вакцина	3, 4 міс.
• Поліомієліт: оральна (жива) вакцина	5, 18 міс., 6, 14, років
• Гемофільна інфекція	3, 4, 5, 18 міс.
• Кір	12 міс., 6 років
• Краснуха	12 міс., 6 років, 15 років (дівчата)
• Паротит	12 міс., 6 років, 15 років (хлопці)

¹ Усі додатки висловлюють точку зору громадської організації «Ліга Захисту Громадянських Прав». У відповідях ми посилаємося на чинне законодавство України та ратифіковані Україною міжнародні документи. Задля економії місця, документи цитуються у скороченні. Повні версії документів можна знайти в офіційних друкованих виданнях або в Інтернет, наприклад, за адресою: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>

Запитання: Чи всі ці щеплення є обов'язковими?

Всі громадяни України повинні виконувати вимоги чинних законів України². Обов'язковими (з можливістю тим не менш відмови від них, як ми побачимо далі) є тільки наступні щеплення, зазначені в законах:

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»:

Ст. 12 Профілактичні щеплення проти дифтерії, кашлюка, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу є обов'язковими і включаються до календаря щеплень.

Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»:

Ст. 27 Профілактичні щеплення з метою запобігання захворюванням на туберкульоз, поліомієліт, дифтерію, кашлюк, правець та кір в Україні є обов'язковими.

Як бачимо, щеплення від гепатиту В, гемофільної інфекції, краснухи й паротиту не є обов'язковими, хоч вони і входять до календаря щеплень. На жаль, про цей факт, як і про багато інших, невідомо більшості батьків, яких у лікарнях продовжують запевняти у «обов'язковості» всіх щеплень, що входять до календаря. Проте про протизаконність включення туди цих щеплень, вочевидь, добре відомо в МОЗ та у ВР України: доброю ілюстрацією цього була спроба в червні 2007 р. «протягнути» законопроект про дорівнення списку обов'язкових щепленнями від гепатиту В, гемофільної інфекції та сказу.

Запитання: Чи визнає МОЗ офіційно небезпечність щеплень?

Так, у своєму наказі №48 МОЗ офіційно визнає можливість двох видів небажаних наслідків вакцинації, якими є **реакції** («клінічні та лабораторні ознаки нестійких патологічних (функціональних) змін в організмі, що виникають у зв'язку з проведенням щеплення») та **ускладнення** («стійкі функціональні та морфологічні зміни в організмі, що виходять за межі фізіологічних коливань і призводять до значних порушень стану здоров'я»). З переліком післявакцинальних реакцій та післявакцинальних ускладнень, що офіційно визначені МОЗ, їх кодами та термінами розвитку читачи можуть ознайомитися в Таблицях «*Строки розвитку післявакцинальних реакцій*» та «*Строки розвитку післявакцинальних ускладнень*» з Додатку 2.

² У зв'язку з існуючою недосконалістю українського законодавства, нормативно-правові акти, що мають відношення до теми вакцинації, у деяких моментах суперечать один одному та Конституції України. Як доводить практика, офіційні особи та державні установи намагаються ці протиріччя витлумачити на свою користь. В таких випадках їхні рішення можуть і повинні бути оскаржені через суд.

Запитання: Але ж наведені наслідки щеплень, які МОЗ вважає припустимими, можуть завдавати вагомої шкоди здоров'ю, чому ж закон дозволяє таку можливість?

Таку можливість закон як раз забороняє:

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»:

Ст. 42 *Медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) допускається лише в тому разі, коли воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта.*

Що на практиці не заважає, однак, щепленням успішно продовжувати наражати на ризик здоров'я дітей та дорослих.

Запитання: Але ще існують протипоказання до вакцинації. Вони ж повинні знизити ризик небезпечних наслідків щеплень?

Дійсно, з одного боку, у наказі МОЗ №48 неодноразово згадується важливість обліку протипоказань:

«Щеплення дозволяється проводити тільки... відповідно до показань і протипоказань щодо їх проведення»,

«Щепленню підлягають усі новонароджені, що не мають до цього протипоказань».

Однак, як ми бачили вище, «усі новонароджені» отримують щеплення від гепатиту та туберкульозу, згідно з календарем щеплень, ще в положовому будинку, в перші дні, а то й години після народження, а серед протипоказань до цих щеплень ми бачимо у тому ж наказі наступне:

- важкі ускладнення від попередньої дози у вигляді анафілактичного шоку.
- алергія на будь-який компонент вакцини.
- епілептичний синдром із судомами 2 рази на місяць та частіше.
- ускладнені реакції на попереднє введення вакцини.
- тубінфікування.

Безперечно очевидно, що жодного з цих діагнозів не може бути ні підтверджено, ані спростовано стосовно новонародженого:

- «попередня доза» у новонародженого відсутня, тому ніхто не може гарантувати, що у нього не виникне анафілактичного шоку у відповідь на щеплення;
- жоден новонароджений не обстежується щодо наявності алергійних реакцій «на будь-який компонент вакцини» (зауважимо, що вакцини містять таких компонентів чимало, в т.ч. такі відомі алергени, як білкові компоненти, ртуть, фенол та ін.);

- наявність у новонародженого епілептичного синдрому – частота судом не може бути спрогнозована при народженні;
- немає «попереднього введення вакцини» – отже, немає гарантії відсутності «ускладненої реакції»;
- і, звичайно, ніхто з новонароджених не досліджується на носійництво тубінфекції.

Таким чином, всі наведені протипоказання, «запобігливо» задокументовані МОЗ, стосовно до новонароджених не можуть бути перевірені в принципі. Але навіть доросліші діти не застраховані від можливих трагічних наслідків, адже ніхто не знає, як відреагує організм дитини на вакцину, що вводиться вперше. Все це означає тільки одне: кожним щепленням, що виконується вперше, будь-який лікар порушує не тільки наказ свого міністерства, але й згаданий вище закон про неприпустимість небезпечного медичного втручання (підкреслимо: втручання в цьому випадку у здоровий, а не хворий організм).

Запитання: А що робити батькам, якщо вони спостерігають у дитини погіршення здоров'я, пов'язане, на їхню думку, із щепленням?

Рекомендований порядок дій щодо реєстрації післявакцинальних реакцій/ускладнень наведено у Додатку 3 до цієї книги.

Лікування таких ускладнень краще виконувати у лікаря, який фінансово й адміністративно не залежить від поліклініки, де зроблено щеплення. В іншому випадку, діагноз може не бути об'єктивним (відповідно, й лікування – адекватним), щоб «не псувати статистику».

Запитання: Чи зобов'язаний лікар інформувати батьків про можливі негативні наслідки щеплень, коли й у якому обсязі він повинен надавати цю інформацію?

Так, лікар зобов'язаний надавати цю інформацію в максимально повному обсязі вчасно, тобто до виконання щеплень:

Цивільний кодекс України:

Ст. 302 1. Фізична особа має право вільно збирати, зберігати, використовувати і поширювати інформацію.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»:

Ст. 6 Кожний громадянин України має право на ... достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;

Ст. 39 Лікар зобов'язаний пояснити пацієнтові в доступній формі мету запропонованих лікувальних заходів, ... в тому числі на-

явності ризику для життя і здоров'я.

Закон України «Про охорону дитинства»:

Ст. 6 ...державна вживає заходів щодо забезпечення всіх шарків суспільства, зокрема батьків і дітей, інформацією щодо охорони здоров'я

Закон України «Про інформацію»:

Ст. 5 Основними принципами інформаційних відносин є: гарантованість права на інформацію, відкритість, доступність інформації, повнота і точність інформації;

Ст. 9 Всі громадяни України мають право на інформацію, що передбачає можливість вільного одержання відомостей, необхідних їм для реалізації ними своїх прав

Ст. 29 Доступ до відкритої інформації забезпечується шляхом безпосереднього її надання заінтересованим громадянам

Ст. 30 До конфіденційної інформації не можуть бути віднесені відомості ... про медичне обслуговування

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»:

Ст. 12 Медичні працівники, які проводять профілактичні щеплення, зобов'язані надати об'єктивну інформацію особам, яким проводяться щеплення, або їх законним представникам про ефективність профілактичних щеплень та про можливі поствакцинальні ускладнення.

Повнолітнім дієздатним громадянам профілактичні щеплення проводяться після надання об'єктивної інформації про щеплення, наслідки відмови від них та можливі післявакцинальні ускладнення. Особам віком від п'ятнадцяти до вісімнадцяти років профілактичні щеплення проводяться ...після надання об'єктивної інформації...

Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»:

Ст. 4 Громадяни мають право на достовірну і своєчасну інформацію про наявні та можливі фактори ризику для здоров'я та їх ступінь.

Конституція України:

Ст. 50 Кожному гарантується право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту. Така інформація ніким не може бути засекречена.

Закон України «Про захист прав споживачів»:

Ст. 4 1. Споживачі під час придбання або використання продукції, яка реалізується на території України, для задоволення своїх

особистих потреб мають право на: ... 4) необхідну, доступну, достовірну та своєчасну інформацію про продукцію

Ст. 6 Продавець (виробник, виконавець) зобов'язаний надати інформацію про цю продукцію.

Ст. 15 1. Споживач має право на одержання необхідної, доступної, достовірної та своєчасної інформації про продукцію. Інформація повинна бути надана споживачеві до придбання ним товару чи замовлення роботи (послуги). Інформація про продукцію повинна містити:... 4) відомості про вміст шкідливих для здоров'я речовин, та застереження щодо застосування окремої продукції; 5) позначку про наявність у її складі генетично модифікованих компонентів; Стосовно продукції, яка за певних умов може бути небезпечною для життя, здоров'я споживача, виробник (виконавець, продавець) зобов'язаний довести до відома споживача інформацію про таку продукцію і можливі наслідки її споживання (використання).

Міжнародний кодекс медичної етики:

Врач має бути чесним з пацієнтами.

Конвенція про захист прав та гідності людини щодо застосування біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину):

Ст. 5 ...особі заздалегідь надається відповідна інформація про мету і характер втручання, а також про його наслідки та ризики.

Конвенція про права дитини:

Ст. 24 2. Держави-учасниці... живляють заходів щодо... е) забезпечення інформацією всіх прошарків суспільства, зокрема батьків і дітей, щодо здоров'я дітей, гігієни, санітарії середовища перебування дитини і запобігання нещасним випадкам.

Запитання: Чи можуть громадяни України на законних підставах відмовитися від щеплень собі або своїм дітям?

Так, можуть. По-перше, щеплення, як й інші процедури (такі, як проба Манту, флюорограма, аналізи крові й т.ін.), є видом медичної допомоги, від якої можна відмовитися:

Цивільний кодекс України:

Ст. 284. 3. Надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, провадиться за її згодою.

4. Повнолітня дієздатна фізична особа ... має право відмовитися від лікування.

Конвенція про захист прав та гідності людини щодо застосування біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину):

Ст. 5 *Будь-яке втручання у сферу здоров'я може здійснюватися тільки після добровільної та свідомої згоди на нього відповідної особи. Відповідна особа у будь-який час може безперешкодно відкликати свою згоду.*

Ст. 6 *2. Якщо відповідно до законодавства неповнолітня особа є неієздатною давати свою згоду на втручання, таке втручання може здійснюватися тільки із дозволу її представника.*

По-друге, щеплення є методом профілактики, і при цьому досить ризикованим (як ми бачили вище):

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»:

Ст. 42 *Ризиковані методи ... профілактики ... визнаються допустимими, якщо вони ... застосовуються за згодою інформованого про їх можливі шкідливі наслідки пацієнта*

Ст. 43 *Згода інформованого пацієнта необхідна для застосування методів ... профілактики ... Щодо пацієнта, який не досяг віку 15 років, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників.*

По-третє, можливість відмови від щеплень безпосередньо надається законом:

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»:

Ст. 12 *Повнолітнім ієздатним громадянам профілактичні щеплення проводяться за їх згодою... Особам, які не досягли п'ятнадцятирічного віку..., щеплення проводяться за згодою їх батьків. Особам віком від п'ятнадцяти до вісімнадцяти років профілактичні щеплення проводяться за їх згодою та за згодою батьків...*

Відомості про ... відмову від обов'язкових профілактичних щеплень підлягають статистичному обліку.

Якщо особа та (або) її законні представники відмовляються від обов'язкових профілактичних щеплень, лікар має право взяти у них відповідне письмове підтвердження.

Запитання: Як виконується відмова від щеплень?

Довільно оформлену відмову (див. Додаток 5) достатньо залишити у своїй поліклініці (або відправити її туди рекомендованим листом з повідомленням про вручення) у єдиному екземплярі, якщо дитина не відвідує дитячий садок або школу:

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»:

Ст. 12 *Якщо особа та (або) її законні представники відмовля-*

ються від обов'язкових профілактичних щеплень, лікар має право взяти у них відповідне письмове підтвердження, а в разі відмови дати таке підтвердження – засвідчити це актом у присутності свідків.

Якщо ж відмова оформляється при надходженні до пологового будинку, дитсадка або школи, то необхідно її копію вручити підпис керівнику установи, а також іншим особам, які можуть брати яку-небудь участь у передбачуваній вакцинації: акушеру, шкільній медсестрі, учителю й т.д. Окремий екземпляр відмови необхідно вкласти до шкільного щоденника дитини (для швидкого пред'явлення при необхідності), а саму дитину – проінструктувати відповідним чином.

Запитання: Чи законна вимога мед. персоналу поліклініки внести до заяви про відмову від щеплень які-небудь додаткові пункти: про відмову батьків від лікування, про відповідальність батьків за наслідки хвороб і т.ін.?

Ні, не законна. Форма відмови законами не визначена, і батькам не слід підтримувати таку «самодіяльність» поліклініки, тим більше заздалегідь відмовлятися від медичного обслуговування – адже медична допомога може знадобитися в ситуаціях, зовсім не пов'язаних із щепленнями.

Запитання: Чи законна відмова від прийому нещеплених дітей до дитячої садку або школи?

Ні, не законна. Хоча один із законів України й забороняє нещепленим дітям відвідувати дитячі установи:

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»:

Ст. 15 Дітям, які не отримали профілактичних щеплень згідно з календарем щеплень, відвідування дитячих закладів не дозволяється...

Однак низка інших законів (і, в першу чергу, Конституція, яка має найвищу юридичну силу – ст. 8) встановлюють безумовне право на освіту для кожної дитини:

Конституція України:

Ст. 53 Кожен має право на освіту. Повна загальна середня освіта є обов'язковою.

Рішення Конституційного Суду України від 4.03.2004 №5-рп/2004:

- доступність освіти як конституційна гарантія реалізації права на освіту ... означає, що нікому не може бути відмовлено у праві на освіту, і держава має створити можливості для реалізації цього права;

Закон України «Про охорону дитинства»:

Ст. 19 Кожна дитина має право на освіту.

Закон України «Про загальну середню освіту»:

Ст. 2 ...забезпечення права громадян на доступність і безоплатність здобуття повної загальної середньої освіти;

Ст. 6 ...громадянам України незалежно від ...переконань... або інших ознак забезпечується доступність і безоплатність здобуття повної загальної середньої освіти ...

Закон України «Про дошкільну освіту»:

Ст. 2 ...забезпечення права дитини на доступність і безоплатність здобуття дошкільної освіти;

Ст. 6 ... доступність для кожного громадянина освітніх послуг, що надаються системою дошкільної освіти...

Закон України «Про освіту»:

Ст. 3 Громадяни України мають право на безкоштовну освіту в усіх державних навчальних закладах незалежно від ... світоглядних переконань...стану здоров'я та інших обставин.

Ст. 6 Основними принципами освіти в Україні є: доступність для кожного громадянина усіх форм і типів освітніх послуг, що надаються державою;

Перший Протокол до Конвенції про захист прав та основних свобод людини:

Ст. 2 Нікому не може бути відмовлено в праві на освіту.

Конвенція про права дитини:

Ст. 28 1. Держави-учасниці визнають право дитини на освіту, і з метою поступового досягнення здійснення цього права на підставі рівних можливостей вони, зокрема: ...а) вводять безплатну й обов'язкову початкову освіту.

Загальна декларація прав людини:

Ст. 26 1. Кожна людина має право на освіту. Початкова освіта повинна бути обов'язковою.

Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права:

Ст. 13 1. Держави, які беруть участь у цьому Пакті, визнають право кожної людини на освіту.

2.а) початкова освіта повинна бути обов'язковою

б) середня освіта повинна бути відкрита і зроблена доступною для всіх шляхом вжиття всіх необхідних заходів

Конвенція про боротьбу з дискримінацією в галузі освіти:

Ст. 1 1. ... вираження «дискримінація» охоплює всяке розхо-дження, виключення, обмеження або перевагу за ознакою ... переконань ... яке має на меті або наслідком знищення або порушення рівності відношення в галузі освіти, і зокрема:

а. Закриття для будь-якої особи або групи осіб доступу до освіти будь якого ступеню або типу

Крім того, низка законів захищає громадян України від дискримінації, пов'язаної з переконаннями або станом здоров'я:

Конституція України:

Ст. 24 Громадяни мають рівні конституційні права і свободи та є рівними перед законом. Не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками ...переконань... або іншими ознаками.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»:

Ст. 6 Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає: ... и) правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;

Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод:

Ст. 14(1) Здійснення прав і свобод гарантується без будь-якої дискримінації за ознакою ...переконань... або інших обставин.

Протокол N 12 до Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод:

Ст. 1 1. Здійснення будь-якого передбаченого законом права забезпечується без дискримінації за будь-якою ознакою, наприклад за ознакою ...переконань... або за іншою ознакою.

2. Ніхто не може бути дискримінований будь-яким органом державної влади за будь-якою ознакою, наприклад за тими, які зазначено в пункті 1.

Конвенція про права дитини:

Ст. 2 1. Держави учасники... забезпечують усі... права... без якої-небудь дискримінації, незалежно від стану здоров'я... дитини.

2. Держави-учасниці вживають всіх необхідних заходів для забезпечення захисту дитини від усіх форм дискримінації... на підставі... висловлюваних поглядів чи переконань дитини, батьків дитини, законних опікунів чи інших членів сім'ї.

Конвенція про захист прав та гідності людини щодо застосування біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину):

Ст. 1 *Сторони цієї Конвенції захищають гідність і тотожність всіх людей та гарантують кожній особі – без дискримінації – повагу до її недоторканості та інших прав і основних свобод щодо застосування біології та медицини.*

Загальна декларація прав людини:

Ст. 19 *Кожна людина має право на свободу переконань і на вільне їх виявлення; це право включає свободу безперешкодно дотримуватися своїх переконань*

Європейська соціальна хартія

Ч.1 *11. Кожна людина має право користуватися будь-якими заходами, що дозволяють їй досягти найкращого стану здоров'я.*

Запитання: Як же влаштувати нещеплену дитину до дитячого садка або школи?

Порядок прийому дітей до дитячого садка встановлений відповідним Положенням:

Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 12 березня 2003 р. N 305

Положення про дошкільний навчальний заклад

6. Прийом дітей до дошкільного навчального закладу здійснюється керівником протягом календарного року на підставі заяви батьків або осіб, які їх замінюють, медичної довідки про стан здоров'я дитини, довідки гігієнічного лікаря про епідеміологічне оточення, свідоцтва про народження.

12. Відрухування дитини з дошкільного навчального закладу державної та комунальної форми власності може здійснюватись: ... на підставі медичного висновку про стан здоров'я дитини, що виключає можливість її подальшого перебування у дошкільному навчальному закладі даного типу;

... Адміністрація дошкільного навчального закладу зобов'язана письмово повідомити батьків або осіб, які їх замінюють, про відрухування дитини не менш як за 10 календарних днів.

Забороняється безпідставне відрухування дитини з дошкільного навчального закладу.

13. Порядок прийому, відрухування та збереження за дитиною місця у дошкільному навчальному закладі приватної форми власності визначається засновником (власником).

Порядок прийому дітей до школи встановлюється законом:

Закон України «Про загальну середню освіту»

Ст. 18. Зарахування учнів

2. Зарахування учнів до загальноосвітнього навчального закладу проводиться наказом директора, що видається на підставі заяви, за наявності медичної довідки встановленого зразка і відповідного документа про освіту (крім учнів першого класу).

Як бачимо, в обох випадках:

- особою, відповідальною за прийом дитини до дитячої установи, є керівник цієї установи, і саме він (завідувач садку чи директор школи) остаточно вирішує питання про прийом дитини чи відмову.

- сама наявність щеплень не відзначена як необхідна умова для прийому дитини. Такою необхідною умовою є наявність медичної довідки про стан здоров'я, тобто довідки про те, хвора дитина чи здорова на цей момент. Цілком очевидно, що відсутність щеплень сама по собі не означає хвороби дитини.

У більшості випадків керівника садка/школи цілком влаштовує таке, наприклад, формулювання в довідці: «*За станом здоров'я дитина може відвідувати садок/школу*». Цей варіант повністю відповідає законодавству, його й потрібно вимагати від поліклініки.

На практиці **можна рекомендувати наступну послідовність дій**, на прикладі влаштування дитини до дитячого садку:

1. Знайдіть садок, який Вас влаштовує, та спитайте завідувачку, чи прийме вона нещеплену дитину за наявності у неї медичної довідки про можливість відвідувати садок? Зазвичай завідувачки погоджуються на це, тому що для них головне – це мати медичну «довідку-дозвіл», яку вони зможуть надати СЕС у випадку перевірки. Щоправда, деякі завідувачі мають особисту позицію на користь щеплень, інколи навіть агресивну, – у такому разі розмова не матиме успіху, і тоді краще пошукати інший садок.
2. Під час бесіди з завідувачкою садку, дізнайтеся, який вигляд звичайно мають довідки-дозвіли, які надають інші діти з цього садка. Бажано побачити довідки саме з Вашої поліклініки та з'ясувати, як саме сформульовано дозвіл у інших дітей. Якщо можливо, відскануйте або сфотографуйте стандартні довідки, так щоб можна було побачити підпис лікаря. Ці копії стануть Вам у нагоді, якщо у поліклініці Ви отримаєте відповідь на зразок «*ми тільки перевіряємо чи здорова дитина, рішення про дозвіл відвідувати садок ухвалює завідувач садку, а ми ніяких дозволів не надаємо*».

3. Домовившись із завідувачкою, потрібно отримати у міському відділі освіти «направлення» до цього садку. Майте на увазі при цьому, що відповідь «немає місць», на думку юристів, не є приводом для відмови у влаштуванні до садку і може бути ґрунтом для судового позову про порушення права на освіту.
4. Маючи направлення, потрібно у поліклініці пройти встановлений медогляд для садку, який підтверджує, що дитина здорова.
5. Вивчивши основні питання українського законодавства щодо права на освіту, в особистій розмові попросіть свого педіатра (або його начальника) завізувати довідку-дозвіл до дитячого садку (наприклад, написати у виписці чи на окремому аркуші «*Дозволяється відвідувати дитячий колектив*»), аргументуючи це конституційним правом на освіту та фактичним здоров'ям дитини. Якщо педіатр при цьому буде наполягати на тому, що нещеплена дитина не може відвідувати колектив за станом здоров'я, то можливо поставити питання про надання Вам лікарняного листа для догляду за дитиною. Загалом, результат цієї бесіди буде залежати від непохитності Вашої позиції. Це питання краще вирішити у розмові, але у деяких випадках може знадобитися й письмове звернення.
6. Щоб перекласти ухвалення рішення на чужі «плечі», поліклініка може спробувати відправити Вас «по інстанціях», запевняючи, що дозвіл буде оформлено одразу після того, як свій дозвіл надасть, наприклад, СЕС або міський фтизіатр. Крім змарнованого часу, такі візити можуть мати й серйозніші наслідки: Ви можете отримати до медичної картки припис «*забороняється відвідування дитячих установ*» або «*дозволяється відвідувати садок тільки після проведення вакцинації*». Після цього ніхто у поліклініці вже не дасть Вам дозволу, аргументуючи це рішенням вищих інстанцій. Тому, якщо дитина за результатами медичного огляду здорова, від таких «візитів» краще відмовитися.
7. Якщо у підсумку Ви отримаєте дозвіл – можна подавати документи до дитячого садку. Якщо ж це не вдасться, можливо спробувати отримати дозвіл у якій-небудь приватній медичній фірмі, пройшовши там відповідний медогляд.
8. Якщо усі ці варіанти виявляться безрезультатними, можна писати листи до прокуратури, облдержадміністрації, Президента України, у яких стисло змалювати ситуацію та акцентувати увагу на вимозі захисту конституційного права дитини на освіту.
9. Найбільш ефективним шляхом у такому випадку, на думку юристів, є захист права на освіту через суд. Шанси отримати позитив-

не судове рішення є дуже високими, тому що справа зачіпає конституційні гарантії та засадничі права людини. Щоб подати позов до суду, потрібно отримати з садка письмову відмову приймати Вашу дитину.

У жодному разі не можна користуватися незаконним методом – оформленням так званої «липової» довідки. Такий варіант є злочином, й крім того, у цьому випадку дитина у всіх документах буде вважатися щепленою, що скоріш за все не врятує її від позачергового або планового щеплення за місцем навчання. Навіть якщо батьки попереджають персонал про «індивідуальний графік», такий дитині, як правило, не вдається уникнути «належного» їй щеплення.

Запитання: ***Чи має лікар право повідомляти про відмову від щеплень до школи, дитячого садку, на роботу або сусідам «Відмовника»?***

Ні, не має. Наявність або відсутність щеплень відноситься до інформації про стан здоров'я пацієнта, що становить лікарську таємницю, яка не підлягає розголошенню:

Цивільний кодекс України:

Ст. 286 *1. Фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні.*

2. Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи.

3. Фізична особа зобов'язана утримуватися від поширення інформації, зазначеної у частині першій цієї статті, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел.

Закон України «Основи з-ва України про охорону здоров'я»:

Ст. 40 *Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.*

Закон України «Про інформацію»:

Ст. 46 *Не підлягають розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці.*

Запитання: Які можуть бути наслідки позитивної проби Манту відповідно закону?

Проба Манту має також іншу назву «туберкулінодіагностика», її визначення наведено у законі:

Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз»:

Ст.1 ...туберкулінодіагностика – специфічний діагностичний тест, що проводиться туберкуліном, для своєчасного виявлення інфікованих мікобактеріями туберкульозу та хворих на туберкульоз; інфіковані мікобактеріями туберкульозу – особи, в яких виявлено позитивну імунну реакцію на туберкулін.

Отже, позитивна проба Манту (яка як правило виявляється «хибнопозитивною» у зв'язку з «алергією на туберкулін», що буде з'ясовано пізніше) свідчить про інфікування людини. Які ж заходи будуть одразу застосовані до неї відповідно закону?

Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз»:

Ст. 11 Хіміопротекції туберкульозу підлягають особи, інфіковані мікобактеріями туберкульозу віком до 18 років, у яких вперше в житті виявлено позитивну пробу на туберкулін... Особи, інфіковані мікобактеріями туберкульозу віком понад 18 років, можуть підлягати хіміопротекції туберкульозу за наявності медичних показань.

Як бачимо, така дитина одразу ж, без додаткових обстежень та медичних показань (на відміну від дорослого) буде піддана хіміопротекції, поставлена на облік до тубдиспансеру з обов'язковою періодичною рентгендіагностикою і т.д. Тому більш розумним видається варіант відмови від проби Манту із самого початку і звернення за допомогою до фтизіатра тільки за наявності характерних скарг з боку органів дихання. Відмовитися від проби Манту людині, яка не має статусу «тубінфікований», можна вільно, як і від щеплення, і від будь-якого іншого медичного втручання.

Запитання: Чи законна відмова від прийому дітей до дитячого садка або школи на підставі відсутності в них проби Манту?

Ні, не законна. На додаток до викладеного вище у відповіді на попереднє питання, можна сказати наступне. Так, у законі говориться про щеплення й туберкулінодіагностику:

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»:

Ст. 15 Дітям, які не отримали профілактичних щеплень згідно з календарем щеплень, відвідування дитячих закладів не дозволяється.

Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз»:

Ст. 10 *Оформлення та прийняття дітей віком до 14 років до навчальних, оздоровчих та інших дитячих закладів здійснюється згідно з вимогами статті 15 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» (1645-14). Результати туберкулінодіагностики та інших видів обстеження дітей на туберкульоз наводяться у відповідній довідці закладу охорони здоров'я.*

Однак проба Манту щепленням не є, це зовсім різні поняття:

Наказ №48 МОЗ:

...Дітям, яким не виповнилося 2 місяці, щеплення проти туберкульозу проводиться без попередньої постановки проби Манту.

...Щеплення здійснюється при негативному результаті проби.

...пробу Манту проводять після проведення профілактичних щеплень.

Отже, зазначена вище ст. 15 не може бути застосована в цьому випадку, а стаття 10 вимагає лише надання довідки з лікарні про результати проби Манту (наприклад, «не проводилася») і про відсутність клінічних ознак туберкульозу. Крім того, стаття 10 взагалі не може бути застосовна до дітей, які вже відвідують дитячу установу. Для цих дітей може бути застосований Порядок проведення обов'язкового профілактичного огляду певних категорій населення на виявлення туберкульозу (затв. постановою Каб. Мін. України від 15 лютого 2006 р. N 143), який повідомляє:

4. Під час проведення обов'язкового огляду використовуються такі методи досліджень:

- туберкулінодіагностики – дітей віком до 15 років

При цьому ніде в законах нам не вдалося знайти інформації про можливі санкції стосовно дітей, що не пройшли медогляд у повному обсязі. У будь-якому разі, при виникненні погрози таких санкцій, батькам потрібно вимагати їхнього обґрунтування з посиланням на закони (а не на накази міністерства, СЕС, міського відділу народної освіти й т.п.)

Запитання: Чи накладає відсутність щеплень обмеження на вибір професії, зараз або в майбутньому?

Важливим є те, що відповідь на це питання все-таки не повинна впливати на прийняття батьками рішення щодо щеплень, тому що питання здоров'я безумовно важливіше питання вибору професії.

Проте, давайте розглянемо цю ситуацію.

З одного боку, дійсно, законодавство України чітко говорить про перелік професій, для яких обов'язковими є додаткові щеплення (крім календаря):

Закону України Про захист населення від інфекційних хвороб

Ст. 12. Профілактичні щеплення проти дифтерії, кашлюка, кору, поліомієліту, правця, туберкульозу є обов'язковими і включаються до календаря щеплень.

Працівники окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких може призвести до зараження цих працівників та (або) поширення ними інфекційних хвороб, підлягають обов'язковим профілактичним щепленням також проти інших відповідних інфекційних хвороб. У разі відмови або ухилення від обов'язкових профілактичних щеплень у порядку, встановленому законом, ці працівники відсторонюються від виконання зазначених видів робіт.

Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним щепленням проти інших відповідних інфекційних хвороб, встановлюється Кабінетом Міністрів України.

З іншого боку, відсутня постанова Кабміну з таким переліком професій, щодо щеплень. Є перелік щодо обов'язкових мед. оглядів:

Затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2001 р. N 559

Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам

і відповідний наказ МОЗ, про процедури, що проводяться при таких оглядах:

Наказ Міністерства охорони здоров'я України 23.07.2002 р. N 280 (з0639-02)

Перелік необхідних обстежень лікарів-спеціалістів, вигів клінічних, лабораторних та інших досліджень, що необхідні для проведення обов'язкових медичних оглядів, та періодичність їх проведення

Однак в обох цих документах немає ані слова про щеплення.

Список таких професій є в наказі №48 МОЗ (у розділі «Щеплення, що рекомендуються»), однак наказ МОЗ ніяк не можна назвати постановою Кабміну. Таким чином, законодавство України формально не накладає обмежень на вибір професії у зв'язку із щепленнями.

Запитання: Чи справді російське законодавство є більш лояльним до «відмовників» порівняно з українським?

Так, починаючи з 1998 р. ряд положень російського законодавства, на відміну від українського, відповідає світовій практиці та основним правам людини стосовно права на освіту нещеплених дітей і соціального захисту при виникненні післявакцинальних ускладнень:

Федеральний закон ОТ 17.09.1998 г. №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»

Ст. 5. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики

1. Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на:

...бесплатное лечение в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений; социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений;...

2. Отсутствие профилактических прививок влечет:

...временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

Ст. 18. Право граждан на социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений.

1. При возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право на получение государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций, пособий по временной нетрудоспособности...

Ст. 19. Государственные единовременные пособия.

1. При возникновении поствакцинального осложнения гражданином имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 100 минимальных размеров оплаты труда, ...

2. В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, право на получение государственного единовременного пособия в размере 300 минимальных размеров оплаты труда, установленных законодательством Российской Федерации на день осуществления выплаты указанного пособия, имеют члены его семьи.

Ст. 20. Ежемесячные денежные компенсации.

Гражданин, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения, имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 10 минимальных размеров оплаты труда

Ст. 21. Пособия по временной нетрудоспособности.

Гражданин, у которого временная нетрудоспособность связана с

поствакцинальним осложнением, имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности в размере 100 процентов среднего заработка.

На жаль, ні матеріальні компенсації післявакцинальних ускладнень, ні тимчасове обмеження права на освіту українським законодавством не передбачено.

Що ж стосується самого права на відмову від щеплень, то в Росії воно наголошено більш чітко:

Федеральний закон ОТ 17.09.1998 г. №157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»

Ст. 5. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики

1. Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на:

...отказ от профилактических прививок.

Однак, як ми бачили вище, в українському законодавстві прямо описана процедура відмови від щеплень, що також робить таку відмову абсолютно легитимною.

Запитання: Які щеплення роблять у країнах Європи?

Український календар вакцинації – один з найнапруженіших у Європі. У цьому легко впевнитися, якщо скористатися інформацією про національні календарі вакцинації різних країн, що розміщена на сайті ВООЗ:

http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/ScheduleSelect.cfm

Актуальну версію цих питань та відповідей щодо вакцинації можна знайти в Інтернеті на сайті:

<http://www.privivok.net.ua/faq/laws>

Додаток 2. Строки розвитку післявакцинальних реакцій та післявакцинальних ускладнень.

Від редакції:

Інформація про строки розвитку післявакцинальних ускладнень, яка розміщена в цьому додатку, відбиває тільки точку зору МОЗ і на нашу думку, є більш ніж сумнівною, оскільки зовсім не враховує віддалених наслідків вакцинації. Проте, все-таки корисно мати під рукою цю інформацію з наступних причин:

1. Це єдиний документ, що наводить строки розвитку ПВР та ПВУ, у законах ця інформація відсутня.

2. Реальні випадки післявакцинальних ускладнень найімовірніше будуть визнані такими офіційною медициною лише тоді, коли остаточний діагноз у постраждалого буде збігатися із зазначеним у таблиці, а строк появи симптомів не буде перевищувати «офіційно припустимий». В іншому випадку буде знайдене інше захворювання, яке «випадково збіглося» за часом із щепленням.

3. Все це необхідно враховувати читачам, якщо вони зіштовхнуться коли-небудь з післявакцинальними ускладненнями і будуть намагатися отримати матеріальну компенсацію (рекомендована послідовність дій наведена в наступному додатку, №3)

У наведених нижче таблицях кольори відповідають:

- ПВУ (ПВР) відсутня

- ПВУ (ПВР) розвиваються менш ніж за добу

- ПВУ (ПВР) розвиваються до трьох діб

- ПВУ (ПВР) розвиваються до одного місяця

ПВУ (ПВР) може розвиватися більше ніж за місяць

Строки розвитку післявакцинальних реакцій

Таблиця І, частина 1

Інформація з додатків 1, 2 до Інструкції щодо організації епідеміологічного нагляду за побічною дією імунобіологічних препаратів, Наказ№48 МОЗ:

Код	Назва післявакцинальної реакції (ПВР)	АКДП, АаКДП, АДП, комбіновані вакцини на основі АКДП та АаКДП	Проти кору, паротиту, краснухи (комбіновані та монопрепарати), вітряної віспи	БЦЖ	Оральна поліомієлітна вакцина
1.	Підвищення температури до 39°С	<72 год	4-15 доба	<48 год	-
2.	Підвищення температури більше 39°С (сильна загальна)				
3.	Температура, яка не зареєстрована в медичній документації				
4.	Біль, набряк м'яких тканин > 50 мм, гіперемія у місці введення > 80 мм, інфільтрат > 20 мм (сильна місцева).	<48 год		Специф. реакція	
5.	Лімфоаденопатія	< 7 діб	4-30 доба	-	
6.	Головний біль	<48 год	4-15 доба		
7.	Дратівливість, порушення сну				
8.	Висипання неалергічного генезу	-			
9.	Анорексія, нудота, біль у животі, диспепсія, діарея	<72 год			
10.	Катаральні явища	-			
11.	Міальгія, артралгія				

Строки розвитку післявакцинальних реакцій

Таблиця 1, частина 2

Інформація з додатків 1, 2 до Інструкції щодо організації епідеміологічного нагляду за побічною дією імунобіологічних препаратів, Наказ№48 МОЗ:

Код	Назва післявакцинальної реакції (ПВР)	Інактивована поліомієлітна вакцина	Проти гепатиту В	Полісахаридні вакцини (НіВ, менингококова, пневмококова)	Інші вакцини
1.	Підвищення температури до 39°С	<48 год	<72 год	<72 год	<48 год
2.	Підвищення температури більше 39°С (сильна загальна)				
3.	Температура, яка не зареєстрована в медичній документації				
4.	Біль, набряк м'яких тканин > 50 мм, гіперемія у місці введення > 80 мм, інфільтрат > 20 мм (сильна місцева)				
5.	Лімфоаденопатія	-	-	-	-
6.	Головний біль				
7.	Дратівливість, порушення сну		<72 год	<48 год	
8.	Висипання неалергічного генезу	-	-		-
9.	Анорексія, нудота, біль у животі, диспепсія, діарея	-	< 5 діб	<72 год	<72 год
10.	Катаральні явища	-		-	-
11.	Міальгія, артралгія	-	<72 год	<72 год	

Строки розвитку післявакцинальних ускладнень

Таблиця II, частина 1

Інформація з додатків 1, 2 до Інструкції щодо організації епідеміологічного нагляду за побічною дією імунобіологічних препаратів, Наказ №48 МОЗ:

Код	Назва післявакцинального ускладнення (ПВУ)	АКДП, АаКДП, АДП, комбіновані вакцини на основі АКДП та АаКДП	Проти кору, паротиту, краснухи (комбіновані та монопрепарати), вітряної віспи	БЦЖ	Оральна поліомієлітна вакцина
12.	Абсцеси.	-	-	-	-
13.	Анафілактичний шок та анафілактоїдні реакції	< 24 год	-	-	< 24 год
14.	Алергічні реакції (набряк Квінке, висипка типу кропивниці, синдром Стівенса-Джонсона, Лайела).	<72 год			
15.	Гіпотензивний - гіпореспонсивний синдром (гостра серцево-судинна недостатність, гіпотонія, зниження тону м'язів, короточасне порушення або втрата свідомості, судинні порушення в анамнезі).				
16.	Артрити	-	4-30 доба	-	-
17.	Безперервний пронизливий крик (тривалістю від 3 годин і більше)	<48 год	-	-	-
18.	Судоми фебрильні	<72 год	4-15 доба		
19.	Судоми афебрильні	7-14 доба	-		
20.	Менінгіти/енцефаліти	< 30 доби	4-42 доба		
21.	Анестезія/ парестезія				

Строки розвитку післявакцинальних ускладнень

Таблиця II, частина 2

Інформація з додатків 1, 2 до Інструкції щодо організації епідеміологічного нагляду за побічною дією імунобіологічних препаратів, Наказ№ 48 МОЗ:

Код	Назва післявакцинального ускладнення (ПВУ)	Інактивована поліомієлітна вакцина	Проти гепатиту В	Полісахаридні вакцини (НіВ, менінгококова, пневмококова)	Інші вакцини
12.	Абсцеси	-	-	-	-
13.	Анафілактичний шок та анафілактоїдні реакції	< 24 год			
14.	Алергічні реакції (набряк Квінке, висипка типу кропивниці, синдром Стівенса-Джонсона, Лайела).	<72 год	<72 год	<72 год	<72 год
15.	Гіпотензивний - гіпореспонсивний синдром (гостра серцево-судинна недостатність, гіпотонія, зниження тону м'язів, короточасне порушення або втрата свідомості, судинні порушення в анамнезі)..			<72 год	
16.	Артрити	-	5-30 доба	-	-
17.	Безперервний пронизливий крик (тривалістю від 3 годин і більше)	-	-	<48 год	-
18.	Судоми фебрильні	-	<72 год		<48 год
19.	Судоми афебрильні	-		-	-
20.	Менінгіти/енцефаліти	-	< 15 доби	-	< 15 доби
21.	Анестезія/ парестезія	-			

Строки розвитку післявакцинальних ускладнень

Таблиця II, частина 3

Інформація з додатків 1, 2 до Інструкції щодо організації епідеміологічного нагляду за побічною дією імунобіологічних препаратів, Наказ №48 МОЗ:

Код	Назва післявакцинального ускладнення (ПВУ)	АКДП, АаКДП, АДП, комбіновані вакцини на основі АКДП та АаКДП	Проти кору, паротиту, краснухи (комбіновані та монопрепарати), вітряної віспи	БЦЖ	Оральна поліомієлітна вакцина
22.	Гострий в'ялий параліч	-	-		3-40-а доба
23.	Вакциноасоційований паралітичний поліомієліт				
24.	Синдром Гійєна-Барре (полірадікулоневрит)	< 31 доби			
25.	Підгострий склерозувальний паненцефаліт	-			
26.	Паротит, орхіт	-	4-42 доба		
27.	Тромбоцитопенія	< 31 доби	4-15 доба		
28.	Підшкірний холодний абсцес				
29.	Поверхнева виразка понад 10 мм			через 1,5-6 міс	
30.	Регіональний лімфаденіт(и).			через 2-6 міс	
31.	Келоїдний рубець			через 5-12 міс	
32.	Генералізована БЦЖ-інфекція, остеомієліт, остеїт			через 2-18 міс	

Строки розвитку післявакцинальних ускладнень

Таблиця II, частина 4

Інформація з додатків 1, 2 до Інструкції щодо організації епідеміологічного нагляду за побічною дією імунобіологічних препаратів, Наказ №48 МОЗ:

Код	Назва післявакцинального ускладнення (ПВУ)	Інактивована поліомієлітна вакцина	Проти гепатиту В	Полісахаридні вакцини (НіВ, менінгококова, пневмококова)	Інші вакцини
22.	Гострий в'ялий параліч	-	-	-	-
23.	Вакциноасоційований паралітичний поліомієліт		< 31 доби		
24.	Синдром Гійєна-Барре (полірадікулоневрит)				
25.	Підгострий склерозувальний паненцефаліт				
26.	Паротит, орхіт				
27.	Тромбоцитопенія				
28.	Підшкірний холодний абсцес				
29.	Поверхнева виразка понад 10 мм				
30.	Регіональний лімфаденіт(и).				
31.	Келоїдний рубець				
32.	Генералізована БЦЖ-інфекція, остеомієліт, остейт				

Примітки до таблиць I та II:

Цитати з Інструкції щодо організації епідеміологічного нагляду за побічною дією імунобіологічних препаратів, **Наказ №48 МОЗ**:

1.4. ...**Післявакцинальні реакції (ПВР)** – це клінічні та лабораторні ознаки нестійких патологічних (функціональних) змін в організмі, що виникають у зв'язку з проведенням щеплення (додаток 1 до цієї Інструкції).

Післявакцинальні ускладнення (ПВУ) – це стійкі функціональні та морфологічні зміни в організмі, що виходять за межі фізіологічних коливань і призводять до значних порушень стану здоров'я.

1.6. ...Сильною місцевою реакцією в місці введення препарату вважається набряк м'яких тканин більше 50 мм у діаметрі, інфільтрат більше 20 мм, гіперемія більше 80 мм у діаметрі. Сильні загальні реакції характеризуються підвищенням температури тіла більше 39°C.

2.1. Особи, які підлягають щепленням (або їх батьки чи особи, які їх замінюють), повинні бути проінформовані медичними працівниками про можливість виникнення побічної дії та її характерні ознаки після застосування певної вакцини.

2.2. Виявлення ПВР та ПВУ здійснюють на всіх рівнях медичного обслуговування і спостереження:

- медичні працівники, що проводять щеплення;
- медичні працівники, що проводять лікування ПВР та ПВУ в усіх медичних установах (як державної, так і не державної форми власності);
- батьки, попередньо проінформовані про можливі реакції після вакцинації.

2.3. Реєстрації з відповідним записом у медичній документації (карта профілактичних щеплень дитини та історія її розвитку, амбулаторна карта чи історія хвороби дорослих) або в іншому документі, куди вносяться дані про профілактичні щеплення, підлягають усі випадки ПВР та ПВУ, а також:

- абсцеси в місці введення вакцини;
- летальні випадки, що трапляються протягом 30 діб після імунізації;
- випадки госпіталізації протягом 35 діб після щеплення;
- інші відхилення, що мають часовий зв'язок з імунізацією.

2.4. Звичайні та сильні ПВР на щеплення, форми прояву яких зазначено у відповідних інструкціях про використання препаратів, реєструються в карті профілактичних щеплень дитини та в історії її розвитку або амбулаторній карті, історії хвороби дитини / дорослих.

2.6. Відповідальним за облік та надання інформації про ПВР та ПВУ є керівник лікувально-профілактичної установи, де проводиться імунізація.

2.7. Територіальні заклади санітарно-епідеміологічної служби здійснюють наглядові функції за реєстрацією ПВР та ПВУ.

2.8. Повідомлення про всі випадки ... ПВР та ПВУ мають бути передані до територіальних закладів санітарно-епідеміологічної служби в інформаційно – стислій формі протягом 24 годин після їх виявлення.

Додаток 3. Рекомендований порядок дій при виникненні ускладнень після щеплення

У разі виникнення будь-яких розладів здоров'я, пов'язаних на ваш погляд, зі зробленим щепленням, можна рекомендувати наступний порядок дій, який вагомо збільшує ймовірність отримання в подальшому матеріальної компенсації за збиток, нанесений здоров'ю щепленням.

1. Уважно вивчити Додаток 2 і встановити (бажано за допомогою лікаря) передбачувану назву ПВР/ПВУ, що максимально відповідає наявним скаргам. За назвою ПВР/ПВУ і назвою зробленого щеплення виберіть з таблиці строк розвитку ПВР/ПВУ. Якщо цей строк вами вже перевищено, то довести зв'язок захворювання із щепленням буде вже практично неможливо.

2. Терміново повідомити про подію за телефоном диспетчера міської або обласної санепідстанції (СЕС). Вказати тип реакції на щеплення (передбачувану назву ПВР/ПВУ), препарат, після введення якого вона сталася (назву вакцини). Дізнатися та записати ім'я диспетчера, який прийняв це повідомлення і вхідний номер – це вже може вважатись офіційним документом, на який в подальшому можна буде спиратися.

3. Повідомити про подію у громадську організацію «Ліга захисту громадянських прав».

4. Написати звернення однакове за змістом на три адреси:

Ген. прокуратуру, обл. прокуратуру та Президенту України:

- викласти всі факти;
- попросити розібратися:
 - 1) хто дав вказівку для вакцинації?
 - 2) чи була у цьому необхідність?
 - 3) чи введена вакцина сертифікована для використання?
 - 4) що стало причиною захворювання дитини?
- попросити провести комплексну перевірку всіх медикаментів (вакцин), які використовують в вашому районі, на предмет сертифікації і всіх дозволів.

Для прискорення вказати, що очікуєте на відповідь відповідно до законодавства України та закону про звернення громадян.

5. Написати запит до МОЗ з проханням провести комплексну перевірку всіх препаратів, які використовуються в районі щодо сертифікації та відповідності сертифікатам.

6. Дуже бажано провести незалежне обстеження стану здоров'я дитини (приватна клініка тощо) з отриманням документа (виписки з

історії хвороби) з чітким зазначенням:

- діагнозу у відповідності з формулюванням із Додатка 2;
- щепленням, яке призвело до ускладнення.

Якщо відповіді (які повинні надійти в термін 10-15 днів) не задовольнять Вас, потрібно написати ще одну заяву до прокуратури та повідомити до «Ліги захисту громадянських прав».

Контактна інформація:

Громадська організація «Ліга Захисту Громадянських Прав»:

Номери телефонів:

+38-(044)-331-42-68, +38-(095)-163-56-46

Електронна пошта:

info@privivok.net.ua – загальні та юридичні питання

org@privivok.net.ua – організаційні питання, публікації у ЗМІ

Веб-сайт:

<http://www.privivok.net.ua>

Приймальня Президента України:

Номер телефону приймальні: 8-(044)-226-20-77

Адреса загальної приймальні: м. Київ, вул. Шовковична, 12

Адреса для листів: 01220, м. Київ, вул. Банкова, 11

Приймальня Генеральної прокуратури

(тут можна дізнатися про координати вашої прокуратури за місцем проживання):

Адреса: м. Київ, вул. Різницька, 13/15

Телефону приймальні: 8-(044)-200-78-22

Міністерство охорони здоров'я України

(тут можна дізнатися про координати вашої СЕС за місцем проживання):

Адреса: 01021, м. Київ, вул. Грушевського, 7

Телефон: 8-(044)-253-24-39, факс: 8-(044)-253-40-17

приймальня громадян: 8-(044)-253-54-84, 253-24-39

Додаток 4. Зразок заяви з вимогою довідки для дитячого садку / школи¹

Головному лікареві поліклініки²

.....
від ... (П.І.Б.), що проживає за адресою...

Заява³

Я,, мати (батько) дитини, дата народження, прошу надати мені довідку про стан здоров'я моєї дитини для улаштування його до дитячого садку/школи.

Дитина оглянута фахівцями Вашого лікувального закладу, про що є записи в амбулаторній карті.

Мною оформлена відмова від усіх щеплень моїй дитині згідно з можливістю, яка надана мені наступними законами України:

Законом України «основи законодавства України про охорону здоров'я»:

Ст. 42 *Ризиковані методи ... профілактики ... визнаються допустимими, якщо вони ... застосовуються за згодою інформованого про їх можливі шкідливі наслідки пацієнта*

Ст. 43 *Щодо пацієнта, який не досяг віку 15 років, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників.*

Закон України «про захист населення від інфекційних хвороб»:

Ст. 12 *Повнолітнім гієздатним громадянам профілактичні щеплення проводяться за їх згодою... Особам, які не досягли п'ятнадцятирічного віку..., щеплення проводяться за згодою їх батьків.*

Мені відомо про заборону відвідування дитячих установ дітьми, які не одержали належних щеплень згідно з календарем:

Закон України «про захист населення від інфекційних хвороб»:

Ст. 15 *Дітям, які не отримали профілактичних щеплень згідно з календарем щеплень, відвідування дитячих закладів не дозволяється.*

Однак звертаю Вашу увагу на наступні положення Конституції України:

Конституція України:

Ст. 8. *Конституція України має найвищу юридичну силу. Закони та інші нормативно-правові акти приймаються на основі Конституції України й повинні відповідати їй.*

Норми Конституції України є нормами прямої дії. Звернення до суду для захисту конституційних прав і свобод людини й громадянина

безпосередньо на підставі Конституції України гарантується.

Ст. 53 *Кожен має право на освіту.*

а також на наступні закони:

Закон України «Про охорону дитинства»:

Ст. 19 *Кожна дитина має право на освіту.*

Закон України «Про дошкільну освіту»:

Ст. 6 *Принципами дошкільної освіти є: доступність для кожного громадянина освітніх послуг, що надаються системою дошкільної освіти*

Рішення Конституційного Суду України від 04.03.2004 № 5-рп/2004:

- доступність освіти як конституційна гарантія реалізації права на освіту на принципах рівності, означає, що нікому не може бути відмовлено в праві на освіту

Таким чином, Ваша відмова надати мені довідку для улаштування дитини до дитячого садку/школи порушує конституційне право дитини на освіту та низку інших законів України. Ця конституційна норма має силу, вищу в порівнянні із Законом України „Про захист населення від інфекційних хвороб”. Крім того, неможливість улаштувати дитину до дитячого садка/школи з вини вашої установи, може призвести до втрати мною роботи й відповідного фінансового збитку.

Тому прошу надати мені відповідь письмово й у найкоротший строк у зв'язку з необхідністю мого термінового виходу на роботу та відповідно до закону України «Про звернення громадян», для складання листа про порушення мого конституційного права до прокуратури, Президента України й подачі позовної заяви до суду⁴.

Підпис, дата

¹ Цю заяву, загалом, потрібно адресувати тим особам, які безпосередньо перешкоджають реалізації конституційного права на освіту. Якщо зав. дитячим закладом відмовляється приймати вашу дитину, то заяву потрібно адресувати до неї, змінивши відповідно текст. Однак за зрозумілих причин більшість батьків побажають все-таки відстоювати свої права саме в поліклініці, а не в садку, що також є цілком законним.

² Заява повинна бути зареєстрована в приймальні головного лікаря (ви повинні будете одержати вхідний номер) або відправлена рекомендованим листом з повідомленням про вручення.

³ Форма заяви може бути змінена, однак обов'язково повинні бути зазначені повністю ваші П.І.Б., адреса, дата. Якщо ви розраховуєте на термінову відповідь, обґрунтуйте це у вашому зверненні.

⁴ Відповідно до Закону України «Про звернення громадян», заява повинна бути розглянута та рішення за нею має бути ухвалене в термін до одного місяця. Цей термін може бути скорочений за вашою обґрунтованою письмовою вимогою.

Додаток 5. Зразок відмови від щеплень¹

Завідуючому поліклініки № ...,²
<П.І.Б. Завідуючого>
від батьків дитини <П.І.Б. дитини>
<П.І.Б. батька>, <П.І.Б. матері>

Заява

Я,<П.І.Б. батька>, заявляю про відмову від усіх профілактичних щеплень, а також проби Манту, флюорографії та інших профілактичних медичних маніпуляцій моєї дитини<П.І.Б. дитини>, окрім випадків термінової медичної допомоги за життєвими показаннями.

1) Відмовляюся від подальших вакцинацій, ревакцинацій та біопроб (Манту, Пірке) через наявність в їхньому складі одного (у деяких випадках – одразу декількох) з токсичних компонентів: солей ртуті, солей алюмінію, формальдегіду, фенолу. За результатами міжнародних досліджень ці речовини є причинами розвитку аутизму, хвороби Альцгеймера, раку, синдрому раптової дитячої смерті.

2) Відмовляюся від можливої вакцинації краснухи, гепатиту А, вітрянки з етичних міркувань через використання у виробництві вакцин диплоїдних клітин тканин абортіваних плодів людини.

3) Ця відмова є обміркованим та зваженим рішенням, прийнятим на підставі детального і всебічного вивчення питань, пов'язаних з вакцинацією, особистого досвіду, і цілком відповідає нормам діючого законодавства, зокрема:

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»:

Ст. 42 *Ризиковані методи ... профілактики ... визнаються допустимими, якщо вони ... застосовуються за згодою інформованого про їх можливі шкідливі наслідки пацієнта*

Ст. 43 *Щодо пацієнта, який не досяг віку 15 років, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників.*

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»:

Ст. 12 *Повнолітнім дієздатним громадянам профілактичні щеплення проводяться за їх згодою... Особам, які не досягли п'ятнадцятирічного віку..., щеплення проводяться за згодою їх батьків.*

Ознайомлений зі змістом Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», проінформований лікарем про можливі наслідки відсутності щеплень.

Також хочу звернути Вашу увагу, що вакцинопрофілактична діяльність Вашого медичного закладу суперечить законодавству України, оскільки внаслідок такої діяльності здоров'ю пацієнта може бути завдано шкоди через післявакцинальні ускладнення (Додаток 1 до Інструкції з Наказу МОЗ №48 від 03.02.2006), що заборонено статтею 42 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

У разі відкриття кримінальної справи за фактом спричинення вказаної шкоди комусь із пацієнтів, ця заява може служити обставиною, що обтяжує Вашу провину, бо є попередженням про факт порушення законодавства України.

Нагадую Вам, що інформація про факт цієї заяви стосується стану здоров'я громадянина, тому є лікарською таємницею і не підлягає розголошенню, відповідно до законодавства України.

Підпис, дата

¹ Законодавчо форма заяви про відмову від щеплень не визначена. Бланки відмов, що іноді пропонують батькам на підпис в поліклініках та школах, не що інше, як місцева самодіяльність. Тому, у випадку ухвалення Вами рішення про відмову від вакцинації, заява про це може бути складена у довільній формі, наприклад, у такій, що наведена вище.

² В залежності від конкретної ситуації, наприклад при відмові від щеплення у логовому будинку, наведений текст заяви можна змінити або скоротити.

О. Коток
БЕЗЖАЛЬНА ІМУНІЗАЦІЯ

переклад з російської ТО "Біла точка"
дизайн та верстка ТО "Біла точка"
коректор Л. Глушкова
технічний редактор В. Глушков

Коток Олександр
К Безжальна імунізація, – К.; Творче об'єднання «Біла точка»,
2008. – 568 с.

ББК 51.9
К73

Copyright © Олександр Коток, 2004
Copyright © Chuck Goodenough, 2004
(фото на обкладинці)

ISBN 978-966-96595-1-4



За кілька місяців до виходу цієї книги в болгарському містечку Боровець відбувся семінар, на якому виступав один з найбільших гомеопатів сучасності, автор трьох книг, що швидко стали світовими бестселерами, д-р Парфулл Віджейкар з Бомбея.

Він сказав: «Щеплення - найстрашніший вбивця (the greatest killer) дітей... Дитина народжується здоровою. Щеплення робить її хворою. Всі ми бачили у своїй практиці, як найважчі хвороби починаються після щеплень...»

Мені нема чого додати до цих слів.

Вибір залишається за батьками.

О. Коток «Безжальна імунізація»

ISBN 978-966-96595-1-4



9 789669 659506