



Г. П. Червонская

**ВАКЦИНАЦИЯ
БЕЗ ДИАГНОСТИКИ –
ПРОФИЛАКТИКА**

**В БОРЬБЕ
С ИНФЕКЦИОННЫМИ
БОЛЕЗНЯМИ**

ОСНОВЫ ВАКЦИНОЛОГИИ

Галина Петровна Червонская
Вакцинация без диагностики –
профанация в борьбе с инфекционными
болезнями. Основы вакцинологии

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=6149628

Вакцинация без диагностики – профанация в борьбе с инфекционными болезнями. Основы вакцинологии.: Академия изучения проблем национальной безопасности, ЦПФС «Единение»;

Москва; 2011

ISBN 978-5-8040-0087-6

Аннотация

Книга чётко и доступно отвечает на многие актуальные вопросы современной вакцинопрофилактики.

Книга будет интересна родителям, перед которыми стоят непростые вопросы о вакцинации своих детей. Какие существуют аргументы «за» и «против» прививок? Как юридически грамотно отстаивать свои права и права своего ребёнка при отказе от прививки? Каковы возможные последствия вакцинации без соответствующей предварительной иммунодиагностики? Какие права имеют родители согласно российскому законодательству о здравоохранении?

Также книга будет интересна и полезна медицинским работникам различного профиля, так как написана авторитетным учёным в области вирусологии и вакцинологии.

В качестве приложений в книге опубликованы законодательные акты, касающиеся иммунопрофилактики, и с этой точки зрения книга интересна адвокатам, юристам и чиновникам в области здравоохранения.

Содержание

Список сокращений	4
Об авторе	5
Рецензия I	7
Рецензия II	9
Рецензия III	10
Предисловие автора	11
Приложение 1	14
Приложение 2	17
Приложение 2	20
Часть I	21
Раздел I	21
К чему приводит отсутствие диагностики I у новорождённых?	21
Раздел II	26
Диагностика II – исследование состояния иммунной системы перед прививкой БЦЖ/БЦЖ-М	26
Раздел III	34
Опасная, непредсказуемая, ложноположительная реакция Манту	34
Осложнения на реакцию Манту	41
Раздел IV	44
Определение разных форм защиты от инфекционных болезней	44
IV.1. Генетика как первая форма-система фактической устойчивости к инфекционным болезням	44
IV.2. Вторая форма материнские антитела как временная защита от инфекционных болезней	45
IV.3. Третья форма защиты естественно при обретенная невосприимчивость к инфекционным болезням	46
IV.4. Массовая вакцинация как научно недоказанная и экономически Необоснованная медицинская помощь	50
Историко-аналитическая справка о проблемах вакцинации	53
Раздел V	61
Конец ознакомительного фрагмента.	62

Галина Петровна Червонская

Вакцинация без диагностики – профанация в борьбе с инфекционными болезнями. Основы вакцинологии

Список сокращений

- Ig** – иммуноглобулины;
ВГ – врождённый гипотиреоз;
ВДС – внезапная детская смерть;
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;
ВЧД – внутричерепное давление;
выд. авт. – выделено автором;
вып. – выпуск;
Г.П.Ч. – Галина Петровна Червонская;
ЖМЭИ – Журнал микробиологии, эпидемиологии, и иммунобиологии;
журн. – журнал;
к. б.н. – кандидат биологических наук;
к. м.н. – кандидат медицинских наук;
МБТ – микобактерии туберкулёза;
Мед. – Медицина;
МИБП – медицинские иммунобиологические препараты: вакцины, анатоксины, иммуноглобулины;
НМК – нарушение мозгового кровообращения;
ПВО – поствакцинальные осложнения;
прим. авт. – примечание автора (текст с разряженными буквами, либо же выделенный жирным шрифтом);
ПЦР – полимеразная цепная реакция;
ПЧЗТ – повышенная чувствительность замедленного типа;
РНКБ РАН – Российский национальный комитет по биоэтике Российской Академии Наук;
РПИ – расширенная программа иммунизации;
соавт. – соавторы;
СТД ВОЗ – серия технических докладов ВОЗ;
ФКУ – фенилкетонурия;
ЦНС – центральная нервная система;
ЧБД – часто болеющие дети.

Об авторе

*Врач должен быть ясным умственно, чистым нравственно и
опрятным физически*
А. П. Чехов

Галина Петровна Червонская – вирусолог с многолетним стажем. Начала свою научнопрактическую деятельность ещё будучи студенткой в лаборатории особо опасных инфекций, реорганизованную в Институт по изучению полиомиелита АМН СССР, позже – Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов (ИПВЭ) АМН, а сейчас – Экспериментально-производственное предприятие Института полиомиелита и вирусных энцефалитов РАМН имени академика М. П. Чумакова – создателя этого института. Здесь, освоив методы «культуральной вирусологии», принимала непосредственное участие в изготовлении первых серий отечественного варианта вакцины против вирусов полиомиелита (по первичной технологии д-ров Солка и Сейбина), а также в разработке и внедрении в нашей стране уникальной биологической модели – КУЛЬТУРЫ КЛЕТОК. Позже Галина Петровна защитила диссертацию по проблемам хронических вирусных инфекций (научный руководитель академик В. Д. Соловьёв) в **Институте эпидемиологии и микробиологии (ИЭМ) имени академика Н. Ф. Гамалеи АМН СССР**. Материалы её экспериментальных данных использованы в трёх монографиях (Моделирование и исследование хронических форм вирусных инфекций в культуре клеток. Медицина, 1974; Персистенция вирусов. Наука, 1979; Очерки по вирусной цитопатологии. Медицина, 1979). Затем 12 лет проработала в ГосНИИ стандартизации и контроля (ГНИИ контроля) медицинских биологических препаратов им. Л. А. Тарасевича Минздрава СССР, где делала всё возможное для совершенствования безнадежно устаревших методов оценки безопасности вакцин, используемых массово в детской практике здравоохранения. Поэтому закономерно, что докторская диссертация называлась: «Использование клеточных культур в системе доклинической оценки безопасности медицинских иммунобиологических препаратов».

Галина Петровна – автор более 100 научных публикаций, нескольких методических разработок, утверждённых Минздравом СССР и Федеральным центром Госсанэпиднадзора Минздрава СССР и России (1982, 1991, 1999). В методических инструкциях рассмотрены вопросы использования **культуры клеток** в качестве альтернативной биологической модели, заменяющей в медицинской практике и экспериментальных исследованиях лабораторных животных. Предложенная модель давно и широко используется ведущими странами мира, поскольку помогает получать более достоверные сведения о безопасности лекарственных препаратов, среди них – вакцин, а также пищевых продуктов, косметических средств, изделий медицинского назначения и др.

Г. П. Червонская является основным исполнителем двух изобретений (1984, 1986) и соавтором трёх монографий: **ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА**. РНКБ РАН. М., 1994; **ВВЕДЕНИЕ В БИОЭТИКУ**. М., 1998; **БИОЭТИКА: принципы, правила, проблемы**. М., 1998; автором трёх монографий: **ПРИВИВКИ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ**. Основы вакцинологии. 2002, 2003, 2004; **КАЛЕНДАРЬ ПРИВИВОК – ОШИБКА МЕДИЦИНЫ XX ВЕКА**. Основы вакцинологии. 2006, 2008; **ОБИЛИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КАК ПРИЧИНА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ**, 2007.

Галина Петровна принимала участие в разработке законов о здравоохранении РФ – «Основы законодательства об охране здоровья граждан» (1993), «О лекарственных средствах» (1998), но главный её труд в этой области – закон «**ОБ ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ**» (1998). Кроме того, Галина Петровна Червонская многие

годы являлась экспертом по проблемам поствакцинальных осложнений Комитета судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы. Сейчас, Галина Петровна продолжает консультировать юристов, врачей и родителей из других городов России, являясь независимым экспертом по различным проблемам вакцинологии.

Галина Петровна является членом Российского Национального комитета по биоэтике (РНКБ) РАН. Именно от этого комитета впервые вышел её обобщённый серьёзный многолетний труд в виде Доклада-сборника «Вакцинопрофилактика и права человека» (1994 г.). Завершила научно-практическую деятельность по изучению безопасности противовирусных препаратов лишь в 2004 году. Последние 20 лет, занимаясь преподавательско-просветительской деятельностью, она активно передаёт свои знания молодежи, не только медикам и биологам, но и всем тем, кто хочет получить исчерпывающую информацию по вопросам **вакцинологии**, чтобы принимать осознанное и добровольное решение при любой прививке как профилактическом медицинском вмешательстве в индивидуальную и неповторимую природу каждого из нас. С этой целью книга написана языком научно-популярной литературы, дабы пробудить интерес разных слоёв граждан нашей страны, действительно озабоченных сохранением здоровья детей России, к этой неоднозначной проблеме, находящейся на стыке многих дисциплин и не только практической медицины.

Рецензия I

Организм человека чрезвычайно сложен, а иммунная система, в силу специфики своего предназначения, является одной из наиболее чувствительных к воздействию внешних факторов. Прививка – это мощный фактор внешнего воздействия, искусственное вмешательство в работу иммунной системы. А любое серьёзное вмешательство в работу организма требует тщательной подготовки и компетентных предварительных исследований и обоснований в каждом конкретном случае, для каждого конкретного человека. И, главное, современные исследования в области иммунологии говорят о необходимости **иммунодиагностики** как неотъемлемой составляющей иммунопрофилактики и о низком (относительно ведущих стран) качестве вакцин, применяемых на территории нынешней России. Существуют категории людей, которым та или иная прививка действительно необходима. Однако среди всего человечества большинство таких, которым прививки абсолютно не нужны в силу генетических особенностей их иммунной системы.

С начала применения первой вакцины специалисты в области медицины и биологии разделились на четыре непримиримых лагеря: ярых сторонников и неоднозначных противников вакцинации. Автор книги «Вакцинация без диагностики – профанация в борьбе с инфекционными болезнями. Основы вакцинологии» Галина Петровна Червонская не утверждает, что прививки однозначно приносят только вред или только пользу. Она является авторитетным критиком

несовершенства существующей системы прививок в нашей стране, категорически выступая против массового применения этих лекарственных профилактических препаратов, а так же вакцинации новорождённых в роддомах и применения живых вакцин в практике детского здравоохранения. Это вопиющее несовершенство довольно часто приводит к трагическим последствиям. Насколько часто? К сожалению, точного ответа на данный вопрос дать нельзя ввиду отсутствия соответствующей статистики в открытых источниках: «Связь значительного процента смертности новорождённых с вакцинацией не доказана, но **этим всерьёз никто и не занимался...** Вместе с тем, были специалисты – категорические противники прививок в роддомах», – пишет Галина Петровна. Фраза говорит о существующем равнодушии в подходе к данной проблеме со стороны вакцинаторов и организаторов детского здравоохранения. И отсутствие официальной статистики о размерах негативных последствий массовых вакцинаций не говорит о том, что проблемы не существует. Во второй части своей книги Галина Петровна публикует письма от специалистов и родителей, столкнувшихся с этой проблемой, к сожалению, не на словах.

С одной стороны, новая книга Галины Петровны написана языком, предельно простым, чтобы доступно изложить специфический материал для тех, кто не имеет медицинского образования. Она будет интересна родителям, перед которыми стоит непростой вопрос о вакцинации своих детей либо отказе от неё. Какие существуют аргументы «за» и «против» прививок? Как юридически грамотно отстаивать свои права и права своего ребёнка при отказе от прививки? Каковы возможные последствия вакцинации без соответствующей предварительной иммунодиагностики? Какие права имеют родители согласно российскому законодательству о здравоохранении?

С другой стороны, книга написана авторитетным учёным в области вирусологии и вакцинологии, поэтому будет интересна и полезна медицинским работникам различного профиля. В качестве приложений в книге опубликованы законодательные акты, касающиеся иммунопрофилактики, и с этой точки зрения книга интересна также адвокатам, юристам и чиновникам от здравоохранения.

Галина Петровна Червонская – компетентный специалист в области вакцинологии, учёный-практик, автор и соавтор большого количества научных трудов и практических методик. Она внесла большой вклад в создание современной российской законодательной базы в области здравоохранения. Её точка зрения на рассматриваемые в книге вопросы является взглядом настоящего профессионала, плодом многолетнего труда Учёного и Гражданина с большой буквы, небезразличного к судьбам детей своей страны.

Сороколетов Сергей Михайлович, доктор медицинских наук, действительный член Академии изучения проблем национальной безопасности

Рецензия II

Галина Петровна Червонская – выдающийся специалист в своём деле, а главное, замечательный человек, потому как посвятила себя помощи и просвещению как родителей, так и специалистов в таком неоднозначном вопросе как вакцинопрофилактика.

Автор книги рассматривает вопросы вакцинопрофилактики не с «традиционной» позиции «поголовной и всепоглощающей вакцинации», а трезво оценивает последствия и аргументированно доказывает свою позицию. Галина Петровна акцентирует внимание читателя на безответственном отношении к вопросам иммунизации, ставшем уже наболевшим для очень многих. Кажущийся неактуальным вопрос о прививках всё чаще становится острой проблемой, а для кого-то и личной трагедией.

В книге подробно рассматриваются возможные осложнения после прививок и способы их профилактики, а также приводятся в пример письма от родителей, чьи дети пострадали вследствие серьёзных поствакцинальных осложнений.

Как врач, получивший классическое медицинское образование, могу сказать, что сведения о составе прививок и осложнениях, приводимые в монографии, не афишируются официальными медицинскими изданиями. Прекрасно понимаю ценность официальных сведений по регистрации поствакцинальных осложнений. Как мать, прочувствовала бездумное следование врачей «конвейеру» по вакцинации, «планам» по прививкам, а также полное отсутствие индивидуального подхода.

Эта книга должна быть у ВСЕХ родителей!!! Её должны прочитать не только врачи в детских поликлиниках и больницах, но и воспитатели детских садов. От нас слишком часто скрывается информация о негативных последствиях прививок. Вакцинация без диагностики подрывает здоровье наших детей, делая их больными и инвалидами. Я считаю, что эта книга ценна тем, что заставляет родителей задуматься об ответственности за здоровье своих детей.

Горанская Светлана Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент, действительный член Академии изучения проблем национальной безопасности

Рецензия III

Любое достижение человечества при определённых условиях может быть не только благом, но и нести черты зла; любое изобретение, при его неумеренном, неграмотном применении может приносить не только пользу, но и вред. В полной мере это относится и к проблемам вакцинации, одна из которых – серьёзная этическая проблема, связанная с несопадением интересов родителей, участковой медицины и эпидемиологической службы.

Автор этой книги – **Галина Петровна Червонская** – высококвалифицированный специалист в области вакцинологии, проявляющий по-настоящему гражданственный подход к делу. Суть дела для неё важнее ведомственных интересов, а в разногласиях и конфликтах между санитарно-эпидемиологической службой и родителями она, безусловно, действует в интересах каждого конкретного ребёнка.

Предлагаемая Вашему вниманию книга – многолетний труд, наиболее полный и квалифицированный среди изданий, посвящённых столь важному медико-биологическому и социальному явлению как прививки. По существу, более чёткого и честного изложения этих проблем для широкого круга читателей ещё не было. Возможно, что некоторые её разделы отдельным читателям покажутся сложными. Но ведь главное назначение этой книги – не развлекательное чтение, а жизненно важное путеводительство в проблеме, которая затрагивает каждую семью.

Следует признать и справедливость выводов, сделанных Галиной Петровной, о том, что «стремительно развиваясь, **новая иммунология** (основанная на современных подходах), возвращённая на классической **старой** – «прививочной», – не привнесла ни теоретических, ни практических достижений в иммунологию инфекционных болезней, в раздел вакцинологии». Поэтому до сих пор в России ни **ИММУНОДИАГНОСТИКА**, ни **ГЕНЕТИКА** не нашли своего признания при осуществлении вакцинации.

Книги Галины Петровны должны стать настольными справочниками для всех педиатров-вакцинаторов, а так же иммунологов, занимающихся вопросами прививок.

Д. В. Колесов, академик РАН, педиатр-физиолог

Предисловие автора

В последние 15–20 лет постоянно встречаешься с заявлениями о том, что именно в связи с перестройкой в России «повысилась детская смертность... ухудшилось здоровье нации» и т. д. Или: «из-за антипрививочной кампании все граждане СССР отказались от прививок» и будто бы по этой причине «пришла эпидемия дифтерии»... И никого всерьёз не интересовали вопросы: была ли «кампания против прививок» и почему возникла «эпидемия» всего лишь дифтерии? Мало ли других многочисленных возбудителей инфекционных болезней, почему-то не проявивших себя? Почему?

Или вот ещё «глубокая мысль», высказанная, в том числе и с телеэкрана одним из ярких вакцинаторов нашей страны В. К. Таточенко: «**ДИАГНОСТИКА** – бредовая идея... кто этим будет заниматься хоть ДО, хоть ПОСЛЕ прививок, кому нужно это... нововведение?»

Нас в своё время учили по-другому... Поэтому для меня **ИММУНОДИАГНОСТИКА** не является «нововведением».

Во-первых, **ДИАГНОСТИКА** необходима для сохранения здоровья **ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА**. Подразумевалась вакцинация исключительно здоровых детей. С той же целью существовало немалое количество **ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ** к введению любых вакцин (Приложения 4, 5), в том числе и для того, чтобы **НИ В КОЕМ СЛУЧАЕ (!)** не прививать малышей «с нарушениями состояния здоровья», как рекомендуют современные отечественные вакцинаторы (16–19, 38).

Во-вторых, **ДИАГНОСТИКА** важна для определения **ФАКТА ЗАЩИТЫ** конкретного ребёнка от инфекционной болезни (или болезней), поскольку **ПРИВИТЬ – НЕ ЗНАЧИТ ЗАЩИТИТЬ**. Обязательно должно быть известно: а состоялась ли защита (1–6)? После прививок осповакциной у многих оставались «оспённые знаки», что и являлось **ДИАГНОСТИКОЙ** – показателем защиты против этой инфекционной болезни.

В-третьих, важно знать **СТЕПЕНЬ ЗАЩИТЫ**, чтобы не вводить растущему организму дополнительные ненужные чужеродные белки с чужеродной генетической информацией, а также химические вещества, входящие в состав вакцин, опасность которых давно установлена. И это далеко не всё для того, чтобы провести **ЭФФЕКТИВНУЮ ВАКЦИНАЦИЮ** (1–7). И нет здесь никакого «нововведения», всё давным-давно применяется (Приложения 9–11). Только вот в нашей стране полвека внедрить в практику не можем благодаря всё тем же вакцинаторам и чиновникам от санэпидслужбы, которые в период перестройки достигли определённых карьерных высот, а всё также ничего не умеют делать и не хотят...

Так что и здесь «Новое – хорошо забытое старое». Например, согласно материалам съездов и конгрессов вирусологов, бактериологов, эпидемиологов, инфекционистов (1–7), а также ссылаясь на многочисленные инструкции и приказы (4–7), существовавшие уже в 60-е годы прошлого столетия, разносторонняя **ДИАГНОСТИКА**, применительно к прививкам, считалась неотъемлемым звеном в установлении **ФАКТИЧЕСКОЙ ЗАЩИЩЁННОСТИ ГРАЖДАН** от инфекционных болезней (1–5).

Стоит упомянуть хотя бы **ПРИКАЗ № 260** от апреля 1960 г. о создании в СССР прививочных кабинетов, которые должны были «возглавлять **ВРАЧИИММУНОЛОГИ**, владеющие практическими основами иммунологии инфекционных болезней...». Кабинетов «по прививкам» создано невероятное количество (в теперешней России в десятки раз больше, чем в бывшем СССР), а так называемые «иммунологи», работающие в них, продолжают определять функции иммунной системы как ДО, так и ПОСЛЕ прививок... визуально, подобно ясновидящим и знахарям.

О ПРИКАЗЕ № 260 упоминается во многих монографиях (6, 7), но в Минздраве его... потеряли, ищут до сих пор..., а на дворе 2011 год!

В те же 60-е было известно и о высоком проценте **ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ** в СССР. Говорили прямо противоположное, но, судя по Приложению 6, такое положение не очень-то и засекречивалось.

Более того, уже в те годы было известно и о том, что именно «**НЕОНАТАЛЬНАЯ ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ИМЕЕТ НАИБОЛЬШИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС В СТРУКТУРЕ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЦЕЛОМ...**» (8, 2, 22). Связь значительного процента смертности новорождённых с вакцинацией не доказана, но этим всерьёз никто и не занимался (не было соответствующих указаний!). Вместе с тем, были специалисты – категорические противники прививок в роддомах. На них, например, ссылаются педиатры-клиницисты В. П. Брагинская и А. Ф. Соколова (7, 1977). Позже в своих монографиях я поместила некоторые материалы таких иммунологов и педиатров (3). Думаю, теперь бы и их причислили к «противникам прививок»...

Негласное предписание о «допустимой потере... новорождённых» существует в нашей стране и сейчас.

«Повышение рождаемости» не может считаться «улучшением демографической ситуации в России»: детей надо сохранить, не превратив их в глубоких инвалидов, в том числе и с помощью вакцин, начиная с роддомов...

Напомним, **НЕОНАТОЛОГИЯ** – раздел педиатрии, изучающий индивидуальные особенности и болезни детей 1-го месяца жизни (8.2).

Так что, если исходить только лишь из **ОСНОВ НЕОНАТОЛОГИИ**, то **НЕ МОЖЕТ И НЕ ДОЛЖНО БЫТЬ НИКАКОЙ ВАКЦИНАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ**, тем более, в первые часы, как проводили массово новорождённым более 10 лет в России (против гепатита В), и первые дни жизни ребёнка (БЦЖ/БЦЖ-М).

Выделение **НЕОНАТОЛОГИИ** в самостоятельный раздел педиатрии произошло тоже в 60-е XX века (8, 12–14, 21), но вакцинаторы и чиновники Минздрава до сих пор и об этом, видимо, не знают...

Читаем: «Необходимо привлечение современных технических средств для **РАСШИРЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ У НОВОРОЖДЁННЫХ** наследственных заболеваний и болезней с наследственной предрасположенностью... используя пуповинную кровь для выявления **ФЕНИЛКЕТОНУРИИ (ФКУ), МУКОВИСЦИДОЗА, ГИПОТИРЕОЗА** и др... с выдачей родителям «**ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПАСПОРТА РЕБЁНКА**», т. е. подобная **ДИАГНОСТИКА** должна проводиться уже в роддомах (8, 12, 13, 25, 37). По всем законам логики эта **ДИАГНОСТИКА** должна происходить **ДО** любой *профилактики здоровья*, и прежде всего – **ДО ПРИВИВОК!**

Может кто-то подскажет, какое родовспомогательное учреждение в России выдаёт «**ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ РЕБЁНКА**»?!

Наряду с положением, бытующим у нас, «Во многих ведущих странах мира давно осуществляется **МАСССОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ВСЕХ НОВОРОЖДЁННЫХ** на наиболее часто встречающиеся врождённые и наследственные заболевания: ФКУ, муковисцидоз, гипотиреоз, галактоземию и т. д.» – и многие другие многочисленные трагические состояния здоровья современных новорождённых (10–13).

В бывшем СССР учётом той или иной патологии **ДО** прививок служил перечень **ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ** к введению любых вакцин, например, к БЦЖ и БЦЖ-М; к АКДС и её так называемым «ослабленным вариантам» (Приложения 4, 5). Как видим, в **ПРОТИВО-**

ПОКАЗАНИЯХ к вакцине против туберкулёза **ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ** обозначены, например, как «**ИММУНОДЕФИЦИТЫ**» и «**ФЕРМЕНТОПАТИИ**».

До конца 90-х прошлого века разработанные и «**НАУЧНО ОБОСНОВАННЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**» (7, 14, 15) были утверждены Минздравом СССР и оформлены в виде Приложений 4 и 5. Правда, справедливости ради, следует отметить, что из-за отсутствия материально-технической базы (отсутствует, и по сей день!) многое из того, что было принято в приказном порядке на бумаге, практически не осуществлялось.

Наступил 2011 год, **НИЧЕГО НЕ ИЗМЕНИЛОСЬ!** Стало ещё хуже, поскольку начали осуществлять «**плановые прививки детей с нарушением состояния здоровья...**» (16–19, 38).

Отечественные доктора, имевшие отношение к прививкам, к сожалению, уходившие из жизни в конце 60–70-х XX века, понимая нереальность выявления всех противопоказаний, свято чтили постулат Гиппократов «**НЕ НАВРЕДИ**» (7, 14, 15, 22, 29, 40, 43 и др.), относясь к вакцинам крайне осторожно. Они старались учитывать индивидуальности развития и состояние здоровья каждого ребёнка, **НЕ ПРИЕМАЯ МАССОВОСТИ ЭТОГО МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА** (15), а также **РАСШИРЕНИЯ КАЛЕНДАРЯ ПРИВИВОК** (14).

Допускаю, не могли осуществлять составление **ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПАСПОРТА**, как и **ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО**, в 60–70 годы, но на дворе **ТРЕТЬЕ ТЫСЯЧЕЛЕНИЕ**. Отовсюду слышим о новых технологиях... нанопроектах, однако мы ничего не знаем и знать не хотим (!) о генетическом и иммунологическом **НЕЗДОРОВЬЕ** новорождённых России, хотя методических разработок (как надо, «перспективно и актуально») несть числа...

Пора бы уж нам отойти от декрета Ленина 1919 г. «о массовой вакцинации против оспы»... от потрясающе преступной установки: «**вакцинируем детей в роддомах... из-за удобства с организационной точки зрения**» (16–19), т. е. откровенно и цинично: **НЕ ВО БЛАГО ЗДОРОВЬЯ** конкретного ребёнка!

Таким образом, для новорождённых, согласно **ОСНОВАМ НЕОНАТОЛОГИИ**, необходимо *наблюдение* (**НЕ ВАКЦИНАЦИЯ!**) и «*диагностика наследственных заболеваний болезней с наследственной предрасположенностью*» (10–13). Условно обозначим эту форму помощи оздоровления нации **КАК «ДИАГНОСТИКА I»**.

Приложение 1

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

“Об иммунопрофилактике инфекционных болезней”

(1998 г. в редакции от 08.12.2010)

(выдержки)

Настоящий Федеральный закон устанавливает правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации.

Статья 4. Государственная политика в области иммунопрофилактики

1. Государственная политика в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней.

2. В области иммунопрофилактики государство гарантирует: доступность для граждан профилактических прививок;

бесплатное проведение профилактических прививок, включённых в «национальный календарь» профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения;

социальную поддержку граждан при возникновении поствакцинальных осложнений;

разработку и реализацию федеральных целевых программ и региональных программ;

использование для осуществления иммунопрофилактики эффективных медицинских иммунобиологических препаратов;

государственный контроль качества, эффективности и безопасности медицинских иммунобиологических препаратов;

поддержку научных исследований в области разработки новых медицинских иммунобиологических препаратов;

обеспечение современного уровня производства медицинских иммунобиологических препаратов;

государственную поддержку отечественных производителей медицинских иммунобиологических препаратов;

включение в федеральные государственные образовательные стандарты подготовки медицинских работников вопросов иммунопрофилактики;

совершенствование системы статистического наблюдения;

обеспечение единой государственной информационной политики;

развитие международного сотрудничества.

Статья 5. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики

1. Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на:

получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, **возможных поствакцинальных осложнений**;

выбор государственных, муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой;

бесплатные профилактические прививки, включённые в «национальный календарь» профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;

медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками, получение квалифицированной медицинской помощи в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках «Программы» государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений; **отказ от профилактических прививок.**

2. Отсутствие профилактических прививок влечёт:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приёме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения **в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;**

отказ в приёме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

3. При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны:

выполнять предписания медицинских работников;

в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.

Статья 9. Национальный календарь профилактических прививок

1. Национальный календарь профилактических прививок включает в себя профилактические прививки против гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулёза, эпидемического паротита, гемофильной инфекции и гриппа.

2. Национальный календарь профилактических прививок, сроки проведения профилактических прививок и категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации, утверждаются федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Статья 10. Профилактические прививки по эпидемическим показаниям

1. Профилактические прививки по эпидемическим показаниям проводятся гражданам при угрозе возникновения инфекционных болезней, перечень которых устанавливает федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения.

Статья 11. Требования к проведению профилактических прививок

1. Профилактические прививки проводятся **с согласия граждан, родителей** или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний.

Статья 18. Право граждан на социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений

1. При возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право на получение государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций, пособий по временной нетрудоспособности.

2. Финансовое обеспечение выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций является расходным обязательством Российской Федерации.

Статья 19. Государственные единовременные пособия

1. При возникновении поствакцинального осложнения гражданин имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 10 000 рублей.

2. Перечень поствакцинальных осложнений, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

2. В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, право на получение государственного единовременного пособия в размере 30 000 рублей имеют члены его семьи.

Статья 20. Ежемесячные денежные компенсации

Гражданин, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения, имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 1 000 рублей.

Статья 21. Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребёнком в возрасте до 15 лет при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением

Один из родителей (иной законный представитель) или иной член семьи имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребёнком в возрасте до 15 лет при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, за весь период амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребёнком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении в размере, установленном федеральным «законом».

Приложение 2

Зарегистрировано в Минюсте РФ 28 апреля 2009 г. № 13846

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 26 января 2009 г. № 19н

О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них

В соответствии с пунктом 5.2.101 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утверждённого Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898), и в целях профилактики и снижения инфекционных заболеваний, управляемых средствами специфической профилактики у детей в Российской Федерации, приказываю:

1. Утвердить рекомендуемый образец добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них согласно приложению.

2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации использовать образец добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них, утверждённый настоящим Приказом, при организации работы по проведению профилактических прививок.

Министр Т. А. ГОЛИКОВА

Приложение к Приказу Минздравсоцразвития России
от 26 января 2009 г. № 19 н

Рекомендуемый образец

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ

1. Я, нижеподписавшийся(ая) _____

_____,
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего, больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

_____, года рождения,
(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от неё;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости – медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» <1> отсутствие профилактических прививок влечёт:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приёме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приёме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок» <2>).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки _____

_____,
(название прививки) возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от неё, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и: **добровольно соглашаюсь на проведение прививки <3>**

(название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения прививки

_____)

(название прививки)

несовершеннолетнему _____

_____.
(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(ая) <4> _____

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Дата _____

(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата _____

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 38, ст. 4736; 2000, № 33, ст. 3348; 2003, № 2, ст. 167; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 1 (ч. I), ст. 25; 2006, № 27, ст. 2879; 2007, № 43, ст. 5084; № 49, ст. 6070; 2008, № 30 (ч. II), ст. 361; № 52 (ч. I), ст. 6236; 2009, № 1, ст. 21.

<2> Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3766.

<3> Нужно подчеркнуть.

<4> Заполняется для несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет.

Приложение 2

ПОСТАНОВЛЕНИЕ № 12

г. Москва «02» ноября 2000 г.

Об отмене постановления № 33 от 13 августа 1992 г.

«О запрещении приёма в детские дошкольные учреждения и школы детей, непривитых против туберкулёза, полиомиелита, дифтерии, коклюша, кори, столбняка».

Я, главный государственный санитарный врач по г. Москве Филатов Николай Николаевич, рассмотрев постановление № 33 от 13 августа 1992 г. «О запрещении приёма в детские дошкольные учреждения и школы детей, непривитых против туберкулёза, полиомиелита, дифтерии, коклюша, кори, столбняка»,

УСТАНОВИЛ:

в связи с выходом Федерального закона № 157 от 17 сентября 1998 г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» вышеуказанное постановление противоречит статье 5 закона.

Учитывая вышеизложенное и во исполнение Федерального закона № 157 от 17 сентября 1998 г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», —

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Отменить постановление главного государственного санитарного врача г. Москвы № 33 от 13 августа 1992 г. «О запрещении приёма в детские дошкольные учреждения и школы детей, не привитых против туберкулёза; полиомиелита, дифтерии, коклюша, кори, столбняка».

2. Контроль за выполнением настоящего Постановления возлагается на главных государственных врачей по административным округам.

Главный
государственный санитарный врач по г. Москве



Н. Н. Филатов

Часть I

Раздел I Диагностика I

К чему приводит отсутствие диагностики I у новорождённых?

Пример первый – наличие фенилкетонурии (ФКУ).

Даже ВОЗ рекомендует (10, 20) проводить скрининг (выявление) ФКУ у ВСЕХ НОВОРОЖДЁННЫХ до их выписки из клиники, госпиталей (у нас – из роддомов). Важность и обязательность такой ДИАГНОСТИКИ диктуется временем и обуславливается тем, что существуют эффективные и простые методы ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НЕОБРАТИМЫХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ (10–13).

Срок проведения ДИАГНОСТИКИ на ФКУ соответствует 2–7 суткам после рождения («лучше в возрасте 1–2 дня от роду» – рекомендации ВОЗ) с последующим переводом детей на НАДЛЕЖАЩУЮ ДИЕТУ. Результаты проведённых исследований с положительным ответом на наличие ФКУ обосновывают применение особой диеты ни в коем случае не позднее 4-х недель.

При соблюдении контроля за правильным питанием таких новорождённых, а также за уровнем фенилаланина, можно избежать регрессии (ухудшения) нарушений со стороны центральной нервной системы (ЦНС). При несоблюдении необходимых предписаний У ДЕТЕЙ РАЗВИВАЮТСЯ НЕОБРАТИМЫЕ ТЯЖЁЛЫЕ ПОРАЖЕНИЯ с признаками НАРУШЕНИЯ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ. Невралгические симптомы характеризуются тремором, нарушением походки, атетозом («непроизвольными, медленными, стереотипно-вычурными движениями конечностей и мышц лица»), а также широко обсуждаемым в последние 20 лет АУТИЗМОМ.

Встречается 1 случай на 10 тыс. новорождённых.

Очевидно, в России такие дети не рождаются, если ВМЕСТО ДИАГНОСТИКИ I и без учёта ПРОЦЕССА АДАПТАЦИИ (не менее 7-и дней после рождения) их «сажают на иглу» и начинают «спасать» от гепатита В (через 2–3 часа после рождения – ЗАЧЕМ?), и ведь «спасали» 12 лет с 1996 по 2008 г.г., и от туберкулёза (на 3–5-е сутки).

Напомню, ДИАГНОСТИКА I проводится без каких-либо дополнительных уколов, используется кровь из пуповины. Но и здесь мы «впереди планеты всей»:

- а) в наших роддомах кровь берут из **пальчика ножки** или из **пяточки**;
- б) проба отправляется в спецлаборатории с задержками...

Само собой, вакцины – не помощники в соблюдении «надлежащей диеты». Они не только не предупреждают «необратимые психические нарушения», но способствуют их развитию, в том числе и у «практически здоровых детей» (1–3, 6–8, 20, 21).

Так что на 1 млн. детей, родившихся в России за один год, 100 из них – с ФКУ и обеспечены умственной отсталостью и задержкой психомоторного развития. Почему? Да потому, что:

а) ДИАГНОСТИКА подобного рода существует лишь в Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске, ну, может, ещё в 2–3-х городах нашей необъятной Родины;

б) но и в этих городах пробы из роддома отправляют в спецлабораторию, из которой ответы приходят с большим опозданием, когда говорить о «надлежащей диете» слишком поздно...

Пример второй – наличие муковисцидоза.

«У нас, к сожалению, на сегодняшний день не только родители, но и многие врачи не знают о существовании МУКОВИСЦИДОЗА», – говорит в интервью профессор, руководитель Московского Центра МУКОВИСЦИДОЗА Н. И. Капранов (АиФ. ЗДОРОВЬЕ, № 37, 2005).

2005 год!!!

Согласно мировой практике и статистике, 50 % с МУКОВИСЦИДОЗОМ умирают в первые месяцы жизни. Некоторые доживают до 20–35 лет. Больные старшего возраста – единицы (11–13).

ЕСЛИ БОЛЕЗНЬ СВОЕВРЕМЕННО НЕ ДИАГНОСТИРОВАТЬ и не применять никаких мер по её лечению, то ребёнок не живёт более 2–6 лет (Н. И. Капранов).

Симптомы: плохая прибавка веса, несмотря на прекрасное питание и хороший аппетит, отставание в физическом развитии, наблюдаются повторные затяжные бронхиты, пневмонии, хронический кашель. В 100 % случаев развивается эмфизема лёгких.

Кишечные проявления МУКОВИСЦИДОЗА связаны с нарушением активности ферментов поджелудочной железы (11–13).

ДИАГНОСТИКА: ребёнку делается ПОТОВАЯ ПРОБА, но... «зачастую заболевание диагностируется неправильно, поэтому соответствующее лечение опаздывает, а это ведёт к тому, что продолжительность жизни ребёнка заметно сокращается» (11–13; Н. И. Капранов).

ПОТОВУЮ ПРОБУ следует делать и больным с бронхиальной астмой (11–13).

П о п у л я ц и о н н а я ч а с т о т а 1 случай на 2 500 родившихся.

Пример третий – врождённый гипотиреоз (ВГ).

Оптимальный срок взятия крови на 3–5-й день после рождения.

У недоношенных детей проба делается на 1–1,5 недели позже.

«Родителям следует поинтересоваться медицинской картой своего ребёнка для того, чтобы удостовериться, что вашему ребёнку этот анализ сделан. В медицинской карте должен быть вклеен листочек, а в нём аббревиатура «ВГ» и «ФКУ»; «ВГ» – врождённый гипотиреоз» (О. Б. Безлепкина. Институт эндокринологии РАМН. АиФ. Здоровье, № 19, 2005).

В основе ГИПОТИРЕОЗА лежит недостаточная выработка гормонов щитовидной железой. При этом заболевании в организме замедляются все процессы, отмечается склонность к частым инфекционным болезням, что обусловлено отсутствием стимулирующего влияния ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ на НЕЙРО-ЭНДОКРИННУЮ и ИММУННУЮ СИСТЕМЫ.

В России число больных ГИПОТИРЕОЗОМ растёт из года в год. По статистике («вряд ли достоверной», – подчёркивает специалист в АиФ. Здоровье, № 39, 2005) у нас страдают этой патологией в «скрытой форме не менее 10 % женщин и 3 % мужчин...».

Ну какие прививки в роддомах!!!

Поражением зачатков щитовидной железы страдают «в скрытой форме» – С РОЖДЕНИЯ (!), но никто и не пытается раскрывать наличие подобного дефекта...

САМОЛЕЧЕНИЕ НЕДОПУСТИМО! Необходимо осуществление постоянного контакта с эндокринологом. Вместо этого... «поголовная активная вакцинация» (16–19).

П о п у л я ц и о н н а я ч а с т о т а в Р о с с и и: 1 случай на 4 тыс. новорождённых.

Примечательно, что в Японии это заболевание встречается почти в 2 раза реже (1 случай на 7 тыс.), а в Африке и того меньше и т. д.

Чаще страдают девочки, у них эта патология проявляется в 2 раза чаще, чем у мальчиков.

Пример четвёртый – галактоземия.

Самыми первыми и частыми симптомами, проявляющимися у новорождённых уже в первые дни ПОСЛЕ ПРИЁМА МОЛОКА: рвота, диарея; характерна рано развивающаяся катаракта, желтуха и ещё многое другое, очень подробно описанное в отечественных и зарубежных справочниках (10–13).

При **РАННЕМ НАЗНАЧЕНИИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ДИЕТЫ ДЕТИ РАЗВИВАЮТСЯ НОРМАЛЬНО** (12), без неё **ГАРАНТИРОВАНА УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ**.

П о п у л я ц и о н н а я ч а с т о т а 1 случай на 47 тыс.

Ну и т. д., и т. д., и т. д. И нигде, ни в одной справочной специальной литературе не рекомендуется **ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА**... после прививок. При этом универсальная отговорка отечественных вакцинаторов: «Мы делаем, как во всём мире» – является откровенной фальсификацией.

По данным научных комитетов ООН каждый десятый на Земле человек рождается теперь с каким-либо генетическим недугом (11–13, 20, 21). Так, уже в конце 80-х XX века считалось, что известно более трёх тысяч наследственных заболеваний и «...список этот пополняется ежегодно... при рождении проявляется только четверть наследственных поражений, к трём годам – три четверти, **и более 90 % – к завершению полового созревания...**» (20, 21).

Мы же, вопреки здравому смыслу, именно в этот период – с первых дней и до «завершения полового созревания» – делаем всё, чтобы дети России «от рождения до трёх лет стали психическими и физическими инвалидами... поскольку, к сожалению, существует огромный разрыв между достижениями в зарубежной генетике и в СССР..., а Минздрав СССР вообще не знает такой специальности как «медицинская генетика» (21). Последнее было написано в 1987 г. после проведения круглого стола ведущими отечественными генетиками (21). Прошло почти 25 лет, разве что-то изменилось?!

В Японии генетическая медицинская служба осуществляет **СКРИНИНГ НОВОРОЖДЁННЫХ** на **ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ** охватом до 90–99,6 %.

В США проводят медико-генетическое консультирование, скрининг новорождённых осуществляется почти по всем известным генетическим повреждениям от 85 до 100 % (зависит от штата).

Во Франции обследуются 99,6–100 % новорождённых.

В Канаде, в Бельгии, в Нидерландах и других государствах к генетическим **МЕДИЦИНСКИМ ЦЕНТРАМ** предъявляют следующие оптимальные требования:

– клинический генетик должен иметь врачебное образование (**ЖЕЛАТЕЛЬНО ПЕДИАТРИЧЕСКОЕ**);

– быть подготовленным по всем современным проблемам генетики;

– иметь **НАВЫКИ РАБОТЫ В АСЕПТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**;

– владеть МЕТОДАМИ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ КЛЕТОК – КУЛЬТУРАЛЬНЫМИ МЕТОДИКАМИ для проведения работ на клеточном уровне, в первую очередь по цитогенетике.

Об использовании КУЛЬТУРЫ КЛЕТОК – методов *in vitro* в медицинских исследованиях у меня написаны целые главы, поскольку сама являюсь, начиная со студенческой скамьи, «КУЛЬТУРАЛЬНЫМ ВИРУСОЛОГОМ» (3).

В ЗАДАЧИ медицинского центра входят: постановка диагноза по генетическим поражениям; определение прогноза здоровья потомства и рекомендации относительно дальнейшего деторождения; проведение популяционного скрининга генетических заболеваний; исследование эпидемиологии врождённых пороков и влияния тератогенных факторов; составление регистра наследственных болезней в стране, где находится центр; активное пропагандирование СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ... (20). В этом же обзоре ВОЗ (20) приводится пример того, как в Канаде отлично организована служба лечения маленьких пациентов с некоторыми метаболическими дефектами, и в первую очередь с ФКУ, в... Национальном Центре Питания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ СНИЖАЕТ ПРОЦЕНТ НЕОБРАТИМЫХ ТЯЖЁЛЫХ ПОРАЖЕНИЙ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ.

В России, как известно, вместо научно обоснованного подхода к здоровью современных детей в последние 20 лет распространяется очередная преступная глупость: «вакцинировать всех подряд» (чем больше охват, тем безопаснее будто бы ситуация по инфекционным болезням – прим. авт.)... в том числе и детей из «ГРУППЫ РИСКА» (16–19, 38). И это при том «ОБИЛИИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ», наблюдаемых педиатрами-клиницистами на протяжении нескольких десятков лет (1–4, 7, 22)?!

Время бежит..., а «ВЫДАЧА РОДИТЕЛЯМ В РОДДОМАХ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПАСПОРТА РЕБЁНКА» (8.3, с. 7, 11) так и остаётся в России ф а н т а с т и к о й...

А теперь скромненько, чисто арифметически подсчитаем, сколько может быть в России УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ как результата поспешно-необдуманной массовой вакцинации новорождённых БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И СВОЕВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К НИМ.

Как говорит один из примитивных вакцинаторов нашего Отечества Озерцовский (кстати, не делающий прививки своим внукам!): «давайте пофантазируем»... Его фантазии и безответственное фронтёрство усугубляют трагическую «ситуацию по обилию поствакцинальных осложнений» (7).

Условно представим, что в России за ОДИН ГОД рождается 1 млн. малышей. Следовательно:

ФКУ – 1:10 тыс., т. е. на 1 млн. – 100 новорождённых;

МУКОВИСЦИДОЗ – 1:2,5 тыс., т. е. на 1 млн. – 400 новорождённых;

ГИПОТИРЕОЗ – 1:4 тыс., т. е. на 1 млн. – 250 новорождённых, и т. д.

Таким образом, примитивные антинаучные фантазии любителей «массового охвата новорождённых из-за удобства с организационной точки зрения» (16–19) приводят к тому, что ЕЖЕГОДНО на 1 млн. новорождённых ТОЛЬКО ОТ ТРЁХ (!) видов наследственных дефектов Россия имеет 750 малышей, ЗАРАНЕЕ ОБРЕЧЁННЫХ либо на серьёзную инвалидность с умственной отсталостью, либо на диагноз – «внезапная детская смертность».

Кроме того, ЕЖЕГОДНО с пороком сердца рождается 7–10 тыс. НОВОРОЖДЁННЫХ.

Заболевают ЕЖЕГОДНО 2,5 тыс. детей онкогематологией, т. е. лейкозом.
Ежегодно в России заболевают раком около 5 тыс. детей.

Актуальнейшей проблемой неонатологии являются перинатальные (первые 7 дней после рождения!) поражения центральной нервной системы и их последствия – а им БЦЖ и против гепатита В! Так, по данным академика РАМН Н. П. Шабалова (8.4,6), «Профилактика последствий угрожающих состояний у детей свидетельствует, что частота постановки диагноза «перинатальная энцефалопатия» достигает в некоторых поликлиниках Санкт-Петербурга 712 случаев на 1000 детей до года». Это в Питере! А в Ейске, Тольятти, Сызрани, Вологде и др. малых городах России – кто знает статистику?!

«Когда человек хочет что-то сделать, он ИЩЕТ ПУТИ, а когда ничего не делает – ищет причины»...

Вакцинаторы нашли причину: «некому заниматься этой глупостью... диагностикой» (16–19). В результате наша молодёжь – иммунологи и генетики – уезжают в Германию, США, Китай, Корею и другие страны, чтобы заниматься этой рутинной ДИАГНОСТИКОЙ там... за 5 долларов в час!

Раздел II Диагностика II

Диагностика II – исследование состояния иммунной системы перед прививкой БЦЖ/БЦЖ-М

Используется та же порция пуповинной крови.

Почему такая ДИАГНОСТИКА совершенно необходима в данном случае?

ВО-ПЕРВЫХ, потому, что ВАКЦИНЫ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЁЗА – как БЦЖ, так и БЦЖ-М – ж и в ы е. Благодаря достижениям иммунологии, которым более полувека, человечество пришло к неопровержимой истине: ПЕРВИЧНЫЕ ИЛИ ВТОРИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТЫ являются ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ПРИМЕНЕНИЮ ЖИВЫХ ВАКЦИН (1–3, 20.4, 23). В советское время наша страна тоже как-то пыталась приблизиться в этом вопросе к ведущим странам мира, когда в ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ перечисляли то, что на самом деле на практике, как я уже отмечала, не применялось (Приложения 4, 5).

Невозможность проведения такой ДИАГНОСТИКИ в бывшем СССР и обуславливало осторожный подход к БЦЖ, благодаря многочисленным ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ к её применению (Приложение 4).

«ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА ИМЕЕТ ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ» (27, с. 217).

Таким образом, если уж вакцинируем новорождённых БЦЖ/БЦЖ-М, то ПЕРЕД ПРИВИВКОЙ (!) обязаны проводить ИММУНОДИАГНОСТИКУ:

«ЦЕЛЕСООБРАЗНО СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЁНКА ПРОИЗВОДИТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ПУПОВИННОЙ КРОВИ НА НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К РАЗЛИЧНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ИХ ТОКСИНАМ, ОПРЕДЕЛЯТЬ СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, НАЛИЧИЕ СТИМУЛИРОВАННЫХ ЛИМФОЦИТОВ, ГРУППУ КРОВИ ПО НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ СИСТЕМАМ, ТИТРЫ ИЗОГЕМАГГЛЮТИНИНОВ, ПОКАЗАТЕЛЬ ИММУНОЛЕЙКОЗА... На основе этих данных должна быть составлена ИММУНОКАРТА – ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ РЕБЁНКА, в котором будут отмечать результаты названных и других исследований, а также...» и т. д. и т. п. – написано было в конце 70–80-х прошедшего века (37).

Другими словами, должна быть определена «ФОРМУЛА» ещё НЕ СОЗРЕВШЕЙ иммунной системы новорождённого – она для каждого родившегося своя – И Н Д И В И Д У А Л Ь Н А Я (Приложения 7, 8).

Навязываемое многими десятилетиями «оздоровление нации» с помощью живых (!) м о д и ф и ц и р о в а н н ы х микобактерий туберкулёза БЕЗ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ИММУНОДИАГНОСТИКИ приводит к неизбежному:

а) «ОБИЛИЮ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ» – лимфаденитам, оститам, остеомиелитам и другой патологии у детей и подростков;

б) ВАКЦИНОАССОЦИИРОВАННОМУ ТУБЕРКУЛЁЗУ, т. е. к заболеванию туберкулёзом (!) иммуноослабленных и восприимчивых к нему малышей (3, 7, 15, 20, 22, 23). Характер заболевания и время его проявления ДЛЯ КАЖДОГО РЕБЁНКА И Н Д И В И Д У А Л Ь Н Ы.

Самое прискорбное, что и здесь не написано ничего нового (3, 7, 22), тем более будто бы «придуманного Червонской» (фраза вакцинаторов): «У детей развивается прогрессирующая инфекция БЦЖ как диссеминированная ВАКЦИННАЯ БОЛЕЗНЬ... При ИММУНОДЕФИЦИТАХ следует избегать применения ослабленных микроорганизмов, таких как оспо-вакцина, БЦЖ, вакцина против полиомиелита и др.» (23, сс. 227, 228; 27).

Если верить хотя бы публикациям ВОЗ, что так безропотно делают вакцинаторы, когда им выгодно сослаться на авторитетные для них имена, то: «Даже в высокоэндемичных районах распространённость туберкулёза среди населения в целом составляет лишь 1 %» (Бюлл. ВОЗ, 1990, т. 68, № 5, с. 19).

Невежественно-преступные разговоры вакцинаторов (Таточенко, Учайкина, Шамшевой, Намазовой, Костинова и пр.) продолжают оболванивать и пугать граждан: «Ну что же, два-три ребёнка пострадают или умрут после вакцинации, зато спасаем всех остальных...».

Каких «остальных»?:

– 99 % природно-конституционально-ГЕНЕТИЧЕСКИ(!!!) невосприимчивых к туберкулёзу?

– 999 ребятшек из тысячи – невосприимчивых к полиомиелиту; даже по данным ВОЗ (20) «заболевают разной формой полиомиелита» (и совсем не обязательно паралитической!) всего 0,1–0,5 % – вот они-то и могут приобрести ВАКЦИНОАССОЦИИРОВАННЫЙ ПОЛИОМИЕЛИТ, поскольку восприимчивы к возбудителю данной инфекции, но их иммунная система ПЕРЕД вакцинацией не проверялась (5–7; 20.11);

– 80–85 % невосприимчивых к дифтерии, гриппу и прочим инфекционным болезням?

Следовательно, значительный процент новорождённых, грудных детей и подростков НЕ НУЖДАЕТСЯ в этой так называемой «медицинской помощи».

Какими же виртуозами и крючкотворами надо быть отечественным вакцинаторам и санэпидслужбе, чтобы при прогнозе даже ВОЗ: «1 % заболевших даже в высокоэндемичных районах» (20.8–10), при нашем-то «поголовном охвате», накопить в России больных туберкулёзом в 40–100 раз больше (по данным заместителя директора департамента медпомощи и курортного дела Минздравсоцразвития РФ Е. П. Какориной, 2008), нежели в тех странах, где ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НЕ ПРИВИВАЮТ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЁЗА?!

В своё время – и 50, и 30 лет назад – ведь не Червонская, а врачи-педиатры-клиницисты информировали о том, что «с помощью вакцины БЦЖ проводится СКРИНИНГ НОВОРОЖДЁННЫХ на предмет выявления среди них ИММУНООСЛАБЛЕННЫХ» (7).

СКРИНИНГ – массовая ДИАГНОСТИКА по выявлению среди населения определённых заболеваний, например: ФЕНИЛКЕТОНУРИИ, ДИАБЕТА, АУТИЗМА, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИММУНОДЕФИЦИТОВ (первичных и вторичных) и др.

Россия никак не доберётся до ИММУНОДИАГНОСТИКИ ни ДО, ни ПОСЛЕ вакцинации, поэтому, если ребёнок после БЦЖ/БЦЖ-М заболевает туберкулёзом или приобретает одно из многочисленных других осложнений (1, 3, 7, 20, 22, 23, 27), то в лучшем случае врач говорит: «Значит, у вашего ребёнка была ослабленная иммунная система, его нельзя было прививать БЦЖ/БЦЖ-М... но врачи-то тут причём? Мы выполняем план, который спускает нам Минздрав...». В худшем – крайне сложно доказать, что разнохарактерная инвалидность, в том числе нарушение функций опорно-двигательного аппарата, заболевание туберкулёзом – результат вакцинации живой вакциной иммуноослабленного и восприимчивого к туберкулёзу ребёнка (1–5, 7, 20, 22, 23, 27, 29). Самые никудышные «специалисты» ведут себя ещё проще, заявляя родителям: «От вакцин никаких осложнений не бывает!»

И если пока ещё недоступна ПРЯМАЯ ДИАГНОСТИКА, указывающая на однозначный ответ: восприимчив – не восприимчив к той или другой инфекционной болезни, то **«массовая вакцинация должна быть серьёзно обоснованной»** (14, 15) и крайне редкой именно потому, что «спасать» надо единицы, а угрозы «постоянных эпидемий» тысячелетней давности... отсутствуют. Другие сейчас эпидемии, д р у г и е!

«УКОЛОЛСЯ И ПОШЁЛ» – принцип наркоманов, а для грамотной ПРОФИЛАКТИКИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ – вакцинации требуется ДИАГНОСТИКА как МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ и ДО, и ПОСЛЕ прививки (Приложения 7-11).

ВО-ВТОРЫХ, установление ВТОРИЧНЫХ ИМУНОДЕФИЦИТОВ важно потому, что они вызывают заболевания, которых можно избежать или снизить риск их приобретения. Например, убрать какие-то вредоносные факторы окружающей среды, избегать употребления некачественной воды, пищи, контактов с возбудителями инфекционных болезней (ЧАЩЕ МОЙТЕ РУКИ!), нерационального применения антибиотиков, прочих лекарственных средств, в их числе – вакцин.

Вместо того, чтобы организовать работу по МАССОВОМУ СКРИНИНГУ – выявлению новорождённых с ГЕНЕТИЧЕСКИМИ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ дефектами, в современных отечественных инструкциях по применению вакцин убрали РАНЕЕ СУЩЕСТВОВАВШИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. Это, по какому же такому глубокомыслию: дети стали здоровее, или вакцины – лучше?!

Куда уж проще: не научились грамотно оказывать эту «медицинскую помощь», не сумели ПРИВЛЕЧЬ ИММУНОЛОГОВ К ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ, зато переделали содержимое бумажек по применению вакцин, явно в ущерб здоровью новорождённых, а в будущем (если доживут!) – подрастающего поколения, и без лишней головной боли продолжают проводить активную инвалидизацию детей и подростков России.

Необходимость определения ИМУНОДЕФИЦИТОВ заключается и в том, что при их ранней ДИАГНОСТИКЕ возможно вполне успешное лечение, хотя и не для всех... Тем не менее это также один из реальных путей к снижению смертности в неонатальном периоде и снижению ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ.

Сколько же всего написано «как надо и как должно быть», сколько прочитано и проанализировано отечественной и зарубежной специальной литературы, документов съездов, конгрессов, конференций, а также документов ВОЗ: «ВСЁ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ОСОБЕННО ВАЖНО, КОГДА ПРИХОДИТСЯ РЕШАТЬ, ВОЗМОЖНА ЛИ ПРИВИВКА РЕБЁНКУ В ДАННОЕ ВРЕМЯ... В ИЗВЕСТНЫХ ПРЕДЕЛАХ ИЗМЕНИТЬ ДОЗУ ПРЕПАРАТА... А ТАКЖЕ ИНТЕРВАЛЫ МЕЖДУ ПРИВИВКАМИ – ЭТО ДОЛЖНЫ РЕШАТЬ ПРАКТИКУЮЩИЕ ИММУНОЛОГИ...» (6.1, с. 58) – было написано в отечественной «ПРАКТИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ» в... 1969 г.!

С грустью констатирую, ничего не изменилось за последние полвека в этой области медицины. Приходят в «начальники новые вакцинаторы» и... переписывают заново (16–19, 38) давным-давно известное (1, 3, 4, 7, 14, 15, 22–37), будто бы ими установленное как «актуальное и перспективное» для третьего тысячелетия (!) при профилактике иммунной системы детей...

Сколько было разумных доводов педиатров и фтизиатров против БЦЖ-прививки новорождённых!

«Как врач-клиницист, врач-фтизиатр, я убеждён, что перенос сроков вакцинации БЦЖ на более поздние, на более старший возраст явится не только лучшей защитой от туберкулёза в эндемичных районах СССР, но также станет методом профилактики лейкоза детей... Считаю необходимым ещё раз подчеркнуть, что я являюсь у б е ж д ё н н ы м п р о т и в н и к

о м в а к ц и н а ц и и (ЛЮБОЙ, НЕ ТОЛЬКО БЦЖ) в период н о в о р о ж д ё н н о с т и, ибо вакцины препятствуют развитию ЕСТЕСТВЕННЫХ (саногенетических) реакций ребёнка: фагоцитоза, антителообразования, адаптации во внешней среде... БЕЗ ВАКЦИНАЦИИ В РОДДОМАХ ДЕТИ У НАС БУДУТ РАСТИ ЗДОРОВЫМИ... РЕЗКО СНИЗИТСЯ «в н е з а п н а я д е т с к а я с м е р т н о с т ь (ВДС)»... мы распространяем туберкулёз посредством БЦЖ-вакцинации в роддомах...» (3, 22).

Куда только ни писали В. П. Сухановский и другие специалисты (7, 22): и в Минздрав, и в АМН, и в специальные журналы, и в Комиссию судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы, и в Комитет по биоэтике РАН (3.6)... – более подробно об этом в моих монографиях (3.6; 3.10). Упоминания и ссылки на таких специалистов есть и в монографии за 1977 г. педиатров-клиницистов (7).

Спустя 20 лет – 17 февраля 1997 г. докторклиницист, фтизиатр В. П. Сухановский и я принимали участие в «КРУГЛОМ СТОЛЕ» в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. Причиной для организации такой встречи послужил судебный процесс, возбуждённый группой родителей, которые рожали в этом центре, и их дети стали инвалидами после БЦЖ-М. На встрече речь шла о том, что в последние ЧЕТВЕРТЬ ВЕКА в России возникают новые структуры – ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ЦЕНТРЫ, «ГДЕ КОНЦЕНТРИРУЕТСЯ ОГРОМНОЕ ЧИСЛО ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ; женщин, у которых экстрагенитальные, гинекологические заболевания, в результате которых они получают мощное гормональное лечение, мощное антибактериальное лечение как до беременности, так и во время неё. **Новорождённых от таких матерей нельзя считать достаточно здоровыми для того, чтобы проводить вакцинацию.** Имеет прямой смысл отодвинуть эти сроки и делать прививки только тогда, когда будет полная уверенность в здоровье детей...».

Однако «полная уверенность в здоровье», тем более – в ИММУНОЛОГИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ – достигается исключительно методами ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ, для чего разработан арсенал ДИАГНОСТИКУМОВ и МЕТОДИК (1–3, 25–28).

Под проектом ОБ ИЗМЕНЕНИИ СИСТЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЁЗА поставлено 30 подписей достаточно известных имён в педиатрии, участвовавших в КРУГЛОМ СТОЛЕ... и отправлено в Минздрав...

Напомним, встреча происходила в 1997 г.

Прошло ещё... почти десятилетие, и 20–21 апреля 2006 г. в г. Санкт-Петербургском НИИ фтизиопульмонологии (единственном институте в России, куда направляют несчастных детей с БЦЖ-осложнениями) состоялась Всероссийская научно-практическая конференция по «АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ ВЫЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ и ЛЕЧЕНИЯ ВНЕЛЁГЧНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА». Приводимые на этой конференции цифры прививочных осложнений – ЛИМФАДЕНИТОВ, ОСТИТОВ и ОСТЕОМИЕЛИТОВ после БЦЖ/БЦЖ-М, приводящих к инвалидизации детей, не просто настораживали, но ужасали! Продемонстрированы МНОГОЧИСЛЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА, убеждающие в том, что в России проблема костно-суставных осложнений на эту вакцину выходит за рамки многочисленных нерешённых вопросов не только ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ – вакцинации, но и медицины в целом, давно являясь социальной и юридической проблемой, на что было обращено особое внимание в докладе-сборнике «ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА» (3.6).

И опять многие профессионалы надеялись, что, наконец-то, фтизиатры и педиатры-неонатологи сошлись окончательно в главном: срочном прекращении вакцинации в роддомах, поскольку совершенно очевидно, что осложнения на вакцину «против туберку-

лёза» зависят не от «неправильного введения препарата», а оттого, что «ВСЁ БОЛЕЕ СРЕДИ ДЕТЕЙ РАСПРОСТРАНЕНЫ ИММУНОДЕФИЦИТЫ»...

И что же?

Как говорят наши политики – «получилось как всегда»: РЕШЕНИЕ вновь направили в Минздрав, и... «воз и ныне там», т. е., видимо, в очередной раз рекомендовано «наблюдение за правильным введением вакцины БЦЖ/БЦЖ-М»...

Действительно какое-то «нравственное помешательство – синдром психического отклонения – отсутствие способности различать ДОБРО и ЗЛО» (по Брокгаузу). И ещё добавим: ОТСУТСТВИЕ ВСЯКОГО ЛОГИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ. – Как можно осуществлять МАССОВЫЕ ПРИВИВКИ, если не научились по сей день (!) «правильно» пользоваться шприцем?!

В связи с высказанным, читающие родители, дорожащие здоровьем своих чад, ИНТЕРЕСУЮЩИЕСЯ ДЕТАЛЯМИ проблем прививок и поствакцинальных осложнений, поступают так, как ДАВНЫМ-ДАВНО рекомендуют врачи роддомов своим близким и родным: «В 1989 г. моему внуку в роддоме поставили диагноз «нарушение мозгового кровообращения» – (НМК). Я подумала о страшных последствиях... Но главный врач роддома, строго по секрету, с учётом того, что я не только врач, но и работник Минздрава, успокоила меня: «Мы многим детям своих ставим такой диагноз, чтобы не делать вакцинацию против туберкулёза... Не волнуйтесь, ребёнок абсолютно нормальный...» (более подробно документ, полученный от доктора И. В. Планкиной, читайте здесь в письмах от врачей – в Части II, разделе 1.1).

В-ТРЕТЬИХ, отсутствует также ИММУНОДИАГНОСТИКА клеточного иммунитета, которая могла бы подтвердить ЗАЩИТУ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА, выработанную будто бы после БЦЖ/БЦЖ-М – прививки.

ТУБЕРКУЛЁЗ – одна из тех инфекционных болезней, при которой (даже после перенесения её) АНТИТЕЛА НЕ СПОСОБСТВУЮТ ВЫРАБОТКЕ НЕВОСПРИИМЧИВОСТИ. **Наличие специфических антител к туберкулёзу в любом случае свидетельствует всего лишь о бывшем контакте с микобактериями или наличием их в организме** (2, 19, 20, 22, 41). Это и есть одна из форм «ПРОТИВОРЕЧИЙ ИММУНОЛОГИИ» (39), «ПАРАДОКСОВ ИММУНОЛОГИИ» (40), «ИММУНИТЕТ «ЗА» и «ПРОТИВ» (1, 2, 14, 15, 23, 29, 30, 41, 42).

Примитивно-дремучий тест, применяемый у нас, в том числе согласно Приказу № 109 Минздрава России от 21.03.03, не имеет никакого отношения к ИММУНОЛОГИИ, тем более – К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА (2, 20, 23, 42): «...образуется местная прививочная реакция... появление папулы свидетельствует о том, что прививка оказала своё действие и в организме активно вырабатывается иммунитет... появление язвочки, размер которой не превышает 5–7 мм... на месте остаётся рубчик размером 5–7 мм», который измеряется... линейкой!!! ЗНАХАРСТВО это, а не определение ИММУНИТЕТА!

«Вперёд», к 1796 г.! – Когда по оспенным знакам, а здесь – по «туберкулёзным» – определяли, состоялась ли вакцинация, эффективность которой спустя десятилетия ДИАГНОСТИРОВАЛИ в том числе И ПО НАЛИЧИЮ АНТИТЕЛ!

Более того, о б щ е и з в е с т н о и ДАВНО, что ИММУНИТЕТ НЕ ИЗМЕРЯЕТСЯ ни миллиметрами, ни метрами, ни километрами! Это совершенно другие единицы измерения (20, 23–25, 28). И отсутствие знаний об этом в XX и XXI веках следует рассматривать как глубочайшее невежество отечественных вакцинаторов (16–19, 38).

Ну, а как относиться к привитым детям, у которых «язвочка-папула» НЕ ОБРАЗОВАЛАСЬ – ведь таких, слава Богу, большинство?

«Ещё и ещё много раз прививать!» – ответ любого невежественного вакцинатора.

Если рассматривать все эти «благие противотуберкулёзные» манипуляции с научной точки зрения, а не знахарства, то отсутствие подобной «язвочки» говорит о том, ЧТО ТАКИЕ ДЕТИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИРОДНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО, т. е. ГЕНЕТИЧЕСКИ НЕВОСПРИИМЧИВЫМИ К ТУБЕРКУЛЁЗУ. Напомним – таких большинство, поэтому у них отсутствует какая-либо реакция на встречу их организма с модифицированными живыми микобактериями туберкулёза в форме БЦЖ/БЦЖ-М.

С другой стороны, опять же прибегая к ДАВНО ИЗВЕСТНОМУ: образование «язвочки», а затем – «рубчика» следует рассматривать как возникновение КЕЛЛОИДНОГО РУБЦА, т. е. ОСЛОЖНЕНИЯ НА прививку «против туберкулёза», о чём следовало бы прочитать хотя бы в монографиях наших замечательных педиатров-клиницистов (7).

Вообще проблема эффективности БЦЖ/БЦЖ-М, а также методов определения защиты от туберкулёза после вакцинации, вызывали всегда, вызывают и теперь (2, 22) массу нареканий, о чём свидетельствует многочисленная специальная литература, приводимая здесь, а также во всех предыдущих моих монографиях. (3).

Дело в том, что в данном случае индукция нужной и ожидаемой формулы ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА может быть определена ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО с помощью МЕТОДОВ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА (не серологического – антительного!) в условиях ИН ВИТРО, т. е. ВНЕ ОРГАНИЗМА РЕБЁНКА (2, 3, 20, 23, 28, 42).

«Поскольку эффективность БЦЖ/БЦЖ-М продолжает подвергаться сомнению (2), при этом трудности ИММУНОДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ тоже не уменьшились (2, 20), принято считать: ВАКЦИНА БЦЖ И ПРОТИВ гепатита В ПРЕДНАЗНАЧАЮТСЯ ДЛЯ ИММУНИЗАЦИИ ТОЛЬКО ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАНАХ...» (2, с. 370).

Кроме того: «Вакцинируемый индивидуум может обладать повышенной чувствительностью к чужеродным белкам или страдать иммунологической недостаточностью, при КОТОРОЙ ЛЮБЫЕ ЖИВЫЕ ВАКЦИНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ» (2, с. 369; 20, 23).

Но в России продолжается «необходимая поголовная вакцинация новорождённых» – с подачи отечественных вакцинаторов (16–19, 38), несмотря ни на какие разумные доводы, разнося и преумножая туберкулёз «через роддома» и группы риска среди необследованных малышей... (22).

Прямо-таки сверхценная бредовая установка: выявлять противотуберкулёзный ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ по... длине рубчика (!) – в миллиметрах!

В результате массового применения подобного АНТИНАУЧНОГО теста и не менее ложной статистики наша страна находится на «границе эпидемии туберкулёза» уже многие десятилетия... (Приложение 12).

Уникальность «специалистов» в этой области состоит в том, что они никогда не изучали ни «ИММУНОЛОГИЮ ТУБЕРКУЛЁЗА» (2), ни «ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ» (23), находясь на уровне знаний 40-х годов предыдущего столетия. Поэтому так называемый поствакцинальный «иммунитет» определяется по рубчику, подобно «оспенному знаку» – по Дженнеру. В предварительном контроле – на морских свинках: вводят БЦЖ/БЦЖ-М, а затем этих морских свинок заражают туберкулёзом. Если морские свинки выживают, то... «иммунитет» против туберкулёза есть. И вак-

цина эффективная (!) Но возраст этих экспериментальных животных никогда не соответствовал периоду жизни новорождённых детей!

В результате подобного антинаучного подхода к «оздоровлению нации» происходит то, что мы имеем:

1. у новорождённых **МАССОВО НАРУШАЕТСЯ ПРОЦЕСС АДАПТАЦИИ** к окружающей среде – наиважнейший этап в становлении здоровья ребёнка (20, 22, 43);
2. «поголовно» (16–19) извращаются **ОСНОВЫ НЕОНАТОЛОГИИ** – наблюдение за новорождённым первые 28 дней (8, 9, 14);
3. нарушается развитие процесса фагоцитоза – клеток иммунной системы;
4. уничтожается пассивный иммунитет – материнские антитела;
5. без предварительной **ДИАГНОСТИКИ** состояния иммунной системы прививка «против туберкулёза» приводит к «обилию поствакцинальных осложнений», в их числе – **ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЁЗОМ** тех детей, которые восприимчивы к этой инфекционной болезни и родились с каким-то иммунокомпromетированным состоянием (первичным или вторичным иммунодефицитом).

В октябре 2007 г. на Конгрессе Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (жизнь детей первые 7 суток после рождения) из доклада О. В. Шараповой – Департамент медикосоциальных проблем семьи, материнства и детства – стала известна прискорбная картина: а) «... в течение одного года в России умерло 16.073 ребёнка **ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**, из них значительный процент – в первые 7 суток жизни, причём каждый четвёртый – в первые 24 часа...»;

б) «... теперь прививки против гепатита В мы будем делать только детям, чьи матери находятся в группе риска по этой инфекции...»;

в) последнему даётся цинично-простенькое объяснение: «... **исследования** не подтвердили целесообразности массовой вакцинации новорождённых против гепатита В...»

Вопросы, вопросы, вопросы... Какой процент умерших новорождённых после/в результате прививок? Какой процент вакцинированных среди умерших с диагнозами: «допустимая смертность» или «внезапная детская смертность»?

Кого из родителей ставили в известность об «исследованиях» на их детях, проводимых **по приказу Минздрава** с 1996 г, **НЕЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ** которых доказана в 2007 году?

Не знаю, как Вас, но лично меня такая статистика привела в ужас!

Можно предположить, что умершие в первые 24 часа и 7 суток погибали в том числе и от нашей преступно-неразумной вакцинации новорождённых: против гепатита В – в первые 24 часа и от БЦЖ/ БЦЖ-М – в последующие 7 суток...? Вполне вероятно и от анафилактического шока, а также от другого «**ОБИЛИЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**» (7) при таком бесчеловечном обращении с ещё **НЕСОЗРЕВШЕЙ ИММУННОЙ СИСТЕМОЙ**...

Отрицать вышесказанное нельзя, а предположить можно, поскольку **ВСЯ ВАКЦИНАЦИЯ В РОССИИ** строится исключительно на предположениях.

Сравните: в Израиле умер... один новорождённый, и для них это – непостижимая трагедия, у нас **ШЕСТНАДЦАТЬ ТЫСЯЧ!!!** Но мы упорно продолжаем вакцинировать новорождённых «против туберкулёза» и грудничков против гепатита В..., «улучшая демографическую ситуацию в России».

Из данных 2009 г. уже известно: ежегодно в России умирают 17 тысяч детей (телевидение от 15.02.09). Как видим из Приложения 6 (70-е – 90-е годы прошлого века), **НИЧЕГО НЕ ИЗМЕНИЛОСЬ И СЕЙЧАС**.

Не умеют и не хотят ни читать, ни прислушиваться, ни думать, ни анализировать наши «влиятельные» чинушки и вакцинаторы к тому, ЧТО ИММУННАЯ СИСТЕМА, как любая другая, – НЕ ВЕЧНЫЙ ДВИГАТЕЛЬ!

Может... нечем думать?

Журнал «Здоровье мира» (1986, № 11, с. 31): «Детям в первые 6 месяцев жизни для поддержания хорошего состояния здоровья не требуется ничего, кроме материнского молока...».

Не надо им ни БЦЖ роддомах, ни чуть позже – против гепатита В – не надо!!!

Раздел III Диагностика III

Опасная, непредсказуемая, ложноположительная реакция Манту

«С какой целью реакция Манту ставится ежегодно (!) нашим детям?» Вопрос, постоянно задаваемый не только родителями, но и врачами, приходящими ко мне на семинары.

В нашем Отечестве на поставленный вопрос не существует правильного, научно обоснованного ответа. Трактовка реакции Манту очень запутана и преподносится вакцинологами, мягко говоря, довольно странно и противоречиво (16–19, 45). Более того, на практике совмещено абсолютно несовместимое – два ответа в одной реакции, что дважды абсурдно: определяют одновременно инфицированность (или заболевание туберкулёзом: у нас всё едино!) и противотуберкулёзный вакцинальный иммунитет после БЦЖ. Измерение иммунитета проводят, как было отмечено выше, в миллиметрах... ученической линейкой.

Реакция Манту – ответ клеточного иммунитета как гиперчувствительности замедленного типа на сенсibilизацию организма микобактериями туберкулёза, т. е. предназначена она для выявления наличия в организме возбудителя туберкулёза.

Первая встреча с микобактериями туберкулёза, привносимая искусственно, массово и преднамеренно, происходит в роддомах посредством вакцинации БЦЖ – живыми микобактериями.

Туберкулин для постановки реакции Манту (туберкулиновой пробы) получают из фильтрата туберкулёзных микобактерий путём добавления к нему химических веществ. В широкой практике применяют туберкулин, содержащий 0,01 % хинозола (фенола) и 0,005 % твина-80 (44, 45). **«хорошенькая» смесь для постановки специфической реакции!**

Итак, **во-первых, КЛАССИЧЕСКОЕ** предназначение реакции Манту – **ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАННЕЕ СУЩЕСТВОВАВШЕЙ или НАСТОЯЩЕЙ ИНФИЦИРОВАННОСТИ МИКОБАКТЕРИЯМИ ТУБЕРКУЛЁЗА.**

Напоминаю: «АТАКА ТУБЕРКУЛЁЗА, КАКОЙ БЫ УМЕРЕННОЙ ИЛИ ВРЕМЕННОЙ ОНА НИ БЫЛА, делает человека ТУБЕРКУЛИНПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ НА ВСЮ ЖИЗНЬ. Это хороший диагностический тест для доказательства бывшей и настоящей туберкулёзной инфекции» (42, с. 90).

Все наши дети сталкиваются с «умеренным» воздействием микобактерий, подвергаясь вакцинации БЦЖ уже в период новорождённости.

Пусть ослабленными, но **ЖИВЫМИ МИКОБАКТЕРИЯМИ (!)**, присутствие которых в растущем детском организме создано искусственным путём... Следовательно, «атака туберкулёза» осуществляется систематически, с примитивной регулярностью, из поколения в поколение на протяжении десятков лет. Реакция на ослабленные микобактерии – БЦЖ и по характеру, и по продолжительности у каждого индивидуума очень неоднозначная, несмотря на то, что вакциноаторы не хотят или не могут отойти от утверждения «общего здоровья», будто бы одинакового в своих проявлениях у «всех подряд» (16–19).

Так, к примеру, у определённых лиц возможно носительство этой «малой болезни туберкулёза» (22, 42, 46, 47) – персистенция, которая продолжается у каждого по-своему и неограниченно долго, что зависит **исключительно от индивидуальной характеристики организма прививаемого**, от его способности к метаболизму – биотрансформации этого

чужеродного агента, от конституциональных особенностей иммунной системы. Поэтому реакция Манту в данном случае говорит только о том, что контакт был. Причём, в большей степени это присуще тем, кто не «переработал» БЦЖ, сохранив микобактерии в скрытой, маскированной – персистентной форме. Состояние персистенции, то есть хронической инфицированности, особенно опасно для восприимчивого контингента лиц.

Отсюда, **во-вторых**, реакция Манту должна использоваться исключительно **ДО прививки БЦЖ**.

В-третьих, эта диагностическая проба **не может определять иммунитет против туберкулёза**. Противотуберкулёзный иммунитет оценивается иммунологическими методами вне организма ребёнка (20, 22, 23, 28, 48). Но **наши** вакцинопробы используют туберкулиновую пробу и на этот предмет, подобно ранее существовавшей антительной пробе – реакции Шика (тоже небезопасной, отменённой у нас всего лишь в 80-х гг.). С помощью последней уточняли (на ребёнке!) наличие либо отсутствие антител против дифтерийного анатоксина, входящего в АКДС, хотя уже с 60-х годов ушедшего столетия методы *in vitro* и здесь заменяли реакцию Шика (20).

БОЛЕЕ ТОГО, АНТИТЕЛА НЕ ИГРАЮТ ЗАЩИТНОЙ РОЛИ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОМ ИММУНИТЕТЕ (20).

ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ РЕАКЦИЯ КОЖИ НА ТУБЕРКУЛИН НЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ТАКОВОЙ У ЛИЦ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ТУБЕРКУЛЁЗА, циркулирующим в природе (20, 44.1, с. 15).

ВНУТРИКОЖНАЯ ТУБЕРКУЛИНОВАЯ ПРОБА после БЦЖ НЕПРИГОДНА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ИНФЕКЦИОННОЙ и/или ВАКЦИНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ.

АНТИНАУЧНО ИЗМЕРЯТЬ ИММУНИТЕТ МИЛЛИМЕТРАМИ...

НЕДОПУСТИМЫ ПОДОБНЫЕ КОЖНЫЕ ПРОБЫ НА ДЕТЯХ в век достижений теоретической и прикладной иммунологии (20, 23, 28, 40, 48).

Самую большую неразбериху и путаницу в этот раздел вакцинологии вносят сами вакцинопробы (16–19), среди них – контролёры, издавшие в своё время справочник по биопрепаратам (45).

СПРАВОЧНИК. 1975 г., с. 183 (45): «Туберкулиновые препараты в современных кликоэпидемиологических исследованиях применяют с целью...:

а) определения инфицированности населения туберкулёзом;

б) отбора лиц, подлежащих прививкам против туберкулёза (?! – Г.П.Ч.);

в) определения эффективности вакцинации БЦЖ;

г) оценки форм и течения туберкулёзного процесса и других вопросов... реакция на туберкулин является одним из важнейших критериев при изучении иммуногенеза... (но наши дети живут и без ИММУНО-, и без ГЕНЕЗА – Г.П.Ч.);

д) оценки вакцинального процесса, постинфекционной и поствакцинальной аллергии... специфической реакции у лиц, инфицированных туберкулёзом или вакцинированных БЦЖ... интенсивность реакции на введение туберкулина не зависит от инфицированности организма туберкулёзными микобактериями... при отсутствии инфицированности реакция отрицательная»;

там же, с. 184: «...однако при массовой противотуберкулёзной вакцинации внутрикожным методом трактовка результатов туберкулиновых проб связана со значительными трудностями...»

ВЧИТАЙТЕСЬ! ВДУМАЙТЕСЬ! СОПОСТАВЬТЕ всё, что они пишут, и ВЫ откроете для себя самое главное – БЕЗРАЗЛИЧНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ!

там же, с. 204: «...инфильтрат 5–11 мм характерен для поствакцинальной аллергии, инфильтрат 12 мм и более – будет скорее свидетельствовать о заражении туберкулёзом...».

Разумеется, непосвящённому очень трудно разобраться в бессмысленном наборе специфических фраз, на этом фоне – в значимости туберкулиновой пробы **ПОСЛЕ МАССОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ**, когда «трактовка результатов связана со значительными трудностями» даже для тех, кто осуществляет эту медицинскую «помощь».

Но все рекомендованное ими в те времена абытует нас и сейчас (49, 50).

Ещё раньше было известно – 1971 г. (47, с. 27—29): «Постановка туберкулиновой пробы имеет целый ряд недостатков. Серьёзным доводом снижения диагностической ценности туберкулиновых проб является проведение БЦЖ-вакцинации до постановки этой реакции. **Во-первых**, для сравнения необходимо проверять туберкулиновую чувствительность до вакцинации БЦЖ... **Во-вторых**, трудно судить, в какой степени изменение туберкулиновой чувствительности объясняется вакцинацией, а не предшествующим или последующим иницированием другими микобактериями... Эта диагностическая проба как реакция гиперчувствительности замедленного типа не может служить показателем защиты от туберкулёза... нельзя сказать, что она сопутствует состоянию противотуберкулёзного иммунитета...».

ЭНЦИКЛОПЕДИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ. М.: Медицина. 1983. Т. III. С. 146: «Реакция Манту – аллергическая реакция для диагностики туберкулёза, основанная на внутрикожном введении туберкулина» – казалось бы, всё ясно и никаких хитросплетений, но ведь продолжается определение противотуберкулёзного иммунитета **в миллиметрах... по длине рубчика.**

В. К. Таточенко (16), как уже упоминалось, является активным пропагандистом РПИ в нашей стране («ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ» – приложение к газете «Первое сентября», 1990, № 1–2): «Противотуберкулёзная вакцинация представляет собой... вызывающий очажок..., в процессе которого развивается невосприимчивость к туберкулёзу», – вот уж действительно бред! – Г.П.Ч. «Свидетельством этого является положительная реакция на введение туберкулина на коже... У части детей длительность иммунитета может ослабевать, поэтому в 1-м и 9-м классах детям с отрицательной р. Манту прививку повторяют...», – а это продолжение бредовой учёности вакцинатора Таточенко – Г.П.Ч.

Он же. Справочник. М., 1994 (16, с. 46): «Основным показателем приобретённого иммунитета против туберкулёза и его напряжённости является последующее развитие туберкулиновой пробы (поствакцинальная аллергия), которая сохраняется 5-10 лет...».

Если «сохраняется 5–10 лет», зачем ежегодно – проба Манту?!

Он же. Журн. «Вакцинация», 1999, № 6, с. 5: «...у большинства детей с аллергической патологией наблюдается положительная реакция на туберкулин, свидетельствующая о наличии аллергически изменённой реактивности у ребёнка» (т. е. та самая **ложноположительная реакция** за счёт каких-то иммунокомпрометирующих сдвигов в иммунной системе – Г.П.Ч.). Но этим страдает практически каждый современный ребёнок!

Бюллетень ВОЗ, 1990, т. 68, № 1. с. 46: «...ежегодный риск инфицированности туберкулёзом не может быть известен, если БЦЖ-вакцинация проведена без предварительной

постановки туберкулиновой пробы... БЦЖ не облегчает такие подсчёты... не может быть никакой уверенности в точности собранных данных... кроме того, **ложноположительная реакция** на туберкулин отмечается в случаях, когда туберкулин – аллергодиагностическая проба – содержит какое-либо химическое вещество».

В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ТУБЕРКУЛИНЕ В КАЧЕСТВЕ КОНСЕРВАНТА СОДЕРЖИТСЯ ФЕНОЛ! А где в наше время нет фенола? Он везде: в стенах, в мебели, в покрытиях пола и т. д., следовательно, организм ребёнка находится в постоянном контакте с этим вредным химическим веществом, сенсibiliзируясь им.

ВОЗ. СТД № 745, с. 38: «Было установлено, что ртутные соединения, такие как **МЕРТИОЛЯТ**, дают ложноположительные реакции при испытании активности туберкулина. Речь идёт об **отрицательном влиянии любых химических веществ, добавляемых в препараты туберкулина**».

В нашей стране отсутствуют экспериментальные данные исследований на животных по влиянию концентрации фенола, содержащегося в туберкулине, по реакциям разного вида животных.

В. А. Фрадкин (44) АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКА... 1975, с. 31, 79: «Туберкулин в данном составе выпускать нецелесообразно, поскольку в него входят неспецифические компоненты и это не может не усложнять условия проведения реакции... Аллерген не должен содержать консервантов».

ОН же, 1978, 1985 (446): «Неудовлетворённость результатами диагностики с применением туберкулина сопряжена с определёнными иммунизаторными эффектами. Кроме того, замена перорального (через рот – Г.П.Ч.) способа введения БЦЖ скарификационным, а затем и внутрикожным привела к тому, что выраженность кожных проб у большинства детей становится значительной и сохраняется до 5 лет. В таких условиях прививок различия в уровне поствакцинальной и постинфекционной сенсibiliзации организма **при применении кожной пробы НИВЕЛИРУЮТСЯ** и это существенно затрудняет дифференциальную диагностику...»

Безграничная отсталость в этой области иммунологии применительно к вакцинологии не поддаётся никаким измерениям.

Наступило третье тысячелетие, и хоть бы какие-нибудь разумные выводы сделали в пользу здоровья детей в этой области профилактической медицины. Никаких! Продолжаем переписывать и осуществлять то, чего не может быть, привнося **ежегодно (!)** дополнительные био- и химические аллергены в детский организм (49, 50).

Наряду с этим, в том числе и экологи пытаются привлечь внимание к разным проявлениям ложноположительных реакций на туберкулин в экологически неблагополучных районах (20).

Но, может, у нас нет и «экологически неблагополучных районов», как и детей с аллергической настроенностью?!

Н. В. Медуницын (50.3, с. 165): «Положительная внутрикожная проба Манту является классическим примером повышенной чувствительности замедленного действия, замедленного типа.

С помощью кожных проб не всегда удаётся отдифференцировать инфекционную аллергию от поствакцинальной. После вакцинации реакция на туберкулин слабеет уже через год (а у Таточенко – «через 5–10 лет»?! – Г.П.Ч.)...

Если у вакцинированных лиц диаметр реакции на туберкулин увеличивается более чем на 6 мм, то это свидетельствует о возможности суперинфекции» (а согласно справочнику (45) – «инфильтрат 12 мм и более соответствует заражению туберкулёзом»)).

Здесь также сказано, что БЦЖ **не обеспечивает полной защиты от туберкулёза...** Совершенно справедливо: привит – не значит защищён! Мы пытаемся убедить в этом много лет: штамп – «привит против дифтерии» – не означает, что ребёнок «защищен» и не является носителем возбудителя дифтерии, туберкулёза или полиомиелита и т. д.

Кожные пробы, действительно, были когда-то единственным способом, позволяющим оценить гиперчувствительность человека. Интенсивное развитие теоретической и прикладной иммунологии в последние полвека привело к достаточно разнообразному применению принципиально новых тестов регистрации аллергии – методов *in vitro* (Приложение 8). Основным достоинством методов является постановка реакции **вне организма**, полностью исключая риск для детей введением дополнительных аллергенов. Эти методы предоставили возможность использовать любые категории препаратов, которые в условиях **парентерального введения НЕ МОГУТ ГАРАНТИРОВАТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ** – ни иммунологическую (как дополнительную сенсibilизацию), ни онкологическую. Они дают возможность проводить наблюдения за сдвигами специфической реактивности пациента, в любые интервалы времени получать более достоверные результаты и объективные показатели здоровья (20, 23, 28, 48).

В результате и для выявления туберкулёза используют более совершенные инструментальные и лабораторные методы, позволяющие также **ВНЕ ОРГАНИЗМА РЕБЁНКА (!)** разграничивать туберкулёзные и нетуберкулёзные заболевания уже на начальных стадиях патологического процесса (20, 23, 28, 44, 48). К таким методам следует отнести **иммуноферментный**. При его применении достаточно одной капли крови, чтобы установить инфицирован или не инфицирован ребёнок микобактериями туберкулёза (20).

В 1976 г. (!!!) ответственность за внедрение методов *in vitro* при оценке качества и эффективности БЦЖ и других противотуберкулёзных мероприятий возложили на секцию биопрепаратов ВОЗ (20.8, с. 67). Но, совершенно очевидно, принятые решения до сих пор «не дошли» до нашего государства (50).

1993 г. «Руководство по профилактической медицине» (11): Кожный тест НА ТУБЕРКУЛИН (реакцию Манту) являлся одним из важных методов лишь для выявления микобактерий туберкулёза...

НО...

Частота ложнопозитивной и ложнонегативной реакции Манту, вводимой подкожно, зависит от бесконечного множества факторов, включая **ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС, ГИПЕРАКТИВНУЮ** (повышенную) чувствительность к туберкулину, а также к химическим веществам, находящимся в этой, так называемой «специфической пробе».

Кроме того, ребёнок может быть **НОСИТЕЛЕМ НЕТИПИЧНОЙ ФОРМЫ МИКОБАКТЕРИЙ**.

Доказано (!), что в одних и тех же географических регионах **НЕТИПИЧНЫЕ МИКОБАКТЕРИИ**, как И **ПРЕДШЕСТВУЮЩАЯ БЦЖ/БЦЖ-М** могут быть **ПРИЧИНОЙ НЕТОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ**.

Ложноположительные результаты могут быть получены и по другим причинам: из-за неправильной техники анализа, например, измерения эритемы, **ВМЕСТО УПЛОТНЕНИЯ**.

В этом «Руководстве...» (11) подчёркивается, что «Реакция Манту **ТРЕБУЕТ НАИЛУЧШЕГО ВЫБОРА ВРАЧЕЙ ПРИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ...** В целом же

совершенно очевидно, что множество инъекционных тестов имеют меньшую определённость и могут проявлять НЕАДЕКВАТНУЮ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ...».

Патологические реакции НА УКОЛЫ представлены в моих монографиях в разделе «УКОЛ и...» (3).

Не занимаются в нашей стране реакцией Манту... врачи. Более того, как система, педиатры считают, что эта «реакция абсолютно безопасная».

1997 г. – В. А. Аксёнова и др. в «Российском медицинском журнале» (1997, № 5) в статье «ПРОБЛЕМА МАССОВОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИММУНИЗАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ» пишут: «Ошибки при определении этиологии чувствительности к туберкулину приводят к тому, что 44 % детей и подростков НЕОБОСНОВАННО СОСТОЯТ НА УЧЁТЕ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНЫХ ДИСПАНСЕРАХ И ПОЛУЧАЮТ ХИМИОПРОФИЛАКТИКУ».

Ну, Вы же, мадам Аксёнова, состояли в эти годы в «главных фтизиатрах РФ»? И почему это в «современных условиях»? – Всё, о чём она пишет было известно давным-давно!

Ну как, откуда такие невежества оказались у «власти по сохранению здоровья детей»? Пишут одно, говорят другое и НИЧЕГОШЕНЬКИ НЕ ДЕЛАЮТ, чтобы действительно сохранить здоровье детей России.

2003 г. – Приказ Минздрава России от 21.03.03. При интерпретации динамики чувствительности к туберкулину следует также учитывать, что на интенсивность реакции Манту может влиять ряд факторов, определяющих **ОБЩУЮ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА** (это ещё что за штука такая – «общая реактивность»?): наличие соматической патологии, общая аллергическая настроенность, фаза овариального цикла у девушек (и кто же такое состояние принимает к сведению?!), индивидуальный характер чувствительности кожи, сбалансированность питания (надо думать, что Минздрав подразумевает отсутствие такового?). И ещё, оказывается, следует учитывать «при массовой туберкулинодиагностике» влияние неблагоприятных экологических факторов, в том числе – неблагоприятный радиационный фон, наличие вредных выбросов химического производства и т. д.

Напишите пожалуйста, доктора, кто из вас всё перечисленное обязательно учитывает и... не измывается над детьми и подростками согласно планам того же Минздрава и... Аксёновой.

Да уж, «ОСКУДЕЛ ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФОНД» (И. Тальков).

2005 г. – АиФ. ЗДОРОВЬЕ, № 39. Старший научный сотрудник детско-подросткового отдела Центрального НИИ туберкулёза В. Ф. Елуфимова оповещает читателей: «К счастью, у нас положено ставить пробу Манту ежегодно, а если ребёнок болеет и есть проблемы с диагнозом, то пробу могут поставить... ВНЕ ОЧЕРЕДИ (это как?! – Г.П.Ч.)... и таким образом выявить заболевание туберкулёзом...».

Далее она же пишет: «Если реакция бурная, то значит ребёнок заражён туберкулёзом... Но нужно обратить внимание на то, что ИНОГДА положительная реакция может быть связана с первичной прививкой БЦЖ...». – !!!

Аксёнова пишет про 44 % «необоснованно объявленных больными туберкулёзом» именно благодаря положительной реакции Манту.

44 % можно назвать «иногда»?!

Да кто ж тут разберётся, когда врачи, вакцинаторы и чиновники сами ничего не понимают в том, что делают?!

Хочу привести ещё одну публикацию отечественного специалиста по туберкулёзу А. С. Свистуновой (Медицинские новости, 1997, № 6). Обратите внимание на год – 1997. Наступил 2011, но то, что я процитирую, остаётся фантастикой не только для жителей, скажем, городов Вологды, Курска, Ейска, но и... для врачей Москвы.

«В разумном обществе эпидемия должна быть управляемой (**управлять инфекционными болезнями** можно только с помощью современных знаний: об индивидуальном здоровье детей, эпидобстановке в каждом регионе и городах России, иметь хоть какое-то представление о цикличности развития возбудителей инфекционных болезней и о многом ещё другом! – прим. авт.)... первые шаги уже сделаны («первые шаги» в 1997 г.?)... Инфицированность туберкулёзом у нас так велика, что АНТИТЕЛА обнаруживаются не только у больных, но и у... **ФОРМАЛЬНО ЗДОРОВЫХ** – носителей».

Непонятно, что такое «формально здоровые», а вот «носители» – это
– хронически инфицированные микобактериями туберкулёза, в их числе и
– после БЦЖ/БЦЖ-М, – вот они-то и опасны для окружающих, а вовсе не те дети, которые не вакцинированы.

Напоминаем, что АНТИТЕЛА в данном случае не играют защитной роли, их присутствие говорит лишь о том, что в организме **ЕСТЬ МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЁЗА**, среди них, прежде всего те, которые введены в роддомах «против туберкулёза»... Вот такая вот абракадабра...

Далее у Свистуновой идёт описание **«МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗА**, когда достаточно **получить капельку крови**, чтобы по ней установить болен – нет, причём капелька может храниться месяцами...». Несчастные студенты-медики, как же им-то разобраться в подобных «нанотехнологиях» и «доказательной медицине»?

Кстати говоря, ВОЗ рекомендует заменить **ДИАГНОСТИКУ ТУБЕРКУЛЁЗА НА РЕБЁНКЕ МЕТОДАМИ ИН ВИТРО** с середины 70 XX века (20).

Действительно, среди других методов диагностики туберкулёза в некоторых регионах России используют **иммуноферментный анализ (ИФА)**, несущий информацию не о заболевании, а об инфицировании. ИФА выявляет антитела к микобактериям туберкулёза. Его информативность высока лишь в странах с низкой заболеваемостью и инфицированностью населения. Чувствительность колеблется от 68 до 90 %, следовательно, недиагностированным остаётся достаточно большой процент.

Серологические исследования при туберкулёзе основаны на распознавании сывороточных иммуноглобулинов G (IgG) – антител, специфичных к микобактериальным антигенам. Применяют методы, использующие связанный с ферментом иммуносорбент (ELISA).

Методика полимеразной цепной реакции (ПЦР) обладает исключительно высокой чувствительностью (порядок 1–10 микроорганизмов) и высокой специфичностью. **ПЦР-метод позволяет улучшить диагностику туберкулёза, сделать её быстрой и дешёвой, а также снимает сомнительные диагнозы при гипердиагностике.** Существенным преимуществом этой реакции является возможность работать с малым количеством патологического материала и получением результатов анализа в течение одного рабочего дня. Важность преимущества ПЦР-метода отмечена при внелёгочных формах инфекции. Парадоксально, но метод ПЦР до сих пор не принят российскими фтизиатрами в качестве официального метода диагностики. К сожалению, у нас ситуация такова, что результаты ПЦР обязательно должны быть подтверждены либо одной из официально принятых методик, либо клинически.

Но есть же и бактериологический тест – выделение возбудителя из мокроты предполагаемого больного туберкулёзом.

ОДНАКО ЛЮБАЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНАЯ ДИАГНОСТИКА ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТЬСЯ ДО ПРИМЕНЕНИЯ БЦЖ/БЦЖ-М!!!

Так что, дорогие родители, если у ВАШЕГО РЕБЁНКА отмечена положительная проба Манту, то это ещё не факт, что он болен туберкулёзом... что подтверждают сами чиновники и вакцинаторы.

НО кому-то ведь нужна подобная имитация – будто Россия «чахнет от чахотки»?!

Осложнения на реакцию Манту

И последнее на данном этапе про реакцию Манту – будто бы «безболезненную, с отсутствием неприятных ощущений...», – есть такая информация даже в ИНТЕРНЕТЕ.

Во-первых, УКОЛ не может вызывать «приятные ощущения», тем более – у детей, да и опасности после него непредсказуемы. По крайней мере, так считают специалисты, материалы которых приведены в монографиях (3) и здесь.

Во-вторых, туберкулин плюс химические вещества, содержащиеся в этой пробе, «продуцируют существенные изменения митотического режима, вызывая неправильное расхождение хромосом при делении клеток. Реакция Манту способна вызывать и другие ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ» (52).

В-третьих, что очень давно известно (53), могут наблюдаться ОСЛОЖНЕНИЯ в виде так называемых «ИНТОКСИКАЦИОННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ»: крапивницы, полиневритов, фликтен, эритем.

ПОЛИНЕВРИТЫ – множественные неврозы, одномоментное воспаление нескольких нервов;

ФЛИКТЕНЫ – проблема для дерматологов: поверхностные пустулы в виде пузырьков, наполненных серозным экссудатом и окружённых венчиком гиперемии кожи;

ФЛИКТЕНА МИЛИАРНАЯ – разновидность ТУБЕРКУЛЁЗНО-аллергического КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТА, с присущим ему образованием большого количества мелких фликтен;

КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ – воспаление роговицы, характеризующееся ЕЁ ПОМУТНЕНИЕМ И СНИЖЕНИЕМ ЗРЕНИЯ.

И далее здесь (53) сказано: РЕАКЦИЯ МАНТУ ПРИМЕНЯЕТСЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ДЛЯ ЛЮДЕЙ ЗДОРОВЫХ. Если есть какие-то проблемы со здоровьем ребёнка, то реакция может быть ложноположительной, указывающей всего лишь на ПРОБЛЕМУ СО ЗДОРОВЬЕМ, но НЕ на заболевание туберкулёзом...

О перечисленных бедах для наших детей известно из «МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ на пяти языках» (латинском, русском, английском, французском и немецком), изданным и переведённым у нас в... 1966 году (53)!

В-четвёртых: «Мы наблюдали 10 больных в возрасте от 3-х до 13-и лет с ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ, которая возникла у детей на 2-й – 20-й день после постановки пробы Манту... Другие возможные провоцирующие факторы у этих детей были исключены» (В. Ю. Петров и др., ПЕДИАТРИЯ, 2004, № 4).

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА – тяжёлое заболевание крови, при котором резко снижается число тромбоцитов; без лечения такие больные погибают...

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ – снижение содержания тромбоцитов в периферической крови **ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ АЛЛЕРГЕНА** (БМЭ, 1984, т. III, с. 201). А мы продолжаем удивляться: откуда такое число лейкозных малышей?

Напоминаю, **ТУБЕРКУЛИН – АЛЛЕРГЕН!** К тому же загрязнённый химическими веществами (44), вредными для здоровья взрослого человека. Кроме того, понятие «допустимая доза безопасности» как для новорождённых, так и для грудных детей вообще отсутствует (очень подробно об этом в моих монографиях со ссылками на специальную литературу по токсикологии).

Повторюсь: **КАЖДЫЙ РЕБЁНОК – ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ** с индивидуальным здоровьем. И такое положение не требует доказательств. Поэтому любая **ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ** требует **ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ИНДИВИДУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА**, а вовсе не «тотально-поголовного охвата вакцинами БЦЖ/БЦЖ-М в роддомах», как пытаются нас убедить в этом и **СЕЙЧАС** отечественные вакцинователи (16–19, 38).

Какой смысл в прививках, если **НЕИЗВЕСТЕН РЕЗУЛЬТАТ?**

Вакцинируют в нашей стране «против туберкулёза» почти 100 лет, а «напряжённая обстановка» по этой инфекционной болезни продолжает сохраняться. **ПОЧЕМУ?** И так ли это на самом деле?!

При этом **ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ** как была **ВЫСОКОЙ** и при советской власти (Приложение 6), так и осталась на том же уровне, если не хуже...

С 1976 года (20.3, с.67) прошло, конечно, не 100, но... более 30 лет! И лишь совсем недавно, европейские страны утвердили-таки «новый» метод *in vitro* – тест на наличие микобактерий туберкулёза, основанный на изучении Т-клеточного иммунитета – **ОТВЕТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ – НЕ НА ДЕТЯХ!** УЖ ТОЧНО эти тесты в Россию придут не скоро.

Вместе с тем, **НЕОБХОДИМЫЙ ТЕСТ (ПЦР)** используется уже не один год, например, в Москве, в Санкт-Петербурге, в Екатеринбурге и... всё!

О существовании подобных лабораторий, действительно мыслящие врачи и родители узнают... от меня на семинарах! А неграмотные адепты легенд и мифов – чиновники и вакцинователи со своей махровой некомпетентностью продолжают мучить новорождённых детей в России. Потому-то «**НОВОРΟЖДЁННЫЕ В ОПАСНОСТИ!**»... – В. А. Таболин.

Врачи нового поколения, специалисты-медики третьего тысячелетия (собственно, к ним я и обращаюсь, адресуя все накопленные знания) должны понять: нельзя пренебрегать ролью так называемых «малых» негативно воздействующих факторов типа туберкулина. Сама прививка – уже страдания, «малая болезнь», но болезнь! Туберкулиновая проба – ещё одна сверхнагрузка – чрезкожное вмешательство, поступление нового серьёзного аллергена вместе с химическими веществами (44). **УКОЛЫ, УКОЛЫ, УКОЛЫ...** Профилактические уколы, последствия которых непредсказуемы. (3, 7, 15, 20, 22, 34, 42, 44, 51).

Поэтому с огорчением цитирую одного из наших академиков: «Сегодня общество не может гордиться своими врачами. Остаётся лишь уважение к историческим заслугам отечественной медицины и лучших её представителей, внёсших свой вклад в развитие цивилизации. Хочется надеяться, что идущие за нами когда-нибудь вернут уважение к себе...» (А. Г. Чучалин // Мед, Вестник, 2000, № 24, с. 8). Будем надеяться...

Раздел IV Диагностика IV

Определение разных форм защиты от инфекционных болезней

IV.1. Генетика как первая форма-система фактической устойчивости к инфекционным болезням

«ЗНАЙТЕ СВОИ ГЕНЫ» (54)... Пора бы эти элементарные представления иметь и нашим главным санитарам, и прочим активным вакцинаторам.

Не помешали бы знания и по ИММУНОГЕНЕТИКЕ (1–3, 14, 15, 27–30, 39–42, 53–55). При этом следует помнить, что ИММУНИТЕТ – НЕ ТОЛЬКО БОРЬБА С МИКРОБАМИ, функции его беспредельны. Но мы с вами попытаемся разобраться в тех ФОРМАХ ЗАЩИТЫ ОТ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, которые постулируются вакцинаторами как «исключительно благодаря прививкам» (16–19), что на самом деле далеко от истины.

Почему такие знания очень важны?

Да потому, что «**Вакцинация породила представления о господствующем значении антител в антимикробной не только искусственной, но и ПРИРОДНОЙ НЕВОСПРИИМЧИВОСТИ...**» (29). Вместе с тем, как общеизвестно, и давно (!), человечество в основном является ИММУННЫМ – НЕВОСПРИИМЧИВЫМ – РЕЗИСТЕНТНЫМ к множеству вирусов и бактерий, НЕ ОБЛАДАЯ АНТИТЕЛАМИ К НИМ (1–3, 14, 15, 27–30, 39–42, 53–55). И если бы было иначе, то есть так, как навязывают вам вакцинаторы разных рангов (16–19, 38), то человечество вымерло бы давным-давно только от инфекционных болезней...

Более того, «ИНДИВИДУАЛЬНАЯ реактивность иммунной системы ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАНА, поэтому на один и тот же антиген у разных детей наблюдается ИММУННЫЙ ОТВЕТ РАЗНОЙ СИЛЫ» (27, сс. 151, 152).

Свойство – НЕ БОЛЕТЬ полиомиелитом, туберкулёзом, дифтерией и прочими инфекционными болезнями – ГЕНЕТИЧЕСКИ ЗАЛОЖЕННЫЙ ДАР ПРИРОДЫ!

Напоминаю то, что известно специалистам всего мира, подчёркиваю – с п е ц и а л и с т а м (!): восприимчивых к туберкулёзу среди всего человечества рождается 1 % (20), к полиомиелиту – 0,1–0,5 % (20, 31) (по Смородинцеву и по ВОЗ), к дифтерии – 15–20 % (3, 14, 32, 33), к гриппу – тоже не более 10–15 % и т. д.

Иначе говоря, кто-то уже рождается невосприимчивым к туберкулёзу (и таких значительное большинство!), кто-то никогда не будет болеть дифтерией (и таких тоже преимущественное большинство!), третья категория граждан резистентна к полиомиелиту (болеют ЕДИНИЦЫ и совсем не обязательно паралитической формой (20, 31), большинство никогда не болеют кто-то гриппом, краснухой и т. д., и т. д.

Именно поэтому **НЕТ ТАКИХ ДЕТЕЙ, КОТОРЫЕ БЫ С РОЖДЕНИЯ БЫЛИ ВОСПРИИМЧИВЫ КО ВСЕМ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ, представленным в КАЛЕН-**

ДАРЕ ПРИВИВОК!!! В том числе и поэтому, а также по глубочайшему невежеству и абсолютному отсутствию знаний по генетике, иммунологии, иммуногенетике, микробиологии и другим многочисленным смежным медицинским дисциплинам, вакцины демонизируются, а человечество вдруг объявляется «вакцинозависимым» (Онищенко в научно-популярном фильме «ВАКЦИНА СТРАХА», 2005 г).

Абсолютно неграмотное, а потому преступное направление в этой области медицины «вакцинировать всех подряд из-за удобства с организационной точки зрения... начиная с роддомов» (16–19), привело к серьёзным заблуждениям и к антинаучному пониманию значения вакцин, которые **СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ**. Наряду с этим **НАСЛЕДСТВЕННАЯ И ЕСТЕСТВЕННО ПРИОБРЕТЁННАЯ НЕВОСПРИИМЧИВОСТЬ** к инфекционным болезням, как и **ИММУНОЛОГИЯ с ИММУНОГЕНЕТИКОЙ** продолжают оставаться чуждыми и непознанными, подобно ситуации с генетикой времён Лысенко...

ПЕРВАЯ ФОРМА ЗАЩИТЫ от инфекционных болезней находится в генах и называется ещё **ПРИРОДНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ НЕВОСПРИИМЧИВОСТЬЮ** (30).

П е р е д а ё т с я п о н а с л е д с т в у !

Например, папа невосприимчив к дифтерии, а мама может заболеть (или наоборот). **ИХ** ребёнку передаётся наследственность либо папы, либо мамы...

Можно ли определить генетически детерминированную резистентность против инфекционных болезней (27–29)?

К сожалению, пока ещё в этом случае **МАССОВАЯ ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА** нереальна.

Но если в России будут заниматься разработкой и внедрением **ИММУНОДИАГНОСТИЧЕСКИХ СЛУЖБ** «как всегда», то ваши внуки и правнуки никогда не узнают, что такое **ПРИРОДНОКОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ** и почему **БОЛЬШИНСТВО НЕ БОЛЕЕТ** дифтерией, туберкулёзом и пр. Именно поэтому многие учёные, в том числе старые российские доктора, уходившие из жизни в 60–70-е годы XX столетия, пропагандировали осторожное отношение к вакцинам, тем более – **К МАССОВОМУ ИХ ПРИМЕНЕНИЮ**: «Объективно выявляющаяся возможность патогенетического значения прививочной аллергизации и... развитием тяжёлых осложнений... отрицательного многостороннего влияния вакцин на различные физиологические функции детского организма... **ТРЕБУЕТ ТЩАТЕЛЬНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ МАССОВЫХ ПРИВИВОК...**» (14, 15). Одна из таких статей П. Ф. Здродовского (журн. ПЕДИАТРИЯ, 1975, № 1) уже в те далёкие для вас времена называлась: «**ПРЕДОХРАНИТЕЛЬНЫЕ ПРИВИВКИ ПРОТИВ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОБЛЕМЫ ПРИВИВОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ**»(15).

Трагедия для здоровья детей в том, что **ЗАЩИЩАТЬ НУЖНО ЕДИНИЦЫ МАЛЫШЕЙ**, а «**ОБИЛИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**» (7) и **с к у с с т в е н н о** культивируем **МАССОВО** (1, 3, 7).

IV.2. Вторая форма материнские антитела как временная защита от инфекционных болезней

Это так называемая пассивная форма защиты. Материнские антитела передаются трансплацентарно и через грудное вскармливание. Они защищают новорождённых и грудных детей от многочисленных инфекционных болезней: от дифтерии, столбняка, кори, краснухи, ветрянки, полиомиелита и от многого другого довольно продолжительное время.

Такой иммунитет сохраняется у детей до прекращения кормления грудью и, может быть, чуть более – как уже упоминалось, данные специалистов по этому вопросу разноречивы.

Однако вмешательство в ещё незрелую иммунную систему новорождённых, затем – грудничков **НАРУШАЕТ И ЭТУ БЛАГОПРИБРЕТЁННУЮ «мамочкину» защиту – ЧТО ТАКЖЕ ДАВНО ДОКАЗАНО!** Более того, известно: отсутствие каких-либо знаний **О МАТЕРИНСКИХ АНТИТЕЛАХ** «не только снижает эффективность последующей иммунизации, но оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье детей» (22, 26, 29, 34, 37).

Напоминаем ещё раз: «Большинству детей в первые 6 месяцев жизни для поддержания хорошего состояния здоровья не требуется ничего, кроме материнского молока» (журн. «ЗДОРОВЬЕ МИРА», 1986, № 11, с. 31).

Именно поэтому особенно мне (!) – никогда и ничем не привитой – приятно читать о грамотном подходе к прививкам, исходящем уже и от православных врачей России. А то ведь первая их брошюра во главе с «вирусологом» Закревской – «Необходимость вакцинопрофилактики с православной точки зрения» (СПб, 2004) очень меня озадачила и... огорчила, поскольку ничем не отличалась от «точки зрения» ярых вакцинаторов, которые дошли до абсолютно бесчеловечного цинизма, рекомендуя «прививать в один день разными вакцинами в разных шприцах в разные участки тела ребёнка» (16–19).

На одном из «круглых столов» некие специалисты (в том числе и... современные академики, например, Н. Н. Ваганов), критикуя меня, заявляли: «До чего же Вы, Г. П., дожили, пропагандируя: «Бог дал, Бог взял». Я никогда этого не говорила, а потому и не вступаю с ними в споры – бесполезная трата времени, которого у меня и без того не так уж много. Но всё-таки ответ держу однозначный: «Бог-то дал, а вы **КАЛЕНДАРЁМ ПРИВИВОК** забираете всё здоровье у детей, проводя с новорождённости изнуряющие организм прививки и реакцию Манту».

Потому-то мне очень близки и другие слова некоторых православных врачей России: «Однако мы постоянно стремимся превзойти Творца и, внедряясь в Его творение, наносим себе непоправимый вред» —!!!

Кстати, специально для Закревской: Эд. Дженнер ничего вообще не «изобретал»... **ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА** – не изобретение, это – открытие, подобно пенициллину Флеминга (3). Более того, надо бы знать вирусологу хотя бы некоторые первоисточники. Например, в 1798 г. сам Дженнер назвал свою статью: «Исследование причин и воздействий вариолоидной **ВАКЦИНЫ**... известной под названием «корова оспа»... (64)

Дело в том, что «оспопрививание» (которое будто бы «изобрёл» Эд. Дженнер, со слов Закревской) как вариоляция было известно задолго до вакцинации... – хотя бы это надо знать «вирусологу»...

IV.3. Третья форма защиты естественно при обретенная невосприимчивость к инфекционным болезням

Такое состояние защиты обуславливается, **ВО-ПЕРВЫХ**, перенесением кем-то дифтерии, кем-то кори, краснухи и т. д. с типичной клинической картиной, характерной для каждой из них. В результате **ЕСТЕСТВЕННЫМ ПУТЁМ** приобретается **ПОЖИЗНЕННЫЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИММУНИТЕТ** против той инфекционной болезни, которую ребёнок перенёс.

ВО-ВТОРЫХ, такой же **ПОЖИЗНЕННЫЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИММУНИТЕТ** может приобрести другая категория детей, подростков и взрослых, когда они переболевают теми же инфекционными болезнями, но в более лёгком их облиии, в так называемой «стёртой» – атипичной форме. Врачи ставят диагнозы: ОРЗ, ОРВИ, ангина, тонзиллит и пр., а на самом деле могла быть дифтерия или «абортивная форма полиомиелита» (20.11; 81).

Но «**ПАРАДОКСЫ ИММУНОЛОГИИ**» (39–42) проявляют себя и в том, что есть такая группа лиц среди всего человечества, которая, несмотря на перенесение инфекционной болезни, может заболеть ею повторно. Правда, эта группа составляет всего лишь 5 %.

ПЕРЕБОЛЕВШИМ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТРЕБУЕТСЯ НЕ ВАКЦИНАЦИЯ, А ДИАГНОСТИКА на предмет выявления **ЗАЩИТЫ!** Смотри **ПРИЛОЖЕНИЕ 11 – «ВАКЦИНИРОВАТЬ – НЕ ВАКЦИНИРОВАТЬ».**

Что происходит у нас?

В информационном сборнике «Краснуха» (19.1) В. Ф. Учайкин нас информирует: «Практически всё население России переболело этой инфекцией». И тут же этот главный детский инфекционист страны призывает: «Задача сегодняшнего дня состоит в том, чтобы незамедлительно приступить к поголовной вакцинопрофилактике краснухи зарубежными вакцинами». Но зачем же в данном случае прививки, да ещё «поголовные», если вся Россия, по его данным, «переболела краснухой»?!

В результате подобных умозаключений приводим детей к гипериммунизации, провоцирующей «цепь патофизиологических процессов», среди них – аутоиммунных, когда избыточное количество антител превращается в агрессивные и разрушают клетки, ткани, органы собственного организма (1, 7, 22, 26, 34, 55, 56).

В рекомендациях ВОЗ по этому случаю недвусмысленно сказано и... давно: «Вакцинация против краснухи с целью ликвидации врождённой (? – Г.П.Ч.) краснухи в Европе до 1990 г. включена ВОЗ в расширенную программу иммунизации – РПИ... Но так как более чем 80 % населения в возрасте 20 лет уже имеют **ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ ИММУНИТЕТ** к краснухе, следует прививать только серонегативных лиц» (ВНИИ, 1988, № 9).

СЕРОНЕГАТИВНЫЕ – не имеющие защитных антител против краснухи или какого-то другого инфекционного заболевания.

СЕРОПОЗИТИВНЫЕ – имеющие антитела, т. е. **ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ** иммунитет после перенесения конкретной инфекции.

Сказанное означает, что прежде чем прививать, следует провести **ДИАГНОСТИКУ** для того, чтобы **НЕ НАВРЕДИТЬ (!)**, создавая избыточное количество антител. Поэтому далеко не все страны Европы торопятся исполнить рекомендации ВОЗ. Но, честно говоря, не существует документов ВОЗ, которые бы «требовали прививок всех подряд». Везде в её публикациях подчёркивается, что «ВОЗ – рекомендательная организация», и таких документов у меня предостаточно, начиная с 60-х годов ушедшего века (3, 20). Так что и здесь прослеживается ложь вакцинаторов, которые, на самом деле, свято чтут «декрет Ленина 1919 г.», который практически служил приказом по массовому подходу «оздоровления детей»: «Вводя полную массовую иммунизацию детей, мы брали на себя большую ответственность... в мире нигде такого нет. Приоритет в этом принадлежит СССР» (6.2).

В том-то и вся трагедия наших малышей – никто ни за что не отвечает: ни за аллергизацию как результата «полной иммунизации» (1, 3, 34), ни за «обилие поствакцинальных осложнений» (1, 7, 15).

Поэтому приведём два конкретных примера по вакцинации в Швейцарии и, как ни странно, в России.

Пример 1. «В Швейцарии заболевшую девочку краснухой не сажают на карантин, как принято у нас, а специально приглашают к ней ещё не переболевших подружек. Для здоро-

вых девочек, восприимчивых к краснухе, переболеть, заразившись, равносильно естественной прививке от краснухи» (приложение к журн. «ЗДОРОВЬЕ», 2000, № 2 – «НЕ БОЛЕЙ»).

Пример 2. Существуют, на наш взгляд, и более интересные сведения, например, со стороны ПРАВОСЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ России, размещённые в ИЮЛЕ 2009 г. на сайте Церковно-общественного совета по медицинской этике при Московской патриархии за подписью доктора медицинских наук протоиерея С. Филимонова.

В статье говорится, что в детском саду у 40 % детей нет антител к краснухе, а среди школьников лишь у 15 % нет этих антител...

Протоиерей Сергей так комментирует эти данные: «Скорее всего, они перенесли эту инфекцию в лёгкой форме без постановки диагноза и, следовательно, приобрели стойкий иммунитет к краснухе». Поэтому священник рекомендует, **прежде чем делать прививку от этой болезни, обследовать ребёнка на наличие специфических антител.**

Рекомендация отца С. Филимонова прекрасная! Но...

Если в детском саду у 40 % детей НЕТ антител к краснухе, то можно предположить, что эти 40 %:

а) будут жить и никогда НЕ БОЛЕТЬ КРАСНУХОЙ и БЕЗ АНТИТЕЛ, поскольку они – ГЕНЕТИЧЕСКИ, т. е. природно-конституционально не восприимчивы к ней;

б) кроме того, среди них могут находиться 15 % детей, которые и после перенесения болезни, и после вакцинации НЕ образуют специфические антитела, в данном случае – против краснухи, что мы и наблюдаем в прививочной карте Румянцева (Приложение 9). У этого подростка, несмотря на многочисленные прививки, НЕТ АНТИТЕЛ ни против коклюша, ни против краснухи!

Такая же ситуация и среди 15 % школьников, отмеченных С. Филимоновым.

Но в одной школе 15 %, в другой – 30 %, в третьей и того – 5 %.

Вот такие «парадоксы иммунологии» инфекционных болезней (23, 27, 39–42)!!!

При этом протоиерей Сергей считает, что вакцинация детей против краснухи, которую в России проводят в 12 месяцев и в 6 лет, не нужна, «так как в большинстве случаев эта инфекция протекает в лёгкой форме, не давая осложнений».

С осторожностью он советует относиться к прививкам новорождённых от гепатита В, которые в нашей стране делали младенцам в первые 12 часов с момента рождения на протяжении последних 12 лет... В статье говорится, что, по мнению одних иммунологов, эта прививка необходима в столь ранний период жизни. А другие считают, что проводить такие манипуляции с новорождёнными недопустимо, так как само появление на свет является для организма стрессом. «К тому же в крови младенцев до 12–18 месяцев циркулируют материнские антитела, защищающие их от инфекций». Напомним, что эти данные противоречивые, поскольку многие специалисты считают: антитела циркулируют в течение всего времени кормления грудным молоком.

Протоиерей Сергей «рекомендует делать прививки против гепатита В только в детских домах, в социально неблагополучных семьях, в семьях, где есть больные с острым или хроническим гепатитом В»... Кроме того, он противник проведения вакцинации в первые 12 часов с момента рождения. Видимо, имеется в виду прививки контактными лицам, поскольку вакцина – не антибиотик и не лечит от гепатита и других инфекционных болезней.

Далее священник советует с осторожностью относиться к прививке против туберкулёза вакциной БЦЖ, что было также известно с момента её внедрения.

«Во-первых, вакцина БЦЖ сама по себе может вызвать первичный туберкулёз, что и явилось причиной отказа многих стран от её использования, – говорится в статье. – Во-вторых, в экспериментах, проводимых в Северо-Западном регионе России, было выявлено, что вакцина БЦЖ, которая применяется в настоящее время для иммунизации людей против туберкулёза, совершенно не обеспечивает эффективной защиты против циркулирующих на Северо-Западе России микобактерий туберкулёза».

Есть данные, согласно которым среди детей, заболевших туберкулёзом, 80 % были привиты БЦЖ и около 30 % – ревакцинированы этой же вакциной. Протоиерей Сергей, доктор медицины, также говорит, что ни в коем случае нельзя вакцинировать ребёнка живой вакциной против полиомиелита, которая может вызвать определённую форму этой болезни. Он пишет, что надо использовать только убитую вакцину, имеющую сертификат и достаточный срок годности. – Говорим об этом 30 лет!

Более того, врач С. Филимонов считает, что не следует детей совсем оставлять без каких-либо прививок, однако подходить к этому делу надо очень серьёзно. Например, он советует **«перед прививками определять напряжённость иммунитета ребёнка у иммунологов или педиатров... И если в крови наблюдается высокая концентрация защитных антител в отношении определённого возбудителя инфекции, то вакцинацию проводить не надо»**. Повторимся: выражение «напряжённость иммунитета» отсутствует в специальной литературе, оно присуще исключительно отечественным вакцинаторам.

«Начинать вакцинацию детей лучше как можно позже, независимо от рекомендаций действующего национального календаря прививок», – говорится

в статье. Вот это замечательно! Кроме того, пишет он: «Следует также учитывать, что дети первого года жизни, находящиеся на естественном вскармливании, получают дополнительную защиту от инфекций с грудным молоком». И вообще рекомендует «прививать детей в центрах вакцинопрофилактики, где практикуется индивидуальный подход к каждому ребёнку».

Но... «индивидуальный подход к каждому ребёнку» возможен исключительно при ответах на вопросы: нужно ли и можно ли вакцинировать против конкретной инфекционной болезни. Генетика для нас в этой области недостижима, поэтому проводится всего лишь **антительная диагностика, да и та по просьбе родителей и недёшево. ХОТЯ ДОЛЖНА БЫТЬ БЕСПЛАТНОЙ, КАК И КАЛЕНДАРЬ ПРИВИВОК.**

Наших вакцинаторов, в том числе педиатров, безоглядно вмешивающихся в иммунную систему детей, преследует принципиальная (!) непросвещённость в этих вопросах. Они вообще считают, что им не нужна ни иммунология, в частности, с **«ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ АСПЕКТАМИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ»**, ни микробиология (23, 27, 28, 39–42). Так что хороший добрый совет С. Филимонова «перед прививкой обследоваться у педиатра», к сожалению, **НЕ ОСУЩЕСТВИМ!**

Педиатры не могут определить **ни общий иммунный статус, ни активность специфического противои инфекционного иммунитета... – это работа!** Педиатры же раздают советы, исполнение которых сами осуществить **НЕ МОГУТ!** Ну, а сейчас многие из них ещё и торгуют «хорошими импортными вакцинами», а также **непосредственно участвуют в экспериментах на российских детях при изучении безопасности новых вакцин** (документация прилагается на стр. 289).

ОБРАЩАЕМ ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ на то, что постинфекционный иммунитет, т. е. после перенесения инфекционной болезни, не передаётся по наследству, подобно конституционально-природногенетическому. И у такого контингента переболевших лиц

вырабатывается **пожизненная специфическая защита**, например, против краснухи, кори, дифтерии и т. д. Причём неважно, в какой форме они перенесли болезнь: в типичной клинической форме или в лёгкой– скрытой – стёртой – атипичной. Но и здесь не всё так однозначно. Повторимся, «Парадоксы и противоречия в иммунологии» (39, 40) приводят к тому, что среди переболевших некоторые из них, примерно 5 %, могут повторно перенести, скажем, коклюш, корь.

Материнские антитела, передающиеся трансплацентарно или через грудное молоко, являются временной защитой для ребёнка.

Напомним, продолжительность подобного пассивного иммунитета, по данным разных авторов, от 20 дней после рождения и до... прекращения кормления грудью.

IV.4. Массовая вакцинация как научно недоказанная и экономически необоснованная медицинская помощь

Принцип «НЕТ ЭПИДЕМИЯМ!» складывается из многих факторов, в целом же это комплекс противоэпидемических мероприятий (4, 15, 32, 59–61).

Коротко, исходя из давным-давно известного, в комплекс борьбы с инфекционными болезнями входят прежде всего мероприятия, направленные на **ВЫЯВЛЕНИЕ** и обезвреживание или устранение источника инфекции (насекомых, грызунов и др.). Затем устанавливается механизм передачи инфекции. И здесь наиболее опасны в эпидемиологическом отношении люди – **НОСИТЕЛИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ** инфекционных болезней, те, хронически инфицированные, которые сами не болеют, но более или менее длительное время носят, например, микобактерии туберкулёза, дифтерийную палочку, стафилококк и т. д. и выделяют их во внешнюю среду.

В нашей стране распространён абсолютно невежественный миф: «Не вакцинированные дети опасны для окружающих...». Каких «окружающих»? Вакцинированных? – Зачем же их вакцинировали? Или опасны для большинства генетически устойчивых?!

Хронически инфицированных, необходимо систематически выявлять и пролечивать, а это – ежедневная (!) работа санитарно-эпидемиологических служб. Более того, именно в данном случае по всем международным канонам допускается принудительное лечение (62).

В век антибиотиков и неисчислимого множества антимикробных препаратов сообщать всему миру, что в России «эпидемия дифтерии», да и «туберкулёз растёт с каждым годом» (Е. Какорина – Минздравсоцразвития РФ, 2009 г.) может страна, в которой никогда не было санэпидемслужбы!

«Со времён последней панэпидемии гриппа (1977–1978 гг.) прошло более 40 лет. За это время появились новые методы исследования, например, **МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ, намного более чувствительные, чем иммунологические** (выд. авт.), и позволяющие серьёзно расширить наши представления об экологии вируса (речь идёт о гриппе – прим. авт.). **За 40 лет, казалось бы, должны появиться новые идеи в ЭПИДЕМИОЛОГИИ**, но ничего этого мы не видим. Наоборот, мы стали свидетелями не прогресса в эпидемиологии, а её катастрофического регресса и профанации», – говорит в своих интервью и пишет военный эпидемиолог М. В. Супотницкий (61).

У меня всегда было очень неоднозначное отношение к Всемирной организации здравоохранения и тем более – к современному её составу, о чём не раз высказывалась и по телевидению (например, 1 канал «Судите сами», 29.10.09), и в своих публикациях (3).

Есть на то серьёзные причины, подтверждаемые документами (см. здесь в другом разделе). Несмотря на это, считаю, что некоторые прежние её рекомендации, исходящие в целом из общебиологических представлений **О ЧЕЛОВЕКЕ**, достойны внимания (3).

Напомним, что сама ВОЗ подчёркивает в каждом своём докладе: «...она не обязательно представляет решение или официальную политику..., а упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что ВОЗ отдаёт им предпочтение по сравнению с другими...» и т. д. (20). Другими словами ВОЗ – **орган рекомендательный!**

Когда же и почему она стала для России довольно странной «истиной в последней инстанции»?

Очевидно, с тех пор, как в ВОЗ появилось немало чинушек, подобных нашим. Отсюда и на службе у ВОЗ от России «специалисты» вроде Таточенко, Озерецковского, Бектимирова... Малышевой и пр., «которые по-холоуйски мчатся выполнить очередную несбыточную задачу, поставленную ВОЗ..!» (84)

Так, например, по словам той же Е. Малышевой (телепередача 1 канал «Судите сами», 29.10.09, я в ней тоже принимала участие): «ВОЗ разработала и опубликовала точные математические расчёты трагичных вариантов развития пандемии свиного гриппа... и трудно заподозрить в чём-либо ВОЗ, если она и Америка объявили тревогу, то как можно прислушиваться к какому-то «пружинкину» в России...».

К тем... «пружинкиным», которые не верили и не верят в птичий грипп, ни в атипичную пневмонию, ни в пандемию самого большого свинства в мире, ни в другие предсказания ВОЗ!

ВОЗ... разработала «точные математические расчёты» для... всего мира?! А у нас в Москве санэпидемслужба (Н. Н. Филатов, И. Лыткина и пр.) не смогли ничего угадать для одного города?!

Что же это за «служба» такая?

Далее ведущая передачи «Здоровье», извините меня, читатели, понесла такую чушь о «злокозненных свойствах гриппа, особенно свиного», а заодно и о «трагедиях непривитых девочек от рака шейки матки», не имея никакого отношения (!!!) ни к проблемам, ни к основам вирусологии. Перепутала профессоров – руководителей отечественных НИИ (видимо, хорошо знакома лишь с руководителями зарубежных, в том числе и американских фирм...) А. Л. Гинцбурга, на самом деле – директора НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи РАМН, где я в своё время заканчивала аспирантуру. Директором в то время был известный эпидемиолог, академик АМН СССР О. В. Бароян.

Но, как говорится «Не было бы счастья, да несчастье помогло»... Под «несчастьем» подразумеваю встречи с особой, пытающейся руководить всем «здоровьем нации» с телеэкрана 1-ого канала под руководством ВОЗ! А «счастьем» в данном случае – прилюдный, на всю страну (!) ДИАЛОГ с А. Л. Гинцбургом

Г.П.Ч.: «Скажите, пожалуйста, профессор, какой процент среди всего человечества может болеть гриппом?»

Гинцбург: «Даже во время эпидемий могут заболеть всего 10–15 %»...

!!! – зачем МАССОВО прививать?

Вспомнился другой мой ДИАЛОГ, ранее состоявшийся тоже на телеканале, но в Питере 19.11.06 с директором НИИ гриппа О. Киселёвым.

Г.П.Ч.: «Как Вы думаете, профессор, почему никогда (!) не болеют гриппом ни я, ни значительное число моих родственников, близких и знакомых, подчёркиваю – никогда и ничем не вакцинированных, тем более – против гриппа?»

Киселёв: «Ну что тут удивительного, Вы же прекрасно понимаете, ЭТО – ГЕНЕТИКА»...

Ах, так всё-таки такая наука как **ГЕНЕТИКА** существует среди многофакторных проблем ПРИВИВОК?!

Казалось бы, ответы вполне грамотные.

Тем не менее, мой вопрос: «**Зачем же ежегодные массовые прививки, в чём их необходимость?**» – повис в воздухе...

Нет ответов и на другое неоднозначное «свинство»:

1. На что выброшено 4 млрд. рублей российских налогоплательщиков, когда на санэпидемслужбы нет никакой надежды, а вакцины... не потребовались?

2. Кто и каким образом производил расчёты, в том числе для вакцинации «детей младшего возраста и беременных» в России?

«Дешевле предупредить болезнь, нежели потом лечить», – в данном случае постулат примитивный, однако высказанный однажды ещё одним знатоком проблем прививок, экономистом, теперь, кажется, ставшим академиком, Глазьевым... **Ежегодные массовые прививки провести ДЕШЕВЛЕ, чем вылечить единицы заболевших... тем же гриппом?**

Это ещё один миф.

Вопросы, вопросы, вопросы. Важны они ещё и потому, что упомянутый выше О. Киселёв и подобные ему абсолютно **БЕССОВЕСТНЫЕ ПРОФАНАТОРЫ** надумали приготовить вакцину за... полгода (!), уверив правительство страны в абсолютной безопасности и эффективности их «изобретения».

А где же контролирующий орган – ГНИИ стандартизации и контроля им. Л. А. Тарасевича? Как его контролёры гриппвакцин допустили подобное, явно фальсифицированное заявление?

Но если это так, как заявляют мистификаторы, то, **во-первых**, стоимость подобного «счастья одного на всех» – копейка, а не миллиарды рублей.

А, **во-вторых**, сообразно минимально вразумительной оценке «безопасности» созданной продукции, для **восстановления здоровья** каждого, будто бы ею «спасённого от гриппа», не уложится ни в 4, ни в значительно более миллиардов рублей.

Какое же количество извилин надо иметь, чтобы не понимать смертельную опасность предлагаемого блага?

В-третьих, проблемы инвалидности после навязанной «профилактики здоровья» ложатся полностью на плечи граждан, поскольку **в-четвёртых**, доказать прямую или косвенную связь наступившей смерти или инвалидности после/в результате прививки крайне сложно (3,7).

И **последнее** про 4 миллиарда «выброшенных на ветер» рублей: кто из вакцинаторов – иллюзионистов разных рангов ответил за столь явную, заметную невооружённым глазом, роскошную авантюру? Нет у них ни чести, ни совести, ни праведности, ни... веры в Бога, хотя и подались многие из бывших секретарей партийных организаций в... «православные врачи» (Таточенко, Мац, Озерецковский и пр.). Они продолжают пропагандировать миф о том, что «самое эффективное средство в борьбе с инфекционными болезнями – вакцины». Значит нагнетание страха и вакцинация, а не вера в помощь Господа Бога?!

«Когда целое поколение вырастает на лжи, это уже преступление» (1 канал телевидения, 29.04.10).

А когда четырём поколениям ввали, насаждая: «вакцинируйся, не то – умрёшь»?

За 45 лет моей службы в вирусологии, изучения специальной научной и научно-практической литературы по неисчислимым проблемам вакцинологии, я пришла к выводам **об отсутствии каких бы то ни было научно и экономически обоснованных доказательств преимущества массовых прививок** в спасении человечества от инфекционных болезней.

Самый расхожий **МИФ**: «Оспу победили при выполнении глобальной программы поголовной противооспенной вакцинации всех жителей всех стран» (Р. В. Петров, «Я или не я: Иммунологические мобили» – 24.1, с. 5).

Вряд ли слово «поголовье» этично соотносить с человеком и человечеством – и это тоже важно, поскольку это ветеринарный термин.

Но вот и другие соображения, публикации и документы, в том числе и ВОЗовские, **ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ** безумство «вакцинации всех жителей всех стран»...

«Первоначально господствовала точка зрения... будто кампании вакцинации вполне достаточно для победы над этой болезнью. Неадекватность такого подхода стала очевидной, как только приступили к реализации программы. Выяснилось, что необходим учёт всех этнических, социальных, климатических, географических и других условий. Даже «основное орудие» борьбы – **вакцина против оспы**, в том виде, в каком её производили, **оказалась неподходящей для многих стран...**

Помимо прочего программа должна была включать идентификацию групп риска, определение роли трупоб как постоянного источника инфекции (а у нас ещё и бомжей, снующих повсюду – прим. авт.), а также прослеживание процессов распространения инфекции из больниц и школ...» (Журн. «Всемирный форум здравоохранения», 1989, т. 9, № 4, с. 87).

Историко-аналитическая справка о проблемах вакцинации

1. «Со времени введения оспопрививания средний возраст людей уменьшился..., а также умирает гораздо больше детей, чем раньше, от других болезней, например, от тифа, кори, скарлатины, дифтерита, крупа и др.» (1850 г.) – цит. по **В. Губерту «Прививание телячьей и гуманизированной оспы», Казань, 1887 г.**

2. **Бразоль Л. – МНИМАЯ ПОЛЬЗА И ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫЙ ВРЕД ОСПОПРИВИВАНИЯ. СПб, 1884.**

3. **ХРОНИКА ВОЗ, 1965, № 3, с. 86:** В редакционном обзоре по современным проблемам иммунологии особое внимание уделено постановке **«жизненно важного вопроса** о том, что прививки могут являться непосредственно или потенциально вредными для организма человека, поскольку проводятся интенсивные и длительные курсы, начинающиеся с раннего детства до юношеского возраста.

Подобным образом вопрос поставлен в итоге всестороннего обсуждения в 1964 г. важнейших разделов общей и прикладной иммунологии ведущими специалистами пяти комитетов экспертов ВОЗ. Вопрос практически отождествляется с наличием прививочных побочных реакций и осложнений».

4. **ИЗ ОФИЦИАЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ ВОЗ № 252, 1981, с. 174:** «Никакая программа по профилактике инфекционных болезней и их лечению не даёт успеха без все-

сторонней поддержки эффективного эпидемиологического надзора... недостаточный эпидемиологический надзор способствует возникновению эпидемий...».

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

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

7. **Кравченко А. Т.** (микробиолог, профессор, бывший директор ГНИИ контроля им. Л. А. Тарасевича МЗ СССР). **РОЛЬ АЛЛЕРГИИ В РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА НА ВВЕДЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ.** Вестник АМН СССР, 1964, т. 10 с. 52: «Возникает необходимость глубокого изучения причин, вызывающих поствакцинальные осложнения. Рассмотрены три группы осложнений. Кроме того, речь идёт об инструкциях по применению препаратов, в которых тщательно оговорены **противопоказания** к применению вакцин. Списки этих противопоказаний очень обширны; составлены они **НА ОСНОВАНИИ НАБЛЮДЕНИЙ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ** ».

8. **Носов С. Д.** (инфекционист-клиницист по проблемам детской инфекционной патологии, академик АМН СССР) **ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК НА ДЕТСКИЙ ОРГАНИЗМ.**

В сб.: «Материалы научной конференции Института Педиатрии АМН СССР», 1966, с. 6: «Прививочные календари должны дифференцироваться в зависимости от местных условий различных республик нашей страны. Календарь не может быть стабильным на длительный срок и должен меняться и корректироваться в связи с ликвидацией опасностей отдельных инфекций и необходимостью включения новых прививок. **Необходимо с наибольшей полнотой изучать:** отрицательные влияния прививок на физиологические функции организма, на различные интимные процессы, происходящие в нём; возможность подавления в результате иммунизации неспецифической резистентности организма и специфического естественно-приобретённого иммунитета к различным инфекциям».

Носов С. Д. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В ПРОШЛОМ И НАСТОЯЩЕМ. (Клинико-эпидемиологические аспекты эволюции инфекционных болезней). Л.: Медицина, 1980: «Анализируются значительные изменения в эпидемиологии и клинике, происшедшие **за последние 50 лет**, с инфекционными болезнями, свойственными главным образом детскому возрасту: при коклюше, дифтерии, скарлатине, стафилококковой инфекции, сальмонеллёзе, дизентерии, вирусном гепатите В, энтеровирусных инфекциях и др.

Отрицательное влияние загрязнения внешней среды на здоровье населения создаёт новые взаимоотношения между организмом человека и патогенными микроорганизмами – это следует учитывать при использовании вакцин... В настоящее время на одного больного дифтерией приходится десятки и сотни здоровых носителей... **это дифтерия привитых** – среди привитых заболевают дети, в силу каких-то обстоятельств *не выработавшие после*

вакцинации иммунитета, главным образом те, у которых он истощился... возможно, имелось какое-то иммунодефицитное состояние».

9. Здродовский П. Ф. (эпидемиолог, иммунолог, академик АМН СССР). **О ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЯХ ВАКЦИН.** Сборник трудов НИИ детских инфекций. Л., 1969: «Проблема побочных реакций вакцин, с одной стороны, касается реакций, непосредственно проявляющихся сразу после прививки, с другой – включает потенциальную опасность, угрозу отдалённых последствий...».

Здродовский П. Ф. ПЕДИАТРИЯ, 1975, № 1: «Объективно выявляющаяся возможность патогенетического значения прививочной аллергии требует **тщательного эпидемиологического обоснования массовых прививок, а также особо повышенной требовательности к качеству применяемых препаратов** и, прежде всего, к их безвредности... хотелось бы отметить ещё одно «досадное» обстоятельство, которое бытует среди медиков в оправдание побочных прививочных реакций, что при достаточной эффективности вакцин можно пренебречь их реактогенностью. Такого рода рассуждения служат лишь маскировкой для плохой работы и должны встречать категорические возражения... наибольшее количество летальных исходов отмечено после введения антирабической вакцины, противостолбнячной сыворотки и... вакцины АКДС».

10. Брагинская В. П., Соколова А. Ф. (Институт Педиатрии РАМН). **АКТИВНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ.** М.: Медицина, 1977, 1984, 1990. Сообщается об «обилии поствакцинальных осложнений», в основном на БЦЖ и АКДС с учётом того, что их наблюдения в клинике касаются исключительно тех случаев, когда «скорая помощь» привозит к ним детей в крайне **тяжёлом состоянии:**

– «До настоящего времени отсутствует должный учёт поствакцинальных осложнений» (1984, с. 7; 1990, с. 120);

– «Если принять во внимание массовость проводимых вакцинаций, то даже небольшой процент поствакцинальных осложнений может составить значительную цифру» (1984, с. 7);

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

– «Анализ неврологических осложнений после иммунизации АКДС на современном этапе, проведённый в сравнении с наблюдениями прошлых лет, свидетельствует о том, что характер этих осложнений в последние годы не претерпел существенных изменений... число больных с поствакцинальными осложнениями (ПВО) после иммунизации АКДС за все 23 года наблюдений не имеет тенденции к снижению, и характер их остаётся прежним, что говорит о том, что реактогенность применяющейся в практике АКДС пока не уменьшилась... в последние годы осложнения после иммунизации АКДС вышли на первое место в структуре поствакцинальных осложнений...» (1990, с. 115–117);

– «В аспекте иммунизации важно иметь в виду, что детям, страдающим иммунологической недостаточностью, особенно дефицитом клеточного иммунитета и комбинированными иммунологическими дефицитами, противопоказаны прививки живыми вакцинами. **Сама по себе вакцинация живой вакциной (БЦЖ, против кори, паротита, краснухи, полиомиелита и др. – Г.П.Ч.) является своего рода скринингом,** так как позволяет выявить детей с поствакцинальными осложнениями подозрительных на иммунодефицитное состояние» (1984, с. 14; 1990, с. 16). «СКРИНИНГ» благодаря ожидаемым, т. е. запрограммированным поствакцинальным осложнениям?!

11. **ИНСТРУКЦИЯ по взятию материала для патоморфологического изучения летальных случаев ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.** М.: МЗ СССР, 1980, 1984, 1990.

12. **Сборник резолюций и решений ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЗ, т. 2, 1980:** «ВОЗ рекомендует продолжить осуществление программы иммунизации и эпидемиологического надзора за некоторыми или всеми из следующих болезней: дифтерии, коклюша, столбняка, кори, полиомиелита, туберкулёза... **в зависимости от необходимости и в соответствии с эпидемиологической ситуацией** в каждой стране...».

13. **ХРОНИКА ВОЗ, 1981, т. 35, № 3, с. 134:** «Рекомендуется переход от массовой вакцинации к эпидемиологическому надзору и стратегии противоэпидемических мероприятий...».

14. **ВОЗ – ДЕЙСТВИЕ СЛУЖБ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ, ВЫЗВАННЫХ ЭПИДЕМИЯМИ.** Под ред. П. Бреса – бывшего руководителя секции вирусных болезней и составителя этого документа (1986–1990 гг.). В предисловии к русскому изданию написано:

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

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

– с. 123: «Группы требуют иммунизации, **если серологические и эпидемиологические данные** не определяют другую тактику... в этих условиях преимущество в проведении вакцинации состоит в том, что нет необходимости исследовать индивидуальный иммунный статус...»;

– с. 124: «Эффективность иммунизации включает процент охвата населения, частоту сероконверсии и титры антител **до и после** иммунизации...»;

– с. 125: «**Противопоказания к иммунизации.** Противопоказания могут быть общими (**ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ЛЁГКИХ, НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ** или **ПОЧЕК**) или специфическими к данной вакцине. Введение **ЖИВЫХ** вакцин **ПРОТИВОПОКАЗАНО** лицам с иммунологической недостаточностью и беременным».

15. **Всемирный форум здравоохранения, ВОЗ, 1989, т. 9, № 4:**

– с. 66: «Подход «одна проблема – одно решение» несостоятелен, о чём свидетельствует полная невозможность борьбы против какой-либо болезни с помощью единичных мероприятий... в кампании с оспой ситуация изменилась коренным образом благодаря не только техническим новшествам, но новой ориентации, стратегии – на выявление случаев болезни и **вакцинации контактов, а не групп населения в целом...**»;

– с. 87: «Первоначально, действительно, господствовала точка зрения, будто кампании вакцинации достаточно для победы над оспой. Неадекватность такого подхода стала очевидной, как только приступили к реализации программы... важнейшими направлениями стали: идентификация групп риска, определение роли трупоб как постоянного источника инфекции... учёт наиболее существенных аспектов контроля над оспой – этнических, социальных, климатических, географических и других условий, присущих разным странам...».

16. Всемирный форум здравоохранения, ВОЗ, 1989—1990, т. 10, № 3—4: «Иммунизация относительно мало способствовала повышению сопротивляемости инфекции, и не потому, что была неэффективной, а потому, что снижение смертности наблюдалось в тот период, когда уровень охвата иммунизацией был довольно низким... смертность от многих инфекционных болезней снизилась до довольно низкого уровня – показателей по другим причинам – **благодаря улучшению питания и санитарно-гигиенических условий** в индустриальных странах и только питания в странах третьего мира – **ещё до широко проводимых программ иммунизации...**».

17. Бюллетень ВОЗ, 1990, т. 68, № 5:

– с. 16: «Точная диагностика активного туберкулёза имеет важное значение в борьбе с этой болезнью в районах с высокой и низкой заболеваемостью, а также для обеспечения благополучия отдельных больных. Несмотря на огромное число исследований, выполненных со времён Роберта Коха, мы всё ещё не располагаем простым, чувствительным тестом, который позволял бы отличать **БОЛЬШИНСТВО ИЛИ ВСЕХ БОЛЬНЫХ АКТИВНОЙ ФОРМОЙ** туберкулёза от больных **НЕАКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ**, от лиц, **РАНЕЕ ВАКЦИНИРОВАННЫХ БЦЖ...**»;

– здесь же, на с. 16: «**НЕДОСТАТКИ ТУБЕРКУЛИНОВОЙ ПРОБЫ как средства ДИАГНОСТИКИ хорошо известны**»;

– с. 19: «...даже в высокоэндемичных районах распространённость туберкулёза среди населения в целом составляет всего лишь 1 %...»

18. Бюллетень ВОЗ, 1990, т. 68, № 1:

– с. 46: «Ежегодный риск инфицирования точно не может быть известен, если проводится вакцинация БЦЖ без предварительной постановки туберкулиновой пробы... БЦЖ – вакцинация не облегчает такие подсчёты»;

– А у нас 80 лет «подсчитывают» именно ПОСЛЕ (!) БЦЖ – прививки. Так было в СССР, ничего не изменилось и теперь на всём постсоветском пространстве... – с. 47: Несмотря на широкое применение вакцины БЦЖ в Бразилии **никогда НЕ ОЦЕНИВАЛИ ОБЕСПЕЧИВАЕМОГО ЕЮ ИММУНИТЕТА** (ситуация, аналогичная нашей – прим. авт.);

– с. 67: Частота связанных с БЦЖ побочных реакций коррелирует с типом микобактерий препарата... к другим факторам, играющим важную роль в развитии связанных с вакцинацией реакций, относятся дозы, способ введения и особенности реципиента».

19. Всемирный форум здравоохранения, 1985, т. 5, № 3:

– с. 74: «Риск развития неблагоприятных реакций на вакцину БЦЖ зависит от **ШТАММОВ БЦЖ, используемых различными фирмамиизготовителями, дозы, возраста ребёнка, метода иммунизации и квалификации vaccinатора...**»;

– там же, на с. 74: «частота случаев туберкулёзного остита среди детей после вакцинации БЦЖ колеблется от 1 до 30 случаев на 1 млн. привитых, что, как правило, обусловлено **серьёзными нарушениями КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА**».

Ни в бывшем СССР, ни в теперешней России **НЕ ПРОВЕРЯЕТСЯ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ни ДО, ни ПОСЛЕ прививок живыми вакцинами...** поэтому-то и происходит «скрининг» иммуноослабленных детей посредством БЦЖвакцины, что приводит к детской инвалидизации – **ОСТИТАМ** – нарушениям опорно-двигательного аппарата, о причинах которых никто и не догадывается, а также – к заболеванию туберкулёзом.

20. Бюллетень ВОЗ, 1988, т. 66, № 1:

– с. 70 **«ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНЫ В РАЙОНЕ ЕЁ ПРИМЕНЕНИЯ ОСОБЕННО ПОЛЕЗНА В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА, НЕСМОТРИ НА РАСШИРЕННЫЙ ОХВАТ НАСЕЛЕНИЯ ИММУНИЗАЦИЕЙ, ДАННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ОБ ОТСУТСТВИИ СУЩЕСТВЕННОГО СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ...».**

21. «Расширенная программа иммунизации (РПИ) направлена на сокращение заболеваемости и смертности от инфекционных болезней до уровня, КОТОРЫЙ НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СЕРЬЁЗНЫХ ПРОБЛЕМ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. Основное внимание РПИ сосредоточено на развивающихся странах...», – цитировал в своё время «правильные» рекомендации ВОЗ один из нынешних активных вакцинаторов Семёнов Б. Ф., считающий теперь, что неограниченное число вакцин в календаре прививок ликвидирует все инфекционные болезни, превратив их в «управляемые прививками»... – **ОБЗОРНАЯ ИНФОРМАЦИЯ.** Медицина и здравоохранение. ВНИИМИ, Москва, 1981, № 3.

22. БРОУЭР Л.

а) ВАКЦИНАЦИЯ – МЕДИЦИНСКАЯ ОШИБКА ВЕКА, 1997 г.;

б) МАФИЯ. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ И ПРОДОВОЛЬСТВЕННАЯ. ПОСЛЕДСТВИЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: дискредитация аллопатической медицины и СЕРЬЁЗНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ населения Запада. Канада. 1999.

23. СЕРГИЕВ В. П., МАЛЫШЕВ Н. А., ДРЫНОВ И. Д. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ЦИВИЛИЗАЦИЯ. М., 2000 г. Прошлое, настоящее, будущее: «Часто слышимые утверждения, в том числе и от имени ВОЗ, что только вакцинопрофилактика является идеальным и наиболее рентабельным инструментом ликвидации инфекции, как это бывает со всеми чрезмерно категорическими утверждениями, НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ... гигантомания в безудержном расширении числа вакцин в календаре прививок... ущерб, связанный с неизбежным повреждающим действием вакцин...».

24. ЧЕРВОНСКАЯ Г. П.

1) ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА. РНКБ РАН. М., 1994;

2) ПРИВИВКИ: мифы и реальность. Основы вакцинологии. М., 2002, 2003, 2004;

3) КАЛЕНДАРЬ ПРИВИВОК – ОШИБКА МЕДИЦИНЫ XX века. Основы вакцинологии. М., 2006, 2008.

4) ОБИЛИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КАК ПРИЧИНА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ. М., 2007.

25. КОТОК А. БЕСПОЩАДНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ. М. 2006. (84)

Исторические сведения можно приводить до бесконечности, обсуждая вопросы «как надо» и «как должно быть». В Справке не приводится ничего неизвестного, ничего такого, о чем не было бы сказано раньше, что **«не было бы в уме и не было бы в ощущении» специалистов – «Nihil in intellectu quod non ante in sensu».**

Устаревшая, прогнившая материальная база предприятий-изготовителей отечественных вакцин (кроме ИПВЭ им. акад. М. П. Чумакова) изначально настолько не соответствовала требованиям времени, что все наши «успехи» выглядели обыкновенным абсурдом и... фальсификацией.

В нашей стране никогда не проводилась, да и сейчас не проводится «оценка эффективности вакцин». В связи с этим никогда не была известна фактическая защищённость – иммунная прослойка к конкретной инфекционной болезни, обусловленная прививками. И это ещё один МИФ, будто все защищены, потому что привакцинированы...

Диагностические иммунологические – «противоинфекционные службы» развивались «успешно» на бумаге – в отчётах и приказах, а на практике они остаются «перспективной» необходимостью.

Отсутствие профессиональной организации противоинфекционной службы и вакцинологии сказывается негативно и на качестве вакцин (предприятия находятся в антисанитарном состоянии), и на эффективности прививок (отсутствует проверка защиты с их помощью), следовательно, на здоровье детей:

– «Несмотря на массовое проведение профилактических прививок... в последние годы в СССР отмечается увеличение заболеваемости **дифтерией**, на некоторых территориях формируются очаги групповых заболеваний, регистрируются **осложнения и летальные исходы**» (35.1, с. 3);

– «**причины летальных исходов не изменились** и остаются теми же, что на заре иммунопрофилактики... **несвоевременная диагностика**, поздняя госпитализация больных...» (35.1, с. 23, 24). Это написано в 1986 г. по материалам, анализируемым в течение предыдущего десятилетия, т. е. с 1976 по 1986 г. Вроде бы в эти годы не было никаких социальных потрясений, но и достижениями вряд ли можно похвастаться... не было ещё и моей публикации, которая появилась лишь в 1988 году! – «Комсомольская правда», 15 сентября 1988 г.

Так что по всем общебиологическим канонам, общим закономерностям **ГЕНЕТИКИ ЧЕЛОВЕКА**, периодичности и цикличности развития микроорганизмов, не было и не могло быть «вакцинации всех жителей всех стран» (24).

И ещё не менее важные доказательства **фальсификации эффективности массовых прививок**.

В 1808 г. Э. Дженнер, напомним, открыватель первой вакцины, обратил внимание на то, что осповакцина НЕ прививается у людей с «постоянно выступающей лихорадкой на губах» (63–65) – по современной вирусологической терминологии у **ГЕРПЕСВИРУСА**-носителей, т. е. хронически инфицированных этим микроорганизмом.

Почему же в данном случае прививка НЕэффективна?

Происходит это за счёт явления **ИНТЕРФЕРЕНЦИИ**, открытого и названного так значительно позже, в 1957 г., английским учёным Айзексом. Суть происходящего в том, что в данном случае вирус герпеса является «постоянно прописанным хозяином» в конкретном организме и своеобразно охраняет его от пришельцев вирусной этиологии, в том числе, как установлено в начале XIX века (!), и от живой противооспенной вакцины. Проще говоря, два вируса (герпес и живая осповакцина) вступают «в бой», результатом которого является, во-первых, торжество – победа хозяина, т. е. «хроник» остаётся носителем вируса герпеса. Во-вторых, у таких привитых отсутствуют «оспенные знаки» на руке как **ДИАГНОСТИКИ** состоявшейся защиты **благодаря осповакцине** (63–65). Довольно продолжительное время противооспенную защиту устанавливали только так. Позже стали применять ещё и методы определения гуморальной – антительной защиты и степени её активности по титрам специфических антител.

А вот к **МАССОВОЙ ОЦЕНКЕ** с помощью **МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ** мы так и не пришли.

Для каких же противовирусных **ЖИВЫХ** вакцин характерно вышепредставленное явление?

А этим никогда и никто не интересовался!

Скажем, как прививается у герпес-носителей каждая из четырёх живых вакцин: против кори, паротита (свинки), краснухи или против полиомиелита?

Глухо! **«Реакция российского эпидемиологического истеблишмента тупо проста – дайте деньги на вакцины... не то погибнут 100..., нет 200, нет, больше миллионов человек»**, – у М. В. Супотницкого речь идёт о грипп-вакцинах, но высказанное им

(61) стопроцентно относится к тупой безнравственной политике «важности и необходимости **массовых** прививок».

Раздел V

Лживая праведность «Пользы массовых прививок» и «Эпидемии дифтерии из-за отказов от вакцинации»

Напоминаем!

Во-первых, дифтерия была страшна до открытия антибиотиков, а также изобретения необъятного множества эффективных дезинфектантов (помимо хлорки!) и других антимикробных средств в борьбе не только с дифтерийной палочкой. Главное преимущество использования таких противоэпидемических мероприятий в том, что они помогают бороться с патогенными инфекционными агентами **ВНЕ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ! Однако нам с маниакальной настойчивостью навязывают «только вакцины» и эпидемии XV–XVIII веков, «времен Очаковских и покоренья Крыма», жизни А. П. Чехова и доктора Дымова.**

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.