

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

Настоящий доклад ("*Вакцинопрофилактика и права человека*") - первый документ такого рода, подготовленный РНКБ. Он посвящён одной из наиболее остро обсуждаемых ныне российской общественностью проблем в этой области - гарантиям защиты прав и здоровья человека при проведении массовой вакцинации населения. Острота проблемы обусловлена двумя обстоятельствами: во-первых, в ходе сложного и болезненного процесса преобразований, переживаемых нашим обществом, в связи с резким ухудшением социально-экономических условий жизни населения, наблюдается явное неблагополучие в санитарно - эпидемиологической сфере, нередко требующее неотложных действий на федеральном, региональном и местном уровнях; во-вторых, одной из сторон этого же процесса преобразований является коренное изменение взаимоотношений между гражданином, обществом и государством, которое должно найти своё выражение и в самом серьёзном обновлении принципов деятельности служб здравоохранения и санэпиднадзора, поскольку становится всё более очевидным, что традиционные решения далеко не всегда срабатывают в нынешних ситуациях.

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

Мы адресуемся не только к службам здравоохранения и санэпиднадзора, но и к другим государственным органам, и к общественности, в том числе - к средствам массовой информации. Мы стремимся не к углублению конфронтации между сторонниками и противниками проводимой ныне политики в области вакцинопрофилактики - а эта конфронтация уже реально имеет место на страницах печати, - но к выработке согласованных точек зрения. Следует сразу же отметить, что в настоящем докладе представлены главным образом позиции тех, кто выступает с большей или меньшей долей критицизма по отношению к существующей практике вакцинации. Мы считаем, что политика в области вакцинопрофилактики должна быть серьёзно проанализирована и переосмыслена. Предварительным условием для этого, по нашему мнению, является отказ от кулуарно-ведомственных путей её формирования и открытый диалог как между специалистами, придерживающимися разных взглядов, так и между государственными службами и общественностью.

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

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

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

**Ответственный редактор:** доктор философских наук, профессор, заместитель председателя РНКБ Б. Г. Юдин

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

## **Вакцинопрофилактика и права человека** **(Доклад Российского Национального комитета по биоэтике)**

*Москва, 1994.*

### **СОДЕРЖАНИЕ**

#### **ПРЕДИСЛОВИЕ**

#### **МИФЫ И ПРАВДА О ПРИВИВКАХ**

1. Введение в проблему: система прививок в СССР и в России
2. Общие меры борьбы против инфекционных заболеваний
3. Противопоказания к прививкам
4. АКДС - "вакцина": состав и методы изучения безопасности
5. Осложнения после прививок - разновидность ятрогенной патологии
6. "Для проведения исследований были отобраны практически здоровые дети"
7. Обращение к Президенту Российской Федерации Б. Н. Ельцину
8. Вместо послесловия. Вакцинопрофилактика в нашей стране - только ли медицинская проблема?
9. Список используемой литературы

#### **МНЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ РАЗНЫХ ДИСЦИПЛИН**

1. Поговорим ещё раз о вакцинах и вакцинопрофилактике в СССР
2. "Я мало верю в то, что в нашей стране, системе можно что-то сделать..."
3. Все население нашей страны - в длительном хроническом эксперименте
4. Поднята принципиально важная проблема

5. Справедливости ради...
6. Об одном и том же столько лет
7. Директору ГосНИИ стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов профессору Медуницыну Н. В.
8. О тревожных результатах наших исследований
9. Пожалейте наших детей!

#### ВАКЦИНАЦИЯ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

Философский аспект политики всеобщей вакцинации населения

Новые социальные условия - новые социальные субъекты здравоохранения Этико-правовые аспекты политики всеобщей вакцинации населения. Этические и правовые аспекты испытания вакцин.

СОВРЕМЕННАЯ ПОЛИТИКА ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В РОССИИ (ЮРИДИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ: Медицина и права ребенка

### **Вакцинопрофилактика и права человека: Предисловие**

Средства массовой информации, руководители служб здравоохранения и санитарно-эпидемиологического надзора беспрестанно сообщают всё более тревожные данные о росте заболеваемости и смертности от инфекционных болезней, в частности, от дифтерии. Однако средства и методы, применяемые для разрешения этой острой проблемы, вызывают немало вопросов.

В докладе, подготовленном междисциплинарной группой, включающей медиков и биологов разных специальностей, а также философов и юриста, обосновывается необходимость серьезного пересмотра проводимой в России политики массовой вакцинации населения и её оснований. Сомнительное качество применяемых вакцин, с одной стороны, и ослабленное здоровье населения, с другой, делают противоиные прививки фактором риска. Вместе с тем, массовая вакцинация порождает немало вопросов этического и юридического характера, обсуждаемых в докладе. Наряду с этим, в докладе приводится обширный перечень данных об испытаниях вакцин на детях и взрослых, проведенных с нарушением этических и юридических норм. На основании проведенного анализа предложены рекомендации по ряду наиболее острых проблем современной политики в области вакцинопрофилактики.

©РНКБ, 1994 г.

### **Вакцинопрофилактика и права человека**

Г. П. Червонская, кандидат биологических наук, вирусолог

#### **Мифы и правда о прививках**

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

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

В фундаментальных исследованиях и в практике одних дисциплин культура клеток резко сокращает число экспериментальных животных; в других, как и в вирусологии - практически полностью их заменяет. Экспресс-тесты с использованием культуры клеток этичны и, кроме того, экономят время, деньги и животных. Следует заметить также, что содержание и отношение к лабораторным животным в отечественных вивариях очень далеки от международного "Этического кодекса по проведению экспериментов с использованием животных" [11д]. Это не только серьезная проблема этического, философского и морального порядка; когда нет кондиционных животных, попросту отсутствуют достоверные результаты. Во многих странах приняты законы, направленные на защиту животных, используемых в медико-биологических исследованиях, на то, чтобы проведение таких исследований допускалось лишь при получении специального разрешения и т.д. Ничего подобного у нас нет. Поэтому и результаты, полученные на "наших" животных, во многих случаях нельзя считать достоверными.

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

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

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

Серьёзность и важность появления культуры клеток в вирусологии отмечена на очень высоком международном уровне. В 1954 г., когда в США борьба с полиомиелитом была в полном разгаре, Каролинский институт присудил Нобелевскую премию по физиологии и медицине Д. Эндерсу, Ф. Роббинсу и Т. Уэллеру за разработку метода размножения вирусов полиомиелита в культуре клеток, за замену последними животных - обезьян. Более того, опыт, накопленный международной практикой [1 г], теперь уже в течение 35 лет, показал, что культура клеток является более чувствительной системой, чем организм обезьян, для выведения в убитой (инактивированной) вакцине случайного оставшегося инфекционного полиовируса. Такой остаток должен быть полностью исключен, поскольку это чревато заражением, а не вакцинированием.

Во многих странах производят не живую, а убитую полиовакцину. Поэтому для более высокой гарантии безвредности в культуру вводят гораздо больший объем вакцины, чем в организм обезьяны [1 г]. Понятно, что при этом в готовом препарате не должно содержаться "гаранта стерильности" - остатков химических веществ, даже тех, которые используются и необходимы в процессе изготовления вакцины (например, формалина), не говоря уж о добавках, обладающих токсическим действием в культуре клеток. Исходя из международной практики, имея модель и владея методами её использования, мы применили культуру клеток для изучения АКДС. Начиная с 1976 года, проверили более трёхсот коммерческих серий этой, так называемой, "вакцины". "Коммерческие серии" - это такие, которые прошли все контроли и стандартизацию, были выпущены и доставлены во все детские поликлиники и другие "места применения",

Трудно было поверить в то, что нами обнаружено в составе АКДС отечественного изготовления. Все серии, проверенные нами, были нестандартны. Более того, готовый препарат не имеет никакого права называться "биопрепаратом", да ещё "иммунобиологическим", поскольку является серьезным химико-биологическим конгломератом, содержащим химические вещества, опасность которых давно доказана даже при однократном контакте с их малыми концентрациями. Доза АКДС 0,5 мл, предназначенная для однократного парентерального (внутримышечного) введения грудному ребенку, убивает клетки в культуре [2, 3]. Но модель продолжает погибать и после разведения этих 0,5 мл. в 100... 1000 и более раз! Позже проводили исследования в сравнении с некоторыми зарубежными образцами. Аналогии не установили.

На некоторые серии АКДС, бывшие у нас на контроле и отмеченные как высокотоксичные, пришли рекламации с мест применения с указанием на "сильные местные реакции", "резкое увеличение степени кожных реакций", "гиперемии", "повышенную отечность в месте введения" и т.д. Установленное нами в культуре диплоидных клеток человека нельзя определить в опытах на животных. Стала совершенно очевидна одна из причин местных реакций на введение АКДС и её модификаций (АДС-М и др.) не только у детей, но и у взрослых. О полученных результатах мы писали не только в специальной литературе [2, 3], но и в Минздрава, Комитет вакцин и сывороток (КВС), неоднократно докладывали на ученых советах в ГосНИИ стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им. Л.А.Тарасевича (ГНИИСК).

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

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

Телефильм прошел по программе "Добрый вечер, Москва!" 5 октября 1991 года. Но, заинтересовав несколько десятков специалистов, в том числе участковых педиатров, он не вызвал никакой реакции у организаторов повальных прививок АКДС, которую, как нами установлено, вовсе нельзя считать вакциной.

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

С чем же сравнивать изготовление АКДС, если известно, что контроль качества, изучение безопасности отечественных лекарственных фармсредств и добавок к ним, судя по "руководящим методическим материалам", на несколько порядков выше, нежели "унифицированные методы контроля" профилактических лекарственных биопрепаратов и прежде всего АКДС и её "ослабленных" модификаций? Было бы чуть проще, если бы АКДС-"вакцина" прошла первые стадии изучения безопасности, присутствующие вирусным препаратам. Уверена, если бы это случилось, то АКДС никогда бы не была допущена в практику детского здравоохранения.

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

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

счет мнения эпидемиологов и педиатров. При этом практические врачи в своих письмах нам пишут о том, что по состоянию современного здоровья-нездоровья наших детей противопоказания надо увеличивать!

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

Таким образом, вопросы, которые мы поднимаем, относятся к проблемам массовой вакцинопрофилактики, осуществляемой отечественными здравоохранительными органами по принципу "Советский Союз всегда занимал ведущее место в мире по массовости планового использования вакцин... что является *оригинальностью* нашей позиции" [14а, с. 11-12 - выделено мною - Г.Ч.].

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

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

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

- собственные экспериментальные данные [2-4];
- знание обстановки на отечественных предприятиях, производящих вирусные и бактериальные препараты - вакцины;
- представления об "Этическом кодексе Совета международных медицинских научных организаций (С10MS) по проведению экспериментов с использованием животных" (из публикаций и личных контактов), а также знания о некачественном, нестандартном содержании экспериментальных животных в наших вивариях, об антигуманном и безнравственном обращении с ними; об ограниченном использовании альтернативных моделей, помогающих сокращению и замене животных в опытах;
- знания о состоянии (или практическом отсутствии) вакцинологии в нашей стране - ни одна вакцина не изучена на прогноз отдалённых последствий ни на животных, ни в условиях *in vitro*;
- публикации многочисленных авторов, в их числе контролеров ГНИИСКА, о низком качестве, низком уровне изучения безопасности вакцин, о некачественной АКДС, требующей серьезного усовершенствования, о чём пишут со дня внедрения её в практику - а между тем неусовершенствованную вакцину продолжают вводить грудным детям;
- существование мало кому известных и мало кем учитываемых медицинских противопоказаний;
- отсутствие диагностических, генетических, иммунологических и др. служб;
- наличие перечня "обильных" [13, с. 56, 52, 54] поствакцинальных осложнений, особенно после применения АКДС, её модификаций и БЦЖ;
- отсутствие юридически обоснованного статуса добровольца в отечественном медицинском эксперименте;
- публикации ВОЗ и международную практику использования вакцин и многих других в опросах, в том числе правовых, в области стратегии и методологии прививок.

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

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

## 2. Общие меры борьбы против инфекционных заболеваний

Вряд ли теперь можно установить, когда и почему, в силу каких обстоятельств у нас в стране сложилось убеждение в том, что только прививки спасают мир от инфекционных заболеваний; только благодаря вакцинам будут "побеждены и ликвидированы" все или почти все вирусные и бактериальные инфекции, а такие, как туберкулёз, дифтерия, коклюш, корь, полиомиелит и некоторые другие, стали "управляемыми".

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

Руководители отечественных эпидслужб до сих пор продолжают приводить в пример кампанию по оспопрививанию, хотя мировая практика давно считает, что эта кампания не является подходящей моделью в борьбе с другими инфекционными и паразитарными заболеваниями. Модель совершенно не подходит и для дифтерии, с одной стороны, из-за невозможности выработки у населения эффективного устойчивого иммунитета против дифтерии, а с другой, из-за персистенции, то есть хронического носительства дифтерийной палочки здоровыми и не болеющими лицами. Сами они не болеют, хотя и инфицированы, и именно поэтому являются передатчиками возбудителя восприимчивой к дифтерии части населения.

В мировой практике прослежено и другое в отношении повышения сопротивляемости инфекционным заболеваниям. Очень многие страны добились существенного улучшения не только в области санитарно-эпидемиологического надзора: слежения, выявления, прерывания цепи передачи, знания и контролирования эндемичных регионов по тем или другим инфекционным заболеваниям, но и питания. Последнее в существенной мере и привело к повышению сопротивляемости организма многим инфекционным заболеваниям. А у нас все ещё продолжают удивляться тому факту, что "иммунизация относительно мало способствовала этому достижению, и не потому, что была неэффективной, а потому, что снижение смертности наблюдалось в период, когда уровень охвата иммунизацией был довольно низким" [11б, 1989-90, т. 10, №3-4, с. 96]. Кроме того, изучение международных программ по этой проблеме показывает, что приоритет в области борьбы с инфекционными заболеваниями отдан диагностическим службам. Ранняя диагностика резко снижает распространение заболевания.

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

Между тем, некоторые эпидемиологи и педиатры продолжают ссылаться на оспопрививание и его победу, а также на международную практику, уверяя, что в нашей стране прививки осуществляются по "единой" схеме, придуманной для "всего мира", и, якобы, требуемой Всемирной Организацией здравоохранения (ВОЗ).

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

- "...Доклад не обязательно представляет решения или официальную политику ВОЗ" [11г, 1960-1992, с. 1 в каждом издании];

- "...Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что ВОЗ отдаёт им предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте, или рекомендует их к использованию. Как правило, патентованные наименования выделяются начальными прописными буквами" [11г, 1960-1992, с. 2 - в каждом издании];

- "...Разработка универсальных рекомендаций по иммунизации детей не представляется возможной или желательной.... Каждая страна должна сформулировать свои собственные принципы, основанные на рекомендациях многопрофильной национальной консультативной группы, в зависимости от необходимости, в соответствии с эпидемиологической ситуацией в каждой стране, регионе" (На, 1984, т.62, № 3, с. 181).

Так, например, в Нигерии в 1989 г. был принят новый закон о лекарственных средствах для решения проблем их распределений и использования. В Нигерии считают: "Ни в коей мере не умаляя работы ВОЗ в этом направлении, мы не хотим, чтобы кто-то нам указывал, какие препараты нужно включать в наш национальный перечень" ["Здоровье мира", 1992, №3-4. с.5].

Другой пример. Тунис: "Отказ от массовых кампаний". При разработке программы иммунизации - вакцинопрофилактики, в Тунисе была осуществлена "важная стратегическая перемена - отказ от проводимых ранее массовых кампаний. Иммунизация превратилась в обычную процедуру, органичную составную часть общей системы здравоохранения с другими службами медицины" [11д, 1984, № 4, с.22]. С 1981 г. на всех детей, родившихся в Тунисе, заведен "паспорт здоровья". В этом паспорте проставлены все медико-генетические показания, состояние иммунологического статуса семьи (в динамике!) и родившегося ребенка и т. д. На первом месте - отнюдь не прививки!

Третий пример. Франция. "Дьявольским упорством" названа кампания ВОЗ по Расширенной программе иммунизации (РПИ). В статье [15] даётся критический анализ РПИ. Кроме того, в этой стране всё больше упорядочивается отношение к применению разных лекарственных средств. (Отступая несколько в сторону, не могу не заметить, что именно фирмы Франции привезли нам (!) АКДС, содержащую ртутную соль...).

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

"Вакцинация нас в стране - мера обязательная, А куда целесообразней проводить ее на добровольной основе..." - писал академик РАМН М. П. Чумаков ["Медицинская газета", 01.11. 88].

"США и Австралия представляют наиболее населенные развитые страны, которые не сообщают в ВОЗ об иммунизации детей в возрасте до одного года, за исключением противокоревой вакцины" [На, 1990, т. 68, № 1, с. 891].

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

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

Вот одно из свидетельств: "Несмотря на массовое проведение профилактических прививок в последние годы в СССР, отмечается увеличение заболеваемости дифтерией, на некоторых территориях формируются очаги групповых заболеваний, регистрируются осложнения и *летальные исходы*" (выделено мною - Г.Ч.) - написано было ещё в 1986 г. [16, с. 1]. Конечно же, это - не единичная публикация, рассчитанная не на широкого читателя. А вот многие руководители здравоохранения и санэпиднадзора

и сейчас еще продолжают утверждать, что заболеваемость дифтерией начала свой рост с 1988 г., то есть после того, когда появилась наша первая публикация о составе отечественной АКДС ["Комсомольская правда", 15.09.91], вызвавшая многочисленные отказы от её введения. Но широким массам нашей страны неизвестны и другие положения, как, например: "С помощью современных противодифтерийных вакцин (анатоксина, содержащегося в АКДС - Г.Ч.), обеспечивающих выработку напряженного антитоксического (но не антибактериального) иммунитета, ликвидация дифтерии *невозможна*" [16, с. 17 - выделено мною - Г.Ч.)

Вообще обращает на себя внимание отсутствие сколько-нибудь надёжной статистики. инфекционных заболеваний. Нижеследующая таблица убеждает нас в этом:

Автор	Где и когда опубликовано	Количество заболевших дифтерией в Москве в 1992 г.
Монисов, Госкомэпиднадзор	"Независимая газета", 24.09.92	"Заболеваемость дифтерией увеличилась в два раза..."
По данным Московского Общества эпидемиологов и микробиологов	"Российская газета", 24.10.92	Уже 340 человек
Шестопалов Н., бывший гл. санитарный врач г. Москвы	В передаче "Открытого радио" 30.10.92	Уже 600 человек
Карниз А., председатель подкомиссии "Медицина катастроф", член Моссовета, народный депутат	"Независимая газета", 04.11.92	Уже 688 человек
Котова Е., Госкомсанэпиднадзор	Программа "Маяк", 17.11.92	Уже 499 человек
Дмитриев В., врач "Скорой"	"Эхо Москвы", 27.11.92	"Вызовов по дифтерии у нас в Москве нет..."
Брагинская В., Озерецковский Н.	"Известия", 08.12.92	"В Москве к концу октября заболели уже 732 человека..."
---	Газета "Центр плюс", №1, 1993	"В 1992 г. дифтерией в Москве заболели 787 человек"
Наеждин И.	"Московская правда", 20.05.1993	"Только в 1993 г. в Москве заболели дифтерией 938 человек".
---	"Российская газета", 29.01.93	"Точных сведений за 1992 г. ещё нет"
Сведения по Москве за 1993 г.	1. "Московская правда", 20.05.1993 2. "Московская правда", 25.05.1993	1. "Уже заболели 335 человек". 2. "В текущем году поражены этим вирусом (?) уже 200 человек".

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

А вот сведения "об эпидемии дифтерии в Москве" из письма Н. Шестопалова - "Об эпидемиологической обстановке по дифтерии в Москве и мерах по её стабилизации", официального послания, направленного всем главным санитарным врачам округов г. Москвы. Письмо №7-41/95 от 17 декабря 1991 г.: "...Рост заболеваемости среди детей эпидемиологически закономерен и не является на сегодня неблагоприятным прогностическим признаком... Поздняя диагностика и поздняя госпитализация заболевших являются причинами распространения инфекции и формирования групповых очагов: в первые два дня за помощью обращаются 75,5% детей, а госпитализируются в эти же сроки 28,8% всех обратившихся...". О "формировании очагов" было известно из публикаций 1986 г, президента РАМН В.И. Покровского [16, 1]: "Несмотря на массовое проведение профилактических прививок... формируются очаги групповых заболеваний... и летальные исходы..."

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

Много странного в этой "эпидемии дифтерии", но самая большая странность в том, что иммунитет закончился сразу у всего взрослого населения и притом в одночасье. Ещё большее удивление вызывает желание руководителей санитарно-

эпидемиологической службы "победить" (в который раз!) дифтерию исключительно прививками. Прививают всех подряд, без диагностики, без определения иммуностатуса: кого надо и кого не надо, а про "нельзя-противопоказано" и речи нет. Следует сказать и о другом: нередко, если человеку после прививки вызывают "Скорую", то участковый врач, выдающий листок нетрудоспособности, по указанию сверху ставит заключительный диагноз "ОРЗ". Мы располагаем документом, в котором первоначальный диагноз: "осложнение на АДС", а заключительный - "ОРЗ".

А тем временем всё идут приказы и постановления типа постановления Главного государственного санитарного врача России. "Я, Главный... постановляю...", а в этом "постановляю" есть пункт 6 - "Ввести экономическое стимулирование медицинских работников за своевременное проведение и достижение высокого уровня охвата профилактическими прививками". [Постановление "О массовой иммунизации населения против дифтерии", 02.02.1993 г.] Экономическое стимулирование не за грамотное проведение прививок, а за... охват! За слепое выполнение плана по валовой продукции охвата!

Не должен быть новостью для 1993 года и пророст заболеваемости дифтерией среди взрослого населения: во-первых, условия жизни делают значительную часть населения иммуноослабленной - и, в данной ситуации, прививай-не прививай - искусственного иммунитета не будет, а, во-вторых, уже в 1968 году было известно из учебника "Эпидемиология" под редакцией проф. И. И. Ёлкина: "В настоящее время повсеместно отмечается передвижение заболеваемости дифтерией на более старшие возрасты...".

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

Обратимся опять к международной практике и рекомендациям ВОЗ: "Эпидемия или вспышка всегда означает своего рода вызов руководителям служб здравоохранения. Успешное осуществление ими противоэпидемических мероприятий требует определённой готовности к таким ситуациям, которая не может быть импровизированной... Эпидемия - это возникновение необычайно большого или неожиданного для конкретной территории и времени года числа случаев заболеваний..." [11в, с. 1, 4]. А что можно сказать о "неожиданном числе случаев" из той таблицы, которую мы составили?

Итак, нет, или, правильнее, не должно быть никакой неожиданности в случаях заболеваний среди взрослого населения. Этот процесс нарастал, начиная с 60-х годов (когда все поголовно были охвачены и дифтерия уже была "побеждена" - так написано в учебнике по эпидемиологии 1968 года). По данным Н. Шестопалова, дифтерия среди детского населения "эпидемиологически закономерна и не является на сегодня неблагоприятным прогностическим признаком...", а по разноречивым сведениям, приведённым нами в таблице, нереально определить, можно ли охарактеризовать ситуацию как эпидемию,

Более того, в том же постановлении Главного государственного санитарного врача России от 02.02.91 г. сказано: "...Отмечаю, что в стране за последние три года резко осложнилась эпидемиологическая обстановка по дифтерии...".

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

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

Ещё большую путаницу и неразбериху вносит спокойный тон изложения материалов в 1987 году в "Состоянии и перспективах дальнейшего снижения инфекционной заболеваемости в СССР" [146, с. 4, 5]: "...По ленинским принципам советского здравоохранения... и благодаря стройной системе государственного санитарного надзора, профилактических и противоэпидемических мероприятий... динамика снижения заболеваемости дифтерией, как в зеркале, отражает наши успехи... Ничем подобным не располагает ни одна капиталистическая страна...".

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

Из международной практики. Иордания. Проведённые там исследования показали, что три дозы вакцины АКДС получили более 70% детей, поэтому возникшая вспышка дифтерии была для них неожиданной. После госпитализации первого больного с подозрением на дифтерию, обследовали всех подозреваемых и контактных лиц. А дальше в описании этой вспышки [На] и вовсе всё, как из области фантастики. Например, пациенты, отказавшиеся от инъекций, получали в течение 7 дней пенициллин перорально, а те, у кого он вызывал аллергические реакции (что было известно из "карт здоровья") - эритромицин тоже в течение 7 дней. Неиммунизированным, контактировавшим с больными, было рекомендовано провести вакцинацию. Лицам, контактировавшим с больными, проводили профилактическое лечение бензатинпенициллином G, но только после пробы материала, взятого для диагностики из зева. При таких методах проведения санитарно-эпидемиологической работы вспышка была остановлена. Умер один из заболевших. Сделаны выводы о том, что "регулярное появление спорадических случаев дифтерии обусловлено бессимптомным течением инфекции или здоровым бактерионосительством" [На, 1988, т. 66, №1, с.36]. Спорадические случаи не ограничивались каким-либо определённым районом Иордании, всё происходило на фоне продолжающейся вакцинации. "Большинство заболевших принадлежало к непривилегированным слоям общества с низким социально-экономическим уровнем жизни". Другой момент из этой же статьи [На, 1988, т.66, №1, с.39]: во время вспышки дифтерии в штате Техас, США, инфекция, обусловленная дифтерией, успешно излечивалась также пенициллином и эритромицином, которые вводили в течение всего лишь... двух дней!

При установлении эпидемии, как известно из международной практики, пользуются различными аналитическими методами, чтобы подтвердить факт существования эпидемии или угрозы её: "Было бы ошибкой считать эпидемией ещё нераспознанную эндемичную ситуацию или просто сезонный подъём заболеваемости" [11в, с.6]. Данные, сообщаемые за один и тот же период руководителями разных рангов, представленные в нашей таблице, вряд ли могут убедить в "грядущей эпидемии дифтерии". Для этого обратимся к методике, опубликованной в одном из специализированных журналов - "Журнале микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии" (ЖМЭИ), издаваемом в нашей стране [17]. С точки зрения принятых у нас критериев, регистрируемые на территории СССР инфекционные болезни различаются по степени распространенности среди населения - на 100000:

1. Наибольшая распространенность - более 1000 больных на 100000 населения.

2. Широкая распространенность - более 100.
3. Часто встречающееся заболевание - от 10 до 100.
4. Сравнительно малораспространенное - от 1 до 10.
5. Редко встречающееся - 1.

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

Наряду со странной "эпидемией дифтерии", из центральной прессы и специальной литературы известно, что сейчас у нас в стране довольно большой процент смертности от туберкулёза, растёт распространение сифилиса, а чума XX века - ВИЧ-инфекция, в основном, передаётся тем же путём. Не один год газеты пишут о педикулёзе. Всё возрастает процент отравлений от фальсифицированных пищевых продуктов и от содержащихся в них добавок, химических веществ - консервантов, от чего "Россия теряет 50 тысяч человек каждый год" (по сведениям Российского токсикологического информационного центра) ["Мегаполис-экспресс", 12.08.92 г.].

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

Невозможно определить "на глазок", без диагностических служб, максимальное или минимальное число заболевших дифтерией при том, что установлено: "...В последние годы преобладает локализованная дифтерия зева (более 80% случаев) с преимущественно легким течением (ангины, паратонзиллярные абсцессы и др.); тяжелое течение, осложнения и летальные исходы по-прежнему обусловлены поздней диагностикой..." [16, с.24, 251]. Какая же диагностика при отсутствии... диагностических служб?

В каких случаях прививать против дифтерии не надо:

- детей, родившихся от иммунных к дифтерии матерей, получивших трансплацентарно антитоксические антитела, которые защищают их в течение нескольких месяцев после рождения;
  - после приобретения "бытового" иммунитета, то есть образования иммунитета без отмеченного случая заболевания.
- Иммунизация в этом случае снижает титры антитоксинов; прививка - во вред во всех отношениях;
- хроников-носителей дифтерийной палочки, их необходимо выявлять и лечить;
  - тех, которые упорно не поддаются выработке иммунитета; мы уже отмечали, что к разным антигенам таковыми являются не одни и те же лица, но это надо определить, и не на ребенке. Таких не менее 15% среди населения.

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

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

Известно, что дифтерия передается от человека к человеку - прямой путь передачи; другой - непрямой - через предметы контакта: грязные руки, стаканы, ложки, вилки, полотенца, туалетные принадлежности, медицинские инструменты и т.д. Установление пути передачи для такого вида инфекций в очагах, в группах очень важно при решении вопроса о том, какие меры борьбы следует предпринимать,

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

- наличии диагностических служб, своевременной диагностике первого заболевшего ребёнка или взрослого;
- своевременной изоляции источника инфекции - заболевшего;
- выявлении и лечении здоровых носителей с субклиническими формами дифтерии;
- своевременном прерывании цепочки передачи (практическая неусыпная работа эпидемиологов!);
- наличии и готовности всех неспецифических мер профилактики для проведения экстренной дезинфекции предметов контакта;
- проведении специфических мер профилактики - прививок, а также лечения, но не всего населения, а только контактных лиц, что сказывается и на экономической стороне проводимых мероприятий;
- знаниях об эффективности вакцинопрофилактики, включающих не просто охват, а определение частоты сероконверсии (выявления антител до и после прививки).

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

Еще одна цитата [11в, с.123]: "Население, подлежащее иммунизации: это могут быть только дети (следовательно, требуемое количество доз может быть меньше) или только взрослые. Все взрослые группы *требуют иммунизации, если серологические и эпидемиологические данные не определяют другую тактику. В этих условиях преимущество проведения вакцинации состоит в том, что нет необходимости исследовать индивидуальный иммунологический статус*".

Наивные зарубежные специалисты! Они и не знают, что, исходя из отечественной системы прививок, "всюжизненной" необследованности и, притом, не только иммунологического статуса (основная масса населения и не знает, что это такое!) прививаемого, можно сделать заключение, что... последние 75 (!) лет мы находимся в состоянии эпидемий по всем видам "управляемых" инфекций: туберкулёза, коклюша, дифтерии, столбняка, кори, паротита, полиомиелита и др.

### 3. Противопоказания к прививкам

"Я - автор вакцины, но не могу утверждать, что она совершенно, полностью, безвредна. Прежде чем наступать таким образом на инфекции, следует спросить у людей: хотя ли они идти по этому пути? Известны ли им все "за" и "против"? Как



хотите, но обязанность сохранить жизнь даёт нам одно право - знать. А я пока не знаю, что лучше...". Г. Рамон - создатель дифтерийного анатоксина, входящего в АКДС. [Цит. по: 18, с 84-85]

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

Г. Рамон, выдающийся исследователь, один из самых блестящих микробиологов нашего времени, высказывал свои сомнения не только в отношении профилактических прививок как панацеи. Он считал, что уничтожить и не ждать ответного удара, не подумав, что на освободившиеся места под солнцем придут другие, куда более агрессивные патогенные агенты - серьёзный и актуальный вопрос на фоне устоявшихся представлений некоторых специалистов [18].

Казалось бы, не надо особо обсуждать положение о том, что прививки должны проводиться среди здорового контингента детей и взрослых [11]. Этого требует не только получение полноценного специфического иммунологического ответа, но, главным образом, забота о безопасности здоровья прививаемого и профилактика поствакцинальных осложнений. Однако, как констатирует замначальника Главного эпидемиологического управления МЗ СССР Г. Г. Онищенко, "...Дети в нашей стране, к большому сожалению, не обладают хорошим здоровьем...". [19] Эти профилактические средства изначально были предназначены для введения их здоровому человеку. Залог успеха прививок во многом: в качестве вакцин, в "качестве" организма, в соблюдении комплекса противоэпидемических мероприятий, среди которых прививки - лишь одно из звеньев. Все перечисленные положения, выдвинутые на заре применения вакцин, пока ещё не опровергнуты никем в мире. Выпадает одно звено, последовательность и взаимосвязь нарушается - и не будет никакого санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

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

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

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

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

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

#### СОВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВВЕДЕНИЮ АКДС, (существующие последние 2-3 года)

1. Острые инфекционные заболевания и неинфекционные - вакцинацию проводят не ранее 1 месяца после выздоровления;
2. Обострение хронических заболеваний - вакцинацию проводят индивидуально через 1-3 месяца от начала ремиссии;
3. Длительно текущие и тяжёлые заболевания (вирусные гепатиты, туберкулёз, менингиты, миокардиты, геморрагический васкулит и др.) - вакцинацию проводят индивидуально через 5-12 месяцев после выздоровления;
4. Необычные реакции и осложнения на предыдущее введение АКДС-вакцины
  - тяжёлые формы аллергических реакций (шок, отёк Квинке, полиморфная экссудативная эритема);
  - судороги, эпизоды пронзительного крика, расстройство сознания;
  - тяжёлые обширные реакции (повышение температуры свыше 39,5С, выраженные симптомы интоксикации);
5. Болезни нервной системы, судорожный синдром, общая или локальная неврологическая симптоматика;
6. Недоношенность (масса тела при рождении меньше 2500 г.) - вакцинацию проводят в возрасте 6 месяцев при условии нормального психомоторного и физического развития;
7. Тяжёлые формы аллергических заболеваний: шок, синдром сывороточной болезни, рецидивирующий отёк Квинке, генерализованная экзема, тяжёлые формы бронхиальной астмы;
8. Иммунодефицитные состояния, злокачественные заболевания крови и новообразования, назначение иммунодепрессантов.

А это - противопоказания к АКДС, существовавшие 30 лет до введения "новых"...

### Клинические противопоказания к проведению прививок

Прививкам подлежат все здоровые дети, которые должны быть предварительно обследованы врачом (фельдшером на фельдшерско-акушерском пункте) с учётом данных их анамнеза (предшествующие заболевания, реакции на ранее сделанные прививки, аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевые продукты и др.) и осмотры с обязательной термометрией непосредственно перед прививкой. При необходимости проводят анализы мочи и крови. Детей с хроническими заболеваниями и аллергическими состояниями, проживающих в сельской местности, перед проведением прививки обязательно осматривает врач. Родители детей, посещающих детские дошкольные учреждения, должны быть заранее оповещены о дне проведения прививок.

При отборе детей на прививку АКДС-вакциной, необходимо строго соблюдать противопоказания; при этом следует учитывать, что некоторые дети, имеющие противопоказания к введению АКДС-вакцины, могут быть привиты против дифтерии и столбняка АДС-анатоксинами.

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

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

Допустимость прививок			
-	АКДС-вакцина	АДС-токсин	АДС-М анатоксин
<b>1. Острые заболевания</b> (инфекционные и неинфекционные), включая период реконвалесценции	Не ранее месяца после выздоровления	Не ранее месяца после выздоровления	Не ранее месяца после выздоровления
Инфекционный гепатит (гепатит А)	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления
Сывороточный гепатит (гепатит Б)	Не ранее 12 месяцев после выздоровления	Не ранее 12 месяцев после выздоровления	Не ранее 12 месяцев после выздоровления
Менингококковая инфекция (генерализованная форма без менингита), инфекционные заболевания с затяжным и хроническим течением (сепсис, дизентерия, отит и др.)	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления
Хронические тонзиллит и аденоидит, требующие хирургического лечения	Не ранее 2 месяцев после операции или санации по заключению отоларинголога	Не ранее 2 месяцев после операции или санации по заключению отоларинголога	Не ранее 2 месяцев после операции или санации по заключению отоларинголога
<b>2. Туберкулёз:</b> лёгочные и внелёгочные формы в открытой фазе; выраженная туберкулёзная интоксикация с субфебрилитетом; выраженные туберкулиновые пробы	После выздоровления по заключению фтизиатра	После выздоровления по заключению фтизиатра	После выздоровления по заключению фтизиатра
<b>3. Хроническая пневмония</b>	Противопоказана	Не ранее 12 месяцев с момента ремиссии	Не ранее 6 месяцев с момента ремиссии
<b>4. Аллергические заболевания</b> Анафилактический шок, сывороточная болезнь в анамнезе, рецидивирующие отёки Квинке, распространённая крапивница, синдромы Лайела и Стивенса-Джонса	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Бронхиальная астма, астматический бронхит	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 2 лет от начала ремиссии (по заключению аллерголога)
Распространённая экзема, нейродермит, скрофулюс	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 12 месяцев от начала ремиссии
Аллергические реакции на отдельные аллергены (разнообразные сыпи и др. клинические расстройства)	Не ранее 3 месяцев после реакции	Не ранее 3 месяцев после реакции	Не ранее 3 месяцев после реакции
Реакция на АКДС-вакцину в анамнезе а. повышение температуры до 40С и выше в первые двое суток; б. тяжёлые аллергические реакции в. неврологические осложнения (судорожный синдром, пронзительный непрерывный крик в первые сутки)	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 12 месяцев после реакции (по заключению специалиста)
<b>5. Болезни нервной системы:</b>	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана

Наследственные, дегенеративные и прогрессирующие болезни нервной системы			
Эпилепсия, судорожный синдром в анамнезе	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 6 месяцев после припадков
Родовая травма с остаточными явлениями (детский церебральный паралич и др.)	Противопоказана	Противопоказана	При благоприятно текущих формах в возрасте старше одного года
Родовая травма, длительная асфиксия в родах без остаточных проявлений со стороны нервной системы	В возрасте после года	В возрасте после года	В возрасте после шести месяцев
Гидроцефалия де- и субкомпенсированная	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Гидроцефалия компенсированная	При стойкой компенсации в течение года	При стойкой компенсации не менее 6 месяцев	При стойкой компенсации не менее 6 месяцев
Дети из группы повышенного риска (угроза выкидыша у матери, акушерские пособия или оперативные вмешательства в родах)	В возрасте после 6 месяцев	В возрасте 3 месяцев	В возрасте 3 месяцев
Инфекционные заболевания ЦНС (менингиты, энцефалиты, энцефаломиелиты) с остаточными явлениями	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 2 лет после окончания острого периода
Без остаточных явлений	Через 12 месяцев после окончания острого периода	Через 12 месяцев после окончания острого периода	Не ранее чем через 6 месяцев после окончания острого периода
Черепно-мозговые травмы (сотрясения мозга, ушибы, кровоизлияния в мозг и оболочки) с остаточными явлениями	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 2 лет после окончания острого периода
Без остаточных явлений	Через 12 месяцев после окончания острого периода	Через 12 месяцев после окончания острого периода	Не ранее 6 месяцев после окончания острого периода
<b>6. Тяжёлые формы рахита (II-III), гипотрофии (II-III), авитаминозы</b>	После выздоровления	После выздоровления	После выздоровления
<b>7. Гемолитическая болезнь новорожденных. Тяжёлая недоношенность (Вес меньше 2 кг.)</b>	В возрасте после 1 года, при нормальных показателях общего развития и крови	В возрасте после 1 года, при нормальных показателях общего развития и крови	В возрасте после 1 года, при нормальных показателях общего развития и крови
<b>8. Болезни сердечно-сосудистой системы: декомпенсированные врождённые и приобретённые пороки сердца; подострый септический эндокардит</b>	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Пороки сердца в состоянии компенсации	По заключению специалиста	По заключению специалиста	По заключению специалиста
Ревматизм	Противопоказана	Не ранее 3 лет с момента клинико-лабораторной ремиссии	Не ранее 3 лет с момента клинико-лабораторной ремиссии
Миокардит	Противопоказана	Не ранее 12 месяцев от выздоровления по заключению специалиста	Не ранее 12 месяцев от выздоровления по заключению специалиста
<b>9. Болезни почек</b> Хроническая почечная недостаточность, врождённые нефропатии	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Диффузный гломерулонефрит	Противопоказана	Противопоказана	Через 5 лет после полной клинико-лабораторной ремиссии
Пиелонефрит	Противопоказана	Противопоказана	Через 3 года после полной клинико-лабораторной ремиссии
Токсические нефропатии (транзиторные)	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления	Не ранее 6 месяцев после выздоровления
Инфекции мочевыводящих путей	Противопоказана	Противопоказана	Через 12 месяцев после полной клинико-лабораторной ремиссии
<b>10. Болезни печени и поджелудочной железы</b> Цирроз печени, хронический гепатит и панкреатит	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Острый панкреатит	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 6 месяцев после выздоровления

Воспалительные заболевания желчевыводящих путей	Не ранее 6 месяцев после выздоровления (при условии санации желчи)	Не ранее 6 месяцев после выздоровления (при условии санации желчи)	Не ранее 3 месяцев после выздоровления
<b>11. Болезни крови</b> лейкозы, лимфогрануломатоз, апластическая анемия, гемофилия, болезнь Верльгофа, конституциональная дисгаммастобулинемия	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Геморрагический васкулит (капилляротоксикоз)	Противопоказана	Противопоказана	Не ранее 2 лет с момента полной клинико-лабораторной ремиссии
Анемии дефицитные	После выздоровления	После выздоровления	После выздоровления
<b>12. Злокачественные новообразования</b>	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
<b>13. Коллагенозы</b>	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
<b>14. Болезни эндокринной системы</b> сахарный диабет, тяжёлые формы тиреотоксикоза, недостаточности (или дисфункции) надпочечников, микседема, врождённые ферментопатии	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
Гимомегалия	Противопоказана	Противопоказана	По наступлении возрастной инволюции
<b>15. Неспецифический язвенный колит</b>	Противопоказана	Противопоказана	Противопоказана
<b>16. Оперативные вмешательства</b>	Не ранее 2 месяцев после операции	Не ранее 2 месяцев после операции	Не ранее 2 месяцев после операции

**Примечания:**

К 1. При контакте с инфекционными больными в семье, детском учреждении и т.д., прививки проводятся по окончании срока карантина. В очагах дифтерии по показаниям прививают АДС-анатоксинами.

К 2. Положительная туберкулиновая реакция у клинически здоровых детей не является противопоказанием к прививке.

К 4. А. При тяжёлой аллергической реакции на АДС-анатоксины дальнейшие прививки прекращаются Б. При всех перечисленных в данном пункте заболеваниях прививки проводятся на фоне антигистаминной терапии.

К 5. Прививки данного контингента детей проводятся после обследования и рекомендации невропатолога

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

**Условия и техника проведения прививок**

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

Прививки вакциной БЦЖ нельзя проводить в одной комнате и одновременно с другими прививками. Как исключение, разрешается проводить прививки вакциной БЦЖ в том же помещении, но в разные дни.

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

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

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

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

- при отсутствии на ампуле этикетки или неполных сведений на ней;
- при наличии трещин ампулы,
- при содержании посторонних включений;
- при наличии не разбивающихся хлопьев в жидкой АКДС-вакцине или сухом препарате после растворения;
- при изменении внешнего вида сухого препарата (сморщивание таблетки, изменение цвета и т.д.);
- при истекшем сроке годности; при неправильном хранении,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

При внимательном анализе нового и старого списков противопоказаний легко убедиться в уменьшении пунктов за счет объединения некоторых. Если бы так просто было с "объединённой" диагностикой! Зато доподлинно известно: нет улучшения здоровья российских детей, отсутствует более безопасная форма АКДС [34, с.207], технология - та же, 35-летней давности, диагностических служб как не было, так и нет. Но достаточно и восьми пунктов, чтобы убедиться в ОТСУТСТВИИ возможностей для грамотного проведения этих прививок. Общеизвестно, что ни один отечественный педиатр (даже очень квалифицированный и думающий) не имеет практической возможности для определения хотя бы двух противопоказаний: ферментопатий (всех?) и функционального состояния иммунокомпетентных клеток. Более того, продолжают охватывать "на глазок" всех без исключения: как восприимчивых, так и тех, кто имеет естественный иммунитет и надёжно защищен от данной инфекции (дифтерии) силами собственного организма. При этом мало кто из родителей знает о существовании "букета" серьёзных отводов от БЦЖ и АКДС.

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

В ответ на свои выступления в центральной прессе, по радио и телевидению, я получаю много писем от практических врачей. Одни пишут о том, что "...Противопоказания надо увеличивать, дети очень слабые". Другие доктора в растерянности: "...Нас так не учили, но сами видим, пора остановиться.. закололи детей... Ведь чужеродный белок, но планы спускают сверху..". Третья категория врачей использует "...Единственное право - не навредить и сохранить здоровье современному ребенку. Давал(а) и продолжаю это практиковать - отводы... Иногда навсегда или хотя бы до школы...". Появилась четвёртая группа специалистов (об этом узнала недавно): проставляют все (!!!) прививки, пишут справки с перечнем всего "привит" и... берут за это деньги. Я бы не торопилась их осуждать. У них нет выхода, грамотно привить они не могут, а "экономическое стимулирование" им подсказал Госсанэпиднадзор!

Между тем сами сотрудники Госсанэпиднадзора, прежде чем проводить прививки, вызвали к себе (!) диагностическую лабораторию и с гордостью сообщили об этом одной из журналисток ("Российская газета", 29.01.93). Известно также, как проводят обследование детей перед прививкой в ведомственных поликлиниках: "...Только ультразвуковое исследование делали трёх видов. Узнав, что у ребенка в анамнезе астматический компонент (*а есть такие дети, у которых его нет в нашей время?* - Г.Ч.), тут же направили на спирограмму - способ проверить наличие скрытого бронхоспазма. Её обследовали также гастроэнтеролог, невропатолог, нефролог, кардиолог и аллерголог. Последний, только глянув на результат спирограммы, подписал отвод от всех прививок и биопроб. В районных, а мы их "проходили" три, и в разных районах - ничего подобного я не видела" ("Совершенно секретно", №7, 1993, с.18). Да, массовый подход иной: противопоказания, ни один из пунктов которых не контролируется и не выполняется подавляющим большинством врачей.

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

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

#### **4. АКДС-"вакцина": состав и методы изучения безопасности**

*"Хотелось бы отметить ещё одно досадное обстоятельство, которое бытует среди некоторых специалистов в оправдание побочных прививочных реакций. Считается, что при достаточной эффективности вакцин можно пренебречь их реактогенностью. Такого рода рассуждения служат лишь маскировкой плохой работы авторов вакцин и должны встречать категорические возражения. Профилактические вакцины, применяемые для детей, должны быть совершенно безвредны, минимально реактогенны и высокоэффективны. Прививочные препараты такой характеристики при желании и настойчивости могут быть получены". Л. Ф. Здродовский [21, с. 11]*

За почти 13-летний период работы в ГНИИСКе мною выполнены три темы НИР, поданы три отчета: два - в Минздрав СССР, третий - в Президиум АМН СССР по разделу: "Педиатрия", задание ГКНТ. Одна из тем называлась: "Разработка новых информативных методов количественной оценки и качества ведущих свойств профилактических препаратов массового использования". Конкретная тема нашей лаборатории, обеспечившей выполнение этапа "Разработать методы выявления повреждающего действия вакцины АКДС и иммуноглобулинов на клетки для оценки качества профилактических препаратов". В бытность П. Н. Бургасова Главным санитарным врачом страны, нам было предложено составить программу по расширенному изучению токсичности мертиолята. Мы отказались от составления этой программы, поскольку она предполагала проведение экспериментов на детях: изучение АКДС, приготовленной с мертиолятом, и без него. Дополнительным обоснованием отказа служили материалы по мертиоляту, давно известные из многочисленных публикаций. Нет смысла доказывать опасность солей ртути для грудных детей, когда широко известны последствия их воздействия на организм взрослого человека.

Но всё оказалось не так просто. Например, нами было установлено, что дозы химических веществ, содержащихся в конечной форме АКДС и других убитых вакцинах, не изучались на безопасность ни на одной биологической модели. Поэтому среди прочего "научная ценность ожидаемых результатов" моей четвертой темы НИР (1989-1992) гласит: "В СССР "допустимые" концентрации химических веществ, входящих в состав готовых форм МИБП (медицинских иммунобиологических препаратов), не изучались на их безопасность ни на одной биологической модели". И это установлено после более чем тридцати лет применения этих пестицидов! Контролеры ГНИИСКА упорно настаивают на том, что таковы рекомендации ВОЗ, но, в таком случае, зачем же существуют они - национальный контрольный орган России, если можно верить всем зарубежным фирмам на слово, не имея от них документов, доказывающих безопасность "такой-то" дозы при парентеральном поступлении в организм грудных детей? Общеизвестно, что АКДС, "используемые в разных странах, отличаются по технологии производства... что обуславливает некоторые различия в результатах их применения" [12. 0.501]. Замечательная фраза, дополнительно подтверждающая отсутствие "единой схемы" как в изготовлении вакцин, так и в последствиях их применения.

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

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

Теперь обратимся к методическому документу по техническому изготовлению АКДС (МРТУ - 42 №262-68), действовавшему также до конца 80-х. Я уходила из ГНИИСКА в 1989 году, документ не менялся. Позже его превратили в фармстатью, но технология приготовления препарата не менялась. Читаем в разделе III, пункт 8, стр. 2, 2-я строка снизу: "В 1 мл коклюшной взвеси должно содержаться не менее... формалина - 0,05% и мертиолята - 0.01%", то есть 500 мкг/мл формалина и 100 мкг/мл ртутной соли - двух пестицидов! Союзы "или" и "и" в двух последних абзацах выделены мною для того, чтобы подчеркнуть несоответствие состава АКДС в наставлении по применению и в МРТУ. Это существенно.

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

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

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

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

Как и в случае с противопоказаниями, никого из родителей и взрослых, направляемых и принуждаемых к прививкам, не ставят в известность о составе препарата. Сам подход к введению АКДС-"вакцины", содержащей химические добавки, является нарушением международных правил: во-первых, на этикетке должны быть указания на содержание формальдегида и ртутной соли, во-вторых, право выбора - вводить или не вводить такой комплекс - должно быть за пациентом или родителями.

С какой целью добавляют ртутьсодержащую соль - антибактериальный пестицид - в некоторые инактивированные вакцины?

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

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

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

"1. Имеющиеся в институте материалы и требования ВОЗ к медицинским биопрепаратам не дают основания для немедленного исключения мертиолята из состава АКДС-вакцины и других *сорбированных* препаратов (выделено мною - Г.Ч.).

2. Учитывая, что согласно НТД (*нормативно-технической документации - Г.Ч.*) на иммуноглобулины добавление мертиолята не является обязательным, возможен полный переход на выпуск иммуноглобулинов без мертиолята, *одновременно улучшив производственные условия на предприятиях, выпускающих препараты с мертиолятом* (выделено мною - Г.Ч.)...

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

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

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

А. А. Сумароков (бывший председатель КВС, сейчас сотрудник ГНИИСКА): "...А также рекомендаций ВОЗ, согласно которым не только допускается, но, применительно к отдельным препаратам, настоятельно рекомендуется использование

мертиолята, что *гарантирует стерильность* (выделено мною - Г.Ч.) препаратов как при их выпуске, так и в процессе применения".  
- Из протокола заседания КВС, 04.02.87

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

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

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

Еще один документ из того же НИИВС, Уфа.

Директору ГИСК им. Л. А. Тарасевича т. Бектимирову Т. А., 03.07.86.

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

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

А теперь обратимся к некоторым рекомендациям ВОЗ, которая будто бы "настоятельно рекомендует использование мертиолята": "... Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что ВОЗ отдает им предпочтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте, или рекомендует их к использованию. Как правило, патентованные наименования выделяются начальными прописными буквами...". Я не встретила ни одного упоминания ВОЗ о патентовании мертиолята, отсутствуют и "настоятельные рекомендации" по его использованию (ВОЗ, серия технических докладов - СТД, 1960-1990 гг.).

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

Эти надписи, трагичные для наших детей, вызывают у изготовителя вакцин, применяемых для грудничков, всего лишь сомнения. Мало этого, последние пять лет производственники и контролеры ГНИИСКА, а также некоторые руководители здравоохранения, пытаются доказать (без документов и экспериментальных исследований), что доза-то... маленькая. Для кого же она "ничтожно мала" и безопасна, если нет документов от фирм, а ГНИИСК не изучал ее на безопасность? Нет никаких данных о комплексном влиянии мертиолята и формальдегида, никогда и никто не изучал этот конгломерат - АКДС со всеми химическими примесями - на отдаленные последствия. Фирмы предупреждают, следовательно, не несут никакой ответственности. Мы получили ответ из Союзхимэкспорта (25.12.86): "В связи с ужесточившимися требованиями по охране окружающей среды, производство мертиолята в Европе запрещено, поэтому разместить Ваш заказ на этот препарат объединению не удалось (фирмы не приняли наш заказ)".

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

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

Ф. Ф. Резепов (о нашей работе). "Работа очень важна и интересна. Её следует одобрить и развить дальше. Мертиолят применяется 30 лет и рекомендован ВОЗ, но его следует по возможности изымать, и вопрос этот ставить более остро. Его, конечно, можно убрать, но потребуются более чёткая работа производственников в отношении *стерильности изготовления вакцин* (выделено мною - Г.Ч.), иммуноглобулинов и т.д."

В. В. Кечрикадзе: "Мы проводили опыты и установили, что мертиолят анафилактикогенен, усиливает аутоиммунные реакции. Пора поставить этот вопрос на более высоком уровне для выведения мертиолята на производствах".

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

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

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

В состав АКДС входят "допустимые, малые" концентрации двух известных по своим последствиям дезинфектантов-пестицидов. Казалось бы, так естественно, прежде чем допустить, нужно изучить и доказать безопасность допущенных "малых"

доз. Но ведь не изучали Почему же так получилось? "Так рекомендует ВОЗ", - ответ контролеров ГНИИССКа. Ну что ж, обратимся еще раз к рекомендациям ВОЗ:

- "...Упоминание некоторых компаний или продукции... не означает, что ВОЗ отдает им предпочтение..." [11г, 1960-1992, с. 2],

- "...Если в процессе производства используются химические вещества, то они должны быть утверждены национальным контрольным органом..." [11г, 1982, № 638, с. 65, 67];

- "...По завершении процесса любой инактивирующий агент должен быть удален или нейтрализован... Используемый для этого метод должен быть одобрен национальным контрольным органом..." [там же, с. 45, 66];

- "...Нужно выбирать такую методику инактивации, чтобы в готовом материале не содержалось обнаруживаемых количеств химических веществ..." [11г, 1983, №658, с. 76]; (*инактивирующий агент в АКДС - формальдегид, к тому же во вполне обнаруживаемых количествах - Г. Ч.*);

- "...Особенно важно убедиться в том, чтобы готовый продукт не содержал веществ, в отношении которых известно, что они токсичны или вызывают аллергические реакции у человека..." [11г, 1982, № 638, с. 43, 47];

- "...Добавлять только те консерванты и другие вещества, которые одобрены национальным контрольным органом и которые, как должны свидетельствовать результаты соответствующих тестов, в применяемых концентрациях не снижают безопасность или эффективность вакцин..." [11 г, 1990, №760, с. 175];

- "...Термин "национальный контрольный орган" или "национальная контрольная лаборатория", фигурирующие в тексте рекомендаций ВОЗ, всегда относится к учреждениям той страны, где производится вакцина" [11г, 1960-1992].

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

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

В "Справочнике по пестицидам" под редакцией акад. Л. И. Медведя [Киев, 1977, с. 3, 17, 55] сказано: "...Пестициды - общепринятое в мировой практике собирательное название химических средств... пест - вред, цидо - убиваю... Они обладают биологической активностью и могут вызывать нарушения жизнедеятельности не только живых организмов, против которых их применяют, но и других, в том числе животных и человека... Обладая биологической активностью, они потенциально опасны для живой природы и здоровья людей... Концентрации, способные уничтожать бактерии, могут быть опасны для здоровья человека". Читай - тем более для здоровья грудных детей при инъекционном поступлении комплекса химических веществ в дозах, не изученных на безопасность ни на одной биологической модели.

Из других источников известно, что:

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

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

- мертиолят - этилртутьсалицилат натрия - аналог гранозана - протравителя семян;

- есть даже такие данные, будто бы в СССР не разрешается использовать консерванты для продуктов массового потребления (молока, масла, хлеба, свежего мяса)... особенно в продуктах детского питания. Для физиологичного поступления продуктов - консерванты не разрешены, а для инъекций грудным детям - пожалуйста!

Из "Энциклопедии неблагоприятных реакций" [пер. с англ., 1983, с. 260] -

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

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

Поскольку в составе конечной формы отечественной АКДС находятся два пестицида в активно действующих дозах, то и требования к изучению её безопасности должны быть не только "вакцинными". Методы должны быть более жесткими, чем требования к любым лекарственным средствам. Совершенно обязательно при этом использование новорожденных животных.

Ни на стадии разработки сорбированной АКДС, ни до сих пор не учтены другие очень важные, давно известные международные требования и рекомендации ВОЗ к еще одному химическому веществу - иммунологическому адьюванту - сорбенту. Напомним, что АКДС и все ее модификации сорбированы на гидроокиси алюминия.

ВОЗ, серия технических докладов [СТД] № 595, 1975, с. 36 - "ОСОБЫЕ ФАКТОРЫ, ПОДЛЕЖАЩИЕ УЧЕТУ ПРИ ОЦЕНКЕ ПРИГОДНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АДЬЮВАНТОВ, ПРЕДЛОЖЕННЫХ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ НА ЧЕЛОВЕКЕ":

- обычных тестов на острую и хроническую токсичность, применяемых для оценки безопасности лекарственных средств, здесь явно недостаточно. Ниже приводится ряд факторов, заслуживающих экспериментальной проверки (выделено мною - Г. Ч.) перед решением вопроса об использовании адьювантов ("А") на людях;



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

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

Более коротко "требования к безопасности адъювантов" сформулированы Национальным институтом аллергии и инфекционных болезней", Бетезда, США, 1978 (Экспресс-информация, пер. с англ., М., 1980. с.13):

- усиление иммунологической активности не должно быть чрезмерным, т.е. "А" должен максимально усилить действие антигенов, но не влиять на собственные антигены хозяина;

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

- "А" не должен вызывать развития аллергической гиперчувствительности;

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

- "А" не должен быть канцерогеном или усиливать действие канцерогенов;

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

- "А" должен легко подвергаться биодеградации и элиминироваться из организма;

- вакцины с "А" должны быть безопасными при парентеральном введении и не вызывать побочных явлений (абсцессов и т.п.); (У "них" - не должно, а у нас - побочное действие рассматривается как "второе основное свойства вакцин" [12, с. 122] - Г.Ч.);

- "А" не должен обладать пирогенными и тератогенными свойствами... Необходимо исследовать возможное тератогенное действие "А", если его применение рассчитано на женщин детородного возраста".

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

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

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

В последние 30 лет возросли требования к проведению токсикологических исследований. Фирмам на Западе все сложнее получать разрешение на применение нового антимикробного вещества. Затраты на проведение токсиколого-гигиенических исследований очень большие. Регистрация лекарственных средств и химических дезинфектантов сопряжена со многими трудностями, в том числе с использованием в эксперименте животных и человека. Любые болезненные опыты на животных допускаются только в исключительных случаях, по специальному разрешению. Для подтверждения достоверности полученных данных учитывается даже количество болей, причиненных животному. Законодательством введены в действие специальные правила GLP (Good Laboratory Practice) по регламентации качества животных, используемых в доклинических испытаниях лекарств, пищевых добавок и т.д. При несоблюдении правил содержания и проведения экспериментов над животными, фирмы, изучающие и контролирующие качество продукции, могут быть лишены права проводить эти работы.

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

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

Ф.Ф. Резепов, Р. П. Чупрянина [1975, с. 8]: "...Проблемы усовершенствования АКДС- вакцины серии АКДС, приготовленные по единым техническим требованиям как в разных производственных, так и в условиях одного и того же института, существенно отличаются по *иммуногенной* активности всех компонентов (выделено мною - Г.Ч.), что зависит от нестандартности применяемых сред, способов обезвреживания антигена, качества сорбента и от многих других *трудно* (выделено мною - Г.Ч) учитываемых факторов...".

Увы, все эти "трудно" определяемые вредные факторы проявляются потом на детях! Слово "иммуногенность" очень обязывает, однако известно, что АКДС не изучена иммуногенетиками, не использован ни один тест из этой области. Технология приготовления АКДС та же, не менялась и в 90-е годы, следовательно, "трудно учитываемые факторы" продолжаем наблюдать на детях.

Н. С. Захарова, М. В. Брицина, В. Ш. Фокина [1975, там же, с. 14]: "...Довольно низкая иммуногенность и высокая реактогенность применяемой АКДС-вакцины побуждает исследователей продолжить разработку...".

Г. Н. Ширко, М. С. Захарова [ЖМЭИ, 1978, № 7, с. 68, 71]: "...При введении мертиолятных вакцин наблюдалось отчетливо выраженное второе плато или явная тенденция к уменьшению прироста мышей на все дозы... Освобождение от токсических компонентов требует дополнительной обработки препарата, необходимость в которой может быть определена *только после испытания реактогенности предлагаемых препаратов на детях*" (выделено мною - Г.Ч.). Вот так у нас все просто и беззаботно.

Снижение массы тела мышей говорило уже тогда о токсичности препарата, но на такую "малость" никто внимания не обращает и по сей день.

Н. В. Медуницын [ЖМЭИ, 1977, № 1, с.8-11]: "...Существующие способы иммунологической оценки эффективности и безвредности большинства вакцинных препаратов весьма условны и нуждаются в совершенствовании... Оценить иммунологический ответ на введение сложного неоднородного препарата очень трудно (*в эксперименте - трудно! а на детях при тотальном охвате - очень даже просто!* - Г. Ч.)... Целесообразно проводить максимальную очистку от антигенов, не участвующих в формировании специфического иммунитета... Широкое использование таких систем позволит правильно оценить препарат ещё на стадии его экспериментальной разработки, значительно упростить *сравнительные испытания и сократить контингенты людей, необходимые для проверки эффективности и безопасности применения вакцинных препаратов* (выделено мною - Г.Ч.)... В настоящее время оценка иммунологической активности вакцинного препарата не может быть основана только на показателях гуморального ответа... Конечно, уровень антитоксических антител является одним из показателей иммунитета, вызванных токсигенными возбудителями (*например, дифтерии - Г.Ч.*), однако, согласно современным данным, антитела играют роль главным образом при инактивации возбудителя в ранние сроки развития инфекции. Антитела *неэффективны* (выделено мною - Г.Ч.) при таких заболеваниях, как туберкулёз". Спрашивается, зачем вымучиваем детей диагностической туберкулиновой пробой - реакцией Манту? Антительная проба на детях при массовом введении дополнительного антигена, содержащего в качестве консерванта фенол. Между тем, ВОЗ постоянно обращает внимание на возможность ложноположительной реакции в случае повышенной чувствительности человека к фенолу.

Он же, в 1991 году (10. с. 67): "...Побочным действием обладает сама вакцина и дополнительные субстанции, присутствующие в вакцине... К ним относятся адьюванты и вещества, необходимые для сохранения стерильности... формальдегид, мертиолят и другие всевозможные нежелательные примеси". Так пишет нынешний директор ГНИИСКА. Ему бы и карты в руки, но институт без современного оборудования, без клиники экспериментальных животных, отвечающих международным требованиям. Поэтому не изученную на безопасность АКДС продолжают пользоваться для наших малышек.

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

Н. А. Краскина (НИИЭМ им Г. И. Габричевского) в работе "Критерии оценки иммунологической эффективности и безопасности бактериальных вакцин" (М., 1976, с.54): "...Достижения иммунологии не нашли достаточного отражения при вакцинопрофилактике и практически не учитываются при создании вакцинных препаратов... Разработка иммунологических критериев для оценки вакцин является актуальной задачей... Только глубоко продуманные воздействия на иммунную систему организма могут обеспечить безвредную и эффективную вакцинопрофилактику...". И по сей день актуально.

Она же, в 1983 г. в работе "Клеточные и молекулярные механизмы противoinфекционного иммунитета" (М., 1983, с. 102): "...Для характеристики безвредности вакцин чаще всего используются показатели токсичности для животных (*напомним, взрослые животные: две морские свинки, пять мышей - Г.Ч.*) и реактогенности для людей, причем последняя оценивается по характеру местной реакции (гиперемии, инфильтратов и т.п.) и по температурной реакции. Для вновь создаваемых вакцин нередко проводится клиническое обследование иммунизированных лиц непосредственно после вакцинации... Для иммунизации *добровольцев* (выделено мною - Г.Ч.) использованы... Представляется, что такая система не позволяет сколько-нибудь полно оценить безвредность вакцины, особенно её иммунологическую безвредность...".

Она же, в 1991 г. (10. с.55): "...Показано, что введение всех изученных нами вакцин (в их числе АДС-М) как людям, так и животным, помимо антителообразования вызывает неспецифические реакции, изменения в численности и функциональной активности различных субпопуляций лимфоцитов... Выраженность и длительность фазы стимуляции или угнетения иммунной системы могут значительно отличаться... Полученные данные обосновывают необходимость детального изучения иммунологической безвредности вакцин и могут быть использованы для усовершенствования вакцинопрофилактики...".

Актуально и сейчас - отсутствие детального изучения безвредности вакцин!

А. А. Воробьев, С. С. Афанасьев, М. А. Воробьева [ЖМЭИ, 1982, № 8, с. 7]: "...Оценка степени реактогенности вакцин проводится в опытах на животных и ограниченном контингенте *добровольцев* (выделено мною - Г.Ч.)... При этом, в зависимости от объекта исследования, учитывают температурную реакцию, интенсивность местных реакций, изменение массы тела и число погибших животных, субъективные ощущения и тяжесть клинических проявлений... Однако эти тесты малоинформативны и, как правило, отражают не общую характеристику процесса, а его частные проявления... В перечне обязательных методик для оценки повреждающего действия инактивированных вакцинных препаратов на первом месте должны быть методы, количественно характеризующие фармакологическое и токсикологическое действие изучаемой вакцины, а также биологическую переносимость её различных доз на экспериментальном и клиническом уровнях... Анализируя характер и выраженность изменений в организме при длительной многократной поливакцинации, можно отметить определенные сдвиги у людей и менее заметные - у животных, что можно объяснить в какой-то степени более высокой чувствительностью человеческого организма...".

С момента публикации этой статьи прошло более 10 лет. Но... "малоинформативные" - остались, "должны быть" разработаны фармакологические и токсикологические методы - тезис тоже в прежнем состоянии, а вакцины и дети в процессе ожидания этого светлого будущего.

Правда, есть и сдвиги, достижения, так сказать, которые отражают "частные проявления, характер и выраженность" действия АКДС

Л. В. Григорьева, М. Н. Озерецковская, А. Е. Чигиринский и др. [ЖМЭИ, 1989, № 8, с.53-56]: "...Изучена коклюшная вакцина, приготовленная в соответствии с действующей нормативно-технической документацией на мышах" (*взрослых, конечно! - Г.Ч.*). Почти через 40 лет с начала применения этой вакцины авторы установили: "...Повреждающее действие коклюшных вакцин в условиях эксперимента - в органах иммунной системы, паренхиме лёгких и зоне инокуляции... оказывают выраженное повреждающее действие лимфоидных клеток тимуса и селезёнки, длительную интерстициальную реакцию в лёгких, деструкцию и воспалительные изменения в месте введения...".

Использовали, как всегда, неадекватную модель: взрослых мышей, не новорожденных; отсутствовала предварительная вакцинация БЦЖ. Если же учесть, что в конечном продукте вакцина используется адсорбированной на гидроксиде алюминия, то

последний также необходимо включать в эксперимент. И, всё-таки, полученные данные очень важны. Что нужно ещё доказывать, чтобы убедить в явной опасности АКДС и снять её с производства?

Н. С. Захарова, С. Я. Ковальская, Н. А. Озерецковский и др. [ЖМЭИ. 1990, № 6, с.52, 53]: "...Коммерческая АКДС-вакцина оказывала большее повреждающее действие на центральную нервную систему... Установлено побочное действие корпускулярной коклюшной вакцины при парентеральном введении на детоксицирующую функцию печени и состояние нервной системы животных...".

Конечно, исследования проходили на одном виде животных: взрослых беспородных мышках. Остальные условия эксперимента также неравнозначны с применением АКДС на практике. И последняя реплика.

А. И. Кондрусев [ЖМЭИ, 1990, № 6, с.98, 99]: "...В настоящее время качество вакцин и диагностикумов у нас низкое... Производство вакцин, соответствующих стандартам ВОЗ, является первоочередной и наиболее острой проблемой на сегодняшний день... Материально-техническая база предприятий-производителей не соответствует предъявляемым к ним современным требованиям... Серьезные претензии у нас и к НИИ стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им Л.А.Тарасевича, *который не обеспечивает качество... Руководство института нерешительно идет на изменение системы контроля*, в учреждении нет даже подразделения, которое бы разрабатывало научные основы организации контроля за качеством препаратов... Очевидно, что *выборочный контроль* систематически присылаемых предприятиями-изготовителями образцов *малоэффективен*... Самым главным являются условия, при которых предприятию было бы экономически невыгодно производить некачественную продукцию..." (выделено мною - Г.Ч.).

А между тем нынешний состав Комитета санэпиднадзора уверяет, что все вакцины, в том числе АКДС, отвечают требованиям ВОЗ. Говорят во всеуслышанье в центральной прессе одно, а пишут другое. Вот Федеральная целевая программа Российской Федерации "Вакцинопрофилактика" на 1993-1997 гг., проект которой утвержден Советом Министров 13 июля 1993 г. В обосновании Программы читаем: "В 1992 г. охватили против дифтерии 72,6%", а следом, на этой же первой странице, речь идет о нестабильном качестве вакцин, слабой материальной базе и "недостаточной технической оснащенности предприятий по производству вакцин - иммунобиологических препаратов... На низком уровне осуществляется контроль качества выпускаемой продукции... Медленно внедряются современные технологии... Не созданы условия транспортировки и хранения вакцин... Недостаточно... неудовлетворительно... обеспечение современного уровня производства и контроля качества вакцин... Совершенствование информационно-аналитической системы за поствакцинальными осложнениями, достижение высокого уровня охвата детей...", а потом, на стр. 5: "Обеспечение современного уровня производства и контроля качества вакцин". Всё по-старому: вначале 100%-ный охват, а потом будем думать о качестве продукции, которой охватили грудных детей.

#### ДОКЛАДНАЯ ЗАПИСКА

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

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

1. В АКДС-вакцине, кроме мертиолята, содержится второй бактерицид - формальдегид, что объясняется контролерами из спецлаборатории следующим: инактивация коклюшных компонентов проводится формальдегидом, а "доинактивация" - мертиолятом (Резепов и Чупринина).

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Проведенными нами исследованиями установлено: мертиолят в дозе, разрешенной для однократного введения ребенку, высокотоксичен в диплоидных клетках человека - фибробластах эмбриона, при введении его мышам массой 6-8 г. и новорожденным. Из Приказа № 31 "частной фармакопейной статьей предусмотрено использование животных меньшей массы", однако в этом же разделе Приказа совершенно отсутствуют указания на какое бы то ни было количество животных, используемых в контроле; АКДС-вакцина, приготовленная без мертиолята, тоже обладает анафилактическими свойствами, но ни в одном случае при её введении животным мы не отметили ни образования некрозов, ни гибели животных; но это установлено в случае использования АКДС с мертиолятом или одного мертиолята. Некрозы можно рассматривать как сенсибилизацию замедленного типа, анафилаксию - сенсибилизацию немедленного типа (исследования проведены согласно требованию к изучению алергенных свойств ядохимикатов - пестицидов - бактерицидов при установлении безопасности при наружном применении). В целом же то количество животных, которое было использовано нами для постановки опытов по токсичности и анафилаксии, конечно, было несравнимо большим, чем это предусмотрено Приказом №31, инструкциями этого приказа.

11. Речь идет в данном случае не об испытании нового вещества с неизвестными свойствами, которое предлагается для введения человеку, а об изъятии из состава МБП и, прежде всего, из АКДС, известного ядохимиката, аналога гранозана -

протравителя семян, несущего потенциальную дополнительную опасность для организма ребенка. Полученные нами экспериментальные данные только частично подтвердили имеющиеся сведения о токсичности и аллергических свойствах этого ртутьсодержащего вещества в так называемой "допустимой" концентрации. Кто и когда допустил его для парентерального введения грудным детям? Должны быть документы либо от фирм, либо от разработчиков отечественной АКДС.

12. Примером "безмертиолятной" вакцины, но также формализированной и содержащей гидроокись алюминия, может служить вакцина против клещевого энцефалита. Вместе с тем, в отличие от АКДС и её аналогов, этот препарат используется по показаниям, не массово, группе лиц особого риска (можно предположить, что иногда введение этой вакцины осуществляется и в более асептических условиях, чем существующие в прививочных кабинетах Москвы, Ленинграда, Киева и др. городов). Однако, в эту вакцину не вводят дополнительно бактерицид, "что гарантирует стерильность препаратов как при их выпуске, так и в процессе их применения" (см. выписку из протокола заседания КВС, 04.02.87). Таким образом, из выше представленного следует, что из-за неумения асептически работать в условиях производства и в момент введения вакцин, мы преднамеренно сенсибилизируем детей этим ртутьсодержащим пестицидом: трижды вводим АКДС в первые полгода жизни ребенка (или АДС-М), а также с другими МБП, т.е., на протяжении детского и юношеского возраста, этот ядохимикат вводится человеку парентерально многократно.

Считаем совершенно недопустимым предложение о составлении Программы по изучению свойств этого бактерицида. О нём, как о ядохимикате, всё давно известно (в применяемой дозе он должен быть токсичен, поскольку бактерицид; алергоген - ртутьсодержащее вещество). Мы опоздали с изучением свойств этого вещества не менее, чем на 25 лет. Для того, чтобы всесторонне изучить пестицид, с которым человек контактирует в той или иной форме, необходимы 6-8 летние наблюдения. В связи с чем мы должны принять во внимание и использовать всю имеющуюся информацию по данному вопросу для немедленного изъятия мертиолята из АКДС и АДС-М, а также других МБП, вводимых в организм человека парентерально. Стерильность таких препаратов (да еще при наличии в АКДС второго бактерицида - формальдегида, известного среди специалистов-токсикологов как канцерогенное вещество), не должна и не может решаться в конце XX века посредством введения в них дополнительных антибактериальных средств - антибиотиков и пестицидов. МБП должны быть предельно освобождены и от тех химических веществ, которые используются в процессе их приготовления. Прототипом такой вакцины является инактивированная полиомиелитная, о которой известно из рекомендаций ВОЗ: "...Формальдегид в пробах вакцины, предназначенных для испытаний в клеточных культурах, может проявлять токсическое действие даже при разведении 1 мл вакцины 1:4.". [11г, 1984, № 673, с. 55, 112] Даже!! Сравнить с АКДС! Технологией приготовления препаратов без содержания в них мертиолята (АКДС, грипп-вакцина и иммуноглобулины) разработана Уфимским ИВС. Следовательно, необходимо повысить культуру изготовления медицинских препаратов и на других предприятиях, и выпускать стерильными вакцины, необходимые здравоохранению, без дополнительного в них введения химических веществ "для создания стерильных условий".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Глубокоуважаемый Анатолий Тимофеевич!

В связи с Вашей докладной запиской, подготовленной совместно с Г. П. Червонской, относительно исключения мертиолята из АКДС-вакцины сообщаю следующее.

Ученый совет ГИСК им. Л. А. Тарасевича рассматривал этот вопрос 30 января 1987 г. и рекомендовал продолжить изучение этой проблемы. Комитет вакцин и сывороток Минздрава СССР на своем заседании 4 февраля 1987 г. согласился с рекомендациями ГИСК. При отсутствии каких-либо дополнительных научных сведений не считаю целесообразными в настоящее время ревизовать решения вышеупомянутых компетентных органов. Полагаю, что принятие волонтеристских решений только на основании Вашей докладной, хотя и проникнутой заботой о здоровье людей, может лишь нанести вред.

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

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

Директор Т. А. Бектимиров

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

Рекомендация по подготовке к НТД не имела никакой смысловой нагрузки и практического осуществления. Потраченное на это время обернулось бы в "установленном порядке" отказом, подобно тому, который получил Уфимский НИИВС от контролера Лонской (см. выше). Таким образом, можно заключить, что национальный контрольный орган и "вышеупомянутые компетентные органы" одобрили и подтвердили разрешение на беспрепятственное многократное парентеральное введение грудным детям ртутьсодержащей соли в смеси с формальдегидом. И рекомендации ВОЗ здесь абсолютно ни при чем. Тем более, что фирмы всегда могут отказаться, поскольку их предупреждения гласят: "Не для лекарств... только для лабораторных целей".

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

- ВОЗ ввела в число контролируемых компонентов международной торговли продуктами питания восемь тяжелых металлов, среди них: ртуть, кадмий, свинец и др.;
- 43-я сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения (WHA 43-1990 (REC1) опубликовала свои решения, в их числе таблицу: "Перечень токсичных или опасных веществ, выбранных в качестве требующих первоочередного внимания", где "Ртуть и её соединения" занимают второе место по опасности после мышьяка;
- современные фармакопеи рассматривают экспертизу на содержание-отсутствие примесей тяжелых металлов в качестве необходимого критерия, подтверждающего доброкачественность или недоброкачественность лекарственных веществ, которые не должны быть загрязнены солями ртути и других тяжелых металлов в процессе технологических операций;
- существует решение Бюро отделения гигиены, микробиологии и эпидемиологии АМН СССР, протокол №15, 17.11.1989 - "О ходе работ по усовершенствованию коклюшной вакцины": "Рекомендовать НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи АМН СССР ускорить исследования по разработке корпускулярной коклюшной вакцины, как монопрепарата, при полном исключении мертвого ята".

Я была приглашена на это заседание, выступала. Позже мне стало известно, что лабораторно-производственные серии были готовы, но их проверка застряла где-то... в "компетентных органах".

А так принято ещё в одной из стран "всего мира" ["Фармакология и фармакотерапия", в 2-х томах, пер. с англ., Бомбей, 1983, с.408, 410]: "...Предпочтительнее вакцинировать детей в возрасте до 5 лет препаратами, сорбированными не на гидроксид алюминия, а на квасцах или фосфате алюминия... Вакцины, содержащие алюминий, могут иногда провоцировать полиомиелит и аллергические реакции...".

"Цифры и факты, которые мы приводили в своих справках, были закрыты. Видимо, от этого постоянного сдерживания наша 'сабля' притупилась, кое у кого очерствела душа, ослабел голос" [35, с.40], - отмечал недавно бывший Главный государственный санитарный врач бывшего СССР Кондрусев. Значит, ведают, что творят...

## 5. Осложнения после прививок - разновидность ятрогенной патологии

Под ятрогенной патологией следует понимать заболевания, которые возникают под влиянием медицинских воздействий, произведённых с диагностическими, лечебными или профилактическими целями [22]. Проблема эта привлекает внимание разных специалистов, так как появились новые, необычные способы воздействия лечения и диагностики, что неизбежно приводит к невиданным ранее нежелательным последствиям, возможны и летальные исходы [22]. "Ятрогенные повреждения" - от греческих слов *iатros* - врач, *генес* - порождаемый.

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

Логично предположить - от побочных действий вакцин никто не может быть застрахован. Но такого положения в нашей стране как бы и не существует. В международной практике - да, есть побочные нежелательные эффекты, у нас их либо "значительно меньше", либо "от вакцины такого не бывает, никакого нарушения здоровья она не приносит" (из писем родителей о заключении участковых педиатров). Наряду с этим в отечественной специальной литературе множество публикаций об осложнениях после прививок среди детей. Именно поэтому, а также потому, что все условия проведения прививок в любом государстве, кроме нашего, совершенно иные: скрининг новорожденных на наследственную патологию с последующим составлением медико-генетической карты и паспорта иммунологического статуса, а вакцинация осуществляется под наблюдением домашнего доктора, в этом разделе нашего доклада мы будем ссылаться на публикации отечественных специалистов. Думается, эта информация представляет большой интерес. И если уж зарубежные специалисты пишут о серьёзном разрыве между практической деятельностью клиницистов и теми проблемами, с которыми приходится сталкиваться их домашнему врачу - с одной стороны, с другой - подходом далеких от практики академических ученых и специалистов от науки, то у нас с этим и вовсе катастрофа. Привожу два маленьких примера: Институт иммунологии не имеет никакого отношения к проблемам иммунопрофилактики, а Государственный комитет по санитарно-эпидемиологическому надзору не имеет диагностических служб, следовательно, не осуществляет надзор за инфекционными болезнями.

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

С положением в области прививок на Западе все ясно: осложнения могут быть, выплата компенсаций за нанесенный прививкой ущерб здоровью служит официальным признанием опасности вакцин; фирмы разоряются, выплачивая до 10 млн. долларов за серьезные поствакцинальные осложнения, и поэтому прекращают выпуск препарата, например, КДС. У нас валовый продукт - АКДС - продолжают производить по технологии 35-летней давности и массово, с российским размахом, применять, несмотря на обилие поствакцинальных осложнений (13, с.52, 54, 56). И ещё в нашей стране сверху участковым педиатрам предписывается не признавать осложнения после прививок: "Вот и мыкаемся с большим ребенком, будто сами себе нарочно придумали диагноз "поствакцинальный энцефалит" (из письма родителей). Располагаем огромным количеством писем подобного содержания.

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

Отсутствие методов изучения безопасности вакцин, оценки иммунологического ответа в эксперименте и на практике, в целом диагностических служб, следовательно, индивидуальной подготовки ребенка к прививке, естественно, имеет и свое более глобальное завершение: "...Обилие разнообразных патологических процессов в поствакцинальном периоде, которые наблюдались нами и другими авторами в поствакцинальном периоде у детей, иммунизированных АКДС... Если принять во внимание массовость проводимых вакцинаций, то даже небольшой процент поствакцинальных осложнений может составить значительную цифру..." [13, 1984, с. 7, 52].

Говоря об обилии поствакцинальных осложнений после АКДС, было бы неэтично, пользуясь преимущественно материалами монографии В. П. Брагинской и А. Ф. Соколовой, не вспомнить и другое: эти авторы - клиницисты института педиатрии РАМН, вторыми после академика П. Ф. Здродовского [23], пропагандировали в нашей стране фразу "польза/вред прививок", "поставив на повестку дня вопрос о границах "полезного" и "вредного" в проблеме специфической профилактики" [13, 1977, с. 7]. Впервые так вопрос был поставлен ВОЗ в 1964 году в итоге всестороннего обсуждения важнейших разделов общей и прикладной иммунологии ведущими специалистами пяти комитетов экспертов ВОЗ. Вопрос заключался в наличии прививочных побочных реакций и осложнений. Этой проблеме было уделено особое внимание как "жизненно важному вопросу" [11д, 1965, №3, с. 86]. "Не является ли непосредственно или потенциально вредным для организма человека применение все более интенсивных и длительных курсов прививок, проводимых с раннего детства до юношеского возраста?". По рекомендации академика С. Д. Носова, монография Брагинской и Соколовой должна быть "настоящей книгой врачей-педиатров". К сожалению, этого не произошло. Вместе с тем, в этой книге практически 35 страниц из 150 (до приложений) посвящено осложнениям после АКДС. Она написана на основе собственных клинических наблюдений авторов, анализа обширной литературы с предисловием о том, что "в период значительного улучшения эпидемиологической обстановки в стране на первый план выдвигается проблема отрицательных последствий иммунизации" [13, 1984, с. 5].

Разделяем полностью эти точку зрения клиницистов, хотя проблема "отрицательных последствий" среди детей и так остается всего лишь проблемой, обсуждаемой на страницах специальных журналов. Письма от родителей подтверждают бесправность и безнравственность в проведении прививок и абсолютную безысходность положения с детьми, ставшими инвалидами, в основном, после АКДС. В дважды переизданной монографии обращается особое внимание на то, что до сих пор учёт и регистрация осложнений после прививок недостаточно полные. К ним же в клинику привозят, как правило, в наиболее тяжёлых случаях, когда родители "теряют ребенка на глазах" и отправляют его по "скорой" (из писем родителей).

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

- США (1985) - 50 госпитализировано в течение года (поэтому фирмы прекратили выпуск КДС);

- СССР за пять лет (1981-1985) - "по данным инфекционной клиники НИИ педиатрии АМН СССР (зав. - проф. В. К. Ткаченко) и отделения специфической профилактики ЛНИИДИ (зав. - проф. Е. А. Лакоткина) госпитализировано 944 ребенка" [13, 1990, с. 120].

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

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

В специальной литературе я читаю сообщения "к вопросам об осложнениях на АКДС и... БЦЖ", а также о проблемах совершенствования их качества, начиная с 60-х годов. За это время технология изготовления АКДС и БЦЖ не менялась и не совершенствовалась. Механическое уменьшение "антигенов" в два раза (АКДС-М, БЦЖ-М) не означает улучшение их качества.. Для кого-то такая "половинная" доза может изначально показаться незначительной, у других она может вызвать немедленную парадоксальную реакцию. Всё это надо было изучить в эксперименте до "выявления риска прививок путем широкомасштабных иммунизаций" [10, с. 29]. Читала 25 лет назад [21], читаю и теперь об отсутствии доклинических испытаний вакцин на "адекватных лабораторных животных моделях" [10, с. 9]. Всё так же перспективно и актуально, а, по заключению международных экспертов у нас нет ни одной биологической базы, которая бы отвечала международным требованиям по содержанию экспериментальных животных [29].

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

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

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

- При проведении прививок АКДС-вакциной наиболее уязвимым контингентом в отношении поствакцинальных осложнений являются дети с исходно изменённой реактивностью и, в первую очередь, имеющие различные проявления аллергии [13, 1977, с. 163]. Число больных после иммунизации АКДС-вакциной за все 23 года наблюдений не имеет тенденции к снижению, характер поствакцинальных осложнений остаётся прежним, что говорит о том, что реактогенность применяющихся в практике АКДС-вакцин пока не уменьшилась [13, 1990, с. 115, 116].

- В ряде случаев эта прививка ведет к патологическим реакциям и осложнениям, иногда принимающим форму тяжелых соматических заболеваний... Среди последних большое значение имеют осложнения и патологические реакции со стороны почек и мочевыделительной системы, начиная от переходящих альбуминурий до тяжелых форм нефрита... Встречаются также изолированные гематурии, лейкоцитурии и пиурии, в патогенезе которых, по-видимому, играет роль аллергический фактор

[Лакоткина Е. А., Якобсон М. И. "Педиатрия", 1971, № 4, с.37-39]; - как тут не вспомнить реакции организма на контакты с малыми дозами ртутных солей?!

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

- В экспериментах доказано, что АКДС повышает судорожную реакцию у животных... Следует отметить, что с возрастом и последующей прививкой число заболевших с неблагоприятным неврологическим преморбидным состоянием уменьшилось, а с аллергической настроенностью - возросло (Н. А. Озерецковский, С. Ф. Ковальская "Вакцинопрофилактика детских инфекций", Л., 1981, с. 84).

- После иммунизации детей АКДС среди необычных реакций и осложнений большой удельный вес имеют осложнения аллергического характера (сыпи, отёки, анафилактический шок, астматические состояния) [С. В. Чеботарева и др. ЖМЭИ, 1971. № 9, с.55].

- Поражения центральной нервной системы относятся к наиболее тяжелым поствакцинальным осложнениям, ибо "...В части случаев оставляют после себя стойкие остаточные явления... Данные основаны на наблюдениях, проведенных в течение 1965-1975 гг. не только за непосредственными исходами заболеваний, но и за отдаленными последствиями... Наблюдалось около 2000 детей с осложнениями после прививок оспы, кори и АКДС... Больные с поражением центральной нервной системы составляли в различные годы от 20 до 22... Наиболее часто - энцефалитические реакции, реже - энцефалиты... Среди детей с неотягощённым анамнезом были дети, у которых после первого введения АКДС развивались судороги, продолжение вакцинации увеличивало частоту припадков и приводило к формированию эпилепсии [Е.А.Лакоткина и др., 30, с.31]; - я совершенно не понимаю, кому нужно было "продолжение вакцинации" у ребенка с судорогами от первого введения АКДС?

- Наибольшее количество летальных исходов отмечено после введения противостолбнячной сыворотки, оспенной вакцины и коклюшной АКДС [П. Ф. Здродовский, "Педиатрия", 1975, № 1, с. 3]

- По степени очистки и иммуногенности дифтерийного компонента наши препараты находятся на уровне лучших образцов, выпускаемых зарубежными фирмами... но есть существенные недостатки: отсутствие стандартности, качества сорбентов, а оценка коклюшного компонента не отражает его качества [Ф.Ф. Резепов "Сборник научных трудов: Стандарты, штаммы и методы контроля бактериальных и визуальных препаратов". М. 1980-1981, с. 34].

- Необходимо усиленное внимание к отбору детей для вакцинации, которые часто или длительно болели перед прививкой, к тем, у которых в анамнезе указано на аллергический диатез - это связано с предупреждением очень тяжелых осложнений на АКДС [из сборника научных трудов - "Вакцинопрофилактика детских инфекций", Л., 1981, с. 120].

- В связи с осложнениями педиатры справедливо ставят вопрос о расширении противопоказаний к прививкам против коклюша - компонента, входящего в АКДС [С.Г. Алексина, 30, с. 5].

1971 г. [ЖМЭИ, № 9, с. 55, данные контролеров ГНИИСКа]: "...За ряд лет в контрольный институт поступили сведения о 20 детях, умерших после прививок АКДС, дифтерийно-столбнячным и дифтерийным анатоксинами... Это позволило провести клинко-анатомический анализ поствакцинальных осложнений... серии препаратов были использованы для прививок нескольких тысяч детей, в то время как тяжелые реакции отмечены лишь в единичных случаях...".

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

Группировка симптомов и синдромов местного и общего характера, возникающих после применения АКДС [13, 1977-1990 г]:

1. Местные реакции и осложнения:

- инфильтрат (свыше 2 см в диаметре);
- абсцесс (флегмона)

2. Чрезмерно сильные общие реакции с гипертермией, интоксикацией.

3. Реакции (осложнения) с поражением центральной нервной системы:

- упорный пронзительный крик;
- энцефалитическая реакция;
- а) судорожный синдром без гипертермии;
- б) судорожный синдром на фоне гипертермии;
- энцефалопатия (более длительные судорожные состояния, иногда с очаговой симптоматикой);
- поствакцинальный энцефалит.

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

5. Реакции (осложнения) аллергического характера:

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

6. Внезапная смерть

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

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

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

Побочные реакции на БЦЖ, из рекомендаций ВОЗ [116, 1985, т.5, №3, с. 74]: к наиболее тяжелым осложнениям при иммунизации БЦЖ относятся диссеминированная инфекция микобактериями туберкулеза и вызываемый ею остит. Наиболее распространенное осложнение - гнойный лимфаденит. Риск развития неблагоприятных реакций на БЦЖ зависит от штаммов, используемых различными фирмами - изготовителями, дозы, возраста и здоровья ребенка, метода иммунизации и квалификации вакциниатора.

Из публикаций отечественных специалистов [30, с. 104]

- для производства БЦЖ используется советский субштамм;

- в Советском Союзе осложнения после вакцины БЦЖ отмечаются в значительно меньшем проценте случаев, чем в ряде других стран.

Конечно, в меньшем, если "в ряде других стран" эта прививка вообще не используется.

- Анализ осложнений приводит к таким выводам: возможное нарушение техники внутрикожного введения, места введения прививочного материала, перенесенные острые респираторные заболевания.

Последнее уж совсем удивительно: прививку делают на полные третьи сутки, причем "вакцинации БЦЖ подвергаются все новорожденные, не имеющие противопоказаний" [30, с. 105]. Когда они успевают перенести ОРЗ? Кроме того, пишут контролеры ГНИИСКА, причинами также могут быть повышенный аллергический фон как самого ребенка, так и матери. "Исследование причин поствакцинальных осложнений должно быть продолжено... Необходима отработка оптимальной дозировки коммерческих серий вакцины БЦЖ и совершенствование в этом плане схемы применения... Выборочные группы новорожденных... Установлено, что частота лимфаденитов соответствовала 21 случаю на 100000 привитых детей..." [30, с.105] и т.д., и т.п. Наряду с этим, в ВОЗ подаются сведения о том, что осложнений в СССР нет, не зарегистрировано [На, 1990, т. 68, № 1, с. 76].

Группировка поствакцинальных осложнений после БЦЖ [13, 1977-1990]:

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

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

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

- возникновение волчанки на месте вакцинации;

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

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

Региональные лимфадениты характеризуются увеличением лимфатических узлов, чаще подмышечных. В отдельных случаях также происходит нагноение узла с появлением свища и выделением гноя. Келоидные рубцы приподнимаются над поверхностью кожи. В случае хирургического лечения наблюдается, как правило, их рецидив.

Некоторые авторы усматривают причину возникновения келоидных рубцов в конституциональных особенностях кожи.

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

Увы, для установления этих противопоказаний необходимы диагностические службы.

1991 г. - Поствакцинальные осложнения: патогенез, профилактика, лечение [10]:

- редчайшие формы заболеваний в вакцинальном периоде, трактовка которых может представить значительные трудности, удается выявить только в условиях массового многолетнего применения препарата... Полученные результаты по иммунизации 191 ребенка в возрасте 1-15 лет свидетельствуют о возможности иммунизации детей с аллергическими заболеваниями, а скрытый бронхоспазм не следует считать препятствием для проведения прививки при индивидуальном подходе к каждому ребенку... Гастроэнтерологическая патология, диспептические расстройства у детей первого года жизни, нередко обусловленные вторичной ферментопатией или нарушением биоценоза кишечника, достаточно часто побуждают педиатров воздержаться от введения всех вакцин... Эксперименты на трех группах детей показали... Патоморфологическое изучение секционного материала с поствакцинальной патологией показало, что инактивированные препараты могут обладать токсическим действием, примером такого препарата является коклюшный компонент АКДС... Широко применяемая АКДС вызывает побочные реакции, единственным путем снижения нежелательных реакций является усовершенствование АКДС... Ведутся исследования по замене гидроокиси алюминия на новые перспективные адьюванты [Москва, с. 2, 6, 16 и др.];

- достаточно обширные материалы по изучению влияния прививок на функциональное состояние организма человека не систематизированы, вместе с тем показатели свидетельствуют об ухудшении функционального состояния привитых в поствакцинальном периоде... Заболевания центральной и периферической нервной системы, иногда возникающие после прививок АКДС, которые различаются по тяжести неврологических расстройств... после прививки АКДС у некоторых детей с последующим диагнозом эпилепсии [Ленинград, с. 12, 38];

- наибольшее количество поствакцинальных осложнений выявлено после прививки АКДС: энцефалитические реакции, громкий крик, судороги, местные реакции и т.д. [Ташкент, с. 7];

- широкая иммунопрофилактика туберкулеза у детей обусловила появление поствакцинальных осложнений - лимфаденитов, в клинике детской хирургии за период 1986 по 1990 гг. находилось на лечении 73 ребенка с поствакцинальными БЦЖ-лимфаденитами [Донецк, с. 34];

- установлено, что временный иммунодефицит - компонент вакцинального процесса - зависит не только от природы вводимого препарата, но и от исходного состояния иммунной системы прививаемого и влияния экологических факторов [Свердловск, с. 42];



- изучением осложнений после БЦЖ мы занимаемся на протяжении 20 лет, установлено, что БЦЖ-лимфадениты на 20-40% превышают число детей до 7 лет со всеми формами туберкулеза и в 11-20 раз число детей с истинными туберкулезными лимфаденитами [Кишинев, с.52].

Эти материалы конференции изданы на 148 страницах - 146 страниц с перечнем поствакцинальных осложнений, среди них пять статей о "не всегда обоснованных, медотводах от прививок" [с.5, 15, 21 и др.].

Напомним: "Если принять во внимание массовость проводимых вакцинаций, то даже небольшой процент поствакцинальных осложнений может составить значительную цифру" [13, 1984, с. 7].

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

Известно, что дети в нашей стране не обладают хорошим здоровьем. Плохое питание, антисанитарные условия - всё это серьёзные дополнительные факторы риска, способствующие ослаблению иммунной системы и приводящие к парадоксальным реакциям на АКДС и АДС-вакцины, а также к генерализации инфекции, вызванной микобактериями БЦЖ. Кроме того, в нашей стране эффективность БЦЖ устанавливается исключительно на детях - по антительной пробе. Как пишет профессор В. К. Таточенко в газете "Первое сентября" (1992, №1-2): "...Свидетельством высокой степени невосприимчивости к туберкулезу является развитие положительной реакции на введение туберкулина на коже (р. Манту)". Но это - абсолютно неверная трактовка! К тому же давно известно, что антитела не приносят видимой пользы в защите против туберкулеза. Проба на детях - тотально-массовая, ежегодная! А ведь это - дополнительные аллергены, которые вводятся резкожно.

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

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

С точки зрения международного законодательства и прав человека, инъекция какого-либо лекарства добровольцу в эксперименте рассматривается как комбинация механического и медикаментозного воздействия комплекса методов [25, с.26-27].

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

Парентеральное введение вакцин и без того совершается в обход эволюционно сложившихся путей поступления веществ. Ожидание укола - психологический стресс, укол - боль - стресс, введение ксенобиотика - стресс для всех систем (!) организма. Вместе с тем, как доказано ещё П. Ф. Здродовским (1929-1975) и его учениками, существует способность высокого вакцинирующего эффекта от пероральной иммунизации, в том числе АКДС, не уступающей таковой при парентеральном её введении: "...Все это вместе взятое, в свою очередь обосновывает вывод о том, что всякая прививка является ответственной биологической операцией, не терпящей вульгаризации..." [21, с.11]. Здродовский обратил внимание на парентеральный путь введения вакцин как на ответственную "биологическую операцию" в журнале "Педиатрия" в 1975 [№ 1, с.5], то есть ровно сто лет спустя после высказывания немецких ученых (1875): "...Простой укол, производимый оспопрививательным ланцетом, настолько же заслуживает внимание врача, насколько и все другие важные хирургические операции..." (Bohn "Handbuch der Vaccination", Leipzig, s. 344)

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

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

Грудной ребенок не может сказать об испытываемых ощущениях при уколах, нарушающих топографию точек кожи. У детей болевые точки лежат более поверхностно, чем у взрослых. Специалисты считают, что требуется повышенная осторожность при введении иглы, поскольку детская кожа и сосуды более ранимы, особенно у детей до 2-х лет. "Простой" укол, не говоря о боли и повреждении кожи, оставляет в тканях кровоизлияние, и оно тем больше, чем больше поврежденных клеток и сосудов в месте инъекции. У школьников и дошкольников примешивается состояние стресса - ожидание этой неприятной процедуры, насильственного её навязывания.

И для кого только специалисты пишут, например, о том, что кожа человека представляет собой сложную экологическую систему, тесно связанную с внутренней средой организма человека. Именно благодаря ей поддерживается надлежащий уровень иммунологических реакций, неспецифических факторов защиты и весь физиологический статус макроорганизма [26].

Атмосферные загрязнения ртутными солями, формальдегидом определены в качестве ведущих факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на формирование растущего организма, на здоровье детей. Парентеральное поступление в организм ребенка химико-биологического конгломерата, именуемого АКДС-вакциной, приводит к дополнительному "метаболическому хаосу", начиная с клеток кожи, влияя на мембраны, которые являются структурной основой ферментативных процессов. При нарушении внутриклеточного метаболизма большое число антигенов, в том числе малые дозы ртутных солей и формальдегида, способны вызывать крапивницу на поверхность, накожный контакт (без инъекции). Механическое повреждение кожи с одномоментным поступлением химических веществ ведет к различным токсикодермиям и другим заболеваниям [26].

Нынешний вице-президент Российской Академии наук Р. В. Петров, будучи директором Института иммунологии, писал еще в 1986 г.: "...Используемые в повседневной практике вакцины - малоконтролируемая сверхкомплексная смесь с огромным количеством балластных, в том числе высокотоксичных, загрязняющих компонентов... Для создания иммунитета необходимо 12 антигенных детерминант, а в организм вводится сотня сложнейших комплексов. Отсюда тяжелые реакции, осложнения, аллергия прививаемых..." [27, с. 5].

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

1 декабря 1993 г. по радио "Эхо Москвы" выступал начальник Главного управления здравоохранения Москвы А. Н. Соловьев. Были к нему вопросы и по насильственным прививкам. Ответ: "Никто не имеет права принуждать делать прививки насильно, врачи не имеют права угрожать... не выписывать" и т.д. Это - по радио. А на практике, в жизни на участках врачей лавиной обрушились всякие приказы и постановления: "охватить!".

Тот же Р. Петров издает "Распоряжение" по РАН (11 ноября 1993 г.): "Предложить всем руководителям институтов и организаций РАН... не принимать на работу лиц, относящихся к контингентам риска, не привитых против дифтерии в течение последних 10 лет (работники торговли, общественного питания, сферы обслуживания, транспорта, связи, социального обеспечения, детских дошкольных учреждений, школ, ПТУ, техникумов, вузов, медицинские работники)... Оказывать активную помощь медицинским работникам в организации и проведении иммунизации сотрудников...". И ни слова об организации предварительной диагностики для выявления группы риска, например, среди работников общественного питания. Распоряжение, можно сказать, главного иммунолога РФ.

Однобокое стереотипное мышление и поклонение устоявшимся догмам, давно устаревшим представлениям - "от вакцин только польза", пагубно сказались и продолжают сказываться на здоровье не одного поколения граждан разных национальностей нашей страны.

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

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

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

На основе изложенного приходится ли удивляться существованию "Инструкции по взятию материала для патоморфологического изучения летальных случаев поствакцинальных осложнений", изданной первоначально в 2000 экземпляров, а затем в составе монографии [13, 28] ещё в количестве 25000? Это к профилактическим-то препаратам? А нас убеждают в отсутствии смертельных исходов после использования отечественных вакцин...

#### **6. "Для проведения исследований были отобраны практически здоровые дети..."**

*"Обязательное согласие лица, подвергающегося опыту, со времени принятия Нюрнбергского кодекса считается одной из главных предпосылок для проведения медицинского эксперимента. Требования о добровольном согласии лица, подвергающегося опыту. Нюрнбергский кодекс формулирует в ст. 1, Хельсинкская декларация в ч. II ст. 1. а Токийская и Венецианская декларации - в ч. 1, с. 92" [25, с. 73]*

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

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

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

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

Из международной практики и рекомендаций ВОЗ по изучению безопасности вакцин: "К испытанию биологических препаратов на людях следует приступать лишь после проведения разносторонних лабораторных тестов для определения их безопасности и эффективности. Существенно важно не привлекать к испытанию неграмотных лиц или лиц, которые в силу своей ограниченности не способны полностью понять степень риска, связанную с испытанием; особую осторожность следует проявлять в отношении получения согласия от лиц эмоционально неуравновешенных или умственно отсталых; лиц, находящихся в специальных учреждениях или находящихся под надзором, а также от заключенных, военнослужащих, учащихся и других подобных групп населения, правомерность которых давать согласие может быть поставлена под сомнение... Особого внимания требуют случаи включения в исследование детей, когда требуется получение согласия на это их родителей или опекунов... Публикация результатов испытаний на человеке в изданиях ВОЗ разрешается только при условии, что эти испытания проводились в полном соответствии с этическими нормами страны, где осуществляется данное испытание... В любом сообщении, которое представляется для публикации, должно содержаться четкое заявление о том, что испытания на людях проводились по принципу строгой добровольности и что лица, включенные в исследования, получили достаточную информацию" [На, 1960-1992].

Прежде всего, напомним о том, что провести разносторонние лабораторные исследования на животных у нас достаточно сложно: отсутствуют стандартные виварии, хороший корм и т.д., то есть все то, что обуславливает стандартную биологическую модель. Тесты *in vitro* при изучении бактериальных вакцин не используются, равно как и другие альтернативные модели. Нормальное содержание экспериментальных животных у нас в стране - проблема совершенно неразрешимая, просто тупиковая, поскольку решать её никто и не пытается. Это было известно давно, а в 1988 г. в "Медицинской газете" (2 сентября) глава представительства торгово-посреднической фирмы Японии К. Оямада сказал: "Чтобы экспортировать лекарства, нужна отличная база для проведения биологических испытаний - виварий. На этот счёт существуют жесткие международные стандарты. У нас такого центра нет, поэтому выход советских лекарств на мировой рынок затруднён". И что изменилось? Читаем в 1992 г. [29] о том, что у нас полностью отсутствует адекватный контроль лекарственных средств: нет стандартных животных, отсутствуют

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

Как в этом случае найти добровольцев для проведения изучения безопасности вакцин? Очень просто. Создатели и контролеры лекарственных биологических препаратов - вакцин и сывороток - изучают свои творения на детях. В условиях российского правового невежества риск того, что родители зададут учёным малоприятные вопросы, практически сведён к нулю, поскольку это делается под флагом "положенной вакцинации". Я уж не говорю о школах-интернатах, где совершенно спокойно изучается любая вакцина, как, например, в Петербурге, где изучалась "безвредность, реактогенность, иммунологическая активность вакцины против гриппа". Авторы А. В. Слободенюк, Р. А. Андриевская, А. С. Шадрин, Н. Н. Александрова. "Взяли в опыт две группы практически здоровых детей: 200 человек 7-10 лет и 200 человек 11-15 лет" В каждой группе половину детей прививали вакциной ИЦТВ, а половину - плацебо (в данном случае - физраствор). Реактогенность вакцины оценивали по результатам ежедневного медицинского осмотра детей в течение 5 дней после прививки. На этой основе врачи-экспериментаторы делают вывод: "Материалы проведенных исследований дают возможность приступить к изучению эпидемиологической эффективности вакцины в расширенных государственных испытаниях".

Следовательно, не надо теряться в догадках в поисках ответа: кто даёт разрешение на проведение таких исследований? В статье ответ: "расширенные государственные испытания", то есть само государство и разрешает! Статья опубликована в "Журнале микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии" [ЖМЭИ, 1987, №11, с.52].

Далее представляем выдержки из документов - публикаций, которые цитируются с сохранением особенностей, характерных для каждой из них. В. П. Брагинская, С. Г. Алексина, С. В. Чеботарева и др. [ГЖМЭИ, 1978, №8, с.83], "Применение АДС - анатоксина с уменьшенным содержанием антигенов для иммунизации детей, имеющих противопоказания к введению АКДС-вакцины. Сообщение III. Иммунизация детей с поражением центральной нервной системы": "...Настоящее исследование было предпринято в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения РСФСР (1975 г.)... Предварительно нами была изучена документация на прививки детей с поражением ЦНС в 5 специализированных детских учреждениях Москвы и Московской области... дома-интернаты... Под наблюдением находились 379 детей... Большинство страдало органическим поражением ЦНС в форме детского церебрального паралича, проиммунизировано 299 детей... Для сравнительного изучения... Большинство детей находилось на длительной антисудорожной терапии (фенобарбитал, цитраль, сульфат магнесии и пр.), на фоне которой и проводили исследование... Реактогенность препаратов была незначительной... Полученные результаты позволяют рекомендовать АДС-М-анатоксин для иммунизации детей с поражением ЦНС при условии строгого индивидуального подхода, консультации специалистов и тщательного наблюдения за детьми в поствакцинальном периоде...".

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

Г. Н. Ширко, М. С. Захарова [ЖМЭИ, 1978, №7, с. 71], "Сообщение II. Токсические свойства вакцины": "... Освобождение от эндотоксических компонентов требует дополнительной обработки препарата, необходимость в которой может быть определена только после испытания реактогенности предлагаемых препаратов на детях... Доступность метода... позволяет рекомендовать эти препараты для испытания в ограниченных наблюдениях на детях".

В. Ф. Попов, Л. А. Сохин, Л. В. Салмин и др. [ЖМЭИ, 1981, №2, с. 45], "Безвредность, антигенная активность и эпидемиологическая эффективность живой паротитной вакцины...": "...В настоящем сообщении представлены результаты исследований... у детей, привитых вакцинами 3 серий (40000, 20000, 5000 ГАДЕ-50), различающихся содержанием вирусных частиц... Эффективность различных серий вакцин - живой паротитной, изучали путем сопоставления заболеваемости паротитом в опытной и контрольной группах детей в течение 1,5 лет с момента вакцинации...".

Р. И. Васильева, М. А. Вичурина, Э. А. Фридман и др. [ЖМЭИ, 1982, №4, с.96], "Оценка в наблюдениях на детях школьного возраста безвредности, реактогенности и антигенной активности гриппозной инактивированной хроматографической вакцины": "Мы поставили перед собой задачу оценить безвредность и реактогенность... В наблюдениях на детях школьного возраста... 365 детей в возрасте 7-15 лет... Доза для детей 7-10 лет составила... 11-15 лет составила... О безвредности вакцины судили по результатам гематологических (клинический анализ крови, лимфоцитогарма и биохимических)... У подавляющего большинства детей выраженные лихорадочные реакции и клинические симптомы... отсутствовали, самочувствие детей в основном не нарушалось... Вместе с тем средние и сильные лихорадочные состояния-реакции были зарегистрированы во всех группах... Анализ результатов изучения показал местные реакции на прививку в виде гиперемии и инфильтрации кожных покровов чаще наблюдались у детей 11-15 лет, вакцинированных шприцевым методом...".

А А Демина, Л. П. Девяткина, К. Б. Олзей-оол и др. [ЖМЭИ, 1984, № II, с.98], "Оценка реактогенных и иммунных свойств менингококковых вакцин": "...Представлены материалы изучения... Исследования были проведены на школьниках, из них 309 были привиты менингококковой полисахаридной вакциной (МПВ) и 229 - АДС- анатоксином... Полученные данные позволяют рекомендовать при оценке реактогенности и иммунных свойств вновь конструируемых профилактических препаратов, учитывать предшествующее иммунологическое состояние прививаемого...".

Л. А. Митинская, Л. И. Котова "Проблемы туберкулёза", 1986. №3. с.81 - "Профилактика осложнений вакцинации БЦЖ у новорожденных": "...В наблюдениях на детях... Внедрение в практику препарата с уменьшенной дозой позволит уменьшить частоту лимфаденитов в 3,3 раза...".

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

Т. С. Селезнева, Е. А. Баева и др. [ЖМЭИ, 1986, №7, с.86.], "Изучение противокклюшного иммунитета": "...Работа проведена на базе детских поликлиник в Риге и взрослой поликлиники Москвы... Были обследованы дети, привитые коммерческими и испытываемыми сериями АКДС... В первой группе было 80 человек, во второй - 91... Из числа привитых испытываемыми сериями... серологически обследовали через 1-1,5, 6, 9, 10 месяцев и более после 3-кратного курса иммунизации...".

А. А. Сумароков, Н. А. Озерецковский, Н. И. Донская и др. [ЖМЭИ, 1986, №2, с.49] - "Основные итоги комиссионного испытания новой вакцины грипповак СЕ-АЖ": "...Дети 3-6 лет в Москве, посещающие 106 детских учреждений Свердловского и Бабушкинского районов, которые в соответствии с числом испытываемых препаратов были разделены на 4 группы - 2 опытные и 2

контрольные... Выводы: низкие показатели профилактической эффективности изученных серий "грипповак СЕ-АЖ" не позволяют использовать препарат для профилактики гриппа".

М. А. Астабалян, В. М. Болотовский и др. [ЖМЭИ, 1986, №6, с. 10], "Реактогенные свойства и иммуногенность коревой и паротитной вакцин при различной тактике их применения": "...Несомненный интерес представляет изучение эффективности раздельного введения этих препаратов... чаще два шприца в различные части тела... 1244 детям в возрасте 15-18 месяцев... что позволило сформировать 6 равноценных групп: 219 детей, 198 детей, в одном шприце 202 ребенка, в разных шприцах 228 детей... У всех включённых в исследование детей перед каждой прививкой и спустя 28-30 дней брали кровь из пальца..."

Р. Л. Васильева, Н. И. Донская, М. А. Бичурина и др. [ЖМЭИ, 1987, №3, с. 38], "Итоги изучения новых препаратов гриппозных инактивированных вакцин": "...Настоящее сообщение является первым в нашей стране исследованием по использованию гриппозных инактивированных вакцин для защиты детей от гриппа... В задачу исследования входила оценка безвредности, реактогенных свойств и антигенной активности... с выбором оптимальных доз для введения их практически здоровым детям школьного возраста... Испытаны серии вакцин с разной активностью для детей 11-14 лет и для детей 7-10 лет... Всего 1177 практически здоровых детей... школьников... Оба препарата вводили внутривенно... Безвредность оценивали с помощью ряда гематологических и биохимических тестов... Для оценки местной реакции учитывали размеры эритемы и уплотнения... жалобы на болезненность... При отработке доз мы руководствовались принципом "необходимо, но достаточно", выдвинутом комиссией экспертов ВОЗ..."

Л. Ф. Бердникова, Р. И. Васильева, Г. Н. Хлябич и др. [ЖМЭИ, 1987, №4, с.48], "Изучение адсорбированной гриппозной химической вакцины при иммунизации школьников": "...Исследования проводили в несколько этапов... Возрастные группы детей: 11-14, 7-10, 5-6 и 3-4 года... Изучение свойств препарата начинали в старшей возрастной группе... Для проведения исследования были отобраны практически здоровые дети... Изучали различные дозы и объемы препарата... всего 820 школьников: 403 в возрасте 11-14 лет и 417 - 7-10 лет... Контрольной группе вводили физиологический раствор... однократно подкожно с помощью шприца... Заслуживает внимания дальнейшее изучение АГХ-вакцины при иммунизации детей 3-6 лет и в эпидемиологических наблюдениях при вакцинации детей 7-14 лет".

Т. Ф. Чернышева, Н. Я. Покровская, Л. И. Рюсс и др. [ЖМЭИ, 1987, №5, с.54], "Безвредность, реактогенность и иммунологическая активность менингококковой полисахаридной вакцины группы А для детей 1-4 лет": "...Цель работы - изучение безвредности, реактогенности... Дети 1-4 лет с определением оптимальной вакцинирующей дозы... Были изучены 2 дозы вакцины... подвергали детей в возрасте 1-4 лет, посещавших детские дошкольные учреждения... На проведение прививок было получено разрешение их родителей (? - Г.Ч.)... Перед вакцинацией детям измеряли температуру... Реакции на прививку отмечали в специально разработанной карте... Учёту подлежали: температура, измеряемая через 6, 12, 24 и 72 ч., далее ежедневно до 14-го дня наблюдали за ребенком, состояние кожи (зуд, сыпь) и сосудов (симптома жгута), характер аппетита, тошнота, рвота, головная боль, головокружение, данные аускультации сердца и легких, пальпации печени и селезенки, показатели крови и мочи, исследование которых проводили до вакцинации и через сутки после неё. Местную реакцию определяли по состоянию кожи и подкожной клетчатки (?/ - Г.Ч.) на месте введения вакцины и регионарных лимфатических узлов... Иммунологические сдвиги изучали... Для этого брали из пальца кровь у детей до вакцинации и через 30 дней и 3 месяца после неё... Всего 122 ребенка... Ощущение боли возникло позже, через 8-10 часов, но это не отразилось на их общем состоянии... Общие реакции заключались в небольшом повышении температуры (37,8-38,2)... местная реакция в покраснении кожи на месте введения вакцины у 80% привитых..."

Н. М. Максимова, Н. Л. Сухорукова, М. П. Фринкель [там же, с. 50], "Иммунологическая эффективность второй ревакцинации против дифтерии, проведенной с интервалами, удлиненными до 7-10 лет": "...Применяемые в настоящее время схемы иммунизации перегружены с точки зрения как числа вакцинации, так и концентрации антигена в прививаемом препарате... Цель работы - сравнительное изучение... Под наблюдением 228 школьников в возрасте 6-14 лет Ленинградского района Москвы... У детей брали кровь из пальца до ревакцинации и после неё ежегодно в течение 5 лет... Результаты исследования идентичны результатам, полученным в ГДР... На основе полученных данных предложено проводить вторую ревакцинацию в возрасте 11 лет, что найдет отражение в новом календаре прививок".

Р. И. Васильева, Н. И. Донская, Н. А. Озерецковский, А. А. Сумароков и др. [ЖМЭИ, 1988, №3, с. 49], "Итоги государственных испытаний гриппозных инактивированных вакцин для детей": "...Задачи исследования... оценка реактогенных свойств вакцин по характеру, частоте, интенсивности и продолжительности общих и местных реакций, изучение безвредности... при однократном парентеральном введении... Материалы и методы - государственные испытания в школах, ПТУ и техникумах в Ростове-на-Дону, Таганроге и Новочеркаске с применением двойного слепого метода... Использовали подростков 11-14 лет... Все препараты вводили внутривенно... Опытные и контрольные группы формировали у школьников - класс, у подростков - группы... Всего 13355 детей и подростков, из которых 9962 были привиты, контрольную группу составили 3393 человека, которым также внутривенно вводили раствор хлорида натрия (плацебо) с помощью безыгольного инъектора (как и вакцину)... Установлена безвредность..."

М. Г. Гарасеферян, В. М. Болотовский, Л. П. Шатрова, Н. С. Титова [ЖМЭИ, 1988, №4 с.39]: "Поскольку в настоящее время живую паротитную вакцину (ЖПВ) выпускают с разным содержанием вируса в прививочной дозе, определенный интерес составляло изучение... у детей, привитых ЖПВ разных серий... в опытных группах детей... 473 сыворотки... Показано, что иммунологическая эффективность не зависит от возраста, но резко снижается при использовании ЖПВ с содержанием вируса менее... В Армении впервые выборочная вакцинация паротита была проведена в 1967-1969 гг. в городах Кировакане и Дилижане".

А. К. Юлпашев, А. М. Иванова, Ш. Х. Ходжаев и др. [ЖМЭИ, 1988, №5, с.65], "Изучение профилактической эффективности реаферона при вирусном гепатите А и острых респираторных инфекциях у детей": "...Эпидемиологическому наблюдению предшествовало исследование безвредности и переносимости препарата, для взрослых (осуществлено Всесоюзным НИИ гриппа Минздрава СССР; Э. П. Корнеева и соавт.) и для детей школьного возраста (Узбекский филиал Института вирусологии им. Д. И. Ивановского АМН СССР; Ш. Х. Ходжаев и соавт.)... В соответствии с программой исследования были охвачены дети от 2 до 6 лет... всего 2178 детей... Небольшое число детей ясельного возраста (250-300) не позволило получить статистически значимую разницу в снижении заболеваемости гепатитом А... Не отмечено его положительного эффекта в группе детей 4-6 лет... Оценка профилактической эффективности при гепатите А перорального применения реаферона 2 раза в неделю у детей 2-6 лет в целом дало отрицательный результат... Профилактика детей ясельного возраста вызвала статистически достоверное снижение (в 1,7 раза) заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями у детей..."

Л. Г. Руденко, Э. Б. Гурвич, Н. И. Донская и др. [там же, с. 4], "Итоги изучения живой интраназальной вакцины при иммунизации детей 3-15 лет": "...Детей в возрасте от 3 до 15 лет... Оценка количественных показателей реактогенности, иммуногенности и безвредности этой вакцины... В школах - класс, в детских садах - группа... Выборка была проведена среди детей,

не имевших противопоказаний к прививкам... Были сформированы 2 группы детей общей численностью 10970 человек, из них 3445 детей в возрасте 3-6 лет и 7526 - 7-15 лет... Для углубленного изучения вакцин и их безвредности проводили гематологические и биохимические исследования... Взятие материалов проводили 5 раз: до вакцинации, через три дня и месяц после первой, а также через 3 дня и месяц после второй прививки... Реагтогенность и безвредность изучена... Иммунизацию проводили в детских учреждениях (школы, детские сады) Калининграда... Нельзя было ожидать эффекта от проведения прививок: эпидемия в Калининграде, как и в целом в СССР, была вызвана вирусом гриппа типа А (H3N2), вакцинация осуществлялась вакциной А (H1N1)... Определить профилактическую эффективность живой гриппозной вакцины не удалось из-за несоответствия эпидемического и вакцинного штаммов вирусов...". Следовательно, экспериментаторы смогли изучить только безвредность этого препарата.

Р. П. Чуприна [VI Всероссийский съезд микробиологов, эпидемиологов и паразитологов, Нижний Новгород, 1991, т. 11, с. 206]: "...С 1989 года в СССР введена в практику здравоохранения АКДС-М вакцина... Полевое испытание шифрованных серий АКДС и АКДС-М вакцин показало, что после введения последней количество общих и местных реакций снижается в 1,8 раза... Снижена интенсивность их проявления...".

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

Е. В. Русакова, В. И. Васильева и др. [ГЖМЭИ, 1991, № 7, с. 52], "Сравнительная оценка иммунологической эффективности АКДС-вакцины и АДС-М-анатоксина при иммунизации детей против дифтерии и столбняка": "... Несмотря на плановую массовую вакцинацию, в этой проблеме ещё много нерешённых вопросов... Из всех применяемых вакцин наиболее реактогенной является АКДС... Обследован 741 ребенок от 1 до 7 лет в организованных коллективах открытого типа (детские комбинаты) и закрытого - детский дом... В группы были включены как клинически здоровые дети, так и дети с выраженными нарушениями состояния здоровья (в детском доме), имеющие главным образом разные формы патологии ЦНС... Несмотря на многочисленные отводы разной степени из-за наличия патологии ЦНС, большинство в этом коллективе получили профилактические прививки против дифтерии и столбняка... Исследования показали...".

К. В. Юминова, В. А. Ляшенко и др. [Вопросы вирусологии, 1991, № 4, с. 310], "Проверка безопасности, реактогенности и антигенных свойств живой паротитной термостабильной вакцины из штамма Ленинград-3": "...Были сформированы группы детей в возрасте от 2 до 5 лет: 1 - 58 детей - серия 1012, 2 - 66 детей - серия 1013, 3 - 29 детей - контрольные... Изучение свойств вакцины показало полную её безвредность".

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

А. Н. Слепушкин, Н. П. Обросова-Серова, Н. И. Лонская и др. [Там же, с. 372], "Сравнительное изучение прививочных свойств живой рекомбинантной и инактивированной гриппозных вакцин из штамма А (Филиппины/2/82/H3111) у детей 8-15 лет": "...Живая гриппозная вакцина (ЖГВ)... Инактивированная хроматографическая гриппозная вакцина (ИГВ)... ЖГВ прививали двукратно с помощью распылителя в каждый носовой ход, ИГВ и контрольный к нему препарат вводили подкожно однократно... Вакцинацию проводили осенью 1987 года в школе-интернате Москвы среди детей 8-15 лет... Дети были разбиты на три группы: детям 1-ой группы были введены интраназально ЖГВ и подкожно плацебо к ИГВ, детям 2-ой - подкожно ИГВ и интраназально плацебо к ЖГВ, детям 3-й группы ввели плацебо к обоим препаратам... Парные сыворотки крови, взятой из пальца до вакцинации и спустя 25 дней после введения препаратов были исследованы... Плацебо к ЖГВ - аллантоисная жидкость незараженных куриных эмбрионов (*чужеродный яичный белок - Г.Ч.*), к ИГВ - физиологический раствор... В этом наблюдении были получены сравнительные данные... У детей не возникало серьезных общих реакций... Реакции слабого типа были отмечены на месте введения инактивированной вакцины, они сохранялись не более 1-2 дней... Реактогенность обеих вакцин была слабой и не превышала допустимых границ...".

Исследования проводили по программе, утвержденной Минздравом СССР, рассмотренной и одобренной Главным управлением здравоохранения Мосгорисполкома (приказ № 563 от 21.08.87). Внизу первой страницы цитируемой статьи сделана сноска следующего содержания: "Это исследование было проведено в соответствии с программой советско-американского сотрудничества по проблеме "Грипп и вирусные гепатиты" по рекомендации Всемирной Организации здравоохранения". Все бы хорошо, но только почему это "советско-американское сотрудничество" представлено экспериментами только на наших детях, живущих, кроме того, в школах-интернатах? Небезынтересен и ещё один факт: "Авторы выражают глубокую благодарность доктору А. П. Кендалу, В. М. Хэрмону и Т. Тороку (отделение гриппа Центров по контролю заболеваний, Атланта, США) за содействие и помощь в планировании и выполнении настоящего исследования".

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

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

"Сравнительное изучение безвредности и реактогенности различных дозировок бруцеллезной химической вакцины при ревакцинации людей" [ЖМЭИ, 1985, № 1 I, с. 88; среди авторов - Сумароков]: "Сформировано 6 групп... Установлена безвредность и слабо выраженная реактогенность...".

Наблюдения за "добровольцами" при изучении безопасности и отработке доз бруцеллезной вакцины продолжаются десятилетиями. Наряду с этим, специалисты, которые не смогли "прорваться" со своим мнением на страницы научных журналов, пишут: "...Вакцинация создает кратковременную "мнимую гарантию", снижает внимание к ведущим методам профилактики бруцеллеза, направленным на разрыв эпидемической цепочки (источники, факторы и пути передачи инфекции)... Вакцина создает ложное чувство безопасности у привитых, а также у ответственных чиновников, действующих по инструкции "сверху"... Имеются

все условия для улучшения общих противобруцеллезных мероприятий... Вакцинация людей должна быть отменена", - написано в "Медицинской газете [1993, 05.02].

Д. И. Габрилович, Л. В. Серебровская и др. [ЖМЭИ 1988, №3, с. 61], "Влияние реаферона на функциональную активность лимфоцитов и нейтрофилов периферической крови добровольцев": "Представляется интересным и важным исследовать особенности влияния препарата на иммунную систему здоровых людей... Испытания провели на 25 добровольцах (23 мужчины и 2 женщины) от 18 до 35 лет... Даже спустя 7 дней после окончания курса не наблюдалось восстановления нормального уровня большинства показателей..."

В. П. Грачев, А. Д. Сумароков и др. [ЖМЭИ, 1984, № 1, с. 98], "Определение оптимальной прививочной дозы культуральной инактивированной вакцины для профилактики японского энцефалита": "...Цель исследования - изучение безопасности и выбор оптимальной дозы... Препарат вводили двумя методами - подкожно и струйным методом... Отобранный контингент состоял из лиц мужского пола молодого возраста... По условиям быта и роду деятельности существенных различий между контингентом групп не было... Всего 436 добровольцев..."

А. С. Прилуцкий, А. А. Сохин и др. [ЖМЭИ, 1988, № 4, с. 43]: "Иммунизация доноров адсорбированным столбнячным анатоксином - основной источник получения сыворотки противостолбнячного гамма глобулина... Данный способ используется в Донецкой области с 1984 года..."

С. А. Иванова, А. С. Шадрин и др. [ЖМЭИ, 1986, № 4, с. 109]: "Задача настоящего исследования - изучение динамики показателей гуморального противогриппозного иммунитета у рабочих машиностроительного предприятия, многократно иммунизированных инактивированной гриппозной вакциной... Наблюдение за выборочной группой рабочих (200 человек) с их многократными (не менее 3-4 раз в год) серологическими исследованиями..."

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

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

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

Протоколы испытаний должны подвергаться критическому рассмотрению независимой группы экспертов для определения научного качества испытания, его безопасности и соблюдения требований, предусматривающих уважение к правам человека и его неприкосновенности [11, 25, 3].

Юридические процедуры, связанные с апробацией вакцин в разных странах, существенно отличаются [11]. Но они есть, они известны и давно опубликованы даже в рекомендациях ВОЗ [11], которая, кстати, и рекомендует проведение экспериментов на детях в нашей стране [Вопросы вирусологии, 1991, №5].

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

На Западе все условия проведения эксперимента на человеке являются прежде всего гарантом уважения к правам человека, лица, включенного в опыт. *Совершенно необходимо и в России создание независимого комитета наблюдателей, включающего представителей общественности и неспециалистов. В комитете должны быть представлены все социальные и экономические слои населения* [На, 1977, т. 54. № 6, с. 1191].

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

Мировая общественность долгие годы вводилась в заблуждение дезинформацией, заведомо ложными заявлениями о том, что: "В соответствии с Советским законодательством подобная практика в СССР недопустима" [На, 1977, т.54, № 6, с. 1192], или: "В СССР, в отличие от многих других стран, испытания новых препаратов... не могут проводиться на здоровых добровольцах, поскольку это не оправдано с этической и научной точек зрения..." [11, с. 72].

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

Копии направлены:

1. Советнику Президента по экологии и здравоохранению А. В. Яблокову
2. Министру здравоохранения РФ Э. А. Нечаеву
3. Президенту РАМН В.И. Покровскому
4. Начальнику Главного управления здравоохранения г. Москвы А. Н. Соловьеву

Приложения:

1. Перечень поствакцинальных осложнений после проведения прививок отечественными вакцинами АКДС, БЦЖ и др.
2. Сводка - "Ложь про эпидемию дифтерии, которую нельзя ликвидировать только прививками".

Господин Президент!

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

Депутаты, которые проголосовали за тотальный охват прививками, по-видимому, не знают о стратегии и методологии иммунопрофилактики в других странах, а также о составе некоторых отечественных вакцин, предназначенных для системы поголового охвата детского населения нашей страны. Разумные, грамотные возражения других депутатов не были учтены. Между тем, все модификации отечественной вакцины против коклюша, дифтерии и столбняка (АКДС, АКДС-М, АДС-М, АД) содержат формальдегид и ртутную соль - мертиолят (последняя с предупреждением от фирм "не для лекарств") - пестициды во вполне определяемых количествах, опасных для взрослого. И такая "вакцина" вводится инъекционно грудным детям трижды в первые полгода жизни. Известно, что технология приготовления и состав АКДС в разных странах различна. Известно и другое: дети, прошедшие полный курс вакцинации отечественной АКДС, тем не менее, болеют и коклюшем, и дифтерией... Такое же положение и с вакцинацией против туберкулеза.

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

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

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

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

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

- о проведении обязательного диагностического обследования ребенка, чтобы ответить на вопросы: нужно ли и можно ли прививать конкретного ребенка;
- о неукоснительном соблюдении всех противопоказаний к введению любой вакцины: дошли до полного абсурда - противопоказания перечисляются, а диагностики нет;
- о праве отказа родителей от прививок в случае, если их ребёнок не обследован, т.е., не подготовлен к проведению этой медицинской процедуры;
- об установлении юридической и материальной ответственности врача, производящего введение препарата (или другого медицинского работника), за причинно-следственные осложнения, вызванные непосредственным воздействием или провоцируемые прививкой, а также ответственности государства;
- о выплате денежной компенсации за нанесенный иммунизацией ущерб здоровью ребенка или взрослого.

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

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

Академик, педиатр Колосов Д. В.

генетик, к.б.н., ст.н.с. ВНИГЦ Подугольникова О. А.

Руководитель лаборатории клеточной фенотипики Кухаренко В. И.

Зав. лабораторией клинической иммуногенетики, МОНИКИ, д.м.н. Федорова К. И.

Вирусолог, к.б.н. Червонская Г. П.

Микробиолог, профессор Кравченко А. Т.

Врач-гигиенист Планкина И. В.

Онкоиммунолог, профессор Городилова В.В.

Правовед, д-р.юр.н. Левченко В. И.

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

ОТВЕТ 1.

Д. В. Колосову, академику, педиатру

В. И. Кухаренко, руководителю лаборатории

О. А. Подугольниковой, ст.н.с., к.б.н.

К. Н. Федоровой, д.м.н., лаборатория клинической иммуногенетики МОНИКИ

А. Т. Кравченко, микробиологу, профессору, д.м.н.  
Г. П. Червонской, вирусологу, к.б.н.  
И. В. Планкиной, санитарному врачу  
В. В. Городиловой, онкоиммунологу, профессору, д.м.н.  
В. И. Левченко, юристу, правоведа, д.юр.н.

Уважаемые заявители,

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

Советник Президента РФ по вопросам экологии и охраны здоровья,

А. Яблоков

Москва, Кремль, 15 марта 1993 г. №А6-9-913

ОТВЕТ 2.

Г. П. Червонской, члену Российского национального комитета по биоэтике и международного движения "ЖИРАФ".

Уважаемая Галина Петровна,

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

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

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

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

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

Наряду с этим сотрудники Минздрава и Госсанэпиднадзора продолжают давать такие интервью: "Вводя полную иммунизацию детей, мы брали на себя большую ответственность: нигде в мире тогда такого не было. Приоритет здесь принадлежит СССР... Материальная и техническая оснащённость предприятий (*производящих вакцины - Г.Ч.*) чрезвычайно неудовлетворительные... Они настолько не соответствуют международным требованиям, что за рубежом отказываются верить своим глазам и результатам анализов...". Или, здесь же [Медицинская газета, 05.11.93]: "...Отмечено, что причинами... грустной действительности стали неоправданно широкие противопоказания к проведению прививок, недопонимание их важности специалистами педиатрической службы... Целое поколение специалистов... стали относиться к прививкам, как к процедуре, требующей большой осторожности... Как правило, это медики, получившие образование после 60-х годов... Вакцинация стала восприниматься не как защита от тяжелейших заболеваний, а как процедура, от которой надо защитить ребенка...". И, наконец: "...Неразработанность правовой базы создаёт сейчас самые большие трудности... Конечно, закон должен предусматривать право отказа от прививок, но это право не должно быть чрезмерным, абсолютным, неаргументированным...".

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

## **8. Вместо послесловия. Вакцинопрофилактика в нашей стране - только ли медицинская проблема?**

Наш соотечественник, эколог, "непонятый из шестидесятых", академик В. П. Казначеев считает, что на сегодня ещё можно приостановить опасные процессы, происходящие с "отрицательной эволюцией человека". Он пишет [32а, с. 36]: "...В понимании целостности живого, его сущности мы не то, что отстаем - мы продолжаем оставаться на лысенковской позиции... Догматизм даже усиливается, а не уменьшается... Когда я читаю и вижу, что у нас все больше проникает в экологию идея ПДК, ПДВ "допустимых" загрязнений, я думаю, что это нас и убьёт".

Из писем читателей: "Я - юрист и всё-таки... моему сыну в возрасте 2,5 лет в детсады, когда подошел этот пресловутый срок вакцинации, не уведомив родителей, конечно, без обследования, следуя преступным инструкциям Минздрава, медсестра ввела АКДС. Сын умер. Возбудил уголовное дело, но амнистия... их освободили... Изложенные Вами факты о составе АКДС и противопоказаниях, которые нигде и никем не учитываются, образуют состав должностного преступления. Чиновники от медицины осуществляют принудительную вакцинацию малолетних детей заведомо токсичной, с шестнадцатью



противопоказаниями, АКДС-вакциной. Знают это и делают. Это подлость и преступление. Иной квалификации содеянного ни в правовом, ни в моральном аспектах быть не может... Всю жизнь занимаюсь правовой работой и с полной ответственностью заявляю, что Ваши материалы должны привлечь внимание прокуратуры..."

А вот другие письма. От родителей, на наши выступления по радио и в центральной прессе: "Вы просите откликнуться, я это делаю, чтобы вы все знали, как проходят прививки в нашей школе (не лучше и в других). Сын отказался от прививки, заявив, что делать укол будет только в присутствии мамы.. Тогда медицинская сестра школы, её зовут..., дала указание ребятам старших классов привести сына на прививку принудительно... Его схватили в коридоре, где он прятался, за ноги, за руки и принесли медицинской сестре. Он сопротивлялся, плакал... Возбужденный, пришел домой, слег с температурой... попал в больницу... Я спрашиваю, кто за это ответит?"

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

Ещё письмо, рассказывает мама третьеклассницы, как её дочери делали прививку: "Чтобы скорее, одному ряду медсестра делала, другому - учительница". Всё так. Писем много. Но тысячу раз прав американец Генри Торо, который сказал более ста лет назад: "Восходит лишь та заря, к которой пробудились мы сами" [33, с 158]. А сами мы продолжаем молчать и безотказно подчиняться.... отправляясь целыми коллективами на "полезные" прививки" [36].

#### **Список литературы:**

1. Словарь латинских крылатых слов./ Под ред. Я. М. Боровского. М., Русский язык, 1988
2. Кравченко А. Т., Червонская Г. П., Миронова Л. Л. Использование диплоидной линии клеток человека для выявления токсичных компонентов в медицинских иммунобиологических препаратах // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1986, № 4.
3. Червонская Г. П., Кравченко А. Т., Гринберг К. Н. и др. Цитотоксическое действие химических веществ, содержащихся в виде примесей в некоторых медицинских иммунобиологических препаратах // ЖМЭИ, 1988, №12.
4. Червонская Г. П. К проблемам экологии человека (пестициды в медицине), // С/х биология, 1989, №5.
5. Умно В. В. Ну, подумаешь - укол... // КП, 15.09.88.
6. Минкин А.В. Упорный пронзительный крик. В группе риска - все новорожденные // Столица, 1991, №33/39.
7. Мартынова Е. В. Прививка больше, чем жизнь. В стране, подписавшей Конвенцию о правах ребенка, нарушают её на государственном уровне // Совершенно секретно, 1993, № 7.
8. Левенбук И. С., Чеботарева С. В., Черткова Ф.А. Клинико-анатомический анализ некоторых послепрививочных осложнений у детей // ЖМЭИ, 1977, № 9
9. Медуницын Н.В. Перспективы совершенствования иммунологических показателей эффективности и безвредности вакцинных препаратов // ЖМЭИ, 1977, № 1
10. Поствакцинальные осложнения: патогенез, профилактика, лечение. Материалы Всесоюзной научно-практической конференции, М., 1991.
11. Публикации ВОЗ (1960-1992 гг.): а) Бюллетень ВОЗ б) Всемирный форум здравоохранения в) Действия служб общественного здравоохранения в чрезвычайных ситуациях. Практическое руководство. 1986-1990 гг. г) Серия технических докладов (СТД) Комитета экспертов ВОЗ по стандартизации биологических препаратов д) Хроника ВОЗ е) Общественное здравоохранение в Европе Национальная политика в области лекарственных средств, 1982, с. 72
12. Сумароков А. А., Салмин Л. В. Прививочное дело М., 1983.
13. Брагинская В. П., Соколова А. Ф. Активная иммунизация и профилактика поствакцинальных осложнений у детей. М., Медицина, 1977, 1984, 1990.
14. Бургасов П. Н. а) ЖМЭИ, 1987, № 7; б) Состояние и перспективы дальнейшего снижения инфекционной заболеваемости в СССР, М., Медицина, 1987.
15. Rey J. L., Perseverare diabolicum (Reflexion sur les campagnes de vaccination de masse) Дьявольское упорство (Размышления о кампании массовой вакцинации) - Франция, 1989
16. Покровский В. И., Болотовский В. М. и др. Современные аспекты эпидемиологии и профилактики дифтерии. М.: ВНИИМИ, 1986
17. ЖМЭИ, 1990, №12.
18. Бароян О. В. Закономерности и парадоксы. Раздумья об эпидемии и иммунитете, о судьбах ученых и их труде. М., Знание, 1986.
19. Онищенко Г. Г. Официальное письмо №154-17/А-16, 3001.89.
20. Закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, 19.04.91.
21. Вопросы профилактических прививок и роль аллергии в вакцинальном процессе у детей. Л., 1969.
22. Мозер Р. Болезни прогресса в медицине; учение о ятрогенных заболеваниях. 1969.
23. Здродовский П. Ф. Предохранительные прививки против инфекционных заболеваний и проблема прививочной патологии // Педиатрия, 1975, № 1.
24. Смольякова Т. Прививка от невежества и цинизма // Российская газета, 29. 01. 93.
25. Драонец Я., Холлендер П. Современная медицина и право. М., Юр. лит., 1991.
26. Кормейн Р. X., Асгар С. С. Иммунология и болезнь кожи. М., Медицина, 1983.
27. Петров Р. В., Кабанов В. А., Хаитов Р. М. и др. Искусственные антигены и вакцины // Иммунология, 1986, № 1.
28. Инструкция по взятию материала для патоморфологического изучения летальных случаев поствакцинальных осложнений, М., 1980.
29. Наджаров А. Наш Минздрав - несостоятельный убийца // Куранты, 1992 - 15 сент.
30. Международный симпозиум по стандартизации медицинских биологических препаратов. М., 1976.
31. Биотика: проблемы и перспективы. М., 1992.
32. Казначеева В. П. а) Проблемы экологии человека. М., Наука, 1986; б) Эволюция со знаком "минус" // Свет, 1991, № 5, с. 36.
33. Яблоков А., Эдберг Р. Трудный путь к воскресению. М., Прогресс, 1988. с.158.
34. Тезисы докладов VI Всероссийского съезда микробиологов, эпидемиологов и паразитологов. Нижний Новгород - Москва, 1991.
35. Кашубе В. Н. Очерки о гигиене. М., 1989. с. 40.
36. Хмелик Н. Всю страну на принудительное лечение // Экспресс-хроника, 8-15.03.93

**Мнения специалистов разных дисциплин  
(Материалы этого раздела собраны Г. П. Червонской)**

## Генетики

Отзывы на поднятую нами проблему системы прививок в нашей стране и составе АКДС-"вакцины" можно издать отдельной очень объемной монографией. Возможно, и такое случится когда-нибудь. Среди писем 11 (одиннадцать) от эпидемиологов, чиновников и трех педиатров. В них отражена валовая суть плановой продукции "невосприимчивых детей" к инфекционным болезням. Мнения этих специалистов идентичны, они считают: во-первых, тема только для эпидемиологов и педиатров - основных исполнителей широкомасштабных мероприятий, "приоритетных для СССР"; во-вторых, вопросы прививок не должны обсуждаться неспециалистами и уж тем более в центральной прессе; в-третьих, нанесен "вред проведению плановых прививок, которые сыграли в нашей стране решающую, я бы сказала, революционную роль в победе над инфекционными заболеваниями такими как коклюш, дифтерия, корь и др." Одно из таких писем заканчивается почти призывом, если бы не маленькая деталь, признанная даже эпидемиологом: "...Несомненно АКДС подлежит совершенствованию... тем не менее, пока у нас нет другой вакцины... воспользуйтесь этим бесплатно предоставленным правом прививок" (г. Львов, зав. эпидемиологическим отделом областной СЭС А. Лапида). Общие фразы для всех и никаких проблем, кроме одной: "...Так что даже пожалеешь об ушедшей системе режимного государства. Все приказы сверху выполнялись беспрекословно" (зам. главного врача по эпидвопросам Коми республиканского центра санэпиднадзора В. Чжао). К счастью, существуют и другие мнения.

### 1. Поговорим ещё раз о вакцинах и вакцинопрофилактике в СССР...

Считается, что недостатки - это продолжение достоинств... Можно усомниться в универсальности этого мнения хотя бы потому, что если принять его всерьёз, то придётся считаться с тем, что обилие недостатков предполагает такое же обилие достоинств. Однако, в отношении нашего здравоохранения можно сказать, что некоторые его недостатки действительно являются продолжением достоинств. На примере массовой вакцинации, негативные стороны которой рассмотрены уже во многих статьях центральной прессы, можно даже понять механизм превращения достоинств в недостатки. Суть этого механизма - застойность, рутинность мышления и, как следствие - дефектность действия.

Со студенческой скамьи я слышал, что преимуществом советского здравоохранения, среди прочего, является массовость охвата населения всевозможными оздоровительными мероприятиями, а также безоговорочная исполнительность периферических звеньев системы здравоохранения по отношению к распоряжениям из центра.

Когда-то, после окончания гражданской войны и в последующие годы это, возможно, было достоинством системы (в чем также можно усомниться). Но оздоровление огромных масс населения, подчас неграмотного, очень затянулось. Ликвидация малярии, ришты, очагов особо опасных инфекций - несомненные и славные достижения отечественного здравоохранения. Однако, времена меняются, и то, что было достоинством, или вынужденной мерой, превратилось в недостаток, помеху, или даже порок.

Занимались ли всерьёз ученые-медики нашей страны, эпидемиологи, инфекционисты, педиатры, иммунологи выяснением необходимости массовой обязательной вакцинации, и в частности, вакциной АКДС? То, что эта вакцина дает наибольшее количество осложнений и даже летальности - известно давно. Измеримо ли соотношение между потенциальным ущербом от коклюша, дифтерии, столбняка (против которых используется АКДС) и реальным массовым ущербом в целом для здоровья детей, с учетом поствакцинальных осложнений в разной степени? Изучалось ли действие соединения ртути - мертиолята, используемого в качестве консерванта в этой вакцине? Какие для этого использовались животные и другие биологические модели? Как себя чувствуют клетки *in vitro*, например, фибробласты человека или лимфоциты? Известно ли, что металлы оказывают существенное влияние на белки - известно ли это педиатрам, контролерам вакцин и всем тем, кто разрешил использовать мертиолят у нас в стране? Кстати, а кто дал разрешение на использование его в нашей стране? На основании каких документов? Изучалось ли действие мертиолята, формальдегида, гидроксида алюминия на каждый антиген в отдельности - на их белковую основу? Изучалось ли комплексное воздействие всех перечисленных химических веществ на каждый белковый антиген в отдельности? И уж совсем удивительно, что Фармкомитет Минздрава СССР не знал о существовании этого вещества в нашей стране. Ртутное соединение. Есть все основания предполагать, что оно не безразлично для детского организма. Это вещество применяется в нашей стране уже много лет, но на основании каких документов? Думается, что всерьёз ни одних "требований" ни международных, ни ВОЗ наша страна не достигла, в противном случае мы бы не только помогали развивающимся странам по РПИ, но и продавали бы вакцины. Как известно, последнее отсутствует. Продаёт Япония и США, Дания и Канада и другие государства. А мы ждём, когда нам кто-то что-то порекомендует. Разговоры о том, что дозы малы, совершенно никому не годятся, поскольку нет документов, подтверждающих эту версию. Наряду с этим, хорошо известно так называемое олигодинамическое действие тяжелых металлов. Ничтожного количества металла в воде достаточно для того, чтобы убить по крайней мере достаточное количество микробных клеток. Вспомним "святую воду", которая никогда не портится, т. к. содержится в серебряном сосуде. Руководствуясь этим, в годы второй мировой войны на английском флоте использовали для хранения пресную воду на подводных лодках в посеребренных ёмкостях... Спустя некоторое время было обнаружено, что у некоторых моряков возникают эпилептические припадки, чего не было у персонала тех субмарин, где не использовали таких ёмкостей. В последнее время сообщаются весьма достоверные экспериментальные данные о том, что алюминий, широко вошедший в быт, повинен в явлениях преждевременного старения клеток мозга. Так что бездумное применение веществ, разнообразия действия которых на живые системы мы даже представить себе не можем, чревато катастрофами. В частности, о мертиоляте известно, что он хорошо предотвращает биологические жидкости от гниения. Все остальные сведения о нем необходимо почерпнуть из свойств ртутных солей; о нём самом известно, что мертиолят - сильнейший аллерген и клеточный яд!

Удивительно, как мы не способны извлекать уроки из событий не то что отдаленного прошлого, но и из текущей жизни. Бездумное применение пестицидов (а мертиолят - пестицид!), гербицидов и минеральных удобрений приводит к экологическим катастрофам, разрушает природные биоценозы, наносит ущерб здоровью людей. Но наш организм - это тоже экологическая система, и бездумное внесение в эту систему заведомого яда может иметь плачевные последствия. Короче говоря, организм человека слишком сложен, чувствительность разных людей и чувствительность разных систем организма к действию таких ядов, как мертиолят, может сильно варьировать, риск тяжёлых и необратимых изменений слишком велик.

Так стоит ли упорствовать в использовании потенциально опасного и высокотоксичного вещества, вводимого детям по приказу и всем подряд в вакцине, применяемой исключительно для профилактики? Присутствуя на Ученом совете в ГосНИИ стандартизации и контроля вакцин, я убедился в том, что его добавление - гарант стерильности вакцин, стерильного способа приготовления вакцин. Но известно сколько угодно способов стерилизации без добавления химических веществ! Кто их на наших предприятиях испробовал? Опять ждём чьих-то рекомендаций? А в результате ни за что не отвечаем. Новая технология должна сломать вал, может удорожить продукцию. Но это не тот случай, когда нужно экономить. Еще один тревожный аспект массовой и

обязательной вакцинации. В нашей стране упорно игнорируются международные примеры в законодательстве, например, об обязательном предварительном собеседовании с родителями перед вакцинацией детей. Наши дети, приходя из детского сада или из школы, сообщают: "А нам делали уколы"... Правда, часть грамотных родителей, зная о тяжёлых поствакцинальных осложнениях, запасаются справками об отводе их детей от вакцинации. Последнее было подчеркнуто также на Учёном совете в ГИСКе 30 января 1987 года педиатром из Института педиатрии АМН СССР Соколовой А. Ф., которая привела в пример таких родителей из присутствующих на этом совете мам и бабушек. И другие интересные моменты стали известны из выступления этого специалиста: реакции практически одинаковые как на АКДС, так и на АДС; тяжесть реакций не уменьшается по сравнению с 1967 г. "Это говорит о том, что вакцина АКДС не совершенствовалась в течение этого времени"... и многое другое, неизвестное непосвященным специалистам-медикам. И контролерам ГИСКА следовало бы прислушаться к таким выступлениям, а в специалистах не видеть своих врагов.

В конце XX века необходимо представить серьёзные научные разработки по проблеме вакцинации в новых условиях. Где они?

Сейчас на первый план всё больше выступает проблема индивидуальной чувствительности к разным воздействиям. Время массовых мероприятий, без оглядки на уникальные свойства индивидуума, давно прошло. Наступило время особого внимания к отдельному конкретному человеку - к его телесной и духовной уникальности. Пора поднимать вопросы о взаимосвязи наследственных заболеваний и учёта их перед вакцинацией. Времена застоя в этих областях продолжают в нашей стране. На Западе проводится скрининг новорожденных. В США, например, скрининг новорожденных, медико-генетическое консультирование, пренатальная диагностика представлена была в 34 штатах уже в конце 70-х. Скрининг новорождённых осуществляется на ФКУ, гиперфенилаланинемию, гипотиреоз, муковисцидоз и др. Всё это очень важно знать перед проведением прививки БЦЖ в роддомах. Во Франции на ФКУ обследуют 99,6% новорожденных, а на гипотиреоз 99,5%. А что мы творим с нашими новорождёнными? Ничего не знаем о них, но всех прививаем против туберкулёза. Это преступление. Подобная разобщённость между специалистами совершенно недопустима, мы не ведаем, что творят смежники, а медицинская генетика не может сказать своего слова по многим, например, не зависящим лично от меня причинам. К "кричащим" не только не прислушиваются, но стараются всеми силами заставить замолчать! Преступление перед нашим будущим поколением не остановлено, в том числе, и в системе наших прививок.

К. Н. Гринберг, врач, зав лабораторией клеточной фенотипики и наследственной патологии

## 2. Я мало верю в то, что в нашей стране, системе можно что-то сделать

За написание отзыва взялся потому, что сам участвовал в проверке АКДС. Я вот думаю, почему же всё-таки в основном болеют дифтерией взрослые, и почему у них у всех сразу "закончился" иммунитет к этой самой дифтерии? Странно, почему на эти "мелочи" никто не обращает внимания. Относительно безопасности АКДС - по просьбе Галины Петровны Червонской, вместе с моим ныне покойным заведующим лабораторией Гринбергом Кириллом Николаевичем, я проверял токсичность нескольких серий вакцины АКДС на культивируемых эмбриональных фибробластах человека. АКДС, разведённая ещё в 500 раз, продолжала оказывать литическое действие на клетки человека, вызывала их гибель. Это говорит не только о том, что вакцина высокотоксична, но и о том, что проверить действие вакцины (лекарственного препарата, содержащего консервант) современными методами не удастся вследствие гибели тест-системы. В связи с этим высказывания относительно безопасности вакцины, как мне представляется, носят слишком оптимистический характер.

По поводу проверки врачами детей перед вакцинацией даже не хочется говорить, поскольку это, как мне кажется, сказано чиновниками (по радио, телевидению и в "Медицинской газете") не о нашей стране. В нашей системе здравоохранения врач не заинтересован в полноценном обследовании пациента, а если и найдётся такой врач, который захочет хорошо обследовать ребёнка, то всё равно не сможет. Наша медслужба нищая. Если же работник санэпидстанции Н. Н. Филатов под обследованием больного или здорового понимает только внешний вид, осмотр ребёнка, то это другое дело. Нас же в институте учили, что внешний осмотр - это только один из этапов обследования пациента.

Я не являюсь специалистом в области эпидемиологии и профилактики инфекционных заболеваний, но я - генетик. Исходя из общебиологических соображений, можно сказать, что, поскольку человеческая популяция гетерогенна, то в ней всегда найдутся индивидуумы, которым введение той или другой вакцины противопоказано, поскольку может спровоцировать начало патологического процесса. Поэтому вакцинация не должна быть массовой.

Сколько еще нужно бед, чтобы в стране дело здравоохранения хоть немножко сдвинулось в лучшую сторону? Давно всем ясно, что каждый человек есть индивидуальность, что нельзя подходить ко всем с одной меркой. Однако "воз и ныне там". Всех вакцинируют и лечат одинаково по одной схеме, не учитывая ни этнических, ни межиндивидуальных различий. Такой подход связан, как мне кажется, не только с отставанием нашей науки, но и с отсутствием глубокой связи между теоретическими знаниями и способностью применять знания на практике. Это характерно не только для медицины в нашей стране, но и для многих других сфер человеческой деятельности, например, педагогики - все дети должны учиться по стандартной программе и обучаются массово стандартными приёмами. Это проявилось и в идеологии - всем юношам рекомендовали "делать жизнь с Дзержинского". К сожалению, нас не учили целостному пониманию мира и человека. Любой педагог может сказать, что все дети по-разному воспринимают какой-либо предмет, но далеко не всем ясно, что у каждого человека своя чувствительность к лекарствам и другим внешним воздействиям. То же происходит и с представителями других специальностей.

В стране необходимо развивать науку о человеке. Причем исследования нужно вести на многих уровнях, исследовать человека и как социальное, и как биологическое явление. Имеющиеся в стране многочисленные институты Академии медицинских наук исследуют в основном патологию человека.

О плачевном состоянии нашей медицины сказано много. Больна вся наша наука. В связи с этим хочется привести высказывания К.Н. Гринберга о науке. В одной из бесед со мной, сравнивая науку с лесом, он говорил о том, что на Западе наука это лес, где есть мощные старые деревья, есть трава, подлесок и своя почва, а у нас наука находится на гидропонике. Стоит только начальству перекрыть кран, и всё погибнет. К сожалению, это во многом именно так. Я, работая в области генетики и биологии клетки, вижу, что собственной полноценной научной базы у нас нет. Стоит на некоторое время перекрыть приток валюты в научные учреждения, и всё обрушится. Ни одно постановление о развитии приборостроения и выпуске реактивов для исследований в области клеточной биологии не выполнено. Заканчивая свой грустный отзыв, хочу напомнить слова В. И. Вернадского: "Страна, которая не работает самостоятельно в области научной мысли, которая только усваивает образование - чужую работу - есть мёртвая страна". Мы уже впадаем в кому; если ничего не изменится, то финал будет печален.

М. И. Фрейдлин, врач, к.м.н., ВНИИЦ АМН СССР

### 3. Всё население нашей страны страны - в длительном хроническом эксперименте

#### ПДК - предельно допустимые концентрации

Более тридцати лет я работаю в практическом здравоохранении (главным врачом СЭС и педиатром), а также в Минздравах РСФСР и СССР. Больше всего боюсь показаться нескромной, но, должна сказать, что, будучи практическим врачом, позже чиновником, я постоянно училась, читала современную медицинскую литературу по иммунологии, эпидемиологии, вирусологии и т. д. В Минздраве СССР я знакомилась с научными статьями, докладами, т. к. была секретарём экспертной комиссии. Там же, в Минздраве, я курировала работу межведомственного комитета по гигиене полимерных материалов и пластических масс, используемых в народном хозяйстве страны, в состав которого входили отечественные специалисты - гигиенисты и учёные других отраслей. Кроме того, я и сама со специалистами республиканской СЭС провела научно-практическую работу, в результате которой было доказано влияние синтетических моющих средств (СМС). Этими порошками стирали пелёнки и бельё новорождённых в роддомах. Установлено влияние их на рост заболеваемости кожными формами гнойно-септических инфекций новорождённых. Исключение СМС из технологии стирки белья в 1984 году позволило снизить смертность и заболеваемость новорождённых гнойно-септическими инфекциями соответственно в 2 и в 12 раз. Все сообщаемые мною сведения документированы.

Имея такой опыт учебы и работы, я не припомню, чтобы вопросы экспериментов на человеке, этическая и правовая сфера этих исследований были бы отражены в каких-либо законодательных документах. Более того, когда я пыталась в Комитете по гигиене полимерных материалов поставить вопрос перед учёными о выработке положений по заключительным испытаниям на человеке одежды, обуви и других полимерных материалов, используемых в народном хозяйстве, никто даже не обратил внимания на это. Вместе с тем, у нас более 70 лет существует контингент для экспериментов, в том числе и медицинских. Дети детских учреждений и школ. Студенты, учащиеся ПТУ. Военнослужащие. Медработники и пациенты лечебных учреждений, студенты медицинских институтов. Жители санитарно-защитных зон около промышленных предприятий. Жители всех городов и поселков, пьющие хлорированную воду. Все население страны, проживающее в домах-затрапачных камерах и потребляющее в пищу недоброкачественные продукты питания. Всё население страны, получающее принудительно, в обязательном порядке, прививки против инфекционных заболеваний.

В 60-х годах я сама была участницей чудовищного эксперимента на детях, когда учёные Москвы хотели определить, как вводить гамма-глобулин, чтобы снизить заболеваемость детскими инфекциями. Тысячам детей вводили гамма-глобулин внутримышечно, внутривенно и подкожно. Конечно, ни о каких разрешениях от родителей не шло даже и речи. Есть приказ Минздрава и мы его выполняли. Никто не видел в этом ничего особенного. Нас же было много врачей на этом эксперименте. Но в институтах не преподают никакой этики по проблеме "человек в эксперименте", а приказы надо выполнять. Уверена, пора в медицинских институтах, в училищах вводить такие предметы, преподавание их должно быть отражено в программах, с них должен начинаться воспитательный процесс врача: этика в медицинском эксперименте с использованием животных и человека. Будущее за молодежью, и необходим такой предмет. Тем более, что нет никакой надежды на то, что чиновников от медицины можно как-то убедить, заставить их переменить свои взгляды на те или иные действия. Примером служит многолетняя борьба специалистов разных дисциплин за проведение в нашей стране грамотных прививок, с индивидуальным подходом, с учетом противопоказаний, чтобы вакцины не наносили вреда здоровью человека. Вакцинация важна, но она не является единственным средством в борьбе с инфекционными заболеваниями. Это - комплекс противоэпидемических мероприятий, в которых прививки - одно из звеньев.

Вакцины, особенно парентерально вводимые, должны проходить те же испытания, что и лекарственные фармакологические средства.

Необходимо сохранить все противопоказания к введению каждой вакцины. Противопоказания необходимо расширять, а не сокращать, поскольку дети в нашей стране ослабленные. Существующие противопоказания научно обоснованы, и это нельзя сбрасывать со счета при нашей в целом неблагоприятной экологической обстановке. Врач-педиатр должен иметь право на диагноз "поствакцинальное осложнение", а не ставить традиционное ОРЗ, когда ребёнок после прививки становится инвалидом.

Проблема вакцинопрофилактики стала уже социальной, а не только чисто медицинской - это массовое мероприятие касается всей страны. Надо попытаться мысленно встать на место несчастных матерей, потерявших детей после прививки или имеющих детей-инвалидов. Завтра это может коснуться каждого из нас, под вопросом стоит выживание нации. Вот некоторые обоснования такого беспоконья. В процессе эволюции за миллион лет у человека сформировалась эффективная защитная иммунная система от воздействия микробов, т.е., биологических факторов. Всем известно явление фагоцитоза, в котором принимают участие зрелые формы лейкоцитов, макрофаги, лимфоциты. Бактерии, вирусы являются живыми белковыми формированиями и легко перевариваются лейкоцитами. Последние снова способны к фагоцитозу. За миллионы лет существования человека как биологического вида у него сформировались и другие способы защиты от патогенных микроорганизмов: повышение температуры тела, изменение биосреды, выработка ферментов, ускорение лейкопоэза и др. В добавление к этому, получены вакцины, которые искусственно создают специфическую невосприимчивость организма к определенному виду инфекционных заболеваний. Но только комплекс противоэпидемических мероприятий, проведённых целенаправленно, даёт положительный эффект: тщательное изучение эпидемиологии инфекционного заболевания, начинающегося, как правило, с исследования окружающей среды человека; обследование контактных лиц или животных; лабораторное обследование каждого больного - всё это позволяет не только установить причину, источник, пути передачи, входные ворота инфекции, патогенез заболевания, но и закономерности эпидемического процесса, а также выявить факторы, способствующие распространению инфекционного заболевания.

В мире, благодаря эпидемиологическому надзору, комплексу противоэпидемических мер, ликвидирована оспа. Многие инфекционные заболевания стали спорадическими. Клиника других инфекционных заболеваний при эффективном лечении изменилась в сторону лёгкого течения болезни. Последнее было отмечено и в отношении дифтерии в обзорной публикации В. И. Покровского и соавт. "Современные аспекты эпидемиологии и профилактики дифтерии" (1986 г.). В итоге, к 1950-60 гг. намечалась определенная тенденция к снижению общей инфекционной заболеваемости. И тут грянула научно-техническая революция. Два-три десятилетия индустриализации и химизации народного хозяйства страны, как из ящика Пандоры, обрушили на человека и весь живой мир новые химические, физические и биологические вредные вещества, факторы. Это привело к интенсивному загрязнению окружающей среды, оскудению земель, снижению урожайности сельхозкультур и продуктивности

животноводства, низкому жизненному уровню населения, росту общей и инфекционной заболеваемости, врожденным уродствам, высокой детской смертности, полному расстройству иммунной системы человека и к появлению венца научно-технического прогресса - СПИДа - синдрома приобретенного иммунодефицита.

Следует только удивляться совершенству природы человека, когда он, человек, в этих экстремальных условиях ещё не занесён в Красную Книгу.

Бактерии и вирусы также не оказались в стороне от воздействия вредных факторов окружающей среды. Под их влиянием они, как и человек, приспосабливались к выживанию. Изменялись взаимоотношения макро- и микроорганизмов. Не случайно в 60-70-е годы всё больше микробов из условно-патогенных для человека становятся патогенными. Примером может служить кишечная палочка, которая всегда присутствует в кишечнике человека. Но её виды O14, O55 и другие, стали причиной острых кишечных расстройств с тяжёлой клиникой у детей младшего возраста.

Остановимся и подумаем. Не это ли были первые симптомы иммунодефицита, который получил свой расцвет через 20 лет?

Человек, как биологический вид, обладает непостижимыми умом адаптационными способностями, но отдельные индивидуумы, а их не так мало, ушли из жизни, не выдержав химической и биологической атаки. На нашей памяти - смерть 30-40-50-летних известных деятелей культуры, спорта, когда среди полного здоровья в течение года сторае человек. Белокровие или другие заболевания крови, как причина смерти, стоят в свидетельствах. Беспомощность терапевтического вмешательства была и остается очевидной. И произошло, на мой взгляд, следующее. Вакцины, сыворотки, глобулины, антибиотики, лекарственные фармакологические препараты сыграли свою положительную роль в профилактике и лечении инфекционных заболеваний до научно-технической революции, когда окружающая среда, продукты питания не были так интенсивно загрязнены. Но вакцинация детей в нашей стране продолжается теми же препаратами и с той же интенсивностью. Если учесть, что прививкам была подвергнута значительная часть населения, то можно предположить и отрицательные стороны этого процесса у этой значительной категории вакцинированных. Однако должной оценки значимости этого фактора риска среди других нагрузок, поступающих извне, приводящих к ухудшению состояния здоровья и разрушению иммунного статуса человека, в нашей стране ещё не дано. Совершенно не учтено, что в организм ребёнка вместе с белковыми чужеродными субстанциями вводятся и некоторые высокотоксичные соединения. Например, вакцина АКДС (против коклюша, дифтерии и столбняка), вводимая многократно в организм грудных детей, содержит ртутную соль в смеси с формальдегидом и другими химическими веществами и мы - врачи - узнаём об этом из центральной прессы!

Но ртуть ещё и нормируется (!) минздравами: в заменителе материнского молока 0,05 мг на 100 г., в атмосферном воздухе 0,0003 мг/м, в питьевой воде 0,0005 мг/л! И вот ребёнок, выпивший в сутки 600 г. заменителя материнского молока, вдохнув 15 м атмосферного воздуха с выбросами электроламповых заводов г. Москвы, Смоленска, Саранска или других городов, а тем более тех, где содержание ртути в 2-3 раза превышает норму, и имея уже в организме около 0,04 мг ртути, получает профилактическую прививку - белок с ртутной нагрузкой.

Сам чужеродный белок иногда "встряхивает" организм человека до анафилактического шока. В малых дозах (для тех, для кого состав вакцин "малая" доза) белок сенсибилизирует организм ребенка и делает его не только более восприимчивым к воздействию вредных химических веществ, но и усиливает их токсическое, аллергенное, канцерогенное и другие действия. Например, введение животным, находящимся в эксперименте, лошадиной сыворотки с поверхностно-активными веществами (ПАВ) и СМС усиливает в 25 раз (!) токсическое действие ПАВ. На новорожденных детях проведён длительный эксперимент с серьезными последствиями в виде высокого уровня кожных форм гнойно-септических инфекций и смертности: белье, стиранное СМС, плюс в трёхдневном возрасте вакцина против туберкулёза - БЦЖ. Сколько будем экспериментировать? Тем более, что белок может поступать в организм из атмосферного воздуха, некачественных продуктов для матери и т.д. А если учесть такие населенные пункты, как Кириши, Ангарск, Новополюк и т.д., где построены производства белково-витаминных концентратов? В этих городах загрязнение воздуха белковыми молекулами привело к появлению специфических тяжелых заболеваний, в том числе со смертельными исходами, особенно среди детей. Это - ещё одно доказательство и подтверждение небезразличия белка для человека.

В свете представленных данных можно определенно сказать, что широкая гамма-глобулинизация всех детей в стране в 60-70-е годы в целях профилактики инфекционных заболеваний, введение других белковых препаратов, плазмы и крови, вакцин и сывороток, оставили соответствующий след в организме детей в виде изменённой реактивности, сенсибилизации организма и положили начала расстройствам иммунного статуса человека, подготовили "благоприятную" почву для действия других факторов окружающей среды, появившихся позднее.

Интенсивное загрязнение атмосферного воздуха и воздуха производственных, жилых, общественных зданий химическими веществами, оказывающими канцерогенное, аллергенное, токсическое, наркотическое действие, одновременное поступление вредных химических веществ с продуктами питания, питьевой водой привело к значительным сдвигам во всех системах организма человека и постепенной потере защитных функций. Проведенными НИИ общей и коммунальной гигиены им. А.Н. Сысина хромато-масс-спектрометрическими исследованиями воздуха жилых помещений, жилых домов в Москве в новом микрорайоне Крылатское с относительно чистым атмосферным воздухом, установлено содержание 56 химических веществ: ацетальдегида, изопентана, ацетона, бензола, гексена-1, гексана, хлороформа, четыреххлористого углерода, стирола, нафталина, формальдегида и других. Причем только для 16 из них у нас установлены предельно допустимые концентрации, а о действии других веществ на организм человека ничего не известно. НИИ гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана при обследовании детей, проживающих в домах, построенных из древесностружечных плит, выделяющих в воздух помещения формальдегид, обнаружил в биосредах детей формальдегид в больших концентрациях, чем у рабочих, производящих эти плиты. Доказательством того, что молекулы формальдегида, а, значит и других веществ, могут попадать в лейкоциты, лимфоциты, макрофаги, является то, что оценка их фагоцитарной активности при определении иммунологического статуса человека определяется по способности поглощать меланино-формальдегидные латексы. Но формальдегид вводится детям массово парентерально в составе АКДС!

По данным Комитета по канцерогенным веществам при Минздраве СССР формальдегид является веществом второго класса опасности, относится к группе химических канцерогенов, обладает общетоксическим действием на уровне 0,012 мг/м<sup>3</sup>, оказывает выраженное аллергенное действие на уровне 0,011 мг/м<sup>3</sup>, вызывает у человека раздражение глаз, носа и кожи, тошноту, головные боли и головокружение. По данным Международного регистра потенциально токсичных химических веществ 1982 года в США запрещено применение строительных материалов, выделяющих формальдегид. В других странах (Швеция, Германия) принимаются меры по снижению формальдегида в воздухе закрытых помещений. А в нашей стране люди дышат воздухом с содержанием 15-20 мг/м<sup>3</sup> формальдегида, получая его ещё и парентерально с вакцинами. Из поливинилхлоридного линолеума,

которым покрыты полы во всех наших домах, выделяется бензол. В жилых комнатах 20-го микрорайона 4-го Северного Крылатского Москвы лабораторно было обнаружено 0,354 мг/м<sup>3</sup> бензолсодержащих веществ. В сто раз больше ПДК. Бензол вызывает лейкемию, его в жилых домах не должно быть. ПДК бензола - 0,003 г/м<sup>3</sup>. В воздухе жилых помещений содержится метанол, сильный, преимущественно нервный и кровяной яд, с резко выраженными кумулятивными свойствами, а также вещества, обладающие сильным наркотическим действием: пентан, хлороформ, хлористый углеводород, циклогексан, трихлорэтилен. Источником наркотических, канцерогенных, токсических и аллергенных веществ является мебель.

Вот история семьи из г. Тамбова. Дочь О-ва 12 лет, считает себя больной с 1985 года, когда был куплен диван Воронежского производства, на котором девочка спала. Стала жаловаться на головную боль, тошноту, слабость, потерю аппетита, температура тела 34-35°. Два года лечилась в поликлинике, больнице и в НИИ гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана. У всех членов семьи в крови обнаружен метгемоглобин. Оказалось, что из дивана выделялся дибутилфталат, в 54 раза превышающий ПДК, стирол и метанол. Диван был выброшен. Все выздоровели. Но сколько такой мебели сейчас стоит в наших квартирах! О каком иммунитете может идти речь?

10 лет назад я писала докладные записки руководству Минздрава. Но на них стоят подписи тех, кто сейчас продолжает занимать высокие посты в Минздраве РФ и в Госкомитете по санэпиднадзору! Результатом их деятельности является то, что заболеваемость населения продолжает неуклонно расти. Слишком мало отпущено человеку, чтобы как-то приспособиться и выжить.

Коллагенозы. Системные и ревматоидные заболевания. При этих заболеваниях, как установлено клиницистами, в самом организме усиливается деятельность плазматических клеток - продуцентов гамма-глобулина, повышается образование соответствующих антител. В крови обнаруживаются и другие виды белков, а также "осколки" белковых молекул, в том числе дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), которые разрушаются химическими веществами. В свою очередь, белковые молекулы сорбируют на себе химические вещества и также становятся "объектом", на который нацелены иммунокомпетентные клетки. Фагоцитируя этот "неживой" белковый комплекс, лейкоцит не способен его "переварить". Лейкоциты разрушаются, и в крови появляются новые химико-белковые комплексы, которые, видимо, также небезразличны для человека. Это - явление аутоинтоксикации. Усиливается лейкопоэз, но молодые клетки - молодые их формы - к фагоцитозу неспособны. Происходит полное разрушение той иммунной системы, которая вырабатывалась веками. Это явление и определяется как синдром приобретенного иммунного дефицита. Приняв этиологию коллагенозов, ревматоидных состояний, СПИДа как воздействия вредных факторов окружающей среды антропогенного происхождения, можно разработать соответствующие срочные мероприятия и предотвратить не только дальнейшее снижение иммунного статуса человека и его тотальное отравление всеми вредными факторами окружающей среды, но и пересмотреть принципы профилактики инфекционных заболеваний. Педиатры и эпидемиологи должны постоянно использовать лабораторное диагностическое обследование на дифтерию, её носительство, на выявление других инфекций, вести тщательный эпидемиологический надзор за очагами инфекций; совершенствовать методы поиска источников инфекций и их санации; следить и контролировать проведение общепринятых противоэпидемических мероприятий; проводить систематическое обучение молодых врачей клинике, лечению и эпидемиологии инфекционных заболеваний. Ведь этого фактически сейчас нет. Именно по этим причинам болеют и умирают люди. Легче всего в приказном порядке привить поголовно население против инфекций и надеяться на то, что прививки спасут человечество от инфекционных заболеваний. Это - ложное благополучие. Практика в нашей стране показывает, что, несмотря на поголовные прививки против туберкулёза, заболеваемость растёт. Все внутренние ресурсы организма ребенка и взрослого человека, в том числе идущие на формирование иммунных систем, тратятся на борьбу с загрязнением, поступающим извне. Требуется глубокое изучение процессов выработки иммунитета в современных условиях, и, если таковой не формируется в должной степени, необходимо искать другие способы защиты человека от инфекций.

Благодаря центральной прессе, мы узнали о крайне неудовлетворительном качестве отечественных вакцин; о том, что они содержат в конечной продукте опасные токсичные вещества; о том, что они не изучены по их влиянию на иммунную систему; об отсутствии данных по отдаленным последствиям; о том, что они вызывают тяжелые осложнения, которые не освещаются широко, отсутствует их должный учет; о том, что вакцины вводятся без предварительного обследования ребенка; о том, что безопасность вакцин устанавливается на детях. Минздрав должен понять, что реакция прессы и населения лишь следствие, а не причина всех бед в системе отечественной вакцинопрофилактики. Население и медработники вынуждены изворачиваться, кто как может. Педиатры и микропедиатры пошли по пути медотводов от прививок. 12 февраля 1987 г. в докладной к руководству я приводила цифры: 55% детей имеют медицинские отводы от прививок, 60% детей страдают аллергическими заболеваниями, почти каждый ребенок 10-12 раз в год болеет острыми респираторными заболеваниями! Разве нет причин для медицинских отводов? Могли ли педиатры вводить больным детям вакцину? Кроме того, педиатры давно видели и знали об осложнениях после прививок, задолго до первой публикации в центральной прессе ("Комсомольская правда", 15 сентября 1988 г.).

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 ставим такой диагноз, чтобы не делать вакцинацию против туберкулёза. Не волнуйтесь, ребёнок нормальный".

В поликлиниках родители платят взятки медработникам, чтобы их ребенку в истории развития было только написано о проведении прививок, чего на самом деле не происходит. Летом 1992 года эта услуга стоила десять тысяч рублей. Таким образом, если санитарно-эпидемиологическая служба страны считает привитыми 30 или 70%, то можно думать, что эта цифра ещё меньше.

Нельзя недооценивать того, что население не верит отечественным организаторам здравоохранения!

Непонимание проблемы и отсутствие реакции со стороны ответственных лиц и производителей вакцин или же их совершенно неадекватное реагирование - всё это заставляет нас обращаться вновь и вновь во имя спасения нашего будущего - детей!

В настоящее время мы не можем сделать оптимальной окружающую среду, "очистить" продукты питания и питьевую воду от всех вредных веществ, изменить состояние здоровья детей в сторону его улучшения. Но то, что зависит от нас, врачей, мы должны сделать и потребовать от всех управлений по санитарно-эпидемиологическим мероприятиям:

1. Прекратить поголовное проведение профилактических прививок в роддомах против туберкулёза; проводить введение этой вакцины только по показаниям и в эндемичных районах. По такой же системе необходимо проводить прививки против коклюша, дифтерии и столбняка, а также введение других профилактических средств против инфекционных заболеваний. Эпидпоказания должны быть серьёзно и чётко обоснованы.

2. Считать приоритетными неспецифические меры противоэпидемических мероприятий: выявление источников инфекции, прерывание путей распространения инфекционного агента, санацию, своевременную диагностику и карантин и т.д. Для этого необходимо создавать широкую сеть диагностических служб.

3. Организовать научные исследования по изучению состояния и формирования иммунитета в условиях загрязнения окружающей среды с привлечением к этой работе иммунологов и других специалистов для последующего составления "паспорта здоровья" для каждого гражданина России с рождения.

4. Постоянно публиковать точные сведения о количествах осложнений и инвалидизации детей от прививок, о результатах обследования детей с рождения: медико-генетического скрининга и показателей иммунологического статуса.

5. Принять немедленные меры по совершенствованию технологии производства вакцин с предельным освобождением их от химических веществ, что обязывает включить изучение вакцин (прежде всего убитых) во все инструкции, существующие в нашей стране для испытания лекарственных средств.

6. Потребовать ответственности лиц, виновных в экоциде населения, совершаемом через систему прививок в нашей стране.

7. Возложить ответственность на местах за профилактику и лечение инфекционных заболеваний на местные органы здравоохранения.

И последнее: о методах *in vitro*. Их можно и нужно использовать для гигиенической оценки полимерных и синтетических материалов, используемых в строительстве жилых домов, детских школьных и дошкольных учреждений; детской мебели, игрушек, искусственных кож и плёночных материалов, резины для сосок, пластмасс для трубопроводов, контактирующих с питьевой водой и продуктами питания; пищевых и лекарственных добавок, консервантов для продуктов питания, химических веществ и их компонентов, попадающих в контакт с человеком на производстве и в быту. Это обеспечит быстрый, точный и дешёвый способ определения возможности использования того или иного материала в народном хозяйстве страны и предотвратит их вредное воздействие на организм человека.

Существующая система гигиенической оценки материалов в токсикологическом эксперименте на животных не обладает достоинствами и, прежде всего, высочайшей чувствительностью, присущими культуре клеток. В стране чрезвычайно мало вивариев, а там, где они есть, результаты испытаний могут нередко вызывать сомнения, так как в организмы животных, кроме исследуемых образцов, попадают химические вещества из атмосферного воздуха, питьевой воды, продуктов питания. Стоимость гигиенической оценки очень высока, а процедура длительна по времени. Большое количество компонентов, входящих в состав полимерных материалов (более 20), синтетического оборудования, систематическое изменение рецептуры их изготовления в связи с дефицитом тех или иных веществ - всё это сводит на нет результаты гигиенической оценки. Это приводит к тому, что вредные материалы вступают в контакт с человеком и оказывают своё неоднозначное действие на его организм, вызывая патологические изменения, которые далеко не все сразу уловимы. Особенно это важно для детского здоровья.

Рост числа малых предприятий, производящих товары народного потребления, в том числе из отходов производства, требует почти повсеместного открытия новых центров для экспертно-гигиенической оценки продукции. Большинство санэпидстанций, начиная с районного звена санэпидслужбы, располагает помещениями для устройства лабораторной диагностики в культуре клеток.

Помимо гигиенической оценки новых материалов и веществ, метод может быть использован для исследования биосред организма человека, в том числе патологоанатомического материала - в определении причин смерти и болезни, т.е., для постановки и установления этиологии болезни.

Поскольку в вирусологических исследованиях культура клеток почти полностью заменила животных, модель должна использоваться в любой экспертизе при выявлении токсичных компонентов в вакцинах, сыворотках и других лекарственных средствах, во всех изделиях медицинского назначения, например, шовного материала, а также имплантантов в организм человека при операциях по пересадке органов.

Культура клеток, а тем более эмбриональные клетки человека, могут быть использованы для гигиенической оценки импортной продукции всех сфер применения, так активно поступающей в Россию в последние годы.

И. В. Планкина, врач-гигиенист высшей квалификации

#### Токсикологи

#### 4. Поднята принципиально важная проблема: отечественные вакцины - биопрепараты или это совсем не так?

Устанавливать научно обоснованные безопасные регламенты для недействующих доз - концентраций химических веществ, а тем более ртутных соединений, "разрешённых" 35 лет тому назад для парентерального введения грудным детям, - задача практически неразрешимая. Необходимо иметь очень серьёзные обоснования, жизненные показания, чтобы разрешить многократное введение ребенку подобного дезинфектанта, ртутного пестицида. Кроме того, любые химические добавки, используемые в качестве консервантов, стабилизаторов, наполнителей и т.д., могут менять фармакокинетику основного вещества, в данном случае, белков-антигенов, а, следовательно, и их целенаправленное действие.

Я, как специалист, считаю, что в сложившейся ситуации безо всяких промедлений должны быть представлены документы, доказывающие проведение специальных токсикологических исследований на отсутствие тератогенности, эмбриотоксичности, аллергизирующей активности, мутагенности и канцерогенности применяемой дозы мертиолята в вакцине АКДС: либо зарубежными фирмами, продающими нам этот пестицид, либо отечественными контролирующими учреждениями - Комитетом вакцин и сывороток или ГИСК им. Л. А. Тарасевича.

Неужели вопрос изъятия ртутного вещества из препаратов, используемых с целью профилактики в детской практике здравоохранения, требует каких-то рассуждений, доказательств?

Медицинский аспект охраны окружающей среды - охрана внутренней среды человека. Пишем... пишем... А при таком количестве осложнений после АКДС, вдруг спустя 35 лет узнаем, что это - не только биовакцина, но и антибактериальное химическое вещество. Чего же в ней больше, антигенов или химических веществ?

Так ли необходимо, использование комплексного препарата, каким является АКДС, в конце двадцатого века во всех регионах нашей страны, где иммунизация проводится по одной мерке, без учета климатических условий и, как известно, без индивидуального подхода к каждому ребенку и т.д.?

Как учитываются шестнадцать противопоказаний и кто их "успевают" определить? Признаться, я о них услышал и прочитал впервые. Как определяют повышенную чувствительность детей к ртутной соли и формальдегиду? Кому адресовать все эти вопросы по "допущенным", так называемым малым дозам, содержащимся в вакцине?

Совершенно несостоятельны ссылки на ВОЗ - мол, ВОЗ требует определенного содержания этих веществ в АКДС. Это отговорка, рассчитанная на дилетанта. К тому же ВОЗ и её комитеты не могут отвечать за принимаемые у нас в стране решения. Полностью проигнорированы отечественные специалисты и Фармкомитет СССР.

Наконец, всё можно сделать ещё проще: направить все документы по составу АКДС-вакцины в Фармкомитет в специализированную комиссию токсикологов для решения вопроса о возможности её использования. Серьезными предпосылками для этого является содержание в ней не только ртутной соли, но и формальдегида. Где гарантия, что в ней отсутствуют другие химические вещества? Действительно, "бедные наши здоровые детки"...

Спасибо за раскрытие тайны состава АКДС.

Замдиректора по научной работе НИИ общей и коммунальной гигиены им. А. Н. Сысина АМН СССР к.м.н. Н.Н.Литвинов

### 5. Справедливости ради...

Справедливости ради следует отметить, что призыв трезво подойти к плановой вакцинопрофилактике, целесообразности всего огромного прививочного вала, кстати, не всегда эффективного (из-за низкого качества вакцин, нарушений правил хранения и реализации готовых вакцинных препаратов) прозвучал ещё из уст токсиколога, доктора медицинских наук, профессора Б. А. Курляндского в конце 70-х годов в "Литературной газете". Статья называлась "Болезнь или лечиться". Тогда это осталось, как говорят, "гласом вопиющего в пустыне", тем более, что автор вторгался в "святыню" тогдашнего заместителя министра П.Н. Бургасова.

Нисколько не сомневаюсь в необходимости экстренной, а, в ряде случаев, плановой профилактики ряда инфекций, прежде всего живыми вакцинами: отечественный и зарубежный опыт имеет множество примеров (оспа, полиомиелит, чума и др.). Мне, однако, хотелось бы высказать своё отношение к качеству так называемых убитых вакцин, которые вызывают активный иммунитет с помощью убитых или инактивированных микроорганизмов.

В конечном итоге, именно в этих вакцинах содержится мертиолят и ряд других сомнительно безразличных для организма человека химических веществ.

Для начала, что собой представляет мертиолят? Это - ртутьорганическое соединение, иначе называемое этилртутьтiosалицилат натрия, относится к пестицидам. Кстати, в доступной отечественной литературе сведения о нем весьма скудны, он не зарегистрирован в нашей стране, и я не нашёл данных о его глубоком токсикологическом изучении. Мельников Н. Н. в книге "Пестициды: химия, технология и применение", 1987, давая классификацию пестицидам, относит последний к бактерицидам, приводит ЛД50 - 40 мг/кг (вызывает 50% гибель крыс в эксперименте), что позволяет отнести мертиолят по степени его опасности, предложенной ВОЗ, к очень опасным веществам. Это иллюстрирует и такой пример. В "Методических указаниях по применению физико-химических и химических методов контроля медицинских биологических препаратов", М., 1977, утвержденных МЗ СССР (Хлябич, Ковшило), где говорится о приготовлении стандарта, сказано о хранении мертиолята: "ЯД! с притёртой пробкой в тёмном месте". Литературные данные свидетельствуют о том, что органические соединения ртути весьма токсичны для всего живого, могут поражать вегетативную нервную систему, вызывать иммунологические изменения. Однако мне не встретилось ни одного источника, где бы были отражены сведения по изучению этих отрицательных моментов относительно мертиолята. Вместо этого появились "допустимые" дозы его в медицинских иммунобиологических препаратах (МИБП) - вакцинно-сывороточных средствах, используемых для профилактики и лечения инфекционных заболеваний. Для справки: согласно утверждённому в нашей стране перечню допустимых количеств некоторых консервантов в пищевых продуктах, ртутьсодержащие исключены. А мы в плановом порядке вводим "крохотные дозы" этой соли грудным детям.

Что это: один заместитель министра не знает, что делает другой? В НИИ им. Л. А. Тарасевича началось испытание вакцин на клеточном уровне. Исследования, проведённые Г. П. Червонской в соавторстве с профессором А. Т. Кравченко и другими специалистами ["Бюллетень экспериментальной биологии и медицины", 1986, № 4; ЖМЭИ, 1988, № 12], убедительно показали, что все исследованные дозы химических веществ, входящих в состав МИБП - мертиолят, формальдегид и гидроокись алюминия - оказывают летально-необратимое действие на клетки в культуре. Как известно, все иммунологические тесты проводят на лимфоцитах, культивируемых *in vitro*. И если клетки погибают, следовательно, АКДС нельзя исследовать новыми иммунологическими тестами. Этим "новым" скоро пятидесятилетний юбилей за рубежом. По всем здравым доводам и представлениям, исходя из требований к качеству МИБП, компоненты, входящие в их состав, не должны оказывать цитотоксическое действие на клетки, т.к. вакцины предназначены для введения их здоровому контингенту лиц с целью профилактики. Сразу же после получения таких данных требовались немедленные действия со стороны минздравов и контролирующих органов: П. Н. Бургасова, Г. Н. Хлябича, председателя КВС А. А. Сумарокова, директора ГИСКА Т. А. Бектемирова, привлечение высококвалифицированных специалистов (токсикологов, фармакологов, иммунологов и др.). Однако вопрос решали келейно в головном институте и пришли к выводу, что всё прекрасно: "Не умирают ведь", а препарат используют более 30 лет, массовой гибели не отмечено. Выводы такие делали потому, что, судя по всем руководящим документам, относящимся к эпархии КВС, безопасность вакцин (в частности, допустимые в них добавки, химические вещества, консерванты, инактиваторы) изучают исключительно в остром опыте - по ЛД50! Количество животных: две морские свинки и пять взрослых мышей! Результаты вакцинации прекрасные! План выполняется! Но при выполнении, казалось бы, массового охвата, эпидемиологи отмечают рост заболеваемости и дифтерией, и коклюшем, и корью и т.д. Некоторые эпидемиологи связывают это со значительным процентом отводов от прививок, а другие - с качеством препаратов. Пока же МЗ приказом № 450 от 02.04.86 регламентировал продлить сроки повторных ревакцинаций от дифтерии до 56 лет, однако, начиная с 16-летнего возраста - АДС-М.

Кстати, недавно открыл медицинскую энциклопедию 1970 года и читаю: АКДС- вакцина состоит из таких-то компонентов, убитых формальдегидом или мертиолятом. Но почему же они в вакцине присутствуют вместе? Да и формальдегид - не такое уж безобидное соединение, выявлены его канцерогенные свойства.

Согласно рекомендациям ВОЗ, всё отдано на решение-усмотрение национального органа той страны, где производится препарат. Но ведь и по рекомендациям ВОЗ (отд. №638, раздел А.3-3.): "По завершении процесса инаktivации любой свободный инаktivированный агент должен быть удалён или нейтрализован... Метод очистки должен быть таким, чтобы исключить попадание в конечный продукт веществ, которые могут вызывать неблагоприятные реакции у человека".



В нашей стране вопрос о безопасности того или иного препарата относится к компетенции Фармкомитета при Минздраве СССР. На каком основании МИБП отданы на откуп Комитета вакцин и сывороток, почему вышли из-под власти контроля лекарственных средств?

Я пытался выяснить в свое время, есть ли статья в Государственной фармакопее СССР относительно мертиолята. Нет, в отечественной фармакопее его нет.

Есть фундаментальный труд "Руководство по вакцинному и сывороточному делу" под редакцией академика Бургасова П. Н., где очень красиво говорится об основополагающих принципах контроля за качеством МИБП в СССР, который заключается в комплексе мероприятий, обеспечивающих поступление в практику здравоохранения полностью безопасных и эффективных средств специфической профилактики и лечения, диагностики инфекционных заболеваний. В этом же руководстве на стр. 166 читаем: "... Должны быть безвредными, стерильными, содержать не более 0,01% консерванта мертиолята... тио-мерсал - 100±20 мкг/мл или не содержать консерванта, и иметь следовые количества формальдегида". А в нормативных документах: "должно содержаться 500 мкг/мл формальдегида". Но это не следы, а вполне ощутимое количество!

Вообще, когда знакомишься с этим произведением, рассказывающим о том, как должно быть, возникает ощущение сплошных противоречий, многие из которых вызывают удивление: ну, почему не обратиться к специалистам в своем отечестве? Ничего не говорится, например, о токсикологии химических веществ, допущенных в биопрепараты. Какие же они... биопрепараты? Совершенно безответственно констатируется факт того, что нечто "допущено" и "безвредно". А проверка такого "безвредно" прошла всего на 2-5 взрослых животных. Наблюдение проведено в течение 14 суток с момента введения препарата. Есть у меня такое подозрение, что так, как изучена АКДС, можно считать, что её безопасность не проверена!

Наверное, такого количества животных достаточно для того, чтобы установить, обезврежен инфекционный агент или есть его остатки. Изучение безопасности - это серьезное продолжительное испытание в разных вариантах. Все они отсутствуют в "Руководстве..."; местной реакции, судя по тексту, не придается значения, вроде бы как она и должна быть у всех детей. О неспецифической токсичности (один из вариантов определения безопасности) препаратов судят исключительно по определению количества химических веществ - физико-химическими методами, опуская этап биологической экспертизы.

Одним словом, отсутствуют какие-либо испытания на животных, подтверждающие безопасность тех количеств химических веществ, которые допущены в готовой к применению АКДС и других инактивированных препаратах.

Мне бы хотелось задать бывшему руководству МЗ и контрольного института вопросы:

- Кем и когда, каким контрольным органом нашей страны допущены содержимые количества химических веществ в АКДС и других вакцинах? Кто несёт ответственность за эту "допустимость"?

- На каких лабораторных животных и в каком объеме была изучена безопасность "допустимых" количеств химических веществ, находящихся в готовых к применению препаратах, например, АКДС?

- Кто несет персональную ответственность за это в нашей стране, или опять все сойдёт на тормозах?

Джинна выпустили из бутылки. Это создаст, безусловно, негативное отношение к важному разделу практической работы по проведению прививок. Но, поставь этот вопрос отечественные руководители своевременно, расставив точки над "i", спрятав личные амбиции, наверное, сегодня не надо было бы писать об этом в центральной прессе.

Врач, работающий в области токсикологии,  
к.м.н. Михайлов Н. Н.

## Биохимики

### 6. Об одном и том же столько лет!

Интервью со всеми главными санитарными врачами производят если не странное, то неоднозначное впечатление. Это - дополнительное подтверждение тому, что национальные контрольные органы здравоохранения в стране продолжают дискуссию, начатую Г. П. Червонской через "Комсомольскую правду" (журналист В. Умнов, 15 сентября 1988 года), о разном и на разных языках. Чем вызвано такое стойкое нежелание понять? Не ставится вопрос: прививать - не прививать. Речь идет о содержании химических веществ в препаратах, которые называются биологическими, и о том, что родители должны об этом знать и сами решать вопрос вводить - не вводить этот химический комплекс в организм своего ребенка. Речь идет о ртутьсодержащей соли в АКДС как о добавке, которую необходимо и можно изъять (!), поскольку в этом препарате присутствует ещё и формальдегид. Ни одна отечественная вирусная вакцина не имеет подобного состава. Нет сомнений в том, что мертиолят добавляется исключительно для дополнительной подстраховки стерильной работы. Известно его использование не только в АКДС, но в других бактериальных отечественных вакцинах. Подчеркиваю ещё раз, что он отсутствует в отечественных вирусных препаратах. Применение добавок - антибактериальных химических веществ для создания "условий стерильности" на некоторых предприятиях в нашей стране говорит об очень отсталой технологии производства вакцинно-сывороточных средств.

Своими выступлениями "за мертиолят" наши здравоохранительные органы подтверждают согласие на беспрепятственное применение этого ртутьсодержащего соединения в детских вакцинах, используемых массово. Но где доказательства безопасности допустимой дозы?

Успокойте широкие массы, опубликуйте гарантии фирм. Такие гарантии должны отвечать требованиям Фармкомитета СССР или "хотя бы" международным требованиям. Мертиолят - не лекарство! Это вещество-добавка. Следовательно, все методы изучения безопасности, считающиеся рутинными и давно освоенными во многих странах, необходимо соблюсти и в данном случае.

Опубликуйте, наконец, этикетку с флаконов (пакетов), на которых было бы написано: "мертиолят для лекарств", где, очевидно, есть и дополнительные сведения, гарантирующие безопасность его многократного введения детям. Ведь как всё просто! При чем здесь ВОЗ? ВОЗ - орган рекомендательный. За изучение безопасности, разрешение к применению, тем более в составе отечественных препаратов, несут ответственность национальные контрольные органы страны, где производятся вакцины. Такое положение не нужно разъяснять. Далеко не все рекомендации ВОЗ нами используются. Например, требования (не рекомендации!) к изучению безопасности адьювантов. Хоть одно из них выполнено нашим контрольным органом?

Мертиолят - пестицид. Все пестициды токсичны. А мертиолят, к тому же, ещё относится к солям тяжелых металлов. Специалистам известно, что последствия одноразового контакта с малыми дозами подобных соединений непредсказуемы. И в данном случае дело не в дозе, а и индивидуальной чувствительности неокрепшего детского организма, да ещё на фоне современного состояния окружающей среды, питания, воды и многого другого.

Известно, что одни и те же таблетки оказывают неодинаковое воздействие на взрослых, обладают разной степенью и характером фармакокинетики. А санитарные врачи с завидной легкостью и простодушием гарантируют одинаковую "полезность" для всех детей соли ртути. Возможно, отечественный состав АКДС пригоден на предмет экстренной профилактики. Но и над этим в наше время следует серьёзно подумать. Вряд ли по всей нашей стране коклюш, дифтерия и столбняк одинаково опасны. Известно также, что прививки "полезны" только в комплексе с другими грамотно применяемыми мероприятиями - это согласно очень давним рекомендациям ВОЗ, на которые ссылаются чиновники. Но всё это изложено и в отечественных учебниках по эпидемиологии.

Я - родитель двух детей, страдающих аллергией. По специальности биохимик. Не понаслышке мне известно, что такое формальдегид и ртутные соли. Конечно, вводить их парентерально любому ребёнку - преступление, а детям, страдающим разными формами аллергии - вдвойне опасно (а бывают, как известно, и смертельные исходы от введения АКДС). Ртутная соль может быть одной из причин.

Помимо сказанного, я хочу добавить, что наша семья испытала неоднократное давление со стороны поликлиники, школы для охвата наших детей планом прививок. Это массовое плановое мероприятие, об этом знают все родители. Так что позвольте и здесь не согласиться со словами ответственных работников о якобы не существующих планах прививок, о том, что родители вроде бы даже могут от них отказаться... Мне известны приказы № 426 (1986 г.), исходящий из Главного управления здравоохранения Мосгорисполкома, или № 668 (1983 г.): "планово, массово, обязательно".

Напрасно санитарные врачи и эпидемиологи сваливают все беды на участковых педиатров: "...Детские врачи предали забвению индивидуальный подход к детям..." (так уж и все?!). В основном на организаторах здравоохранения лежит вина в том, что наши педиатры не могут обследовать ребенка с рождения. Отсутствуют исходящие данные об иммунологическом статусе родившегося, нет карты здоровья, отсутствуют диагностические службы. А без современных знаний о состоянии иммунной системы можно ли вмешиваться в организм подрастающего поколения, не говоря уже о новорожденных?

Поэтому я и не позволяю делать прививки своим детям.

Уверен, если бы не публикации в центральной прессе, мы бы так и не знали, что вводят поголовно детям в нашей стране в составе так называемых "вакцин". Кстати говоря, в "Наставлении по применению АКДС" сказано, что инактивация проводится либо формальдегидом, либо мертиолятом. И вдруг узнаём, что они оба входят в состав многих вакцин. Кроме того, вряд ли педиатрам кто-то разъяснил, что мертиолят - ртутьсодержащая соль. Если бы это случилось, то многие бы, наверное, задумались. Отсутствие такой надписи на этикетке - прямое нарушение международных требований об указании в составе лекарственного средства соли ртути! Так что многим думающим специалистам разъяснения в центральной прессе очень помогли.

Судя по содержанию возражений со стороны чиновников, можно сделать заключение о том, что им абсолютно неизвестны методы изучения безопасности инактивированных вакцин, в которые входят химические вещества. Мне пришлось с этим столкнуться самому. Фармкомитет не принял документы, доказывающие безопасность полученного нами интерферона. Для Фармкомитета объём изучения безопасности препарата был недостаточным. Вместе с этим, наши документы прошли все этапы в ГИСКе им. Л. А. Тарасевича и в КВС. Это лишь дополнительное подтверждение того, что вакцины плохо изучены на безопасность.

Мой отзыв продиктован чувством солидарности с теми специалистами, которые поднимают вопрос о проведении грамотного изучения безопасности вакцин, добавок, содержащихся в них, а также об индивидуальном подходе к ребёнку. Качественная прививка - это а) безопасный препарат и б) качественный организм ребёнка. И в этом нет никаких новостей. Реакция чиновников, мягко говоря, странная. Вместо того, чтобы честно признать недостатки и некачественность АКДС, устранить их (или прекратить производство!), как это должно быть в случае действительной заботы о здоровье детей, они встают в позу незаслуженно оскорбленных. Но такая реакция может быть только у тех, кто либо недопонимает всю опасность своей деятельности (тогда им нечего делать ни в науке, ни в организации здравоохранения), либо осознает опасность препарата и теперь пытается уйти от ответственности, ошельмовав специалистов, сделавших это явным.

Спасибо за обращение к правительству, за то, что нашлись специалисты, взявшие на себя смелость поднять этот очень многогранный вопрос, встав на защиту детей от "охранителей" нашего здоровья.

Родители должны знать, что вводят их детям, отчего дети могут стать инвалидами на всю жизнь, и кто повинен в этом.

Но есть ведь конкретный человек или группа людей, которые дали разрешение на применение ртутной соли в детских препаратах в нашей стране. Кто они?

Биохимик, ст.н. с. Института иммунологии Минмедпрома, к.б.н. В. Д. Кольцов

## **7. Директору ГосНИИ стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов профессору Медуницыну Н. В.**

Глубокоуважаемый Николай Васильевич!

В связи с публикацией в газете "Комсомольская правда" материалов, касающихся, в частности, вопроса безопасной стерилизации АКДС-вакцины, сообщаю Вам следующее.

В лаборатории физических методов обработки биопрепаратов ВНИИ биотехнологии разработан принципиально новый метод стерилизации инъекционных препаратов в конечной упаковке - криорадиационная стерилизация с программируемым замораживанием. Применение метода позволяет исключить введение вредных для организма консервантов в препараты, в том числе содержащие белковые вещества. В настоящее время метод проработан для инсулина (рекомендован Фармкомитетом для медицинского применения и промышленного выпуска), что позволяет выпускать лекарственную форму инсулина без консервантов, гриппозной вакцины (показана возможность совмещения инактивации вирусов со стерилизацией с исключением мертиолята и др. консервантов). Получены также положительные результаты применения метода для стерилизации ряда препаратов крови (альбумин, фибриноген, иммуноглобулин, сухая плазма). Предлагаемый метод дает гарантию надежной стерилизации при сохранении физико-химических и биологических свойств препаратов и не сопряжен с появлением дополнительных источников токсичных или вредных характеристик. Разработано оборудование для его промышленной крупномасштабной реализации.

Имеющиеся данные позволяют предложить использование этого метода для стерилизации АКДС-вакцины с целью исключения из её состава вредных консервирующих добавок. При соответствующем финансировании разработка конкретных режимов стерилизации АКДС-вакцины, включая составление регламента и комплекта НТД, может быть проведена за 1-2 года. Особенно перспективным представляется организация выпуска вакцины в шприц-тюбиках одноразового применения. По мнению

специалистов нашего института, метод может быть применен при выпуске и других вакцин, как для стерилизации, так и инактивации вирусов, совмещённой со стерилизацией.

Зам. генерального директора по научной работе НПО "Биотехнология"

проф. А. И. Степанов

Акушер-гинеколог

### **8.0 тревожных результатах наших исследований**

Мы многократно устно и письменно информировали сотрудников Минздрава, писали о них докладные на имя президента АМН СССР, директоров профильных НИИ. Они излагались в заключительных отчетах НИР (1981, 1986 гг.), по ним оформлялись заявки на открытия (1978, 1984 гг.), делались доклады, направлялись предложения при обсуждении проекта закона о здравоохранении, публиковались многочисленные статьи, тезисы, информационные листки. Но все меры и стремления разбудить - передать нашу тревогу организаторам здравоохранения и кураторам иммунопрофилактики - оказались безрезультатными. Между тем, в них предсказывался рост (в статье 1972 г.) ферментоиммунной патологии и всей иерархии осложнений и заболеваний систем, составляющих круг коагуло-энзимо-иммуно-генопатологии. Подчеркивалось, что в основе развития патологии этого круга лежит сенсбилизация организма, в том числе прививочными антигенами. Приводились аргументы в защиту концепции "монопатогенеза" развития патологического процесса в целостном организме. Обосновывался взгляд, согласно которому в основе действия любого этиологического фактора лежит деструкция клеток и тканей и их опосредованное действие, ведущее к перегрузке ферментативной и иммунной систем и причинно-следственному развитию патологии этого круга.

Однако никто из ученых, обязанных заниматься и интегрировать общие закономерности организма и теоретические выкладки, не вник в их суть. Все эти аргументы, нуждающиеся в обсуждении со стороны специалистов разных профилей и уточнении их в ходе дискуссии, пока остаются втуне.

Судя по результатам незамедлительной реакции коллегии Минздрава, именно такая статья, как "Ну, подумаешь - укол", опубликованная благодаря смелости и решительности журналиста и главного редактора, сумела вызвать реакцию, которую ни нам, ни Г. П. Червонской в течение длительного времени не удалось вызвать.

### **Расширяем проблему АКДС-вакцинации**

(укол, мертиолят, но не только, а полисенсбилизация; альтернатива - охрана внутренней среды ребенка).

В статье, использованы работы. К. Ж. Сейтжановой, Р. Г. Нурхасимовой, Л.Ш. Дусунбаевой, С. И. Галиевой, Г. Г. Мустафиной, О. А. Ходер, Т. А. Тлеуф, Г.И. Рахимбердиевой, М. К. Имангалиевой и др.

О судьбе данного сообщения прошу меня уведомить. Если оно не будет опубликовано, то статью направлю в другие инстанции, так как справедливость изложенной концепции и тревога, возникшие на основании исследований, за последние годы подтверждаются повседневыми публикациями многочисленных ученых в самых различных источниках.

При обсуждении и дискуссии учеными и организаторами здравоохранения делается однозначный вывод о целесообразности применения АКДС-вакцины. По нашим данным, этот вывод нуждается в переосмыслении. Хочу поделиться возникшей тревогой по поводу отдаленных последствий поливакцинации, которая привела к непоправимым последствиям. Тревога возникла в процессе многолетней разнонаправленной трудовой деятельности (50-летний практический, в том числе 40 лет педагогической, 8 - организационной) и поиска причин изменения структуры заболеваемости и осложнений у беременных.

За последние десятилетия участились тяжелые осложнения, заканчивающиеся нарушением гемокоагуляции и смертью, участились органопатологии, передаваемые плоду по принципу "орган к органу". В процессе поиска ответа на искомые вопросы возникла необходимость в изучении их взаимосвязи с антигенным различием матери и плода и сенсбилизации их организмов к парентерально вводимым антигенам, основными из которых оказались антигены, вводимые в структуре иммунопрофилактических прививок. Изучалась взаимосвязь сенсбилизации к БЦЖ, АКДС-вакцинам, белкам плаценты, титра антител к их отдельным антигенам с осложнениями и заболеваниями у матери и плода. В экспериментах изучалась связь осложнений с иммунизацией белка и плаценты, БЦЖ, АКДС, АДС АД, АС - вакцинами в 5 поколениях крольчих.

Как известно, прививки, начатые Пастером (100 лет назад) против вируса бешенства, теперь переросли в целую сетку прививок, направленных против многочисленных инфекционных заболеваний, проводимых с третьего дня жизни ребенка (БЦЖ) до 20-летнего возраста. Теперь все люди знают о том, что иммунизированные дети при контакте с инфицированным ребенком не заболевают. Медики знают, что это происходит из-за того, что антигены микроорганизмов индуцируют антитела, при повторном контакте с которыми повреждаются их мембраны, а образовавшиеся при этом иммунные комплексы расщепляются ферментами соков организма и в фагоците. Этот процесс в зависимости от дозы антигена клинически проявляется малой или большой реакцией организма в целом. Эпидемиологи о них судят по выживаемости животных при определении доз вакцин, иммунологи, генетики, биотехнологи и др., судят по действию на клетки иммунной системы различных антигенов; клиницисты - по проявлению общей реакции, по уровню иммуноглобулинов - титра антител, активности ферментов, реакции лейкоцитов, лимфоцитов и др.

Казалось бы, что при такой активно проводимой профилактике заболеваний результаты должны бы быть хорошими. Но они оказались удручающими. Это видно из данных участников XII съезда детских врачей, подытоженных И. Неклюдовым (Медицинская газета, 28 декабря 1988 г.) в статье "Точка отсчёта". В ней приводятся данные о том, что по смертности детей первого года жизни мы среди стран мира находимся в шестом десятке; что общая заболеваемость среди детей дошкольных учреждений в 1987 г., увеличилась и составила 171 млн. человеко-дней; что 600 тысяч матерей по этому поводу ежедневно не могут участвовать в работе; что число здоровых детей среди школьников, обучающихся в VII-VIII классах, снизилось в 4-5 раз и т. д.

Из дискуссии: мертиолята как ртутного соединения в вакцине содержится меньше, чем ртути в окружающей среде. Между тем, клинические проявления АКДС, поствакцинальные реакции такие же, как при повторном введении любого антигена.

Наши опыты, направленные на изучение отдаленных последствий иммунизации, показали, что реакции на повторное введение как плодовых, так и микробных антигенов почти однотипны. Они, как при поствакцинальном энцефалите от АКДС, сопровождаются судорогами, голосовыми, двигательными реакциями. При этом увеличение дозы антигена ведет к остановке дыхания и смерти от анафилактического шока. Макро- и микроскопические исследования причин остановки дыхания и смерти свидетельствуют о том, что причинами их развития были фибринэмболия и тромбоз системы легочной артерии и вызванная ими задержка эвакуации крови из правой половины сердца и её последствия: венозное полнокровие, отёк, кровоизлияние в различные органы на фоне дефицита наполнения артериального русла, спазма стенок сосудов сердца, мозга, почек и др. и развития макро- и микронекрозов. Оказалось, что расхождения диагнозов между клиницистами и патоморфологами в таких случаях связаны с лизисом в течение первых 5-10 часов фибриновых эмболов и тромбов, обусловивших смерть.

Проводимая поливакцинация, широкое использование препаратов крови и антибиотиков, начатые в основном в послевоенные годы, создали у людей фоновую сенсibilизацию, которая лежит в основе развития перекрестных реакций. Давно установленные микробиологами данные о наличии между микроорганизмами и клетками крови общих антигенных детерминант, получили подтверждение в наших исследованиях. При этом, если учесть ещё, что большинство вакцин содержат, кроме специфических для микроорганизма, балластные и средовые антигены, то становится понятна взаимосвязь тяжести проявления поствакцинальных осложнений, учащения иммунопатологии среди населения с ответной реакцией сенсibilизированного организма.

Аллергические реакции, анафилактический шок, участвовавшие в клинической практике вследствие такой полисенсibilизации, вызывают настороженность, обязывают клиницистов к проведению их профилактики дробным или капельным введением препаратов. Одновременное и быстрое их введение чревато развитием шока.

Проведённые нами исследования показали, что ключевыми к развитию шока и тяжелых проявлений иммунологических реакций являются нарушения, вызванные последствием внутрисосудистой активации тромбoplastических субстанций (фосфопол и протеидов из клеточных мембран), нарушающих сбалансированность процессов фибринолизин-фибрин и последующего развития фибринэмболии (ДВС), тромбозов (в особенности системы легочной артерии), некрозов, накопление в кровотоке продуктов промежуточного распада и корпускулярных структур, стимулирующих активацию ферментов и функцию фагоцитов.

Благодаря открытиям И. И. Мечникова и его последователей, а также генетиков, стало понятно, что индукция ферментов и специфичность антигенов каждого организма связаны с деятельностью фагоцитов, развивающейся первично на уровне зародышевых клеток - элементов эмбриона, что их функция и разнообразие связаны с завершенностью фагоцитоза - мутации оснований ДНК фагоцитов с передачей (презентацией) ими молекул лимфоцита, сохраняющим в них память. Благодаря этим функциям клеток лейкоцитарного ряда, организм приобретает способность к добычанию "пищи" из среды обитания. При этом антигенами этой "пищи" определяются микроэволюционные процессы, совершенствование функции иммунной системы организма. Каждое новое поступление субстрата для фагоцитов и антигенов для лимфоцитов стимулирует их пролиферативную, функциональную активность (сенсibilизацию - чувствительность), умение расщеплять и усваивать антигены окружающей среды. Поступление субстратов и антигенов в большом количестве, превышающем их функциональную активность, нарушает сбалансированность процессов фермент-субстрат, антиген-антитело, а их длительное поступление способствует развитию перекрестных реакций, появлению нерасщепляемых фагосом (незавершенности фагоцитов), иммунных комплексов, лежащих в основе причинно-следственности развития патологического процесса по кругу, названному нами кругом коагуло-энзимо-иммуно-генопатологии. Оказалось, что причинно-следственность нарушения систем, составляющих этот круг, стимулируется вследствие следующих явлений:

1. Активации тромбoplastических субстанций под влиянием любого цитолиза, в том числе внутрисосудистой иммунологической реакции.
2. Нарушения сбалансированности процессов фибринолизин-фибрин, антиген-антитело и их последствиями (экзо-эндотермических реакций при синтезе и расщеплении накопления продуктов промежуточного распада, биологически активных веществ, нейромедиаторов, порождающих центростремительные импульсы в ЦНС и эндокринные железы, нуждающиеся в их ответной реакции, и др.).
3. Нарушения кровотока в системе легочной артерии, вызванного фибрин- и тромбоземболизмом и его разнокачественными последствиями (циркуляторными, трофическими расстройствами, развитием некротических и пролиферативных процессов в различных органах, эндокринных железах, в стенках сосудов, протоках, клапанах, отложения в них в процессе репарации фибрина, солей или образования язв и рубцов).

Сравнительные изучения этих изменений с клиническими проявлениями у 5 поколений крольчих, иммунизированных прививочными антигенами, и крольчих, иммунизированных плацентарными белками, в отличие от контрольных групп, показали прямую связь их развития с вакцинацией и иммунизацией. Среди поколения иммунизированных животных в 2-3 раза снизилась репродуктивная функция, появилась агрессивность, нарушилась поведенческая реакция, участилась внутриутробная гибель плодов, преждевременные роды, контрасты в массе и численности плодов (то гипо-, то гипертрофия; то единичные крупные, то многочисленные нежизнеспособные), появились уродства, гипогалактия (не кормили и давили приплод), маститы, смерть самки в родах и высокий падеж крольчат в течение первого месяца вакцинации.

Результаты этих исследований вскрыли причины роста среди современных беременных и рожениц тех осложнений, которые волнуют теперь всю медицинскую общественность. Они позволили уточнить решающее значение ферментов плаценты в приживлении и отторжении аллотрансплантата.

Фактические данные и теоретические выкладки при использовании накопленных в науке фактов позволили вскрыть роль иммуноцитолитического и завершенного фагоцитоза в становлении функций ферментативной и иммунной системы, их роль в объяснении многих ранее необъяснимых явлений.

Санитарные врачи, эпидемиологи, организаторы здравоохранения не рекомендуют поднимать "бум" через центральную прессу и советуют статьи подобного плана печатать в научных журналах. Правильно. Но так не получается! Это связано с боязнью гласности среди родителей. Ведь проведение иммунопрофилактических прививок в нашей стране является декретированной мерой. Отрицательная оценка их чревата опасностью. Рецензенты узкоспециализированных центральных журналов статьи подобного рода не пропускают, а публикации их в других, в особенности республиканских изданиях, минуют учёных, стоящих у истоков проблемы. Кроме того, как видно из нашего опыта, они мало интересуются работами периферийных исследователей.

Как видно из изложенного, поднятую проблему необходимо расширить. Изучить и рассмотреть не столько ближайшие поствакцинальные реакции, сколько отдалённые, и не столько последствия одной АКДС, сколько последствия всего комплекса вакцин, составляющих сетку прививок, в том числе многочисленных вирусных антигенов (кори, паротита, гриппа, полиомиелита и т. д.), участвующих в перекрестных реакциях.

В этой связи возникает еще один тревожный вопрос о вакцинации культурами ослабленных микроорганизмов, которые при нарушении холодовой цепи и режима (не всегда возможного в периферических учреждениях и ФАПх) могут приобрести вирулентность. Невольно: вновь и вновь! Возникает вопрос, а не в этом ли причина роста туберкулёза легких среди детей и жителей Казахстана и бруцеллёза молочного скота?

Нам представляется, что теперь, в период гласности и демократизации, вопросы, касающиеся здоровья населения, в том числе результаты полисенсibilизации организма человека и животных, не могут быть закрыты и обсуждаться только в узких кругах среди эпидемиологов и контролирующих организаций, а также организаторов здравоохранения.

Не следует бояться "бума" среди родителей и педиатров. В некоторых странах подытожены последствия отмены вакцинации АКДС. Последствия полисенсibilизации ещё никем у нас не суммированы.

А. Ф. Соколова (сотрудник Института педиатрии АМН СССР) считает, что не делать прививки - это преступление перед детьми. Возможно. Но надо выяснить, перед какими детьми, что является большим преступлением? Снижение инфекционных заболеваний (осложнения которых теперь можно предупредить) ценой полисенсibilизации или передаваемые потомству её разнообразные последствия: аллергические заболевания, иммунопатологии различных органов, тяжелые проявления реакции трансплантата против хозяина и хозяина против трансплантата в акушерской практике, в итоге составляющие всю иерархию болезней века, патогенез и разнообразие которых объяснимы причинно-следственностью нарушения систем, составляющих круг коагуло-энзимо-иммуно-генопатологии.

Коллегия Минздрава разработала и вынесла решение (Г 22.12.88): "разработать целевую программу мер по изучению механизма развития иммунопатологических состояний, возможного повреждающего действия на организм вакцин и факторов окружающей среды", составление которой поручено АМН СССР и создаваемому вновь Центру иммунопрофилактики и его региональным учреждениям в республиках.

Это хорошо. Но нам представляется, что в составе их должны быть не только эпидемиологи (лица, помимо всего заинтересованные в реализации продукции производства), но и те специалисты, которые непосредственно имеют дело с последствиями полисенсibilизации и наказуемые по поводу повышения заболеваемости и смертности от ее последствий. Иначе создавшаяся в настоящее время ситуация среди медицинских работников едва ли изменится. Будет продолжаться нажим власть имущих сверху и негласное сопротивление врачей, вынужденных выполнять приказ (подчас против собственных убеждений) и делать прививки (увеличение галочек), несмотря даже на угрозу родителей отдать под суд, так как никто не имеет права делать укол детям без их согласия. Это ведь тоже немаловажная проблема.

Нам представляется, что для быстрого решения всех возникающих по этой программе вопросов следует, прежде всего, организовать симпозиум и собрать в качестве трамплина всё нарабатанное по этим вопросам учеными различных профессий, используя при этом изложение разных закономерностей. Иначе путь "от печки" до истины опять будет долгим. Проблема промедления не терпит, так как в репродуктивный период вступают уже поколения детей, получивших всю сетку профилактических прививок.

Рост среди молодых супругов бесплодия, привычных выкидышей, преждевременных родов, тяжелых токсикозов, иммунопатологии органов и систем и появление у детей многих заболеваний, раньше присущих пожилому возрасту, вызывает большую тревогу. Рождение сенсibilизированных детей - это следствие высокой их чувствительности (полисенсibilизации), созданной мутацией иммунных клеток, иммунной системы, с одной стороны, готовность к вне- и внутриклеточному расщеплению субстратов и инактивации антигенов, с другой - это функциональное истощение, ведущее к необратимым ингибциям структурных генов (процесс, присущий старческому возрасту), при гибели фагоцитов в процессе незавершенного фагоцитоза, лежащем в основе септических и асептических воспалительных процессов, при гибели Т-В-лимфоцитов в процессе выполнения защитных функций, лежащих в основе иммунодефицита, вызванного действием не только вирусов и бактерий, но и антигенов при их инактивации.

Совершенно очевидно, что при создавшейся полисенсibilизации детей и населения в целом поднятие индекса здоровья связано с охраной внутренней среды организма.

Дальнейшее чрезмерное вмешательство во внутреннюю среду людей и животных, так же как чрезмерная химизация почвы, загрязнение водоемов и окружающей среды, может привести к непоправимым последствиям - самоуничтожению.

Профессор кафедры акушерства и гинекологии Алма-Атинского ГМИ

[Р. С. Аманжолова](#)

## Терапевт

### 9. Пожалейте наших детей!

Пишет Вам врач-терапевт с 35-летним стажем работы. Многие годы я заведовал терапевтическим отделением, наблюдал, как менялась с годами заболеваемость взрослых и детей. Изучал и анализировал причины роста заболеваемости. Болезнь детей вызывает особую тревогу и сочувствие к родительской беде. Удивляет, что мы мало и недостаточно компетентно занимаемся профилактикой детских болезней, как бы не замечаем рост заболеваемости совсем не инфекционного происхождения. По-разному сейчас поднимают проблему детской заболеваемости, но...

В детском садике болеют дети, на призывных пунктах "дела откладываются в стопки", и их число не уменьшается.

Сейчас трудно найти более важную медицинскую проблему, чем проблема здоровья наших детей. И не только потому, что это наносит экономический ущерб, вызывает беспокойную жизнь родителей и т. д. Детская заболеваемость - предвестник болезней взрослых. Фундамент многих заболеваний взрослых закладывается в детском возрасте, а задачи, которые перед нами стоят, могут решать успешно только здоровые люди.

Давно назрела необходимость подумать о здоровье наших детей, дать ему правильную оценку с рождения. Выяснить причины заболеваемости, её роста, нельзя без современных диагностических служб. Сейчас битву за здоровье выигрывает не то государство, в котором сделают уникальную операцию, а то, в котором его социально-экономическая система сумеет наладить общественный санитарный контроль, приобретет экологическое мышление.

Научно-технический прогресс изменил образ жизни как взрослого населения, так и детей, и надо сказать - не в лучшую сторону. Организму ребенка приходится бороться с возрастающим воздействием на него новых факторов, приспосабливаться к постоянно меняющимся новым условиям существования. Меняется окружающая среда, и как следствие - меняется характер заболеваемости. Если в первой половине нашего столетия тревогу вызывали детские инфекционные заболевания, то в настоящее время на первый план выступают различные неинфекционные заболевания преимущественно обменного характера, аллергические и прочие, связанные с изменением иммунной и других систем.

Особую тревогу вызывает рост аллергических заболеваний у детей - это проблема номер один. Всю опасность аллергических заболеваний мы нередко недооцениваем, ибо они редко непосредственно угрожают жизни ребенка. Тем не менее, к ним, и даже к незначительному их проявлению (диатез), нужно относиться со всей серьезностью. Ведь они являются свидетельством заболевания иммунной системы, предвестниками многих тяжелых заболеваний различных органов и систем, прежде всего сосудистой системы (атеросклероз, васкулиты и пр.). А если считать, что "человеку столько лет, сколько его сосудам", то становится понятным, как надо беречь сосуды. Тогда не будут у нас умирать ежегодно сотни тысяч людей от инфаркта миокарда и других сосудистых заболеваний.

Причин роста аллергических заболеваний очень много, но есть одна очень существенная.

Рождена она нами, медицинскими работниками, в силу некомпетентности и отсутствия всякой осторожности в применении лекарственных препаратов, в том числе вакцинно-сывороточных. Мы не избежали этого увлечения профилактическими средствами, ставшими в нашей стране плановыми, массовыми. Но именно к ним-то и нужно относиться ещё серьёзнее и осторожнее, ибо они охватывают всё детское население. В организм ребенка вводится масса чужеродных белков. О переносимости этих препаратов принято судить по ответной реакции, видимой, клинически проявляемой, и мало обращают внимания на скрытые и поздние реакции и, возможно, далеко идущие последствия. А это - активное вмешательство в иммунную систему организма. Вместе с тем, известен целый ряд заболеваний, которые мы наблюдаем после прививок. Это и энцефалиты, и заболевания почек, суставов, сердечно-сосудистой системы и целый ряд других аллергических заболеваний внутренних органов и кожных покровов. Невольно вспоминается девочка из г. Гомеля. Мать - медицинский работник. Девочке 8 лет. Рост - на 5 лет, личико выглядит на 17 лет. Из-за деформации коленных и тазобедренных суставов ходит с трудом. Ребёнок - инвалид. Всё началось после прививки с последующим лечением. Но ещё большую тревогу применение различных вакцин и иммунных препаратов вызывает в экологическом плане. Любое раздражение органа или системы организма человека ведёт к активации их деятельности, а затем, при продолжительном воздействии раздражителя, к декомпенсации. Возможности высокочувствительной, тонко реагирующей на раздражение иммунной системы, также не безграничны. Она, в конце концов, отвечает недостаточностью, или, как говорят, дефицитом.

Уже давно доказано, что вакцинация может приводить к временной недостаточности. А разве угрожающая нам болезнь века - СПИД не является недостаточностью иммунной системы? Об этом надо очень хорошо подумать!

Иммунная система принимает участие в защите нас от многих инфекций, обменных заболеваний, опухолей, В этой связи становится понятным, что иммунную систему надо меньше раздражать и больше оберегать. Она ещё пригодится и нам, и нашим потомкам. А как мы с ней обращаемся?

Согласно приказу МЗ СССР за №50 от 1980 г., ребёнку до 2-х лет и 3-х месяцев должны сделать плановые прививки от 22 инфекционных заболеваний, из них только от столбняка четыре! На каждую прививку ребенок должен ответить реакцией иммунной системы, и не только. Неудивительно, что к 5-6 месяцу мы наблюдаем ребёнка-аллергика. Создаётся впечатление, что наш младенец не лежит в кроватке, оберегаемый матерью, которая боится на него дышать, а ползает среди палочек столбняка, и что ребенку вводится не антиген, а безвредный физиологический раствор, что эти заболевания (столбняк, дифтерия) не относятся к инфекциям с очень низким уровнем заболеваемости. А самое главное, что в этом возрасте у ребенка ещё сохраняются материнские антитела!

Не нужно быть врачом, чтобы понять бессмысленность, а, следовательно, и вредность профилактических мероприятий, проводимых массово. Кому нужны прививки в таком масштабе? Привожу выдержку из очень обстоятельной книги "Прикладная иммунология" (1984 г.) под редакцией профессора А. А. Сохина и профессора Е. Ф. Чернушенко, стр. 309: "Иммунопрепараты могут обусловить также значительные экологические последствия. Масштабы этих последствий определяются всевозрастающим проведением иммунопрофилактики, увеличением количества используемых препаратов, длительностью их воздействия на иммунную систему. В настоящее время в нашей стране осуществляется около 200 миллионов различных иммунизации живыми и инактивированными вакцинами, анатоксинами, сыворотками, гаммаглобулинами. Многие из них вводятся повторно. Ряд вакцинных штаммов (прежде всего, входящие в состав живых вакцин) способны персистировать в организме. Влияние этого процесса на иммунологическую реактивность и состояние здоровья изучено недостаточно. Живые вакцины могут вызывать повреждение хромосом соматических и, возможно, половых клеток, обуславливающие в ряде случаев трансформацию их в опухолевые и способствующие возникновению вредных мутаций. Поэтому, при проведении массовой иммунизации, необходимо учитывать не только ближайший эффект, но и отдалённое влияние на здоровье населения".

Почему мы забываем основное врачебное правило: "Главное - не навреди, а если можешь - помоги"?

Не оставляют плановые прививки и более старший возраст населения, и наблюдается тенденция увеличения нагрузки чужеродными белками. Может быть, эти прививки так необходимы, что их ограничение или прекращение вызовет эпидемию какой-либо инфекции? Судя по современным представлениям - совсем нет. Надо ждать эпидемий совсем иного характера, к которым мы не готовы. Другими стали мы, другими стали микроорганизмы. Изменилось течение заболеваний, против которых мы продолжаем вакцинировать. Причём, в смысле распространения заболевания привитой ребенок может быть бактерионосителем, следовательно более опасным, чем заболевший непривитой, так как последнего легче изолировать благодаря явному течению болезни. У нас в стране считается, что привитые дети реже заболевают и легче переносят инфекционные заболевания.

И, тем не менее, если рассматривать здоровье ребёнка в целом, то осложнения и последствия, которые мы наблюдаем от прививок, не идут ни в какое сравнение с последствиями при детских инфекционных заболеваниях.

Вы спросите: а что, наши педиатры, аллергологи и другие специалисты-клиницисты этого не знают, не видят осложнения? Всё они понимают, но сделать ничего не могут. Есть приказ, а раз - приказ (а не рекомендации), его надо выполнять. Тем паче, что никто не несёт ответственности даже за тяжёлые последствия, ибо все делается согласно инструкции, т.е., узаконенное зло остаётся безнаказанным. И меньше всего это беспокоит врача-эпидемиолога. В его работу входит только требовать от педиатров выполнения приказа и охвата. Судят о его работе по выполнению плана прививок и "объёму иммунизации". Последствий от прививок он не видит, больных не лечит. Но настоятельно требует от участковых врачей выполнения приказа и плана. Врач же любыми путями старается заставить родителей делать ребёнку плановую прививку. Если же напуганная мать отказывается от прививки, ребёнок остаётся вне коллектива. Он лишается права посещать детский сад, хотя хорошо известно, что он для окружающих детей не опасен, годовалому ребенку отказывают в выписке питания из детской кухни: наконец, его просто отказываются обслуживать в поликлинике и т.д. Доходит до полного абсурда, когда болезненным детям, боясь непредвиденной реакции, вводят вакцину под "прикрытием" других лекарств или когда для проведения вакцинации детей кладут на специально выделенные для этого койки! И все ради выполнения плана! А что делают педиатры? Лечат, объясняются с родителями, направляют детей на консультации к аллергологам, невропатологам и т.д., заполняют детскими стационары. И все молчат, так как считают, что там, "наверху", знают лучше... лучше думают и ученые-теоретики. А они думают о диссертациях, о количестве научных работ, о сиюминутном эффекте, но не о последствиях своих предложений, нецелесообразность которых можно оценить только у постели больного. А оценивают их другие врачи по конечному результату. Вероятно, мы под влиянием "блестящих успехов в борьбе с такой опасной для жизни болезнью, как оспа" и некоторых других, поторопились с введением массовой вакцинации детей.

Вакцинация должна быть индивидуальной, и хороша она в руках осторожного и умного доктора. Но и умному доктору подчас трудно решить вопрос о её целесообразности для каждого конкретного ребенка, так как наши сведения об иммунологии ещё

очень несовершенны. Практическое использование вакцин должно проводиться с очень большой осторожностью. Осторожность в подходе к каждому ребенку - это главное, о чём мы совсем забыли. Лучше прививку не сделать, чем повредить здоровью ребенка.

За причинённый ущерб здоровью ребенка кто-то должен нести ответственность! Тогда к вакцинации будут относиться серьезно. Никакого плана выполнения прививок быть не должно! Мы имеем дело с живым организмом, с его индивидуальными особенностями, но совершенно не учитываем это. Проведение прививок должно осуществляться выборочно, целесообразно, основываясь на добровольном согласии родителей или на их просьбе. Даже при относительных противопоказаниях или перенесении в прошлом какого-то аллергического заболевания или кожных диатезах всякие прививки должны быть запрещены. Непривитый ребенок должен пользоваться всеми правами привитого.

Сейчас в газетах и журналах много пишут об экологических просчётах, которые допускались в сельском хозяйстве, промышленности, водных ресурсах и т. д. Просчёты возникли в результате некомпетентности, верхоглядства, показухи, активной деятельности вообще-то бездельников. Не осталась изолированной от всего происходящего и медицинская наука, когда многие решения принимались без учёта экологического здоровья населения, хотя кому как не нам, врачам, следует особенно серьёзно относиться к вопросу экологии человека. Исправлять наши ошибки мы можем только сами, ибо это не гибель природы, окружающей среды, где всем всё видно и может вмешаться общественное мнение.

Плановые прививки - одна из серьёзных ошибок, поскольку это неосторожное вторжение во внутреннюю среду человека, в его природу. Необузданной вакцинацией населения, в таком виде как она сейчас есть, мы проводим широкомасштабный эксперимент над населением нашей страны, совершенно не думая о том, что это уже привело к экологической катастрофе в здоровье. Создаем благоприятную почву для самых разнообразных заболеваний.

Демократия - это когда тебе не диктуют, а тебя спрашивают и принимают решения с разумным подходом.

Врач Заремба В. М

П. Д. Тищенко, кандидат философских наук, Институт философии РАН

### **Вакцинация и права человека**

Вакцинация как сугубо медицинское мероприятие существует лишь в форме социального взаимодействия. Это взаимодействие реализуется как на "микро" социальном уровне в системе "врач-пациент", так и на "макро" социальном уровне в системе "население - органы здравоохранения - государственная власть".

Социальный аспект вакцинации является предметом обсуждения, выходящим за рамки профессиональной компетенции медиков в область вопросов, требующих профессиональной философской, юридической и этической экспертизы.

#### **Философский аспект политики всеобщей вакцинации населения.**

С философской точки зрения основные противоречия, связанные с проведением мероприятий по вакцинации населения в современных условиях, обусловлены тем обстоятельством, что органы здравоохранения и государственные структуры в своей идеологии продолжают ориентироваться на авторитарную модель государственного здравоохранения, неспособную эффективно действовать в изменившихся социальных, экономических и правовых условиях. Авторитарная модель объективно не соответствует новой системе властных отношений, складывающихся в современной медицине.

Существовавшая модель государственного здравоохранения строилась на системе идеологических постулатов, из которых наиболее важны для обсуждения проблем вакцинации следующие:

1. Общественные ценности, вытекающие из задач построения бесклассового коммунистического общества, имеют приоритет над индивидуальными. При этом общество отождествлялось с государством.
2. Органы здравоохранения являются выразителями общественного интереса в планомерном улучшении здоровья населения. Они действуют так же, как и другие правящие структуры - через систему командно-административных мер управления. Поэтому меры по вакцинации населения строились ранее, да и в настоящее время строятся, исключительно как система административных мероприятий.
3. Если интересы отдельной личности не совпадают с общественным интересом так, как он формулируется органами здравоохранения, то считается правомерным использование методов насильственного принуждения. Минздрав, как часть государственного аппарата, опирается в своих насильственных мероприятиях на действующие механизмы государственного административного принуждения. Это проявляется в практике дискриминации лиц, не сделавших ту или иную прививку, при приёме на работу или отстранения их от исполнения служебных обязанностей.
4. Оказание медицинской помощи осуществлялось через иерархическую систему распределения медицинских услуг, ориентированную на идею социальной справедливости и исторической необходимости, которые интерпретировались в терминах марксистско-ленинской идеологии.

Адресатами распределительных механизмов являлись не отдельные личности, но контингенты населения. Отдельный человек в системе здравоохранения был жёстко прикреплен к своей "ячейке" (как часть контингента). У него отсутствовало право выбора врача, поликлиники или больницы, право выбора распределяемых медицинских услуг. Поэтому для правящей медицинской элиты практика "двойного стандарта" в оказании медицинских услуг является чем-то естественным и, безусловно, социально справедливой.

Основные теоретические недостатки существовавшей модели здравоохранения:

1. Поскольку общество состоит из индивидов, то защита интересов каждого человека в отдельности является формой реализации интересов всех, т. е., другим выражением общественного интереса. При существовавшем подходе, государство в лице Минздрава подменяло собой общество, и как следствие, выражало общественный интерес односторонним образом.
2. Одновременно, органы здравоохранения выражали не только интересы общества, но и интересы аппаратов государственной власти, медицинских организаций (научных, практических, производственных и т.д.), частные интересы отдельных медиков. Поэтому постоянно существовала опасность, что через насилие (принудительные меры в области здравоохранения) за ширмой общественного интереса реализуется корпоративный или даже частный интерес (что особенно наглядно продемонстрировала практика репрессивной психиатрии). Что касается методов всеобщей вакцинации, то через них могут реализовываться интересы органов здравоохранения в демонстрации своей способности решать возникающие проблемы, интересы разработчиков вакцин, их производителей, а также интересы тех, кто осуществляет закупку вакцин или их компонентов по импорту.

3. Существовавшая модель государственной медицины "де факто" не признавала ответственности органов и организаций здравоохранения, а также отдельных медиков за ущерб, причинённый отдельным гражданам. Декларированное в законе право на возмещение ущерба, нанесенного действием врача или другого медицинского работника, не было подкреплено соответствующей развитой юридической или административной практикой. В условиях бесплатности оказания медицинской помощи, относительной дешевизны лекарственных средств и слабой зависимости в общественном производстве между уровнем трудоспособности индивида и его финансовым благополучием, актуальность финансовой компенсации была низка.

4. Модель государственной медицины была ориентирована на управление популяцией, для неё отдельный индивид фигурировал лишь в качестве пассивной анонимной единицы. Эта модель была принципиально чужда идее прав человека. В частности, в ней не признавалось исключительное право индивида быть хозяином своей жизни, своего тела, иметь решающий голос в принятии решений, связанных с охраной собственного здоровья.

5. Сущность отношений органов здравоохранения в рамках существовавшей государственной модели медицины с населением может быть охарактеризована как манипуляция, т.е., как оперирование с квазинеодушевленным предметом, не обладающим свободой выбора. С иной стороны, это же отношение может быть охарактеризовано как контроль над недееспособным индивидом со стороны умудренного опытом опекуна. Поэтому оно обычно называется патерналистским. Пациент по определению пассивен. В любом случае, органы здравоохранения, защищая интересы пациентов, не интересовались личным мнением самих пациентов по поводу содержания этих интересов. Идеальный пациент, парадоксальным образом называвшийся "сознательным", должен был беспрекословно выполнять указания медиков. Не случайно, что в "Обещании врача России" так и утверждается в качестве высокого профессионального стандарта: "Направлять режим и лечение больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением...". "Их" разумение своей собственной выгоды априорно признаётся в качестве невежественного и не заслуживающего внимания со стороны профессионалов-медиков. Право "направлять" рассматривается как само собой разумеющийся атрибут власти органов здравоохранения. На этом праве, как на идеологическом основании, и строится практика в области вакцинации населения.

### **Новые социальные условия - новые социальные субъекты здравоохранения.**

Современная ситуация в области здравоохранения может быть охарактеризована как результат сложного взаимодействия двух групп факторов. Во-первых, факторов, являющихся следствием распада существовавшей ранее системы государственного здравоохранения. Во-вторых, факторов, являющихся следствием формирования новых моделей государственной, частной и страховой медицины. Переход к страховой и частной модели медицины предполагает появление в системе "врач-пациент" и "органы здравоохранения - государство - население" новых социальных субъектов в лице представителей частного капитала, страховых компаний и пациентов.

Одновременно, государство отказывается от прямого идеологического контроля социальных процессов. Отношение между государственной властью и населением постепенно переходит от отношения прямого административного принуждения к более сложным системам правового и финансового регулирования, которые не только допускают, но, в определённом смысле, базируются на активности социальных субъектов, в том числе и отдельных пациентов.

При этом из среды взаимодействия выводятся независимые от органов здравоохранения структуры партийного, государственного и народного контроля, которые, хотя и недостаточно эффективно, но играли роль защиты пациентов от корыстных частных и групповых интересов, реализующихся через систему оказания медицинской помощи.

Если учесть, что система правовой защиты интересов пациентов пока развита слабо, то пациент остался как бы один на один с представителями медицинских корпораций, которые в новых условиях оказались объективно заинтересованы в экономической эффективности своей деятельности (прибыли).

На смену "врачу-бессеребреннику", т.е., человеку, лично экономически незаинтересованному, приходит врач, предлагающий и продающий свои услуги. Медицинские услуги начинают приобретать "товарную форму" и соответствующим образом менять систему социальных мотиваций и ценностной ориентации медицинских работников. Эти изменения касаются и индивидуальных интересов, и групповых (интересов больниц, научно-исследовательских центров, отдельных органов здравоохранения, предприятий медицинской промышленности).

В современных условиях сложились четыре основных типа отношений "врач-пациент":

1. Возникающее из государственного бесплатного здравоохранения оказание медицинской помощи, строящееся на базе обязательного медицинского страхования или бюджетного финансирования.

2. Оказание медицинской помощи за счёт организаций, компенсирующих финансовые издержки за лечение своих сотрудников и членов их семей.

3. Оказание медицинской помощи за счёт добровольного медицинского страхования.

4. Оказание медицинской помощи за счёт самих пациентов.

Одновременно качественно усложняются отношения на макросоциальном уровне. В авторитарной модели здравоохранения все элементы были связаны единой системой властных отношений, монопольным субъектом которых выступал Минздрав. Поэтому любой орган Минздрава как бы автоматически обладал правом осуществления властных полномочий в рамках своей компетенции.

В современной России ситуация изменяется. Происходит расслоение власти на административную (аппарат Минздрава и Санэпиднадзора) и власть, реализующуюся через контроль за источниками финансирования, центрами которой становятся страховые компании, частные организации и пациенты как потребители медицинских услуг. В полном соответствии с пословицей - кто оплачивает услуги, тот и вправе заказывать музыку.

Одновременно, медицинские лечебно-профилактические организации приобретают относительную независимость от государства, превращаясь из полностью контролируемых центром (Минздравом) элементов системы в социальных субъектов, самостоятельно проводящих политику в области финансирования и материально-технического обеспечения собственной профессиональной деятельности.

Государство в лице Минздрава теряет право и реальную возможность претендовать на монопольное выражение общественного интереса в охране здоровья. Поэтому любая государственная программа, любая акция государственных органов здравоохранения для своей реализации требует отработки механизмов партнерского согласования интересов всех субъектов здравоохранения.



Попытку Минздрава и Госсанэпиднадзора, поддержанную местными исполнительными органами, решить острую медицинскую проблему путем прямого административного принуждения населения к всеобщей вакцинации, следует считать опасным проявлением авторитарной идеологии, игнорирующим факт существования и интересы новых субъектов здравоохранения. Авторитарный административный подход был уместен в рамках бесплатной медицины, когда государство, осуществляя властные полномочия, одновременно брало на себя основное бремя финансовых издержек.

В современной ситуации Минздрав и Санэпиднадзор в союзе с местной администрацией выступили в роли продавца, насильно всучивающего свой "товар" покупателю, заставляя самого покупателя (а также в ряде ситуаций страховые компании) взять на свои плечи бремя расходов, связанных с низким качеством своего "товара". В отсутствии правовых противовесов, защищающих интересы потребителей, возникает реальная опасность, что в одной упаковке со вполне оправданной заботой о здоровье населения проталкивается частный интерес разработчиков и производителей устаревших вакцин.

Ситуация усугубляется тем обстоятельством, что новые социальные субъекты здравоохранения ещё не успели создать организации, способные эффективно защищать свои интересы во взаимодействии с государственными органами здравоохранения. Поэтому следует всячески поддерживать и стимулировать формирование независимой национальной ассоциации потребителей медицинских услуг, независимых от Минздрава медицинских корпораций, организаций, представляющих общие интересы компаний, занимающихся медицинским страхованием населения.

Одной из первоочередных задач новых субъектов здравоохранения должно стать формирование нового информационного порядка в здравоохранении. Авторитарная власть Минздрава и Госсанэпиднадзора во многом строится на монопольном контроле медицинской информации, что служит объективной предпосылкой для возможности манипуляции ею в чисто ведомственных или корпоративных интересах. Достаточно вспомнить безответственную позицию Минздрава в период Чернобыльской катастрофы. Противоречивые данные по вопросу об эпидемии дифтерии в Москве, которыми снабжаются средства массовой информации, и которыми власти обосновывают применение административных мер, также свидетельствуют в пользу того, что вопрос о контроле за медицинской информацией должен стать решающим для новых субъектов здравоохранения.

Речь идет об установлении контроля за объективностью методик получения медицинской информации, доступностью этой информации и ответственности должностных лиц за полноту и качество предоставления ее новым субъектам здравоохранения и общественности. Новый информационный порядок необходимо установить как на макро, так и на микросоциальном уровне.

На макросоциальном уровне необходим паритетный контроль субъектов здравоохранения за объективностью и доступностью информации о динамике заболеваемости населения, средовых и иных факторах риска для конкретных групп населения и популяции в целом, данные о материальных и финансовых ресурсах здравоохранения и др. Необходим контроль за объективностью получения первичной медицинской информации на уровне диагностики. Следует найти эффективные противовесы практике, при которой Минздрав и другие органы здравоохранения из конъюнктурных соображений могли бы манипулировать процедурами установления диагноза и обработки полученных статистических данных.

Подобного рода практика противоречит Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации 1986 года по вопросам "Врачебной независимости и профессиональной свободы", которая настаивает на автономии медицинской практики как условии её эффективности. В современной ситуации врач всё более превращается из чиновника аппарата органов здравоохранения в независимого ответственного субъекта здравоохранения. Правовая защищённость независимости врача является одним из важнейших условий объективности медицинской информации.

На микросоциальном уровне необходимо установить порядок, согласно которому пациенту был бы обеспечен свободный доступ ко всей касающейся его медицинской информации. В сложившейся ситуации в области здравоохранения пациенты вынуждены нести всё более и более серьезные финансовые издержки на своё лечение. У них возникает объективный экономический интерес иметь полную информацию о своём диагнозе, прогнозе и методах лечения. Знать точно - какой объем медицинских услуг доступен для него бесплатно, насколько методы лечения, предоставляемые за дополнительную оплату, эффективнее "бесплатных". Без подобного рода информации пациенты могут нести неоправданные финансовые издержки, так как врачи объективно заинтересованы в "удорожании" своих услуг. Непредоставление пациентам исчерпывающей информации о возможных осложнениях и противопоказаниях при вакцинации является грубым нарушением их прав и интересов.

Монопольный контроль за медицинской информацией является существенным механизмом административно-командных методов управления в авторитарной модели государственной системы здравоохранения. Поэтому переход к новой модели здравоохранения требует установления нового информационного порядка.

Таким образом, в кратко охарактеризованных выше новых политико-экономических условиях существования России, административно-командная политика всеобщих, обязательных и принудительных мер по вакцинации населения приходит в явное противоречие с фундаментальными интересами новых субъектов здравоохранения: пациентов, страховых компаний и медицинских учреждений.

#### **Этико-правовые аспекты политики всеобщей вакцинации населения**

В социально-экономических условиях развития России формируются социальные ценности, правовые и моральные нормы, которые по разным причинам игнорировались в контексте авторитарной модели государственного здравоохранения. Достаточно полно новые ценностные ориентации представлены в доктрине прав человека и гражданина, нашедшей выражение в "Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан".

Существующая практика принудительной вакцинации нарушает следующее фундаментальное право пациентов, записанное в статье 32 "Основ": "Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина". При проведении прививок ни пациенты, ни их родители или опекуны (если речь идёт о детях) не информируются в обязательном порядке о противопоказаниях и риске возможных осложнений данного рода медицинского вмешательства. Согласие получается сплошь и рядом формально, пациенты не информируются о своём праве на отказ от прививок.

Принцип добровольности также нередко нарушается методами неоправданного административного принуждения. При этом следует учесть, что записанное в статье 34 "Основ" ограничение принципа добровольности не снимает с должностных лиц ответственности за исчерпывающую информацию пациентов о целях вакцинации, противопоказаниях к ней и возможных осложнениях. Этический стандарт медицинской профессии, выраженный в формуле "Не повреди", требует от врачей делать всё, что в их силах, для того, чтобы избежать неблагоприятных последствий медицинского вмешательства. Поэтому безусловный профессиональный долг врача заключается в том, что прежде проведения вакцинации необходимо провести тщательную диагностику состояний, рассматривающихся как противопоказания. С точки зрения современного состояния медицинской науки,

практикуемая "облегчённая" процедура диагностики патологий, являющихся противопоказанием к вакцинации, должна рассматриваться как профессиональная недобросовестность. Тем более аморально административно принуждать медиков исполнять свой долг недобросовестно и поощрять не качество работы, а количественный "охват" населения. Следует признать в качестве неотъемлемого права гражданина всеми доступными ему средствами стремиться предотвратить вероятные осложнения после вакцинации и для этого требовать предварительного тщательного обследования на предмет достоверного исключения противопоказаний. Если же органы здравоохранения не считают целесообразным проведение подобного рода диагностики или не в состоянии обеспечить её проведения по экономическим соображениям, то следует признать в качестве естественного и безусловного права пациента и (или) его родителей или опекунов, из чувства самосохранения за свой счет провести необходимое обследование прежде, чем подвергать себя или своего ребенка процедуре обязательной вакцинации.

Другим серьёзным нарушением гражданских прав пациентов является то обстоятельство, что органы здравоохранения, проводящие вакцинацию, и органы власти, обеспечивающие принудительный характер данного мероприятия, одновременно не регламентируют свою ответственность за ущерб здоровью, нанесённый конкретному гражданину, как это предусматривается статьями 66 и 68 "Основ". По сути дела, всеобщую и обязательную вакцинацию, не предваряющуюся должной диагностикой состояний, которые признаются самими органами здравоохранения как противопоказания, следует квалифицировать как недобросовестную акцию, нарушающую гражданские права пациентов на получение информированного согласия. Моральную ущербность проводимой политики в сфере вакцинации населения подтверждает тот факт, что в рамках привилегированной системы здравоохранения подобного рода предварительная диагностика проводится в обязательном порядке. Минздрав считает возможным использование двойного стандарта для элиты и для народа. Другим, не менее важным, недостатком всеобщих принудительных мер по вакцинации населения, является практика отношения органов здравоохранения к пациентам как к неполноценным объектам манипуляции, фактическое игнорирование и попрание их разумности, свободной воли и гражданских прав.

В данном случае продолжает благоденствовать соответствовавшая иным историческим условиям политика насильственного "осчастливливания" тёмных народных масс. Это тем более аморально, что при фактическом сохранении и углублении неравенства различных социальных групп в плане доступности для них качественного медицинского обслуживания, основная тяжесть телесных страданий и финансовых издержек, связанных с осложнениями после вакцинации, ляжет на наименее защищенные и наиболее обездоленные слои населения. А это может стать дополнительным фактором роста социальной напряжённости в обществе на почве несправедливости и дискриминации.

Поэтому, даже если не ставить вопрос о качестве вакцин, то командно- административный стиль мероприятий по всеобщей вакцинации населения следует признать в корне противоречащим новым реалиям жизни в России. От методов администрирования следует переходить к методам социального партнерства. В этой связи следует считать целесообразным создание механизма "круглого стола", в котором бы приняли участие представители всех субъектов современного Российского здравоохранения: Минздрава, страховых компаний, организаций пациентов и потребителей медицинских услуг, представителей лечебно-профилактических медицинских организаций, специалистов в области медицинской этики и права, средств массовой информации.

В повестку дня в качестве первоочередных следует поставить вопросы:

1. Формирование согласованного подхода к установлению нового информационного порядка как на микро-, так и на макросоциальном уровнях;
2. Обработка механизмов социального партнерства различных субъектов здравоохранения с целью цивилизованного разрешения объективно возникающих между ними противоречий. В качестве первого опыта можно попытаться разработать новые принципы политики в области вакцинации населения, создания объективных механизмов экспертизы качества используемых вакцин. Организация механизма "круглого стола" позволит с меньшими издержками адаптировать отечественную медицину к новым социально-экономическим условиям существования.

#### **Этические и правовые аспекты испытания вакцин**

На протяжении многих десятилетий в отечественной (как, впрочем, и в мировой) науке господствовала догма, согласно которой государственный интерес в получении новых объективных научных знаний и разработке новых методов лечения, профилактики и диагностики, выше личного интереса индивида, использующегося в качестве объекта медико-биологических испытаний, в сохранении здоровья, выше его права быть хозяином своего тела и судьбы. Интересы человечества ставились выше интересов отдельного человека, и подобного рода высокая цель оправдывала любые средства, в том числе и проведение экспериментов на здоровых детях. При этом нетрудно убедиться, что достаточно часто за ширмой интересов человечества и государства скрываются групповые материальные интересы, к примеру, разработчиков и производителей вакцин, или частные интересы отдельных исследователей в получении финансирования, подготовке диссертаций и т.д.

Испытание новых вакцин имеет одну принципиальную особенность, которой не обладают многие другие медицинские испытания. По условиям своих методик они проводятся только на здоровых людях, в том числе и детях.

В результате каждого испытания вакцин определённое число ранее здоровых людей (в том числе и детей) заболевает, т. е., у них развивается нарушение жизнедеятельности как прямое следствие определенного воздействия экспериментаторов. Причем экспериментаторы знают, что их действия с необходимостью нанесут ущерб здоровью части испытуемых, но при этом разделяют убежденность, что данная жертва оправдана высокой социальной ценностью новых научных знаний или новых разработанных вакцин. Вопрос не столько в том, что интересы и благополучие отдельных людей (в том числе и детей) иногда приносятся в жертву интересам науки и человечества. Проблема более серьезна.

Налицо господствующая в сознании многих отечественных учёных-медиков догма о праве приносить подобного рода "человеческие жертвы" на алтарь науки. Причём это право не только декларировано - в отличие от многих прав человека и гражданина в нашей стране, оно эффективно реализуется существующей системой организации медицинской науки. Поэтому проблема испытания вакцин на людях имеет два аспекта - этический, касающийся моральных норм, регулирующих взаимоотношения в системе "испытатель-испытуемый", и аспект, касающийся правовых оснований медицинской деятельности как определенной социального института.

*Этический аспект.* С этической точки зрения, существующая практика испытания вакцин находится в противоречии даже с наиболее архаичным кодом профессиональной этики - Клятвой Гиппократова, почти полностью вошедшей в действующее "Обещание врача России", которое, как зафиксировано в приказе Минздрава и Миннауки, является "сводом обязательных условий деятельности врача" на территории Российской Федерации. В частности, нарушается требование, гласящее: "Никогда не обращу я своих знаний и умений во вред здоровью человека, даже врага". Знание и умение медиков, испытывающих вакцины, с

необходимостью наносит вред части вакцинированных людей, о чём прекрасно знают сами испытуемые. Вместе с тем, следует учесть, что Клятва Гиппократа и основанное на ней "Обещание врача России" являются устаревшими кодексами, не соответствующими реальным условиям современной медицинской деятельности.

Современный стандарт медицинской этики применительно к научным исследованиям на человеке сформулирован в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации 1964 года, уточнявшейся на конгрессах Ассоциации в Токио (1975 г.), Венеции (1983 г.) и Гонконге (1989 г.). Следует подчеркнуть, что в Советском Союзе полный перевод Хельсинкской декларации не был широко опубликован, и о её существовании не подозревает большая часть учёных-медиков и биологов в России. Это не случайно, поскольку контролируемая государством практика медико-биологического экспериментирования на людях в СССР и России до сих пор расходится с духом и рядом принципиальных положений Хельсинкской декларации:

1. Универсальным требованием, предъявляемым к проведению экспериментов и клинических испытаний на людях, является предварительное тщательное лабораторное исследование, в том числе и животных. То обстоятельство, что вакцины не проходят предварительных испытаний на токсичность, мутагенность и другие негативные эффекты на культурах тканей и (или) лабораторных животных, является серьёзным нарушением сформулированного выше принципа.

В условиях усиливающегося кризиса финансирования медико-биологической науки значительно усиливаются мотивации ученых, связанные с минимизацией затрат на проведение научных экспериментов. Возникает угроза опаснейшей тенденции, обусловленной действием объективных экономических факторов, замены в экспериментах дорогостоящих биологических моделей и лабораторных животных, требующих значительных расходов на свое содержание, на "бесплатных" (для экспериментаторов) человеческих "объектов" (например, школьников или солдат).

2. Хельсинкская декларация предписывает, чтобы проекты исследований на человеке проходили в обязательном порядке независимую от экспериментаторов и финансирующих организаций этическую экспертизу с целью предотвратить нарушение прав человека и гражданина в отношении людей, использующихся в качестве "объектов" эксперимента. Это требование полностью игнорировалось советскими учёными. Лишь в 1993 году при ряде медицинских НИИ появились первые подобного рода комитеты, которые, однако, не являются независимыми от тех, кто проводит эксперименты. И, следовательно, не могут обеспечить эффективную защиту прав испытуемых.

3. В двух разделах Декларации повторяется тезис, согласно которому "забота об интересах человека, выступающего в роли объекта эксперимента, должна превышать интересы науки и общества". Отечественная медицинская наука на практике продолжает придерживаться прямо противоположного тезиса - интересы науки ставятся выше интересов отдельных граждан.

4. Декларация настаивает на тщательном соблюдении принципа добровольного информированного согласия на участие в роли объекта экспериментов. Человек должен получить адекватную информацию о целях и методах эксперимента, а также о риске возможных неблагоприятных последствий. Его обязаны информировать о безусловном праве отказа от участия в экспериментах и праве выйти из него на любой стадии. Испытания и эксперименты на здоровых людях должны проходить исключительно на добровольцах. Причем предпочтительной является письменная форма получения информированного согласия, которая более эффективно защищает права "объектов" эксперимента. Практика испытания вакцин в СССР и России полностью игнорирует принцип добровольного информированного согласия.

Вполне естественно, что игнорируется и заключительный принцип Хельсинкской Декларации, требующий, чтобы каждый протокол исследований на человеке включал бы особое письменное заявление о том, что экспериментаторы знакомы с этическими принципами, сформулированными в Декларации, и обязуются их применять. Таким образом, существующая в России идеология и практика испытания вакцин на людях противоречит современному международно признанному этическому стандарту проведения медико-биологических экспериментов и испытаний на людях.

*Правовой аспект.* До августа 1993 года в России не существовало законов, регламентирующих порядок проведения медицинских экспериментов и клинических испытаний на человеке. Действовавшие ведомственные инструкции были совершенно чужды идее обеспечения прав человека и гражданина. Отсутствовали механизмы, обеспечивающие адекватное информирование людей, которые выступают в роли "объектов" медицинских экспериментов и испытаний. Не был разработан действенный механизм возмещения ущерба за нарушения здоровья, развившиеся как прямой результат исследовательских манипуляций. Поэтому бремя физических страданий и финансовых издержек, возникающих как негативный результат испытания вакцин, ложилось и продолжает ложиться на плечи тех людей, которые использовались наукой в качестве "объектов" своих экспериментов. Существенный шаг в защите гражданских прав людей-объектов медико-биологических экспериментов, сделан в "Основных законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан". Статья 43 "Основ" гласит: "Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования".

Однако, существующий закон имеет по крайней мере два изъяна: во-первых, не предполагается, в качестве обязательной, система независимой экспертизы исследовательских проектов (как того требует Хельсинкская Декларация). Во-вторых, отсутствует эффективный механизм компенсации за ущерб здоровью человека, явившийся следствием проведения эксперимента или испытания. В целях разрешения первой проблемы, Российский национальный комитет по биоэтике совместно с Институтом человека РАН и Институтом философии РАН могли бы выступить в роли координатора разработки проекта Федеральной системы независимых этических комитетов для экспертизы проектов экспериментов на человеке. В качестве одного из возможных вариантов решения проблемы возмещения ущерба лицам, пострадавшим в ходе проведения биомедицинских экспериментов или испытаний, можно предложить введение в качестве обязательного условия проведения экспериментов на человеке добровольного медицинского страхования за счет научных учреждений лиц, использующихся в качестве объектов исследования.

С. В. Полубинская, кандидат юридических наук, Институт государства и права РАН  
**Современная политика вакцинопрофилактики в России (юридический аспект)**

В последнее время, казалось бы, специальные проблемы вакцинопрофилактики стали предметом общественного интереса. Причин для этого по меньшей мере две: активизировавшаяся, в связи с ростом заболеваемости рядом инфекционных болезней, массовая вакцинация населения и появление в средствах массовой информации весьма тревожных материалов о неправильности и даже вредности такого подхода.

Не углубляясь в содержание споров между сторонниками и противниками массовой обязательной вакцинации, заметим, что поскольку такая деятельность органов здравоохранения затрагивает права и интересы практически всех граждан России,

осуществляется всеми звеньями здравоохранения - от центральных до местных - по распоряжениям федеральных органов государственного управления в сфере охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического надзора и является выражением вполне определенной идеологии, постольку, как любая иная государственная политика, она нуждается в оценке с точки зрения соответствия принципам правового государства, международно-правовым стандартам в области прав человека и действующему российскому законодательству. Необходимость такой оценки диктуется новой Конституцией Российской Федерации, где в статье 1 закрепляется, что наше государство является демократическим и правовым, статья 2 устанавливает, что высшей ценностью является человек, его права и свободы, и в статье 17 гарантируются права и свободы человека и гражданина в России согласно общепризнанным принципам и нормам международного права. Кроме того, в соответствии с ч. 4 статьи 15 общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы.

Именно поэтому экспертиза государственной политики вакцинопрофилактики в России с точки зрения принципов правового государства и международных норм о правах человека является и допустимой, и необходимой для того, чтобы избежать возможных обвинений в декларативности норм Конституции и нарушениях прав человека на практике. Вряд ли надо напоминать, какой урон престижу нашего государства нанесла политика в области психиатрии, где медицинская специальность использовалась в некоторых случаях в немедицинских целях и способствовала борьбе с инакомыслием в бывшем Советском Союзе. До сегодняшнего дня ещё не полностью изжиты последствия многолетней изоляции отечественной психиатрии от международного профессионального сообщества.

Более глубокое ознакомление со всем комплексом проблем, связанных с вакцинопрофилактикой, позволяет выделить, по крайней мере, три группы вопросов, подлежащих юридическому анализу в рамках вышепредложенной оценки.

Первую, самую общую группу вопросов, составляют сама необходимость поголовного обязательного проведения профилактических прививок и соответствие именно такой политики правам человека и принципам государства, называемого демократическим и правовым. Второй по значимости является проблема контроля за качеством вакцинпрепаратов, соблюдения прав человека при проведении биомедицинских экспериментов с участием людей и гарантии безопасности, в том числе и специальной, при применении вакцин в отношении неопределенно широкого круга лиц. И, наконец, в третью группу вопросов попадают сама практика вакцинопрофилактики и соблюдение прав человека при этом медицинском вмешательстве "на индивидуальном уровне".

Рассмотрим подробнее каждую из выделенных нами групп проблем, составляющих в комплексе основное ядро политики вакцинопрофилактики в любом государстве.

1. Правовое государство не является теоретической абстракцией, а имеет вполне определенное содержание, которое раскрывается через его признаки и лежащие в основе организации и функционирования такого государства принципы. В основном таких принципов четыре (наличие основных прав и свобод, равенство всех перед законом, защита доверия к законам и относительность действий государства), но для нашего случая значение имеют прежде всего два из них. Первый - это наличие основных прав и свобод гражданина, которые являются первичными и ограничивают дискрецию государственной власти по отношению к гражданину. В соответствии с этим принципом, функции государственной власти производны от компетенции гражданина и в их обосновании должен лежать общественный интерес. Второй принцип - это относительность действий государства по ограничению прав и свобод гражданина. Подобное ограничение, во-первых, должно базироваться на общественном интересе (т. е., интересе более высокого порядка, чем личное волеизъявление индивида либо узкий прагматизм государства) и, во-вторых, ограничение свободы гражданина должно быть применительно к конкретной ситуации минимальным (например, в немецком конституционном праве в качестве критериев для оценки государственных мероприятий используются пригодность, надобность с точки зрения гражданина и соотношение цели и средств).

В самом общем виде, гражданин и государство, если оно является правовым, являются равноправными партнерами и несут взаимную ответственность друг перед другом. Любое же принудительное вмешательство государства в жизнь гражданина, помимо обоснования, должно осуществляться в соответствии с правовыми нормами, закрепленными в Конституции и других законах государства.

Для обоснования принудительного вмешательства государства в жизнь гражданина может быть использовано одно из двух принципиальных обоснований: во-первых, осуществление государством полицейских функций; во-вторых, реализация патерналистской функции государства. Первое обоснование, как правило, лежит в основе уголовного законодательства, а также может оправдывать меры по охране здоровья и безопасности граждан, например, карантинные мероприятия во время эпидемий, недобровольную изоляцию заболевших, проведение дезинфекции и т. п. Патерналистская же функция "разрешает" государству принимать законы, обеспечивающие защиту и уход для лиц, неспособных по возрасту либо по состоянию здоровья обслуживать себя и принимать решения (например, инвалиды, дети, умственно отсталые и др.), либо направленные на обеспечение блага общества в целом (например, устанавливать обязательные взносы в государственный пенсионный фонд). Независимо от принципиального обоснования, использование государством каких-либо принудительных для гражданина мер должно ограничиваться соответствующими законными рамками.

Если подойти к политике вакцинопрофилактики в России с точки зрения вышеозначенных принципов правового государства, то можно увидеть, что **как массовая и обязательная** такая политика в эти принципы **не укладывается**. Карантинные мероприятия, изоляция заболевших допустимы, естественно, по основаниям и в порядке, установленными законом, а не подзаконными нормативными актами, но принудительное обследование, вакцинация и даже лечение - за исключением тех случаев, когда жизни лица угрожает непосредственная опасность и оно не может по состоянию здоровья выразить своё согласие (например, находится без сознания) в государстве, не по названию, а по сути являющимся правовым, невозможны. Только свободное волеизъявление гражданина, полученное после предоставления ему соответствующей информации, может служить основанием для профилактической прививки, даже если такой вопрос возникает в зоне эпидемии. Для детей, не достигших определенного в законе возраста, с которого они могут самостоятельно принимать решения о своём здоровье, либо для лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, такое согласие должно быть получено от их законных представителей (родителей, опекунов).

Нет ничего удивительного, что до сих пор политика в области вакцинопрофилактики строится как обязательная, когда гражданин не имеет прав, а имеет только обязанности, а государство, напротив, имеет только права и не имеет обязанностей.

Напомню, что все ранее действовавшее и в бывшем Советском Союзе, и в Российской Федерации законодательство о здравоохранении исходило именно из таких посылок, где обязанностью гражданина было "бережное отношение к своему здоровью", а правомочность обязательной всеобщей диспансеризации даже не подвергалась сомнению. Наверное, к сожалению для

чиновников из Министерства здравоохранения РФ и санитарно-эпидемиологической службы, теперь такая политика не проходит, хотя, объявляя об обязательной поголовной вакцинации населения страны, они об этом не подумали.

В демократическом и правовом государстве, коим по Конституции объявляется Россия, личность должна обладать социальной автономией, правом на самоопределение, и неприкосновенность, включая телесную. Только гражданин может и должен решать, делать ему прививку или нет, а за детей и недееспособных по психическому состоянию, что, естественно, должно быть подтверждено решением суда, решать могут лишь их законные представители. Только такими могут быть исходные посылки для политики вакцинопрофилактики в России, исходя из принципов правового государства.

Если теперь мы обратимся к международно-правовым нормам и принципам в области прав человека, то увидим, что их главная задача - это также защита гражданина от государства, её гарантии. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах признает право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (статья 12). В этой же статье предусмотрены и обязанности государства, направленные на полное осуществление этого права. Заметим, что логика здесь совсем иная, чем в политике в области вакцинопрофилактики в нашей стране: человек имеет право, а государство должно. Исходя из смысла этого Пакта, никакие действия государства в этой сфере не могут умалять права и свободы человека. Отсюда очевидно, что принудительная вакцинопрофилактика, даже во благо, как оно видится органам здравоохранения и санитарно-эпидемиологического надзора, недопустима и будет нарушением общепризнанных международных принципов в области прав человека.

Если теперь обратиться к внутреннему законодательству Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, то и здесь можно увидеть либо противоречия правовых норм и между собой, и с практикой, либо пробелы права, особенно в интересующей нас области.

Уже говорилось о статьях новой российской Конституции (например, ч. 4 ст. 15, ст. 17, 18 и др.). В Конституции содержится и ещё одна чрезвычайно важная норма, а именно: права и свободы человека могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (ч. 3 статья 55). Таким образом, никакие ведомственные, т. е., подзаконные, нормативные акты ограничений прав и свобод человека содержать не могут. Кроме того, в 4.5 той же статьи Конституции РФ содержится и положение о том, что и законы, отменяющие или умаляющие права и свободы человека и гражданина, в России не должны издаваться. Такая норма позволяет поставить вопрос о конституционности ряда норм, содержащихся в законе РФ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", где права граждан предусмотрены явно не в полном объеме, если сравнить с Конституцией РФ и международными обязательствами страны, но зато есть обязанность "проводить или принимать участие в проведении гигиенических и противозидемических мероприятий" (статья 6). Этот закон, принятый ещё в 1991 г., является очень ярким примером старого ведомственного подхода к проблеме, где интересы государства в лице соответствующего органа управления поставлены на первое место по сравнению с правами человека. Но пока этот закон не пересмотрен, отмеченная обязанность является единственным правовым (на уровне закона) основанием требования об обязательном прохождении вакцинации для граждан.

Между тем, закон РФ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии", в целом ряде своих норм вступает в конфликт с недавно принятыми "Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан". Так, среди основных принципов охраны здоровья на первом месте стоит "соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий" (статья 2). Приоритет прав и свобод человека и гражданина в этой сфере провозглашается и в преамбуле к "Основам", что можно рассматривать как выражение духа закона с точки зрения законодателя. Другим основным принципом охраны здоровья граждан объявлена "ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья" (статья 2).

А между тем, среди прав граждан в рассматриваемой области, "Основы" закрепляют и право на информацию о факторах, влияющих на здоровье (статья 19). Очевидно, что информация о противопоказаниях для прививок и неблагоприятных индивидуальных последствиях вакцинопрофилактики к такого рода информации относится. Тем не менее, при поголовной массовой вакцинопрофилактике такая информация либо не предоставляется вовсе, либо её объем очень урезан по усмотрению самих медицинских работников.

В "Основах" содержится и ещё одна новая для нашего здравоохранения, но привычная для практики других стран норма - статья 32, где закреплено как общее правило информированное добровольное согласие гражданина как необходимое предварительное условие медицинского вмешательства (сам же объем предоставляемой при этом информации установлен в статье 31). Правда, статья 34, говорящая об оказании медицинской помощи без согласия гражданина, в отношении противозидемических мероприятий отсылает к санитарному законодательству, которое на уровне закона эти вопросы подробно не регулирует.

Круг замыкается - мы возвращаемся опять к принципам правового государства, в соответствии с которыми если в законах страны всё же содержатся возможности для принудительного вмешательства в жизнь граждан, то законами же должны устанавливаться и их рамки. Сегодня же ни чётких оснований, ни законного порядка принятия решений о недобровольной вакцинации законодательно не установлено. Есть только право приносить в судебном порядке жалобы на неправомерные действия (решения) государственных органов или должностных лиц, нарушающие права и свободы граждан (закон РФ "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан" от 27 апреля 1993 г.).

Коротко подводя итог оценки проводимой сегодня в России политики по массовой вакцинации населения с точки зрения её соответствия принципам правового государства, международно-правовым стандартам прав человека и действующему российскому законодательству (с учетом положений новой Конституции России), следует констатировать, что эта политика проводится вразрез с вышеозначенными нормами и принципами, а конституционность её единственного законного основания - статьи 6 закона РФ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" - весьма сомнительна. Что же касается приказов и иных ведомственных нормативных актов, накладывающих на граждан обязанность подвергнуться вакцинации и связывающих с неисполнением этой обязанности неблагоприятные для гражданина последствия (например, в области реализации трудовых прав либо при приёме в детские учреждения), то они законными не являются, исходя из статьи 55 Конституции РФ.

2. Проблема контроля за качеством вакцинопрепаратов, гарантии их безопасности при проведении вакцинации в отношении неопределенно широкого круга людей, а также соблюдение прав человека при проведении испытаний этих препаратов составляют самостоятельную группу вопросов.

Насколько можно судить по ряду материалов, качество используемых вакцин подвергается сомнению. Специалисты утверждают, что некоторые вакцины, в частности, АКДС, дают огромное число осложнений, имеют обширный список противопоказаний, и их применение даже приводит к смертельным случаям, особенно среди детей. Кроме того, есть достаточно данных, что вакцинопрепараты не проходят надлежащей проверки их качества, в частности, по критерию безопасности для потребителей, и содержат в своем составе яды, вредные для человека и запрещенные в связи с этим в развитых странах (речь идет, например, о мертиоляте). Специалистами отмечается, что использование этих веществ вызвано необходимостью соблюдения требований стерильности, которое ныне существующее производство вакцинопрепаратов в России обеспечить не может, а достаточная проверка качества, в том числе и на лабораторных животных, также невозможна из-за отсутствия необходимых по современным стандартам такой проверки условий.

Все эти факты нуждаются в тщательной проверке, возможно, с привлечением независимых международных и зарубежных экспертов. Если они подтвердятся, что вполне допустимо, зная о слабой производственной и лабораторной базах нашей медицины, то ни о каком применении таких вакцин, тем более в массовом масштабе, вообще не может идти и речи. Если при производстве вакцинопрепаратов не соблюдаются требования государственных стандартов и законодательства о сертификации и качестве, то в дело должны вступить контрольные в этой сфере органы и применить соответствующие санкции.

Кроме того, в соответствии с принятым 7 февраля 1992 г. законом РФ "О защите прав потребителей", все потребители медицинских услуг, к которым относится и вакцинация, защищаются от причинения вреда их здоровью и жизни вследствие некачественного оказания таких услуг. Ответственность здесь заключается в возмещении вреда в полном объеме, если законодательными актами России либо республик в её составе не установлен более высокий размер ответственности (статья 12). Вред, причинённый жизни или здоровью потребителя, подлежит возмещению исполнителем в течение 10 лет с момента получения услуги. Важно, что исполнитель несет ответственность за причинённый вред в связи с использованием материалов, оборудования, приборов, инструментов и иных средств, необходимых для оказания услуги (в нашем случае - вакцинопрепарата), независимо от того, позволял ли уровень научных и технических знаний выявить их особые свойства, чреватые причинением вреда, или нет (статья 12). Закон предусматривает и возмещение морального вреда (статья 13).

Привлечение к гражданско-правовой ответственности в виде возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью потерпевшего, осуществляется в судебном порядке. Иск предъявляется медицинскому учреждению, где была оказана услуга, а по регрессному требованию учреждения причинённые ему убытки возмещаются виновным медицинским работником на основании норм трудового законодательства.

Надо сразу оговориться, что на пути появления таких дел в практике стоят многие препоны, главными из которых являются трудности доказывания причинно-следственных связей по таким делам и проблемам поиска независимого эксперта, который согласился бы выступить в этом качестве в суде. К сожалению, корпоративность медицины делает последнее препятствие весьма серьезным для практики применения норм закона. Однако, забывать о таком способе защиты прав граждан нельзя и можно надеяться, что подобная судебная практика все же со временем появится.

Несколько особняком в рассматриваемой группе вопросов стоят проблемы соблюдения прав человека при проведении биомедицинских экспериментов. Правовую основу для этого, помимо международно-правовых документов, дает ч. 2 статьи 21 Конституции РФ, запрещающая медицинские, научные или иные опыты без добровольного согласия участвующего в них лица. Помимо конституционной, здесь также действует и статья 43 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. В этой статье регулируется порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований. Общим правилом здесь является получение добровольного письменного согласия лица, если в отношении него применяются ещё не разрешённые, но находящиеся на рассмотрении методы диагностики и лечения, либо участника любого биомедицинского исследования. Для использования неразрешённых медицинских средств и методов в отношении несовершеннолетних до 15 лет содержится и дополнительное условие - непосредственная угроза их жизни. Требование же письменного согласия гражданина - объекта биомедицинского исследования конкретизируется положением о предварительной информации, предоставляемой при получении согласия, и правом отказа от участия в исследовании на любой его стадии, при том, что такое исследование всё равно должно основываться на предварительно проведённом лабораторном эксперименте, что, в свою очередь также является некой гарантией для его участников.

Таким образом, по действующему законодательству совершенно недопустимы никакие биомедицинские исследования либо испытания медицинских средств и методов без добровольного информированного письменного согласия лица - объекта исследования либо испытания. Что же касается несовершеннолетних до 15 лет, то они вообще не могут участвовать в исследованиях, даже если их законные представители на это и согласны.

Все факты, имеющиеся у специалистов, об использовании детей, в том числе и воспитанников детских учреждений, для испытаний вакцинопрепаратов не только без согласия, но и без информирования их родителей либо иных законных представителей нуждаются в тщательной проверке не только независимой комиссией экспертов, но и работниками органов прокуратуры. Конечно, закон не имеет обратной силы и вряд ли будет возможно привлечь виновных в таких фактах лиц к ответственности, но совершенно очевидно, что в случае своего подтверждения и доказательств такие факты могут стать основанием для лишения виновных ученых степеней и званий за действия, несовместимые с этикой. Впредь для предупреждения таких случаев в соответствующих учреждениях, занимающихся биомедицинскими исследованиями, следует создать этические комитеты, санкция которых на заявке должна быть обязательной для её финансирования и реализации. Подобным фактам должен быть поставлен заслон силами самого профессионального сообщества.

3. В последнюю группу вопросов включены порядок вакцинации конкретных граждан и соблюдение прав человека "на индивидуальном уровне".

Правовую основу для оценки практики вакцинации составляют нормы Конституции РФ, например, статья 21 и другие, а также "Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан".

Уже говорилось, что, в соответствии со статьей 32 "Основ", необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Для несовершеннолетних до 15 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, согласие на медицинское вмешательство дают их законные представители, как правило, родители и опекуны. Закон закрепляет и права на отказ от медицинского вмешательства (статья 33), при которых гражданину либо его законному представителю разъясняются последствия такого отказа, что оформляется записью в медицинской документации и подписывается как гражданином, так и медицинским работником. Закон, правда, предусматривает и

случаи, когда медицинская помощь (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) могут быть применены и без согласия лица либо его законного представителя (статья 34).

Обращает на себя внимание, что вакцинация в понятие "медицинская помощь" не включена и, следовательно, она не может быть проведена без согласия гражданина либо его законного представителя. Здесь "Основы законодательства об охране здоровья граждан" вступают в противоречие со статьей 6 закона РФ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", закрепляющей обязанность граждан "принимать участие в проведении гигиенических и противоэпидемических мероприятий". Кстати, и статья 24 этого же закона не предусматривает принудительную вакцинацию среди мер по предупреждению и профилактике инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний и отравлений людей, однако в ней сделана оговорка, что порядок, сроки проведения и группы населения, подлежащие прививкам, определяются Министерством здравоохранения РФ и Госкомсанэпиднадзора РФ.

Из сопоставления и анализа приведенных норм можно сделать, по меньшей мере, два вывода: во-первых, в отношении обязательного согласия лиц на прививку должна действовать норма "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан" как норма позднее принятого закона; во-вторых, все положения об обязательных массовых прививках должны быть установлены только в законах как затрагивающие права человека, и иной порядок является нарушением и Конституции РФ, и принципов правового государства.

Далее, закон требует при получении согласия на медицинское вмешательство предоставления гражданину в доступной для него форме информации о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, а также сведений о методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения (статья 31). С некоторой корректировкой определения, значимая для принятия решения информация должна предоставляться и гражданину перед прививкой. Совершенно ясно, что она должна включать предупреждение о существующих противопоказаниях и возможных, уже известных специалистам неблагоприятных и опасных для здоровья последствиях вакцинации. Без предоставления этих данных полученное от гражданина согласие может быть оспорено как неинформированное, т.е., данное без "знания дела".

Таким образом, на индивидуальном уровне вакцинация должна быть строго добровольной, и медицинские работники обязаны перед прививкой предоставить гражданину всю значимую для его решения информацию. Гражданин имеет право отказаться от прививки с разъяснением ему последствий такого отказа и его оформлением записью в медицинской документации. Тем самым будет реализовываться право гражданина на неприкосновенность его личности и самостоятельность в принятии значимых для своего здоровья решений, включая и ответственность за возможные последствия. Именно таков статус личности в демократическом и правовом государстве, где на первом месте находится свобода и автономия личности, а на втором - политика государства, затрагивающая права и свободы граждан.

\* \* \*

Всё изложенное позволяет сформулировать некоторые выводы в отношении современной политики вакцинопрофилактики в России и действующего санитарно-эпидемиологического законодательства.

1. Проводимая сегодня в стране политика массовой и обязательной вакцинопрофилактики не соответствует целому ряду положений действующей Конституции РФ, законодательства об охране здоровья граждан, а также международным правовым принципам прав и свобод человека и принципам правового государства. В связи с этим, эта политика нуждается в серьезной корректировке, иначе она станет ещё одним примером нарушения прав человека медицинскими работниками и может быть вынесена на обсуждение международной общественности.

2. Споры между сторонниками и противниками обязательной поголовной вакцинопрофилактики от взаимных обвинений во вредительстве должны быть перенесены на почву строгих фактов, в связи с чем крайне желательно участие независимых (международных и зарубежных) экспертов, особенно в области контроля за качеством вакцинопрепаратов, их проверки на безопасность, включая специфическую, соблюдения стандартов лабораторных экспериментов и порядка проведения биомедицинских исследований.

3. На индивидуальном уровне политика проведения прививок должна быть строго добровольной; все случаи дискриминации граждан, в том числе и детей, нуждаются в проверке, а виновные - в привлечении к ответственности. Следует также немедленно обеспечить отмену всех без исключения ведомственных (подзаконных) нормативных актов, где содержатся нормы, ущемляющие права и свободы граждан применительно к согласию либо отказу от прививок.

4. Закон РФ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" от 19 апреля 1991 г. необходимо привести в соответствие с Конституцией РФ и Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан. В четком регулировании, прежде всего, нуждаются основания и порядок проведения санитарно-эпидемиологических мероприятий без согласия граждан. Норма же о профилактических прививках должна содержать положение о необходимости предварительного информированного добровольного согласия гражданина либо его законного представителя и праве на отказ от прививки.

5. В целях формирования судебной практики по защите граждан, пострадавших в результате вакцинопрофилактики, было бы желательно установить контакты с организациями потребителей, чтобы использовать их опыт по реализации закона РФ "О защите прав потребителей" от 7 февраля 1992 г. в части, касающейся возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина в результате некачественного оказания услуг. Представляется, что использование гражданско-правовой (имущественной) ответственности будет наиболее предпочтительным способом для наказания виновных медицинских работников и должностных лиц.

А. Я. Иванюшкин,

доктор философских наук, кафедра философии РАМН

#### **Социально-этические дилеммы вакцинопрофилактики**

Текст к.б.н. Г. П. Червонской, а также точки зрения различных специалистов (биологов, врачей), солидаризирующихся с основным содержанием доклада, несомненно, заслуживают самого пристального внимания, компетентной научной экспертизы поднимаемых в них вопросов и широкого общественного обсуждения. Проблемы вакцинирования населения характеризуются следующими, с нашей точки зрения, специфическими особенностями. Во-первых, огромной социальной значимостью иммунизации как давно признанного метода профилактики опасных инфекционных болезней, применение которого сопряжено со многими открытыми до сих пор научными вопросами. Во-вторых, решение этих вопросов требует, как правило, комплексного, междисциплинарного подхода, предполагающего попутное обсуждение возникающих здесь методологических затруднений и

сомнений. В-третьих, практика вакцинирования во всех странах является частью государственной политики в области здравоохранения, в определении которой сочетаются максимальное использование собственного научного потенциала в каждой стране и учёт соответствующего опыта других стран, и рекомендаций авторитетных международных организаций (ВОЗ, ЮНИСЕФ и др.). В-четвёртых, в последние два десятилетия междисциплинарный характер проблем вакцинирования обнаружил ещё один аспект - биоэтический, в контексте которого эта медицинская практика рассматривается, прежде всего, с точки зрения уважения автономии личности пациента, ценности его прав. Это последнее обстоятельство и определило, почему мы, члены Национального комитета по биоэтике, также решили сформулировать свою позицию относительно сложившейся практики вакцинирования населения в нашей стране.

Иммунизация есть не только наиболее действенное, но и экономически эффективное средство предупреждения инфекционных болезней в современной медицине. Не случайно, широкомасштабное применение в 1959 году пероральной полиомиелитной вакцины в нашей стране стало началом решительной борьбы с этой болезнью во всем мире (США этому примеру последовали в 1960-1961 гг.). Давая высокую оценку этой отечественной вакцине, Г. П. Червонская оправданно видит далее начало едва ли не всех научных, социальных и морально-этических проблем иммунизации в качестве (соответствии стандартам) используемых вакцин. В связи с этим приведём, конечно же, хорошо известный специалистам пример из истории создания и применения полиомиелитной вакцины. Необходимость строжайшего соблюдения технологии производства вакцин была продемонстрирована сразу после получения разрешения на выпуск инактивированной (убитой) вакцины Д. Солка в 1955 г.: в нескольких партиях вакцины вирус остался живым, что стало причиной развития полиомиелита у реципиентов и их контактов.

Согласно тексту Г. П. Червонской, применяемая в течение многих лет отечественная вакцина АКДС не просто не отвечает соответствующим стандартам, но содержит недопустимые токсические компоненты и все ещё не изучена на иммуногенность (в связи с этим, представляет некоторый - а, может быть, большой - интерес следующая информация: "Сотрудники лаборатории биомедицинских технологий Московской Медицинской академии им. И. М. Сеченова впервые в товарных количествах получили сверхчистую вакцину для профилактики дифтерии и столбняка" - Медицинская газета, 1993, 22 дек.). Разумеется, мы отдаём себе отчет в том, что неспециалисты в данной области не могут быть арбитрами в решении вопроса, требующего самой высокой научной компетентности. Но уже сама по себе такая постановка вопроса к.б.н. Г. П. Червонской требует незамедлительного на него ответа. В самом деле, трудно найти другое, сравнимое с вакцинами, медицинское средство, плановому воздействию которого подвергалось бы большее число людей. Учитывая давность спора о качестве вакцины АКДС, присутствие в нём очевидных ведомственных интересов и личных пристрастий отдельных специалистов, необходимо, с нашей точки зрения, для разрешения этого спора создание независимой экспертной группы, желательнее - с приглашением авторитетных зарубежных специалистов. Ответ на вопрос о качестве вакцины АКДС необходимо дать в любом случае. Если права Г. П. Червонская, то, наконец-то, надо прекратить этот затянувшийся преступный "эксперимент на людях", прежде всего - миллионах наших детей. (Т.о., необходимо незамедлительно восстановить право на жизнь, право на охрану здоровья каждого из нас). Если правы её оппоненты, то они обязаны дать компетентный ответ миллионам наших сограждан, читателям "Комсомольской правды", "Совершенно секретно", "Новой ежедневной газеты", "Московских новостей", "Российской газеты", "Курантов", "Столицы" и др. изданий, опубликовавших некоторые материалы данного доклада Г. П. Червонской и, конечно, её "бьющие в набат" суждения и заявления (т.е., ответ нужен хотя бы в целях защиты права на охрану психического здоровья наших сограждан).

Следующий исключительно важный вопрос, поставленный Г. П. Червонской, касается эпидемиологического аспекта и связанного с этим последним - выбора той или другой стратегии, государственной политики в осуществлении планируемой искусственной иммунизации населения. С нашей точки зрения, ключевым моментом при обсуждении государственной политики вакцинации населения в нашей стране следует считать постоянные ссылки и Г. П. Червонской, и её оппонентов на соответствующие "рекомендации ВОЗ". Положение, что ВОЗ не даёт универсальных схем иммунизации, представляется нам азбучной истиной, ибо эти схемы разрабатываются на национальном, а то и региональном уровне с учетом биологической активности используемых вакцин, местной эпидемиологической ситуации, структуры и ресурсов здравоохранения, а также психосоциальных факторов. Надеемся, что в таком общем виде приведённое положение известно всем, кто определяет политику вакцинации в нашей стране. Но ведь суть дела лежит гораздо глубже. Мало помнить постоянные предупреждения экспертов ВОЗ, что универсальной, идеальной схемы вакцинации не может быть, но, разрабатывая национальную стратегию иммунизации, необходимо активно владеть исходным научным материалом, на основе которого ВОЗ даёт свои "рекомендации". Мы не сомневаемся, что в нашей стране есть специалисты, профессионально мыслящие на таком уровне, но ведь определяют практическую политику совсем другие люди. И это нормально, поскольку научная и управленческая (тем более государственная) деятельность одинаково требуют разного профессионализма. Но в связи с этим возникает естественный вопрос: имеется ли у нас компетентный научный орган, аналогичный, например, Консультативному комитету по практике иммунизации в США? Что проблемы стратегии иммунизации имеют фундаментально-научное содержание, а решение их может быть различным с учетом фактора времени, проиллюстрируем, опять сославшись на опыт США. Определяя в 1980 году стратегию борьбы с полиомиелитом и, исходя из охвата к тому времени вакцинацией 60-70% населения, там рекомендовали именно пероральную полиомиелитную вакцину. Однако, далее американские ученые подчеркивали, что спустя 5 лет (или даже ранее) - при условии охвата вакцинацией 90% населения - эти рекомендации необходимо пересмотреть.

Пусть компетентные специалисты определяют, права ли Г. П. Червонская, когда утверждает, что стратегия вакцинации в нашей стране всего лишь сводится к формальному "охвату" населения прививками, когда фетишистски бюрократическая трактовка самого этого понятия "охват" оборачивается недооценкой многих других аспектов борьбы с инфекционными болезнями и оправдывает неграмотную тактику проведения самой вакцинации (когда не учитывается иммунный статус вакцинированных и т.д.). Однако, разве невозможна профессионально-грамотная трактовка понятия "охват населения" в деле вакцинации? Разве не правы по-прежнему авторы следующего заявления: "Основной принцип любой программы иммунизации - обеспечить детям первого года жизни защиту до того, как риск заболевания станет высоким" - это мнение проф. F. Marc La Forge из Университета штата Колорадо, США; д-ра R. H. Henderson - директора Расширенной программы иммунизации, ВОЗ и д-ра J. Keja - медицинского специалиста вышеназванной программы? ("Всемирный форум здравоохранения", 1988 г., т. 8, № 2, с. 73)? Каковы действительные итоги и уроки этой Расширенной программы иммунизации ВОЗ (намеченной в 1974 г.), согласно которой планировалось к 1990 г. провести вакцинацию всего детского населения земного шара против 6 инфекций (кори, дифтерии, полиомиелита, коклюша, столбняка и туберкулёза)? Каковы резоны точки зрения несомненно компетентного специалиста, когда он заявлял, что с помощью иммунизации корь и полиомиелит можно полностью ликвидировать теоретически, а дифтерию и коклюш - практически (мнение М. Рэя - проф. инфекционной и тропической патологии в Клермон-Ферран, Франция, автора книги "Vaccinations", 1980 г., "Курьер ЮНЕСКО", 1987, сент., с. 13)? Во всяком случае, акценты при освещении проблем вакцинации только на критике "политики охвата населения" легко вступают в противоречие с такими, например, фактами, как этот: "В Швеции и Финляндии паралитический



полиомиелит был полностью ликвидирован в результате осуществления программы иммунизации несколькими дозами инактивированной вакцины; программой было охвачено почти 100% детского населения" ("Всемирный форум здравоохранения", 1984 г., т. 4, № 3, с. 74)?

Профессионально-грамотное осуществление вакцинации, конечно же, требует учитывать медицинские противопоказания к применению тех или других вакцин. Опять оставляя специалистам собственно медико-клинические аспекты данной темы, обратим внимание на саму эту в корне противоречивую ситуацию, и которой здесь сталкивается врач. С одной стороны, являясь представителем научной медицины, он вынужден придерживаться доктрины максимально большого "охвата прививками" (хотя бы детского населения), а с другой - памятью об этической заповеди "Прежде всего - не навреди", он обязан учитывать все возможные медицинские противопоказания и, тем самым, всемерно суживать круг вакцинируемых. Речь идёт о подлинно драматической стороне врачевания, поскольку эпидемиологические истины имеют вероятностно-статистический характер и прямо не могут быть руководством при выборе решения, касающегося судьбы данного конкретного пациента. Поиск оптимальных стратегий для разрешения данной проблемной ситуации - вот конкретное направление для междисциплинарного диалога заинтересованных в нём "узких специалистов".

Эти оптимальные стратегии должны вырабатываться с учетом состояния массового сознания населения (отдельных его групп), на которое в современных условиях оказывают сильное влияние средства массовой информации. Здесь мы хотели бы прямо сослаться на работу Агнуса Николла (работающего в педиатрическом отделении Королевского медицинского центра, Ноттингем, Англия) "Противопоказания к иммунизации против коклюша: миф или реальность?". Автор четко связывает распространение настороженного отношения в обществе к иммунизации против коклюша с выходом в 1974 г. в одном из специальных медицинских журналов статьи М. Куленкампа с соавторами, которая привлекла внимание средств массовой информации. Газеты и телевидение стали всячески подчеркивать несогласованность мнений специалистов и подвергать сомнению официальную точку зрения относительно необходимости противокклюшной прививки. Подчеркивая негативную роль слухов, неправильного истолкования медицинских фактов в массовом сознании, автор далее обращает внимание на слишком расплывчатые и трудновыполнимые рекомендации по вакцинации, даваемые работниками здравоохранения. Думаем, что вывод, сделанный английским специалистом в 1985 году (когда его статья была напечатана в журнале "Лансет") остается вполне актуальным и сегодня: "Следует помнить о различии между серьезными противопоказаниями (например, тяжёлая реакция на первую прививку) и второстепенными факторами, в отношении которых медицинские работники могут иметь разные точки зрения (например, сроки иммунизации)... Важно убедить общественность в эффективности иммунизации. Но, прежде всего, нужно добиться того, чтобы профессиональные работники пришли к единому мнению по этому вопросу".

Драматический характер вакцинации во многих конкретных случаях медицинской практики достигает особой остроты, когда мы сталкиваемся с поствакцинальными осложнениями. Можно сказать, что мы подошли к той части Доклада, в которой наиболее выражены морально-этические напряжения, порожденные практикой вакцинации. Сразу же подчеркнем фундаментальный смысл, который придает данной проблеме автор доклада, рассматривая "ятрогенные повреждения, обусловленные введением вакцинно-сывороточных препаратов", в контексте международной классификации болезней.

Морально-этические напряжения, возникающие здесь, имеют, по крайней мере, следующее содержание. Во-первых, речь идет о профилактической мере, а не о терапевтической и даже не о диагностической, когда медицинское вмешательство диктуется реальными, объективными обстоятельствами болезни. Во-вторых, инициатива проведения вакцинации в подавляющем числе случаев принадлежит медикам, а не пациентам. В-третьих, эпидемиологический подход, свидетельствующий, что в случае отказа от вакцинации ребенку грозит опасность заболеть, скажем, коклюшем (который в 0.1-4% случаев заканчивается смертью), говорит всё-таки о возможной, потенциальной опасности. Если же у ребенка (до этого практически здорового) в результате поствакцинального осложнения развивается энцефалит, то это грозное заболевание возникает реально, в действительности. В-четвёртых, инфекционное заболевание (та же дифтерия) есть природный факт (а природные явления находятся вне моральных оценок), в то же время поствакцинальные осложнения - это ятрогенная патология (которая нередко бывает следствием ошибки врача или другого медика).

Так или иначе, но в условиях современной медицины поствакцинальные осложнения (в том или другом проценте случаев) неизбежны. Г. П. Червонская приводит множество фактов, подтверждающих этот тезис и конкретизирующих два исходных положения её позиции в целом: недопустимо низкое качество отечественной вакцины АКДС и отсутствие научно обоснованной доктрины, а также кадрового и материально-технического обеспечения (соответствующего требованиям современной медицины) при проведении массовой иммунизации населения в нашей стране. С нашей точки зрения, суть дела заключается в следующем. Если этот "брак медицинской работы" неизбежен, допустим ли он с точки зрения политики здравоохранения, далее - можно ли оправдать его с морально-этических позиций, наконец - корректно ли рассматривать причиненные вакцинацией повреждения здоровью пациентов в контексте нравственной и правовой категории "ответственность".

Итак, допустим ли в принципе этот "медицинский брак"? Если мыслить только в понятиях эпидемиологии, то, конечно, да, ведь (как мы уже отмечали) коэффициент летальности при коклюше составляет от 0,1% до 4%, плюс к этому коклюш может приводить к необратимым поражениям мозга в 0,6-2% случаев (вероятность других серьезных осложнений мы здесь опускаем). В то же время, согласно исследованиям английских ученых-медиков, 1 тяжелое неврологическое заболевание, ассоциируемое с введением вакцины КДС, приходилось на 110 000 доз, а 1 стойкое неврологическое расстройство - на 310 000 доз. По данным американских исследователей, 1 случай паралитического полиомиелита встречается на 1 млн. вакцинированных, а среди лиц, тесно контактировавших с вакцинированными и заболевшими в результате вакцинации - 1 случай на 2,5 млн доз ("Всемирный форум здравоохранения", 1985, 5, № 3, стр. 75, 104).

К сожалению, на многих страницах доклада Г. П. Червонской мы не найдём такой строгой статистики (кажется, её просто нет в отечественной литературе); чаще речь идёт просто о констатации фактов поствакцинальных осложнений - что в житейском смысле всегда является драматическими или даже трагическими фактами, но в научно-эпидемиологическом плане непременно нужна статистическая взвешенность каждого факта. Апелляция к отдельным фактам поствакцинальных осложнений едва ли не единственным следствием будет иметь всё более настойчивые предложения, требования педиатров увеличивать и увеличивать число противопоказаний к вакцинации. Если всё, что утверждает автор доклада о качестве отечественной вакцины АКДС, соответствует действительности, то, может быть, это единственная альтернатива, остающаяся честным врачам, если они хотят быть верными гиппократовой этической заповеди "Не навреди!" Однако, с точки зрения стратегий борьбы за общественное здоровье (с точки зрения политики здравоохранения), это тупиковый путь. Когда после резкого снижения числа случаев кори в США в 1969-1970 гг. федеральное правительство сократило средства на проведение вакцинации, это сразу же вызвало увеличение заболеваемости корью. Восстановление в 1971 г. соответствующей расходной статьи бюджета сразу же привело опять к снижению заболеваемости (там же).

Во всём мире вакцинация считается по-прежнему приемлемым средством профилактики, эффективным и подчас исключительно экономичным способом повышения уровня общественного здоровья, вот почему масштабы её имеют тенденцию расширяться. В США в настоящее время применяется более 50 типов вакцин. Бросается в глаза, что в нашей стране дебаты идут вокруг иммунизации против 6 (преимущественно - детских) инфекций. Это обстоятельство можно, в частности, объяснить отсутствием самостоятельно вырабатываемой политики на этом направлении здравоохранения, излишне жесткой привязанностью к стратегическим решениям ВОЗ в этой области, которые, в свою очередь, прежде всего, ориентированы на потребности развивающихся стран. В это же самое время, например, в США, много внимания также уделяют иммунизации пожилых людей, обеспечивая им профилактику пневмококковых инфекций и реально способствуя, тем самым, увеличению продолжительности жизни. Таковы бесспорные в своей доказательности аргументы эпидемиологического подхода к проблеме вакцинации.

Вернемся, однако, к поставленным выше вопросам оправдывается ли вакцинация тем самым и нравственно? Ясно, что при таком повороте проблемы к ней следует подойти и с другого, так сказать, конца, т. е., в контексте судьбы каждого отдельного пациента. И тогда вряд ли будет правильным давать столь однозначный, прямолинейный ответ. Теперь самостоятельное, и более того - решающее, значение приобретают как выбор врача (его профессиональная подготовка, предполагающая, разумеется, хорошее знание "эпидемиологических истин", его опыт, нравственные качества, этические стандарты выбора решений и т. д.), так и выбор пациента (при условии уважения его моральной автономии, строгого исполнения принятых в современной медицине процедур при получении "информированного согласия" и т. д.).

Мы согласны с Г. П. Червонской, когда она говорит о праве пациентов (наших граждан) на информацию при проведении вакцинации. Однако и здесь, с нашей точки зрения, проблема имеет гораздо более глубокое содержание. Противоречие интересов общественного здоровья (показатели которого могут существенно снизиться при условии массового отказа пациентов от вакцинации) и права каждого пациента на суверенное принятие такого рода решений просто-напросто игнорируется в нашем обществе до сих пор. Данная проблема усугубляется ещё больше, если её рассматривать в юридическо-правовом контексте. Законодательное решение этой дилеммы до августа 1993 г. было сугубо патерналистским. Закон РСФСР "О здравоохранении" (1971 г.) в своей ст. 41 всё решение проблемы относил к компетенции Минздрава, который и определял "порядок и срок проведения прививок". Противоположный подход следует из "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан" (1993 г.), где в статьях 30, 32 и 33 имеются нормы о праве граждан на согласие или отказ от медицинского вмешательства. Если коллизии, возникающие с осуществлением этого права в некоторых исключительных случаях психиатрической практики, всесторонне и компетентно осмыслены в Законе РФ "О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании", то к аналогичной проработке столь же сложной ситуации с вакцинацией населения мы почти ещё не приступали (если не считать опыта, накопленного при подготовке "Закона РФ о профилактике заболевания СПИД", работа над которым практически завершена).

Каким должно быть конкретное правовое решение (на уровне законодательства) означенной выше коллизии, здесь можно сказать лишь в самом общем виде: приоритет права пациента на проведение вакцинации только на основе информированного согласия диктует признать такую медицинскую практику общим правилом. В то же время случаи обязательного вакцинирования, даже при наличии отказа самого пациента (разумеется, когда нет "медотводов"), составили бы тот ряд исключений в рамках Закона, которые были бы несомненно социально и морально оправданны для лиц, например, работающих в детских, медицинских и каких-либо других учреждениях. Ясно, что мы не ратуем за введение нового вида социальной практики, аналогичной, скажем, принудительной стерилизации в фашистской Германии. Просто невыполнение условия обязательной вакцинации для отдельных граждан станет непреодолимым препятствием (на законных основаниях!) заниматься определенной профессиональной деятельностью. Т. е., в конце концов, исходя из своих личных приоритетов, человек все равно даёт (или не даёт, но тогда обсуждение этой ситуации на том и заканчивается) свое "согласие" на вакцинацию, но это "согласие", будучи осознанным, не является в полном смысле добровольным.

Обсуждаемая проблемная ситуация отнюдь не новая в контексте опыта профессиональной медицинской этики и, в особенности, современной биоэтики. Можно сказать, что существует некий общий алгоритм разрешения содержащихся в таких ситуациях противоречий. Взять классическую проблему врачебной тайны. Да, врачи и все медицинские работники обязаны хранить ставшие им известными сведения о болезни и частной жизни своих пациентов в силу оказанного им доверия. В то же время строго определенные случаи (определенные или традицией профессиональной медицинской этики или даже буквой Закона) представляют собой исключения, когда информация о болезни и частной жизни больного может и должна быть сообщена третьим лицам, независимо от согласия или несогласия на то самого больного. Или другой пример. Проведение биомедицинских экспериментов допустимо лишь на основе добровольного осознанного согласия больного (испытуемого), но этой социальной практике, согласно современной биоэтике и международным этическим стандартам, положены ограничения в отношении несовершеннолетних и лиц с глубокими психическими расстройствами, определенных недееспособными по суду. Следует особо подчеркнуть важность процедурной стороны в определении демаркационной линии, отделяющей социальные практики в рамках "правила" и в рамках "исключения". Строгость юридических процедур общеизвестна и понятна, однако в современном обществе всё большую роль приобретают контрольные функции соответствующих общественных организаций, например, "этических комитетов". Как раз в случаях биомедицинских экспериментов должна превалировать роль таких комитетов, а в случаях, предусматривающих по Закону обязательность вакцинации для представителей каких-то профессий, может быть, окажется достаточным соблюдение только юридических процедур при заключении трудового соглашения.

Совершенно ясно, что вся острота вопроса об осознанном добровольном согласии на вакцинацию, прежде всего, связана с риском, который она может представлять для пациента. Сообщая пациенту адекватную информацию о вероятности поствакцинальных осложнений (и, конечно, об оправданности вакцинации, ожидаемой от неё пользе) врач не только проявляет уважение к его моральной автономии, но и стремится разделить с ним моральную ответственность. Что же касается каждого отдельного случая поствакцинальных осложнений, эта моральная ответственность и врача, и пациента может быть конкретизирована и уточнена. Для пациента принятое им решение, может быть, обернется раскаянием и дополнительными душевными страданиями. Такой финал представляется вдвойне несправедливым, и поэтому особую актуальность приобретает решение вопросов компенсации за нанесенный ему ущерб. Принципиальная правовая база для этого уже создана в нашем обществе. Гораздо более трудной задачей, конечно, является создание соответствующих юридических механизмов (и даже шире - социальных практик), способных обеспечить реализацию права пациента на возмещение ущерба, в частности, в случаях поствакцинальных осложнений. А с нашей точки зрения, в становлении служб и структур страхового здравоохранения решение таких вопросов должно стать одной из главных задач. Во всяком случае, в теоретическом плане можно уже найти конкретизацию самой постановки этой задачи: "Содержание ущерба, наносимого пациенту в случае неблагоприятного исхода его лечения (мы бы здесь сказали - "медицинского вмешательства" - авт.):

1. потери от временной утраты трудоспособности вследствие стационарного лечения;

2. потери общей трудоспособности на определенное число лет;
3. потери профессиональной трудоспособности на определенное число лет;
4. потери вследствие смертельного исхода;
5. потери в результате морального ущерба (Саркисян А., Громов А., Шиленко Ю. "Риск врача и пациента на весах медстраха", Медицинская газета, 17 сентября 1993 г., с. 9).

Но ведь здесь есть и другая сторона проблемы - своеобразному риску подвергается и врач, любой медицинский работник, участвующий в осуществлении вакцинации. Мы здесь оставляем за скобками случаи недобросовестности (халатности, преступной небрежности, невнимательности, самонадеянности и т.д.) медиков, но имеем в виду лишь те неблагоприятные исходы вакцинаирования, которые судебно-медицинские эксперты относят к группам "врачебных ошибок", "несчастных случаев", а также те, что обусловлены отсутствием надлежащих условий медицинской деятельности. Один лишь морализаторский подход к случаям неизбежных в условиях современной медицины осложнений при вакцинации (даже при соблюдении стандартов качества вакцин) социально бесплоден. В определенных масштабах зло ятрогенных осложнений в практике иммунизации населения приходится признавать как неизбежную реальность, однако вместо пафоса "морального негодования" по этому поводу необходимо, в частности, разработать и обособить системы страховых мероприятий, решать проблему формирования источников фондов страхования медработников, накапливать опыт использования различных форм экономической поддержки медработников в случаях наступления профессионального риска (Там же).

Раздел текста Г. П. Червонской, посвященный испытаниям новых вакцин на заключительных стадиях их научной апробации, представляет для нас особый интерес, поскольку тема экспериментов на живых объектах (прежде всего людях, но также и на животных) относится к числу важнейших в биоэтике. Собранный автором материал, отражающий нарушения этики при проведении экспериментальных биомедицинских исследований преимущественно на детях, с нашей точки зрения, невозможно переоценить. Чтобы не создалось впечатление, что мы здесь впадаем в ложный пафос, напомним следующие два исторических факта. Именно преступные медицинские эксперименты фашистских медиков на людях (в основном - военнопленных) стали причиной появления знаменитого "Нюрнбергского кодекса" (1947 г.), который с тех пор считается "этической азбукой" для каждого, кто планирует и проводит биомедицинские эксперименты. Спустя 15 лет, в 1962 г., публикация сравнительно небольшой статьи Rappworth "Человек как морская свинка: предупреждение" (где была собрана строго документированная информация о нескольких десятках экспериментальных исследований на людях, в которых грубо нарушались этические нормы) опять оказалась потрясением для всего научного сообщества на Западе. В ответ Всемирная медицинская ассоциация приняла в 1964 г. известную "Хельсинкскую декларацию", которая по сей день (с дополнениями, сделанными в Токио в 1975 г. и в Венеции в 1983 г.) является основой огромного множества этических и юридических нормативных документов во всём мире, регулирующих биомедицинские эксперименты. В нашей стране (насколько нам известно) "Нюрнбергский кодекс" был опубликован лишь в прошлом году ("Врач", 1993, № 7), а Хельсинкская и Токийская декларации, хоть и были переведены на русский язык ранее ("Хроника ВОЗ", 1965, № 1; 1977, № 1), так и остаются неизвестными подавляющей массе врачей, биологов, психологов и т. д., каждодневно проводящих экспериментальные исследования с привлечением людей в качестве объектов. Не вдаваясь пока в детали приводимого в этой части материала, мы целиком соглашаемся с морально-этической тональностью в изложении этого материала: нашей научной общественности, нашей интеллигенции, всем мыслящим людям нашего общества надо пережить своеобразный шок, потрясение под впечатлением фактов, приводимых Г.П. Червонской (а также несчетного количества аналогичных других фактов, о которых мы не знаем и не узнаем, но, мы уверены, они имели место).

Вопросы этики биомедицинских экспериментов разрабатываются непрерывно вот уже почти полвека (хотя постановку некоторых из них мы найдём и у К. Бернара в 1871 г., и у И.И. Мечникова и В. Вересаева на рубеже XX века), поэтому для подробного обсуждения хотя бы основополагающих из них здесь, конечно же, нет места. Ниже мы коснемся лишь тех конкретных вопросов, которые отражают наше отношение к теме.

При проведении биомедицинского эксперимента на совершеннолетнем дееспособном человеке ("большом" или "испытуемом" - строгие термины, используемые в Хельсинкской декларации и обозначающие участников терапевтических или нетерапевтических клинических экспериментов) основное этическое напряжение хотя бы сглаживается, смягчается благодаря получению добровольного осознанного согласия испытуемого. В случаях с детьми в аналогичных ситуациях это смягчающее в моральном смысле обстоятельство отпадает. Этически более приемлемыми оказываются терапевтические эксперименты (в особенности, когда применяется "героическая терапия", "терапия отчаянья" - уже исчерпаны все рутинные методы, и при этом сравнение нового метода идет обязательно с лучшими из уже широко применяющихся). Но ведь при испытании вакцин речь, как правило, идет о профилактических средствах, т.е., объектом вмешательства являются здоровые дети. Относительно таких экспериментальных исследований мы можем лишь ставить вопросы: допустимы ли вообще такие эксперименты; если они проводятся, какими должны быть гарантии, что до этого исчерпаны все альтернативные методы исследований, каков международный опыт в решении таких вопросов, какой общественный орган вправе санкционировать такие эксперименты (Хельсинкско-Токийская декларация этот трудный вопрос целиком относит к компетенции национального законодательства), и т.д.?

Далее. Знакомясь с материалами Г. П. Червонской, отражающими нарушения этики при проведении испытаний вакцин на детях, обращаешь внимание на то, что отечественные врачи, специалисты, официально опубликовавшие в научных журналах результаты своих исследований, никогда не рассматривают свои данные, свой научный материал в контексте ключевого этического понятия, которое Хельсинкско-Токийская декларация определяет как "разумное равновесие между важностью поставленных задач и возможным риском для испытуемых". Это не удивительно, редакции отечественных журналов до сих пор остаются глухи к запрету, сформулированному в этой же Декларации еще в 1975 г.: "Отчеты об экспериментах, выполненных в обход принципов настоящей Декларации, не должны приниматься для опубликования" ("Хроника ВОЗ", 1977, № 1, с. 19). Т. е. ведущие отечественные учёные (как правило, составляющие редколлегии научных журналов) просто-напросто не знают об этом прямо-таки революционном нововведении для всего мирового научного сообщества.

Наконец, отметим ещё один момент в этой части текста Г. П. Червонской, когда она подчеркивает, что совместные биомедицинские исследования наших ученых с зарубежными коллегами, если в роли объектов выступают наши дети, заслуживают особого внимания. В случаях грубейшего нарушения этики проведения биомедицинского эксперимента (например, отсутствие добровольного осознанного согласия хотя бы родителей или опекунов) упрек можно сделать и зарубежным партнерам наших исследователей. Международные этические требования предписывают в таких ситуациях: где бы ни проводились эксперименты, этические стандарты не должны быть ниже тех норм и правил, которые приняты в государстве, гражданином которого является тот или другой исследователь.

Не только в этом разделе своего текста Г. П. Червонская вполне справедливо говорит об этических аспектах отношения к экспериментальным животным (биологическим моделям). Суждения и оценки автора о плачевном состоянии большинства вивариев в наших институтах, вероятно, справедливы. В то же время, нам здесь хотелось бы добавить следующее. В 70-е годы в нашей научно-медицинской литературе (в частности, в "Медицинской газете") была интересная дискуссия о гуманистических, этических аспектах отношения к экспериментальным животным. В 1975 г. Минздравом СССР при Ученом медицинском совете министерства была создана Комиссия по экспериментальной работе с использованием животных, а в 1977 г. был издан приказ Минздрава СССР № 755 и Приложение к нему "Правила проведения работ с использованием экспериментальных животных". Вряд ли эти Правила везде и во всём являются каждодневно "работающим" нормативным документом; скорее, об их существовании большинство учёных и руководителей медико-биологических НИИ или вообще не знали, или уже забыли. Однако сравнение их содержания с "Международными рекомендациями по проведению медико-биологических исследований с использованием животных", 1985 г., говорит о том, что эти Правила до сих пор во многом не устарели, но только нуждаются в некоторых дополнениях. И, конечно, гораздо более трудной задачей является приведение в соответствие с современными международными этическими стандартами собственно практики экспериментально-исследовательской деятельности с использованием животных.

### Заключение

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

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

Очевидно, что низкое качество вакцин является фактором риска, обуславливающим вероятность ятрогенных патологий при проведении прививок. Дело специалистов - определить, соизмерить статистику риска распространения инфекционных заболеваний, с одной стороны, и ятрогений, обусловленных низким качеством вакцин, - с другой. Можно допустить, что руководители служб здравоохранения и санэпиднадзора владеют статистикой, убедительно показывающей, что величина первого из названных факторов риска неизмеримо меньше величины второго (хотя, судя по разбросу приводимых в тексте Г. П. Червонской статистических данных о заболеваемости дифтерией, в это поверить трудно). Но, в таком случае, соответствующие службы должны были бы максимально широко информировать население об этих данных. Отказ или нежелание сделать это является очевидным нарушением норм этики, а с введением в действие "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан", в статье 19 которых зафиксировано право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье, и нарушением юридических норм.

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

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

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

В этой связи важно иметь в виду следующее обстоятельство. Сейчас нередко приходится читать и слышать ностальгические сетования по прошедшим временам, когда государство через посредство своих служб здравоохранения якобы эффективно обеспечивало эпидемиологическое благополучие населения, пусть даже это и достигалось преимущественно принудительными мерами. Более того, на уверенность в исключительной эффективности государственно-патерналистских мер в борьбе с инфекционными болезнями неявно, а порой и явно опирается и нынешняя политика принудительной массовой вакцинации. Мы не можем вдаваться сейчас в обсуждение того, в какой мере эта политика действительно была эффективной в прошлом (а сомнения в этом возникают как вследствие недоверия к легко манипулировавшейся статистике прошлых лет, так и из-за отсутствия сколько-нибудь четких критериев оценки её эффективности). Подчеркнем лишь то, что сегодня, после принятия ряда новых законов в области здравоохранения и новой Конституции, в ходе тех преобразований субъектов практики здравоохранения, которые уже произошли и продолжают происходить, и о которых пишет в настоящем докладе П. Д. Тищенко, продолжение такой политики представляется, по меньшей мере, бесперспективным.

Главное здесь заключается в том, что государственные службы здравоохранения и санэпиднадзора ныне попросту не в состоянии оставаться единственной инстанцией, директивно формирующей и монопольно осуществляющей политику в этой области. Как показывает настоящий доклад, реализация установки на принудительную массовую вакцинацию населения фактически создает питательную почву для взяток и поборов, и открывает дорогу массовому же очковтирательству - как в завывании процента реально прошедших вакцинацию, так и в том, что таким образом стимулируется искажение информации о поствакцинальных осложнениях.

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

Совершенно иным становится и статус населения, граждан во взаимодействии со службами здравоохранения, и санэпиднадзора. Гражданин получает возможность из позиции объекта, подчинённого этим службам, перейти в позицию и

юридически, и фактически независимого субъекта, принимающего решение и действующего в соответствии со своими собственными интересами. А это значит, что реалистическая политика должна основываться не столько на принуждении (о нём может идти речь лишь применительно к чётко оговоренному и ограниченному кругу ситуаций), сколько на убеждении.

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

Рассмотрим - ради иллюстрации - такой сценарий, который можно воспринимать как чисто гипотетический. Ведомство широко оповещает об эпидемиологической опасности, возникающей в связи с распространением некоторого инфекционного заболевания. После соответствующей пропагандистской обработки и населения, и властных структур - а успех этой обработки будет предопределен в той мере, в какой ведомство монополично владеет и распоряжается статистикой по данному вопросу - само же ведомство предлагает программу выхода из кризисной ситуации. Естественно, на реализацию этой программы оно запрашивает - и получает - определенный объем полномочий и ресурсов - финансовых, кадровых и иных. По прошествии какого-то времени ведомство сообщает о несомненных успехах в реализации программы, о преодолении кризиса и пр. Опять же монопольное владение статистической информацией позволяет сделать это достаточно просто. В результате же ведомство убедительно демонстрирует как властям, так и обществу и свою незаменимость, и свою эффективность.

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

Единственный возможный способ предотвратить перерастание этих ведомственных интересов в самодовлеющие - эффективный контроль над ведомством со стороны общества. А такой контроль предполагает, во-первых, наличие независимой от ведомства и достоверной статистики и, во-вторых, независимую от ведомства оценку целей, средств реализации и эффективности предлагаемой программы. Иначе говоря, ведомство должно быть подчинено обществу, а не наоборот.

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

Самый очевидный и обычно используемый аргумент в пользу этого - то, что неспециалисты не поймут технических вопросов, связанных с политикой вакцинопрофилактики. Но, не менее, очевиден и контраргумент, который мы уже приводили: коль скоро именно граждане подвергаются тем или иным рискам при вакцинации, они имеют полное право - и моральное, и юридическое - знать об этих рисках и делать осознанный выбор. Тем более, что частью общественности являются сами врачи и другие медицинские работники, способные независимо, заинтересованно и профессионально отстаивать свои собственные права как пациентов.

В современных условиях ведомство уже не в состоянии тотально контролировать информацию о негативных последствиях вакцинирования; не лучшей будет и тактика игнорирования материалов об этом, появляющихся в средствах массовой информации. При этом не лучшей она будет с точки зрения интересов (не сиюминутных, а долгосрочных) самого же ведомства, поскольку такое игнорирование неизбежно повлечет за собой - и уже влечет - падение доверия к ведомству со стороны населения. И коль скоро ведомство не может дальше полагаться исключительно на методы тоталитарного контроля и принуждения, уровень общественного доверия становится важным параметром, определяющим позиции и реальные возможности ведомства.

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

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

1. В России пока что не создана в полной мере правовая база, необходимая для надежной защиты прав человека при проведении вакцинопрофилактики - безусловно, самой массовой формы медицинского вмешательства. В частности, требуют пересмотра те нормы закона РФ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии", которые противоречат и "Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан", и новой Конституции РФ, а, может быть, и вся концепция этого закона. Нет ни чётких оснований, ни законного порядка для принятия решений о недобровольной вакцинации.
2. Серьезным фактором, препятствующим выработке такой политики в области вакцинопрофилактики, которая защищала бы права человека и одновременно обеспечивала бы эпидемиологическое благополучие населения, является отсутствие надёжной и достоверной статистической информации. Более того, и объективное положение дел, и ведомственные интересы толкают на искажение статистики в сторону недоучета заболеваемости, вызываемой поствакцинальными осложнениями.
3. Представляется важным привлечение к проблемам вакцинопрофилактики внимания со стороны структур, занимающихся медицинским страхованием. Создание надёжной статистической базы, объективная оценка соотносительных рисков для граждан являются необходимым условием их деятельности, и потому именно со страховыми компаниями можно связывать надежды на изменение характера взаимоотношений между ведомствами и гражданами.
4. В соответствии с требованиями вновь принятых законов должна быть проведена специальная работа по определению объёма и содержания той информации, которую в обязательном порядке надлежит сообщать гражданам перед проведением вакцинации.
5. Как свидетельствуют приводимые в докладе данные, односторонний акцент на массовый охват населения прививками ведёт к тому, что службы санэпиднадзора уделяют недостаточное внимание работе по локализации очагов инфекции и контролю состояния тех, кто находится в контакте с заболевшим.

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

7. В докладе сообщается об экспериментах на людях, в том числе на детях, проводимых с нарушением этических, а после принятия новых законов - и юридических норм. РНКБ считает необходимым в этой связи создание банка данных о таких экспериментах и проводящих их авторах. Предполагается сделать сведения, содержащиеся в этом банке данных, доступными для фондов и иных структур, финансирующих биомедицинские исследования.

8. Особенно настораживают содержащиеся в докладе сведения, касающиеся качества вакцин, которые поставляют в Россию зарубежные фирмы, и сообщения об участии западных ученых в экспериментах, проводимых в России с нарушением этических норм. РНКБ считает необходимым в этой связи привлечь к таким фактам внимание международных биоэтических организаций. Имеет смысл и проведение независимой экспертизы с участием зарубежных специалистов по вопросу о качестве импортируемых в Россию вакцин, а также разработка эффективных механизмов этического и правового контроля международных научных проектов, использующих человека и животных в качестве объекта экспериментов или клинических испытаний.

Г. П. Червонская, Российский Национальный комитет по биоэтике РАН,  
Международная Организация прав человека, г. Москва

### **Приложение: Медицина и права ребёнка**

В последние десятилетия мы живём в таких условиях, когда государственным органам России, правда, пока ещё не очень охотно, приходится считаться с мнением общества. В частности, растёт озабоченность самих граждан не только ухудшающейся окружающей средой, но и состоянием здоровья, как собственного, так и отсутствием здоровья у детей, а также крайне низким качеством оказания "детской" медицинской помощи. Наряду с этим, "Конвенция о правах ребёнка" /1/, сертифицированная Россией, провозглашает "права детей на пользование наиболее совершенными услугами систем здравоохранения и новейших технологических достижений, способствующих сохранению индивидуальности, здорового физического и психического развития ребёнка... чтобы ни один ребёнок не был лишён своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения" /1, статьи 8, 17, 24/.

Очень трудно отстаивать у нас "право на сохранение индивидуальности" при полном отрицании индивидуального подхода к каждому ребёнку, например, в самом массовом медицинском вмешательстве в природу человека - в вакцинопрофилактике. Это тем более важно в условиях, когда, по официальным данным /в зависимости от регионов/ в России рождается всего 2-7 процентов "практически здоровых детей", да и те - "условно здоровы" /2 - 4/.

Каждый современный человек не просто имеет право, но обязан знать всё, что касается особенностей его генов /6/, а также клеток иммунной системы /5-Ю/. Обдуманно принимать решения, обеспечивающие возможность иметь качественное здоровье и жизнеспособное, не болеющее потомство. При этом каждый из нас должен обладать свободой выбора для принятия решения, как мы того хотим, и столь рационально, насколько это в наших силах /10 - 13/. Но не по приказам чиновников: "На прививку, шагом марш!", а сообразно индивидуальности, т. е. после предварительной диагностики, отвечающей на вопросы - НАДО ли и МОЖНО ли вводить чужеродный белок, именуемый иммунобиологическим препаратом.

Вакцины со времён Дженнера считались и продолжают считаться небезопасными /14 -17/. Усиливающаяся неблагоприятная тенденция в ухудшении здоровья детей России тоже, как известно, началась не вчера и даже не 10 лет назад, а с 60-х годов уходящего столетия /18 - 20/. Уже в те времена к "нарастающей детской лейкемии в последние годы" пытался привлечь внимание отечественный вирусолог-онкоиммунолог Л. А. Зильбер /21/. Его не услышали у нас, но сведения очень быстро стали достоянием других стран. Очевидно, ещё и поэтому "у них" лечат от лейкемии до 80% заболевших детей, а у нас - всего 5% при наличии прекрасных специалистов, которые не так давно признались в том, что были уверены в своих методах лечения, как в "лучших в мире", до момента посещения западных клиник /22/.

Непросто ещё и потому, что трагедия отечественного здравоохранения в нескольких поколениях состояла в необходимости медперсонала выступать в роли чиновников /!, назначенных государством для управления здоровьем масс как казённой собственностью и по единой схеме. Не обошло это стороной и прививки - иммунопрофилактику, т.е., буквально, профилактику иммунной системы по принципу "всех детей подряд" /23/. Обоснование массового охвата примитивно, безнравственно и неэтично: "поскольку это удобно с организационной точки зрения".

Увы! Многим медицинским работникам, согласно их нравственной категории, и по сей день не хочется расставаться с положением "начальника": приказывать и наказывать, не принимать и не выписывать, скажем, рецепт на детское питание (если ребёнок не привит), низводить детей и родителей до отсутствия у них всякого человеческого достоинства.

"О каких правах на собственного ребёнка можно с ними говорить?", - пишут нам родители. О таких врачах "не очень добросовестных и малокомпетентных", однако, продолжающих практиковать, написано теперь предостаточно /25 - 27/.

Тем не менее, всё больше профессия медработника приобретает новое качество, становясь основой не только законодательного регулирования, но и повсеместного юридического и правового контроля со стороны граждан /10 -13/.

Само собой, "скоро сказка сказывается", народная же мудрость гласит: "Дерево можно вырастить за 10 лет, а изменить человеческую психологию - лишь за 100". Предыдущие 100 лет прошли. Новые времена для будущих поколений России только наступают, и мы, специалисты, должны сделать всё возможное, от нас зависящее, чтобы содействовать развитию индивидуальности, сознательно /1/ подменённой в нашей стране понятием "всех подряд".

Нет в природе одинаковых людей! Разве что однояйцовые близнецы, хотя и здесь, как теперь известно, не без индивидуальных проблем /5-Ю, 28/.

Принимая во внимание сказанное и факт ратификации "Конвенции о правах ребёнка" нашей страной, а также законодательные акты в области здравоохранения, принятые Российской Федерацией /Ю -13/, необходимо:

- пропагандировать медицинские знания среди школьников;
- готовить детей к пониманию ими законов и прав человека в сфере здравоохранения;
- информировать о правовых положениях для развития, поддержания и формирования сознания ребёнка; понимания им прав на сохранение своей индивидуальности;

- добиваться осуществления в полной мере доступа ребёнка к информации и материалам из различных национальных и международных источников, "особенно к таким, которые направлены на здоровое физическое и психическое развитие" /1, ст. 8, 17, 24/

Совершенно очевидно, что передача школьникам правовых знаний, в том числе и в медицине, должна строиться с учетом наиболее распространённых жизненных ситуаций /29/.

Самой "распространённой жизненной ситуацией" в той области здравоохранения, которой я занимаюсь более 30 лет, будучи вирусологом /Ю, 30, 31/, является массовое "иглоукалывание", осуществляемое у нас под лозунгом великой добродетели - "всех привьём - спасемся от инфекционных болезней". Вроде бы только так охраняется здоровье детей против инфекций и обеспечивается "санитарно-эпидемиологическое благополучие населения" всей страны /23, 24, 32/.

Однако не всё так просто и однозначно. Как известно, даже при самом тотальном и безнравственном охвате всех подряд новорождённых противотуберкулёзной вакциной БЦЖ, туберкулёз растёт /2-4, 33/. Дифтерия тоже не хочет ликвидироваться и, по официальным сведениям, во время эпидемии, продолжающейся 7 лет?/, 80 - 85% заболевших... были привитые дети /34/. Эпидемия привитых?

Во-первых, 7 лет "эпидемии" выходит за рамки всех классических представлений и положений об эпидемиях /7, 10, 17,21,24-36/.

Во-вторых, привить не всегда означает - защитить. Прививка может и не состояться, прежде всего в организме нездоровых, иммуноослабленных детей /2,3 - Ю, 14 - 17, 33 - 36/.

В-третьих, вакцинировать следует лишь незначительный процент детей, исключительно !/ восприимчивых к туберкулёзу, дифтерии, полиомиелиту и другим возбудителям инфекционных болезней. Если все !/ были бы одинаково чувствительны ко всем патогенным агентам, человечество давно бы вымерло только от инфекционных болезней. Вакцинам всего 200 лет /1796 г/, а человечеству? Основному контингенту детей присуща природная сопротивляемость к инфекции. Ещё её называют врождённо-конституциональной, генетически закреплённой настроенностью против туберкулёза, дифтерии, кори и т.д. /3,5 - 10, 14 -17, 34-36/.

Кроме того, легендарный Гастон Рамон, автор дифтерийного анатоксина, входящего в состав АКДС-вакцины и её модификаций, предостерегал: "Уничтожить и не ждать ответного удара, не подумав, а не займут ли освободившееся под солнцем место другие, более агрессивные микробы?" /цит. по 17, с. 23/. Занимают! Известно угрожающее распространение ВИЧ-инфекции /7/. Вакцина может и разрушить приобретенную специфическую невосприимчивость в случаях, когда ребенок, переболев, предположим, дифтерией в клинически выраженной или скрытой формах приобретает к ней так называемый естественный иммунитет /10, 14- 17, 34-36/.

В-четвёртых, прививать можно было и раньше /14-17, 36/ далеко не всех даже восприимчивых. Поэтому и существуют общие противопоказания к введению любых вакцин /сердечная недостаточность, заболевания почек и др./ и специфические - к КАЖДОЙ вакцине; например, категорически противопоказано использовать живые вакцины, если ребёнок /или взрослый пациент/ с ослабленной иммунной системой /7,10,17,35,36/. Видимо, в нашей стране нет таких детей... Значительный процент генетически предрасположен к своеобразному, неадекватному реагированию на разного рода факторы окружающей среды, поступающие в организм даже естественным путём - через рот, нос. Но, может, и такие у нас не рождаются? Вакцина в любом случае чужеродна, даже если она высокоочищена. Прививка - искусственно привносимая профилактическая "забота", следовательно, как ни рассуждай - насилие над природой человека. Укол, боль - тем более антифизиологичны для организма ребёнка, поэтому являются стрессом для всех клеток организма, не только иммунной системы /2, 3, 5-10, 14-17, 35-36/.

В-пятых, теперь уже одно законодательство РФ /32/ входит в явное противоречие с другим /12/, а также существующими общечеловеческими и принципиально важными международными положениями о правах человека и пациентов /1, 10-13/. Так, в законодательстве "Об охране здоровья граждан" /12/ сказано: "Любое медицинское вмешательство может быть осуществлено после информированного, осознанного и добровольного СОГЛАСИЯ гражданина, начиная с 15 лет, а до 15 - только с разрешения родителей или других законных представителей" /ст. 30-33/, отнюдь не по приказам! Приказы - подзаконные акты, которым совершенно необязательно повиноваться. Представляется, что это касается, прежде всего, парентеральных, чрезкожных, инъекционных процедур, посредством которых проводят и прививки. Так что, принуждение к уколу - нарушение теперь уже отечественного законодательства.

Существующая в нашей стране система прививок - физическое, психологическое насилие и, как правило, небрежное обращение с детьми в момент проведения вакцинации, противоречит одновременно и "Конвенции" в статье 19 /1/.

Подобная "профилактика" здоровья сравнима во многом с бывшей психиатрической "помощью" во "имя спасения окружающих" /27, 32/. Даже предпосылки одни и те же: и в том, и в другом случаях опасения за разрушение благополучия, ни больше - ни меньше - всей страны /23, 24, 27, 32/.

Такой подход нередко оборачивается трагедией для здоровья ребёнка. По сути, нет ни одной области медицины, куда бы прививки не привнесли ятрогенную патологию - "обилие поствакцинальных осложнений" /10, 17, 35, 37, 38/. Это - детская инвалидность, о которой у нас мало кто знает.

История применения вакцин /10, 14-17, 35/ донесена до жителей нашего государства в искажённом и даже в значительной степени - в фальсифицированном варианте /23, 24, 32, 39 - 41/. С одной стороны, десятилетиями вдалбливали, мол, вакцинируем "как во всём мире" и согласно Расширенной Программы Иммунизации /РПИ/ ВОЗ /23, 24, 32, 39-41/. На самом деле, в каждой стране свои программы, свои инфекционные болезни, свои эпидемии /в основном экологические/, календари прививок отличаются от страны к стране и меняются 3 - 8 лет. У нас календарю прививок не менее 40 лет!

Во многих государствах не прививают детей против туберкулёза, тем более - новорождённых /10/. И что уж совсем странно - там нет и туберкулёза.

С другой стороны, вроде бы РПИ была рассчитана на Африку и прочие "слаборазвитые страны" /41/. Ну, а с третьей - было известно диаметрально противоположное первой и второй версиям: "Советский Союз всегда занимал ведущее место в мире по массовости планового использования вакцин, что является оригинальностью нашей позиции" /39/. "...Такого нигде не было" /40/. Я склонна доверять двум последним утверждениям, поскольку имеющаяся у меня специальная литература /10/, частично приводимая здесь, а также законодательства США, Швейцарии, Германии, Японии и других государств, подтверждают систему "всех детей подряд" /23, 24, 32, 39-41/ советским изобретением.

Ни одна страна не борется с возбудителями инфекционных болезней только с помощью прививок. Документы и специальная литература свидетельствуют о том, что в конце 18 столетия - начале применения вакцин - непременным условием являлся комплекс противоэпидемических мероприятий. "Необходимо поэтому, чтобы каждый член общества был воспитан на

уважении к общественному здравью, в убеждении необходимых личных гигиенических мер, что чистота жилища и чистое содержание тела - главные условия здоровья, что чистота предохраняет человека от заразных болезней". /15, с. 2/

Мы же совершенно забыли об элементах личной гигиены! А приведённое выше относится к 1887 г.

1875 г.: "Оспопрививание должно быть для практического врача делом чести... Простой укол настолько же заслуживает внимания врача, насколько и все другие важные хирургические операции" /15/.

Сам Эдвард Дженнер считал: "Знакомство в общих чертах с прививкой далеко не достаточно для того, чтобы сделать врача способным выполнить оспопрививание: он должен обладать точными знаниями его, и я настаиваю на этом как на главнейшем условии", - слова эти врачи приводили в каждой монографии, в каждой лекции, помнили в повседневной практике /14-17/.

С великой благодарностью цитирую основоположников прививок и старых докторов, отдавая им дань уважения, в том числе за то, что, не имея в руках современных эффективных методов иммунодиагностики, опираясь на данные анамнезов *vitae et morbi*, опыт, интуицию, они осторожно относились к прививкам и брали на себя ответственность, не вакцинируя слабых, болезненных детей, "с тонкой жировой, клетчаткой и в первые 2-3 месяца жизни" /14-17, 35, 36/.

Вакцины готовятся по технологии времен Дженнера и Пастера. Детей здоровых нет. Вакцинируем так, будто задалась целью самоуничтожения, будто все предыдущие 100 лет страна не выходила из эпидемий "по всем ликвидированным инфекциям" /39-41/.

Ну, нельзя же сдерживать эпидемию, создавая искусственную "напряжённость иммунитета"... в течение 100 лет! Всех привёв - не будет эпидемий - иллюзия, не имеющая никаких научных обоснований. Будто бы: "прививки против оспы, предохранившие каждого из нас /? - Г. Ч./ от вероятности заболеть оспой привели к полной ликвидации этой страшной болезни потому, что ВОЗ завершила выполнение глобальной программы поголовной вакцинации всех жителей всех стран" /?!/. Даже странно, что написано это известным отечественным иммунологом /42/. В то же время именно такие заблуждения и привели к отсутствию в отечественных программах по иммунопрофилактике методов новой иммунологии, Предвижу извечный вопрос: разве не прививки ликвидировали оспу?

Нет, не только прививки. Борьба с оспой увенчалась успехом исключительно благодаря комплексу противоэпидемических мероприятий, в том числе - прививок. И вот факт из публикаций ВОЗ: "... Действительно, первоначально господствовала точка зрения, что кампании вакцинации вполне достаточно для победы над этой болезнью... Неадекватность такого подхода стала очевидной, как только приступили к реализации РПИ... Выяснилось, что важнейшими направлениями стали учёт и контроль всех этнических, социальных, климатических, географических и других условий в разных странах... Помимо этого проводили идентификацию групп риска, определяли роль трупов как постоянного источника инфекции... Проводили *вакцинацию только контактов, а не групп населения в целом* /выделение моё - Г.Ч./... Смертность резко снизилась ещё до широко рекомендованной программ иммунизации во многих регионах по другим причинам - благодаря улучшению питания, обеспечению качественной питьевой водой, улучшению в целом санитарно-эпидемиологических условий... Кроме того, "компанию с оспой нельзя считать подходящей моделью для борьбы с другими инфекционными болезнями", или: "...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 возбудителя... Никакая программа по профилактике инфекционных болезней и их лечению не даёт успеха без всесторонней поддержки эффективного эпидемиологического надзора" /7а, б, в, г/.

Всё так и есть в нашей современной жизни при вакцинации "всех детей подряд": туберкулёз растёт, дифтерия не отступает. И нет в этом ничего удивительного, потому как общеизвестно и причины давно установлены: "Нельзя ликвидировать дифтерию только с помощью прививок" /7д, е, ж, з, 43/.

В век антибиотиков доводить бактериальные заболевания до летальных исходов могут позволить себе очень невежественные санитарно-эпидемиологические службы и совершенно неподготовленные педиатры и инфекционисты /7д, е/.

В 1997 г. состоялся VII съезд эпидемиологов, микробиологов и паразитологов России /34/. Судя по отчётам чиновников от здравоохранения в материалах этого съезда /два тома по 500 с./, "эпидемию дифтерии" всё-таки победили. В который раз за последние полвека массовых прививок "против дифтерии"! Хотя пока ещё не изобретена вакцина против возбудителя этого заболевания /10, 17, 34 -36, 43/. Есть анатоксин, с помощью которого "победить" дифтерию невозможно - пишут об этом те же, которые и побеждают /43/. И это ещё одна проблема в вакцинологии.

Победили благодаря "памяткам для родителей, липким аппликациям, плакатам" и, разумеется, "охватом прививками до 92,7% детей" /34, т. 2, с. 157-158/, а точнее - выполнением плана по охвату на 100 %" /34, т. 2, с. 39/ - ничего нового, всё те же приписки и фальсификация "статистически достоверных данных".

Но что в этом двухтомнике обращает на себя внимание, так это нежелание или неумение администрации прислушиваться и анализировать данные практических врачей-педиатров и санэпидслужб, сделавших не столь радужные выводы о "победе". Многие специалисты не выступают на сей раз в прежней монолитной сплочённости с руководством и, наконец, открыто говорят о том, что чем больше вакцинируем, тем меньшая сопротивляемость у детей и подростков к той же дифтерии /34, т. 2, с. 159/, о "вызывающих тревогу фактах заболевания привитых детей... Несмотря на охват прививками 90% детей, купировать вспышки не удаётся" /34, т. 1, сс. 10, 22, 37/, что значительная часть привитых стала носителями возбудителя дифтерии.

Среди умерших "большинство" непривитых /34, т. 1, с. 26/, А как относиться к "меньшинству" умерших? Как к привитым?

Что подразумевается в данном случае под безликими "мёртвыми душами", и что такое "большинство-меньшинство", когда речь идёт о вопиющем - смерти детей от бактериальной инфекции в век антибиотиков?! И ещё констатируется не изменившаяся цикличность инфекционных болезней - какой была до прививок, такой сохранилась и доныне. И тут ничего нового: надо знать труды учёного-энциклопедиста А. Л. Чижевского.

Специалисты признают, что привить - не значит защитить, необходим диагностический контроль за фактически иммунной-неиммунной прослойками населения, которая создаётся природной, естественно приобретённой невосприимчивостью и искусственно - прививками; это же классика! /34, т. 2, с. 72/

Вместе с тем, в условиях отсутствия диагностики, вакцинированные и невакцинированные находятся в одинаковой степени неизвестности: у вакцинированных прививка может не состояться /но они числятся в охваченных и защищённых/, а непривитым вакцина, может, и не нужна, поскольку у них сопротивляемость такова, что им не страшны ни вспышки, ни эпидемии. Кто же опаснее?



Но наши чиновники, превосходя самих себя в абсолютной некомпетентности, не меняют санкции и продолжают ужесточать приказы о непринятии в школы непривитых. Иными словами, продолжают осуществлять построение нереального, эфемерного благополучия, ссылаясь как бы даже на разумные идеи, но совершая при этом нелепые, бессмысленные поступки, трагичные для здоровья малышей.

Витком абсурда "самой оригинальной" является то, что отечественные предприятия десятилетиями /!/ производят диагностические препараты, позволяющие осуществлять эту медицинскую помощь грамотно. Но об их существовании не знают ни иммунологи, ни участковые педиатры, ни, видимо... сами чиновники. Очевидно, эти диагностикумы отконтролированы как-то сверхтайно в ГосНИИ стандартизации и контроля /ГНИИСКе/ им. Л. А. Тарасевича, который, кстати говоря, обязан не только их стандартизовать, но и внедрять.

Попробуй-ка, разберись во всех этих премудростях, приписках и явно фальсифицированных данных: списываются же куда-то финансовые затраты на производство диагностических препаратов...

Вакцинология - дисциплина очень многогранная. Она должна рассматриваться в комплексе с другими разделами здравоохранения. Последствия привнесённой ятрогении имеют далеко идущие последствия не только для иммунной системы, но и для генетики, неонатологии, сердечно-сосудистых и почечных заболеваний и т. д. /3, 6-Ю, 17, 33-38, 44, 46-48/. Совершенно нигде и никак не фиксируется остит - поражение опорно-двигательного аппарата - как осложнение после неразумного использования БЦЖ /3, 10, 44, 45/. Вместе с тем, давно надо было бы внести его в детскую инвалидность, возникшую в результате ятрогенной патологии - патологии, порождаемой врачами.

Каждый ребёнок России должен иметь своё лицо - "лицо" генетическое и иммунологическое. Должны быть известны исходные данные и занесены в медико-генетическую карту и паспорт иммунного статуса. Как следить за динамикой изменения, если исходные данные неизвестны?

Бытующая у нас система прививок невольно заставляет сделать логическое заключение: все наши дети - ошибка природы! А иначе, какая необходимость проводить поголовную профилактику иммунной системы? Даже очень серенькому обывателю понятно, что профилактика любой машины, любого механизма, сердца, почек, печени и др. - нужна только в случае необходимости. Какая необходимость всех только что родившихся детей превращать в единообразных пациентов - всем - БЦЖ? Прямо в роддоме на 3-5 сутки, т. е., в перинатальный период /он исчисляется первыми семью днями после рождения!/ Естественно, рождаются Ивановы, Петровы, Сидоровы с разной иммунной системой и по "количеству" и по качеству, и по массе тела. У нас же в стране, в отличие от "всего мира", отсутствует понятие "педиатрической" дозы вакцины. Всем приказано реагировать одинаково, а не по "каким-то" там индивидуальным характеристикам!

Но иммунная система не понимает языка приказов и инструкций, и реализует свои возможности у каждого ребёнка индивидуально, следовательно, по-разному: одни "переваривают" чуждый им антиген - БЦЖ без последствий, другие приобретают остит на всю оставшуюся жизнь, третьи становятся хронически инфицированными - носителями микобактерий туберкулёза /никто не может предсказать, когда и чем обернётся для них и для окружающих эта "помощь"/!, четвёртые "просто" заболевают активной формой туберкулёза потому, что они - из категории высокочувствительных, да ещё и с ослабленной иммунной системой. И это далеко не все прелести прививки БЦЖ "всех подряд" /3, 10, 33, 37, 38, 44, 45/.

Туберкулиновая проба /реакция Манту/ не может испытываться после массового введения живых микобактерий. Это надо делать задолго ДО. И это ещё одна ошибка нашей системы прививок /44,45/.

Бедные Дженнер и Пастер! Они предположить не могли, как из их радужного и целесообразного /на случай опасности/ сделают советскую "атомную бомбу", вакцинальный Чернобыль!

Сотворён очередной миф. При том, что всегда были и есть противники вакцин, а также специалисты, категорически выступающие против массовости в этом медицинском вмешательстве, многие не приемлют вакцинацию детей в грудном возрасте /3, 6, 10, 14-17, 35,44, 45/. Например, уже более 20 лет врачи Франции называют "дьявольским упорством" рекомендацию РПИ ВОЗ /10/, и... фирмы этой страны, производящие вакцины по качеству ничуть не лучше наших, ринулись в Россию...

Человек родился - каков он? "Неонатология - раздел педиатрии, изучающий физиологические особенности и болезни детей 1-го месяца жизни" /46, 47/.

Значит, руководствуясь только этим, следует изучать, а не вприглядку манипулировать новорожденными. Генетики, физиологи, психологи, как известно, также рекомендуют наблюдать за ребёнком, по меньшей мере, до трёх лет, У нас человек родился, и тут же его превращают в общую "массу". Совершенно не учитываются ни индивидуальная адаптация к условиям внеутробной жизни, ни скрытые пограничные состояния /3, 5-10, 46-48/. А если ребёнок уже чем-то инфицирован, в том числе микобактериями туберкулёза? /44, 45/. Целый ряд наследственных заболеваний тоже проявляется не в первые дни и даже не в первый год жизни. /5-10, 46-48/.

Всё усугубляется ещё и тем, что неонатология - период, когда смертность имеет наибольший удельный вес в структуре общей детской смертности и без БЦЖ, а многие патологические процессы новорождённых оставляют глубокие следы и проявляются значительно позже, приводя к диспропорции роста, приобретённым порокам развития и ко многому другому /3, 46-48/.

Многие годы специалисты пытаются убедить чиновников в отмене БЦЖ новорожденным, что, по их наблюдениям, резко снизит детскую смертность в неонатальном периоде /3, 44, 46, 47/.

Неоспоримая истина в том, что всё в организме взаимосвязано. Взаимосвязано индивидуальными нитями, нет ничего "отдельно функционирующего", как представляют себе вакцинофоры разных рангов.

Казалось бы, какое отношение имеет к прививкам массовое тугое пеленание новорождённых? Оказывается, самое прямое: оно, вопреки природному индивидуальному развитию, нарушает многие физиологические процессы у еще не адаптировавшегося ребёнка. А БЦЖ, как и любая другая прививка, предполагает наличие здорового организма. Доказано, что в насильственно вытянутых ручках и ножках новорождённого, затянутых тугими пелёнками, резко нарушено нормальное кровообращение. Пеленание "сразу заглушает в ребёнке естественный инстинкт свободы... Есть основание полагать, что подобное пеленание развивает в ребёнке будущую психологию подчинения и имеет ряд негативных заминаний" /48/. Не могу с этим не согласиться.

Как известно, шадающее отношение к матери и ребёнку в наших роддомах, как правило, отсутствует. И вот на таком-то фоне неизвестности и безответственности прививают БЦЖ и одновременно /видимо, ради очередного "удобства" для медперсонала/ наносится другая травма - укол для пробы на ФКУ. Вся естественная иммунологическая устойчивость, внутренняя среда новорожденного сотрясается от форсированного болевого, антифизиологического вторжения в экологию - дом-организм ребёнка.

Такое обращение со здоровьем /тем более нездоровых детей!/, с иммунной, центральной нервной системами во всех отношениях аморально. Воистину, "кого Бог хочет погубить, того он прежде всего лишает разума".

Искусственное состояние "напряжённости иммунитета" не позволяет ни у одного ребёнка закрепиться тому, что называется внутренним индивидуальным постоянством организма /3, 5-10, 42, 44, 46-48/. Мы систематически наводим иммунологический дисбаланс в то время как каждый организм воспроизводит свои "сто слов" - белков, типичных только для Петрова, но не для Иванова /5-9, 42/. Беспечно насаждаем чужеродные биологические агенты с такими же небезопасными химическими веществами /10, 30, 31, 42 б, 49а/, кроме всего чужеродного, поступающего из пищи, воды и современного воздуха.

"Положено" /бытует такое слово среди медработников/ быть "нечто" среднеарифметическим, среднестатистическим, обязанным всю жизнь работать по "чужим чертежам" /42/, поскольку за БЦЖ следуют АКДС, АДС и прочая "забота".

Мы сами уничтожаем свой генофонд и основное предназначение иммунной системы - иммунологический надзор, извращая контроль за индивидуальным постоянством внутренней среды человека. У иммунной системы не остаётся сил на всё остальное, задача первостепенная: "переварить" без потерь для организма искусственно навязываемые "не Я" /42/ - вакцины, чужеродные антигены. В то же время, иммунная система - не вечный двигатель. В конце концов, в том числе в немалой степени и от прививок, выводятся из строя либо важные части этой системы, либо вся машина... и дорога к детской онкологии открыта.

Так иммунная система, принуждаемая !/ /работать сверх лимита - нормы, отведённой каждому человеку в индивидуальном "количестве", изнашивается, стареет преждевременно: "ослабляется организм настолько, что грозит, поэтому, нарастание слабых, болезненных поколений, а средняя продолжительность жизни уменьшится", - предостерегали нас специалисты ещё в конце 19-го века /15, с.37/.

Что же с нами происходит?

Что происходит с тимусом - основным лимфоидным органом, продуцирующим иммунокомпетентные клетки, после введения живых туберкулёзных микобактерий - БЦЖ? Хотя и невероятно, но научные данные отсутствуют, по крайней мере, в том аспекте, как происходит вакцинация в нашей стране. Достаточно сказать, что нет ни одного эксперимента на новорождённых и "грудных" животных, поставленного по той схеме, по которой вакцинируют наших малышей /10, 30, 31/.

Основные функции тимуса развиваются до 10-12 лет, до индивидуального полового созревания каждого подростка /5-10, 42/, т. е., в самый разгар интенсивного вмешательства с помощью иммунопрофилактики.

Развивается ли тимус, или происходит его инволюция после неожиданного агрессивного "удара", введения БЦЖ?

Новая иммунология, которой уже более полувека, так и не пришла на помощь отечественной вакцинопрофилактике. Расправа с иммунной системой "на глазок" равносильна вмешательству в выделительную, сердечно-сосудистую и другие системы при абсолютном неведении, надо ли и можно ли?

Так и живём, никто не знает своих генов, не имеет паспорт иммунного статуса, а новейшая медтехника и методы обследования доступны лишь высшим эшелонам власти.

Нельзя "осмотром" определить, как работает иммунная система. Это вполне конкретные показатели. Некачественная иммунограмма, например, может констатировать физиологическую незрелость новорожденного /5-9, 44, 46-48/, вследствие сниженной иммунологической устойчивости, физиологическая незрелость, своевременно не компенсированная /или привнесённая/, является "поставщиком таких состояний как психическая неполноценность, духовная инфантильность... Думается, что с этим в определённой степени связаны и рост числа правонарушений, и развитие алкоголизма, наркомании и жестокости среди подростков" /48б, с. 17/.

В целом, выпускаем ребёнка "в свет" с полным незнанием его здоровья-нездоровья. Но БЦЖ прививаем. И это в то время, когда известно более трёх тысяч генетической патологий, иммунодефицитов /первичных и вторичных - приобретённых/? Среди них поражения центральной нервной системы в случаях, когда не создаются соответствующие условия, способствующие меньшему проявлению этих трагедий в жизни ребёнка /5Ю, 44, 46 - 48/.

На такой благодатной почве современного неблагополучия со здоровьем детей мы вакцинируем вслепую, увеличивая возможности поражения центральной нервной системы, что подтверждается полувекowymi наблюдениями практических медицинских работников /12, 3, 7 и 10, 37, 38, 44, 45/. Если иммунолог "на ощупь" определяет готовность ребёнка к прививке, то подобная "диагностика" ничем не отличается от знахарства. Как правило, эта серьёзная иммунобиологическая операция сводится лишь к вакцинации по принципу "уколотся и пошёл". И занимаются этим педиатры и санврачи, (как правило, последние выступают ещё и в роли эпидемиологов), не знающие ни основ, ни методов новой иммунологии, ни достижений в других областях медицины и экологии человека. Практические врачи, если уж берутся за прививки, то обязаны в современных условиях сочетать знания нескольких дисциплин, пограничных с иммунологией и педиатрией. Иначе приходится читать о парадоксальных конференциях, проведённых "на современном уровне", где решаются глобальные иммунобиологические вопросы: "экологические проблемы иммунологии", "экология, иммунология, экология тела и внутренней, среда человека", "связь иммунной системы с экологическими заболеваниями", вопросы "иммунокоррекции" и "иммунофармакологии" - как всё это можно решить, если жители нашего государства не понимают /большинство из них/, что такое паспорт иммунного статуса /образец прибалтийских стран я рецензировала ещё в 1977 г.!/.

Односторонняя информация, отсутствие диагностики и ответственности за проводимую иммунобиологическую операцию, в целом "вульгаризация этой профилактической медицинской помощи" /35/ заставили многих современных родителей взять решение проблемы в свои руки. Сам отвечаю за здоровье собственного ребёнка - такая инициатива приобретает сейчас массовое движение, несмотря на ужесточение карательных мер со стороны Минздрава. Так ведь и рожать в роддомах отказываются...

Вот почему так важна доступная разъяснительная работа консультации специалистов, широкая информация о том, что такое вакцинология. Почему прививка может не состояться, действительно ли привитой защищён, а непривитой опасен и обязательно заболеет, почему растёт туберкулёз и дифтерия среди привитых, кто гарантирует качество вакцин и несёт ответственность за поставленные осложнения? На все поставленные вопросы нереально ответить в одной статье.

Вышедший в 1994 г. доклад-сборник "ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА" /10/ - одна из попыток широкого и общественно необходимого разговора по существу затронутых вопросов с точки зрения индивидуальности, медицинской этики, юридических подходов и правовых норм. Изначально он назывался "К проблемам экологии человека: массовая вакцинопрофилактика - фактор риска для здоровья детей". Сборник издан Российским Национальным Комитетом по Биоэтике /РНКБ/ РАН. Изложенное в сборнике фиксирует внимание на пяти основных проблемах, которые существуют у нас в стране в связи с проводимой насильственной политикой прививок и о которых идёт речь в представляемом здесь обзоре.

Каждая из пяти проблем, помимо специального, совершенно очевидно имеет социально-этическое, юридическое и правовое содержание. Представлен фактический материал, доказывающий отсутствие качественных вакцин, производимых в бывшем СССР, а также несоответствие контроля качества и безопасности вакцин международным стандартам /10, 17, 30, 31, 35, 42б, 49а/. Характерно, что в федеральной программе "Вакцинопрофилактика" на 1993-1997 гг. отмечается крайне низкий уровень методов изучения безопасности вакцин, совершенно неудовлетворительное состояние материальной базы и технического оснащения предприятий, производящих эти "иммунобиологические" препараты. Вместе с тем, ни одна вакцина не изучена по её влиянию на клетки иммунной системы, следовательно, не имеет никаких оснований называться "иммунологической". Практически все вакцины содержат в конечной продукции опасные химические вещества: ртутьорганическую соль, формалин, фенол и т.д., что не позволяет причислять их к "биологическим" /10/.

Обсуждается обилие поствакцинальных осложнений, наблюдаемых практическими врачами последние... 35-40 лет.

Отсутствие индивидуального подхода, наличие противопоказаний, которые в реальной жизни не учитываются, а также низкое качество вакцин /в том числе и поставляемых из-за рубежа/, являются факторами риска, обуславливающими вероятность ятрогенных патологий, начиная с новорожденности.

Апогеем безнравственности являются многочисленные факты "экспериментов на практически здоровых детях". Этому посвящён целый раздел /10, сс. 47-54/. Опыты проводят врачи-экспериментаторы, чьи фамилии приводятся из научных публикаций со ссылками на номер и год издания журнала. С огорчением должна констатировать, пока эти чудовищные манипуляции с детьми не приобрели достойного резонанса, хотя эксперименты на детях д/садов, школ, интернатов с разрешения Минздрава проводятся и по сей день...

В силу юридической неграмотности родителей, эксперименты принимаются за "положенные бесплатные прививки", следовательно, вопросов не возникает. Недостатка детей-"добровольцев" в эксперименте - детской биомассы - и здесь нет, и не только для отечественных медработников, но и для заезжих благотворителей. Все материалы документированы.

Завершается сборник предложениями и аналитическими статьями, написанными медиками и биологами разных дисциплин, генетиками, акушерами-гинекологами, юристом и философами, специализирующимися в области медицинской биоэтики.

Культурно-ведомственная система формирования плановых прививок, приказные установки, отсутствие информации или представляемая очень однобоко, факты поствакцинальных осложнений /вплоть до летальных исходов/, фальсифицированные сведения и об эпидемиях, и о защите населения от инфекционных болезней "только" с помощью прививок, неизбежно влекут за собой падение доверия к ведомствам со стороны населения. И коль скоро ведомство не сможет использовать в современных условиях свои обычные, традиционные приёмы принуждения и насилия, уровень общественного доверия становится важным параметром, определяющим позиции и реальные возможности этого ведомства. Пока же "дорогой ценой приходится платить нашему обществу за экологическую неграмотность малокомпетентных и безнравственных чиновников" /120/, что в полной мере можно отнести к нашей проблеме. Именно поэтому представляется небезынтересным этакое "преображение" вершителей "самой оригинальной".

Совсем недавно в одной из телепередач теперешний главный государственный санврач сделал невероятные /для него самого/ признания: а) вакцины - лекарственные средства (наконец-то, везде и во все времена относились к лекарственным препаратам, кроме бывшего СССР), следовательно, б) как от любого лекарства "конечно" /!/ могут быть осложнения; в) отнесся с осуждением к "бытовавшим ранее" у нас тенденциям, мол, от вакцин только польза и никакой опасности - неправильный был подход! Однако категорически не согласился с тем, что будто бы прививки и сейчас проходят с насилием и принуждением, безо всяких предварительных разъяснений и получения согласия. Перед телекамерой возмутился и... издал приказ, предписывающий не принимать непривитых детей в д/сады, школы...

Другой чиновник ещё больше удивил на этой передаче своим циничным признанием в том, что врачи, как правило, своих детей не вакцинируют...

После моей первой публикации в центральной прессе 15 сентября 1988 г. (до того не принимала ни одна редакция, в которые я обращалась), будто бы вся страна отказалась от вакцинации. После единственной статьи? До неё не было никаких причин?

Были! Шквал писем обрушился на редакцию Родители, врачи и медицинские сестры писали о своих бедах, о безвыходности, о трагедиях и инвалидности детей после прививок. А у чиновников одна забота: нарушен глобальный план прививок, не будет такой системы охвата - будут эпидемии. Не хотят слышать ни рекомендаций экологов ВОЗ, ни предупреждений основоположников вакцин, ни других специалистов, никаких разумных доводов. Они не помнят даже собственных отчетов. Так, в Москве, по их данным, к 1982 г. было привито всего 28- 43% /в зависимости от районов/, но... эпидемий не было! Тогда они это объясняли отличной санитарно-эпидемиологической службой в других сферах ее деятельности, т.е., комплексом других мер.

Вот так: пишут одно, говорят другое и не ведают, что творят с природой человека. Многие отечественные вакцинологи, нарушающие и поныне нормы профессионально-медицинской этики, думаю, не знают историю прививок и не понимают, что с позиций силы и "осмотра" врача-предсказателя нельзя сделать организм невосприимчивым к инфекционным болезням. И всё-таки, некоторые из них, хоть и очень робко, начинают признавать имеющее место злоупотребление в вакцинопрофилактике и пытаются установить с нами некий диалог, подвергая критике то, в чём им принадлежит не последняя роль: "раньше общественные ценности имели безусловный приоритет над индивидуальными, когда профилактические и противоэпидемические мероприятия осуществлялись с использованием методов принуждения посредством действовавших механизмов государственного командно-административного воздействия. Инструментом такого принуждения выступало Министерство здравоохранения и его учреждения на местах... Не признавалось право индивидуума на осознанный и свободный выбор... Противоэпидемическая практика была ориентирована не на охрану здоровья отдельной личности, а на управление санитарно-эпидемиологическим благополучием в целом /такое управление "в целом" и привело к туберкулёзу во всех уголках России - Г. Ч./, право на возмещение ятрогенного ущерба от прививок не было подкреплено юридически" /13, с 116/.

Будто бы сейчас возможен "свободный выбор" делать - не делать прививку всего лишь после осмотра ребёнка?!

"Массовая вакцинация", - каются другие, - "нередко сопровождалась нарушениями принципов медицинской этики. В связи с этим, уровень доверия к вакцинопрофилактике дискредитирован. Доступ общественности к медицинской информации по вакцинации крайне ограничен, отсутствует механизм расследования жалоб населения на нарушения при вакцинации, несовершенна система регистрации поствакцинальных осложнений и компенсации за причинённый ущерб здоровью" /49а, с. 116/.

Признания чиновников во многом дословно повторяют наши материалы, опубликованные РНКБ /10/. Позволю себе усомниться в искренности покаяния администраторов, поскольку в жизни мало что меняется. Такие признания - мера вынужденная. В силу того, что этико-правовые нормы, с трудом, но входят в нашу реальную жизнь, Минздрав при игнорировании прав человека уже несёт не только моральный, но и материальный ущерб. Родители начинают возбуждать судебные процессы, предъявляя иски за правонарушения, а также за причинённый ущерб здоровью детей в результате прививок.

Вместе с тем, резко меняющиеся условия жизни вряд ли заставят наших чиновников в ближайшее время в корне пересмотреть устаревшие догмы в этой сфере медицинской помощи. Есть здесь не только определённая предвзятость, но, видимо, и какая-то зависимость от политики Комитета ВОЗ по РПИ. Тем не менее, другие комитеты ВОЗ, например, по ВИЧ-инфекции, рекомендуют: "... Следует пересмотреть существующий порядок иммунизации..., национальную политику и практику в отношении лекарств, вводимых инъекционным путём... Сократить введение лекарств, связанных с нарушением кожного покрова" /7к, с. 7, 22/.

Можно ли заразиться вирусом иммунодефицита человека в процессе вакцинации?

Как свидетельствуют материалы эпидемиолога В. Л. Черкасского, "Одной из трагедий, вызванных нарушением правил иммунизации /выделение моё - Г.Ч./, является вспышка СПИДа в Элисте, где дети были заражены ВИЧ-инфекцией в медицинском стационаре" /13, с. 129/. С трудом и в разных вариантах достоверности этот случай всё-таки стал достоянием гласности, но можно ли верить в то, что больше нигде такого не происходит? Как известно, число ВИЧ - инфицированных детей растёт.

РНКБ и МСЧП предпринимают всё возможное с "целью упразднения традиционной практики, отрицательно влияющей на здоровье детей" /1, ст. 24, п. 3/ и в этой области медицины. Сделано немало, но ещё больше осталось.

Проблема очень запущена. Мы как бы "озвучили" её, заставили услышать и обсуждать, требуя современных подходов, позволяющих увидеть вакцинологию во всей глубине и многоаспектности. В конечном счете, сейчас уже многое зависит от самих граждан.

У родителей интерес огромный, сужу по консультациям и моим встречам с ним. Для меня очень важно, когда молодёжь хочет знать!

Врачи - одни стали внимательнее во время проведения прививок, другие продолжают освобождать детей от вакцинации /многие нелегально!/, поскольку не могут привить квалифицированно в соответствии со здоровьем конкретного ребёнка, третьи - "озверели" /из писем родителей/, с угрозами и запугиванием продолжают осуществлять насилие, согласно установкам Минздрава и тех самых... кающихся чиновников. В этой процедуре нередко помогают администрация д/садов и школ, воспитатели и преподаватели. Не хотелось бы видеть этих специалистов в роли сторонников принуждения.

При подготовке этого обзора потребовался дополнительный анализ материалов съездов микробиологов и эпидемиологов, проходивших в нашей стране с 60-х по 1997 г. /10, 21, 34/. Проблемы качества вакцин, техники проведения прививок, отсутствия диагностики - не менялись и не "обновлялись" все 40 лет. Как и в других отраслях бывшего СССР, утверждались пятилетние планы по "усовершенствованию и реформированию". Однако всё, что было "актуальным и перспективным" в отечественной иммунопрофилактике в 60-е, осталось и теперь. Оказывается, только ещё приступаем "к созданию методов вакцинации и профилактики ослабленных детей с нарушениями функций иммунной системы /аллергии, вторичные иммунодефициты, индуцированные неблагоприятными экологическими или социальными факторами" /41б, с. 137/.

Таким образом, как не было, так и нет вакцин, соответствующих нашим нездоровым малышам, но охват продолжается, а туберкулёз и дифтерия не хотят ликвидироваться. Охватываем препаратами, приготовленными по технологии 150-200-летней давности. Не годятся они для современных детей и других, по крайней мере, трёх предыдущих ослабленных поколений. Кроме вреда здоровью, ничего другого ждать от них не приходится. /2, 3, 10, 33-38, 44-48/

В вакцинологии, может быть, как ни в одной другой медицинской дисциплине, величайшее множество разнокачественных, часто спорных, но вполне объединяемых показателей. В поисках истины, в течение всей жизни приходится анализировать огромный по масштабам материал не только вирусологического, эпидемиологического, медико-генетического и иммунологического, но и общепатологического, экологического, социологического, а также исторического, этического и правового характера. Кому же неизвестна ситуация, когда исследователь ищет одно /по плану!/, а находит множество других фактов, вроде бы отвлечённых от основного направления поиска. И опять всё сначала: литература, знакомство с новыми достижениями в смежных областях, новые сомнения, а в том, что казалось решённым и принятым на веру, обнаруживается много неясного.

Вакцинология всегда требовала разносторонний и нетривиальный, истинно творческий подход. И давно наступило время по-иному взглянуть на природу человека в связи с искусственной нагрузкой чужеродными белками "во имя спасения человечества от инфекционных болезней", увидеть просчёты в массовости этого медицинского вмешательства. Вполне естественно при этом, что достичь реального успеха могут лишь те исследователи, практические медицинские работники и организаторы здравоохранения, которые обладают способностью неординарно мыслить, преодолевая гипноз устоявшихся представлений, плохо подкреплённых наукой и практикой.

Нам бы хоть чуть-чуть прислушаться к голосу разума, призывающего жить в согласии с окружающей природой и природой человека. Ведь сами основоположники предупреждали об осторожности обращения с вакцинами: "Я - автор вакцины /Гастон Рамон - Г.Ч./, но не могу утверждать, что она совершенно, полностью безвредна. Прежде, чем наступать таким образом на инфекции, следует спросить у людей: *хотят ли они идти по этому пути* /выделение мое - Г.Ч./? Известны ли им все "за" и "против"? Как хотите, но обязанность сохранить жизнь даёт нам одно право - знать. А я пока не знаю, что лучше" /цитата по 17б, с. 84/.

В заключение информирую желающих знать.

В новом календаре прививок /приказ № 375 от 18.12.97 г./ на с. 12 впервые в России введён и № 19, гласящий: "Акт отказа от прививок с отметкой о том, что медицинским работником даны разъяснения о последствиях такого отказа, оформляется в соответствующих медицинских документах и подписывается как гражданином, так и медицинским работником". Конечно же, пугают "последствиями отказа". Находясь в безвыходном положении после ратификации различных международных "человеческих" соглашений и Конвенций, чиновники вынуждены внести в календарь обозначенный пункт. Но таково их представление о "добровольном согласии".

Законодательство об иммунопрофилактике находится в ГосДуме. Я принимала участие в его разработке в экспертно-рабочей группе. Надеюсь на утверждение того варианта, который был представлен к первому чтению, но может быть всякое...

1. Конвенция о правах ребёнка, Генеральная Ассамблея ООН, 20.11. 1989.
2. Материалы конгресса педиатров России а) Новые технологии в педиатрии; б) Экология и здоровье ребёнка, М., 1995.
3. Таболин В.А.: а/ Недоноски цивилизации МК., 07.02.97; б/ Круглый стол "Дискуссионные проблемы вакцинации новорожденных", Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, 17.02. 1097; в/ О костных осложнениях при вакцинации БЦЖ новорожденных (по материалам судебного процесса), Педиатрия, 1998, № 1, с. 104.
4. О положении детей в Российской Федерации. Государственные доклады за 1993-1996 гг. Межд. Изд. дом "Синегерия", Москва
5. Милунский О. Знайте свои гены. Пер. с англ., М., Мир, 1981.
6. Иммунологические аспекты инфекционных заболеваний. Пер. с англ. под ред. Дж. Дюкса, М., Мед., 1982
7. Публикация ВОЗ: а/ Клеточный иммунитет и устойчивость к инфекции. Серия техн. докл. № 519, 1974; б/ Всем. форум здравоохран.; 1889, т. 9, № 4, с. 87, в/ там же, с. 65; г/ там же, 1989-1990, т. 10, №3-4, с. 94; д/ Действие служб общественного здравоохранения в чрезвычайных ситуациях, вызванных эпидемиями. 1986-1990; е/ Бюлл. 1988, т. 66, № 1; ж/ Международная служба по ликвидации заболеваний, 1990-1992; з/ Руководство по контролю за дифтерией в Европейском регионе, 1994; и/ Предупреждение в детском возрасте состояний, приводящих к заболеваниям у взрослых. 1980 - 1982; к/ СПИД. Эпидемиология, клиника, уход за больными, пути передачи, профилактика и программа борьбы. Серия техн. докладов №1, 2.3.1990
8. Носсел Г. Антитела и иммунитет. Пер. с англ., М., Мед., 1973.
9. Говелло В. И.: а/ Парадоксы иммунологии, М., Знание, 1983; б/ Почему мы не похожи друг на друга. М., Знание, 1984.
10. Вакцинопрофилактика и права человека. РНКБ РАН, М., 1994.
11. Дрогонец Я., Холлендер П. Современная медицина и право. Пер. со словац. М., Юридическая литература, 1991.
12. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. 24.12.1993
13. Медицинская биоэтика. Под ред. Покровского В.И. М., Мед., 1997.
14. Дженнер Э. О происхождении прививания оспы. Пер. с англ.. Казань, 1798
15. Губерт В. Прививание телячьей и гуманизированной оспы. Казань, 1887.
16. Гундобин Н. Научное и практическое значение оспопрививания. Цикл лекций. С.- Петербург, 1893.
17. Вароян О. В.: а/ он и Портер Дж. Р., Международные и национальные аспекты современной иммунологии. М. Мед., 1975; б/ Закономерности и парадоксы. Раздумья об эпидемиях и иммунитете, о судьбах ученых и их труде. М., Знание, 1986.
18. Комаров Ю. М. Ситуация в здоровье и здравоохранении России. Медицина для Вас, № 18, сентябрь 1996.
19. Заридзе Д. Борьба за здоровье или голоса? МН. 2-9 июня 1996.
20. Агаджанян Н.А., Торшин В. И., Экология человека М., КРУК, 1994
21. XIV съезд эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов. М., Медицина, 1964 -1966.
22. Дьявол в крови. Интервью. Рос. Газета, 18.11.92
23. Федоров А.М., Вакцинопрофилактика. Наш малыш, 1996, № 4
24. Вакцинопрофилактика. Под ред В. К. Таточенко Н. А. Озерецковского. М., Арико, 1994
25. Лахова Е.Ф. МГ, 02.10.92.
26. Чазов Е.И. Сотни воителей стоит один врачеватель. Огонек, 1988, № 42
27. Независимый психиатрический журнал. Вестник НПА. 1994.
28. Сафронова Н. И. Сенсация? Нет, хорошая наука. Интервью, Мед. вестник, 1-15 февраля 1998.
29. Азаров А Я. Права человека, Новое знание. М., 1995
30. Червонская Г. П., Кравченко А. Т., Гринберг К. Н. и др. Цитотоксическое действие химических веществ, содержащихся в виде примесей в медицинских иммунобиологических препаратах, ЖМЭИ, 1998 № 12 с. 85; Червонская Г. П., Миронова Л. Л. Этика медицинского эксперимента в доклинических исследованиях. Мат. IV Российского конгресса "Человек и лекарство", 1997, с. 139
31. Закон Советской Федеративной Социалистической Республики "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения". 19.04.91,
32. Туберкулёзное шествие туберкулёзной палочки. Итоги, 16.09.97,
33. VII съезд общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов России. М., 1997, тт. 1-2
34. Здродовский П. Ф.: а/ Вопросы профилактических прививок и роль аллергии в вакцинальном процессе у детей. Л., 1969. б/ Проблема прививочной патологии. Педиатрия 1975, № 1, с. 3.
35. Носов С. Д.: а/ Влияние профилактических прививок на детский, организм. М., 1966, с. 5; б/ Инфекционные болезни у детей в прошлом и настоящем. М., Мед., 1980
36. Брагинская Б.П. Соколова А.Ф. Активная иммунизация и профилактика поствакцинальных осложнений у детей. М. Мед., 1977, 1984, 1990
37. Поствакцинальные осложнения. Материалы Всесоюзной научно - практ. конфер. Л.. 19-21 ноября 1991
38. Бургасов П. Н.: а/ Итоги выполнения рекомендаций XVI Всесоюзного съезда микробиологов и эпидемиологов, ЖМЭИ 1984, №7; б/ Состояние и перспективы дальнейшего снижения инфекционной заболеваемости в СССР. М., Мед., 1987
39. Тымчаковская И. М., Ясинский А. А. Что там - эпидемия? МГ, 05.11.93.
40. Семёнов В. Ф.: а/ Перспективы развития иммунопрофилактики инфекционных болезней в конце XX века. М., ВНИИМИ, 1996. б/ VII съезд эпидемиологов... 1997, т. 2, с. 137
41. Петров Р. Б. а/ Он, Кабанов В. А., Хаитов Р. Г. Искусственные антигены и вакцины. Иммунология, 1966., №1 с. 5; б/ Я или не Я - иммунологические мобили, М, Молодая гвардия, 1987
42. Покровский В. И., Крюков В. И., Болотовский В. М. Современные аспекты эпидемиологии и профилактики дифтерии, М., ВНИИМИ, 1986.
43. Сухановский В. П.. а/ Вопросы развития туберкулёзной инфекции и механизмы защитных реакций при ней. Педиатрия, 1994, №7 с. 50; б/ О костных осложнениях от вакцинации новорожденных, Педиатрия, 1998, №1
44. Авербах М. М., Литвинов В. И., Иммунобиологические основы противотуберкулёзной вакцинации. М., Мед., 1970.
45. Справочник неонатолога. Под ред. В. А. Таболина, Н. П. Шабалова. М., Мед., 1984
46. Неонатология. Учебная литература. Под ред. Н. П. Шабалова, М., Мед., 1988
47. Аршавский И. А.; а/ Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития. М., Мед., 1982; б/ Ваш малыш может не болеть. М., Сов. Спорт, 1990.