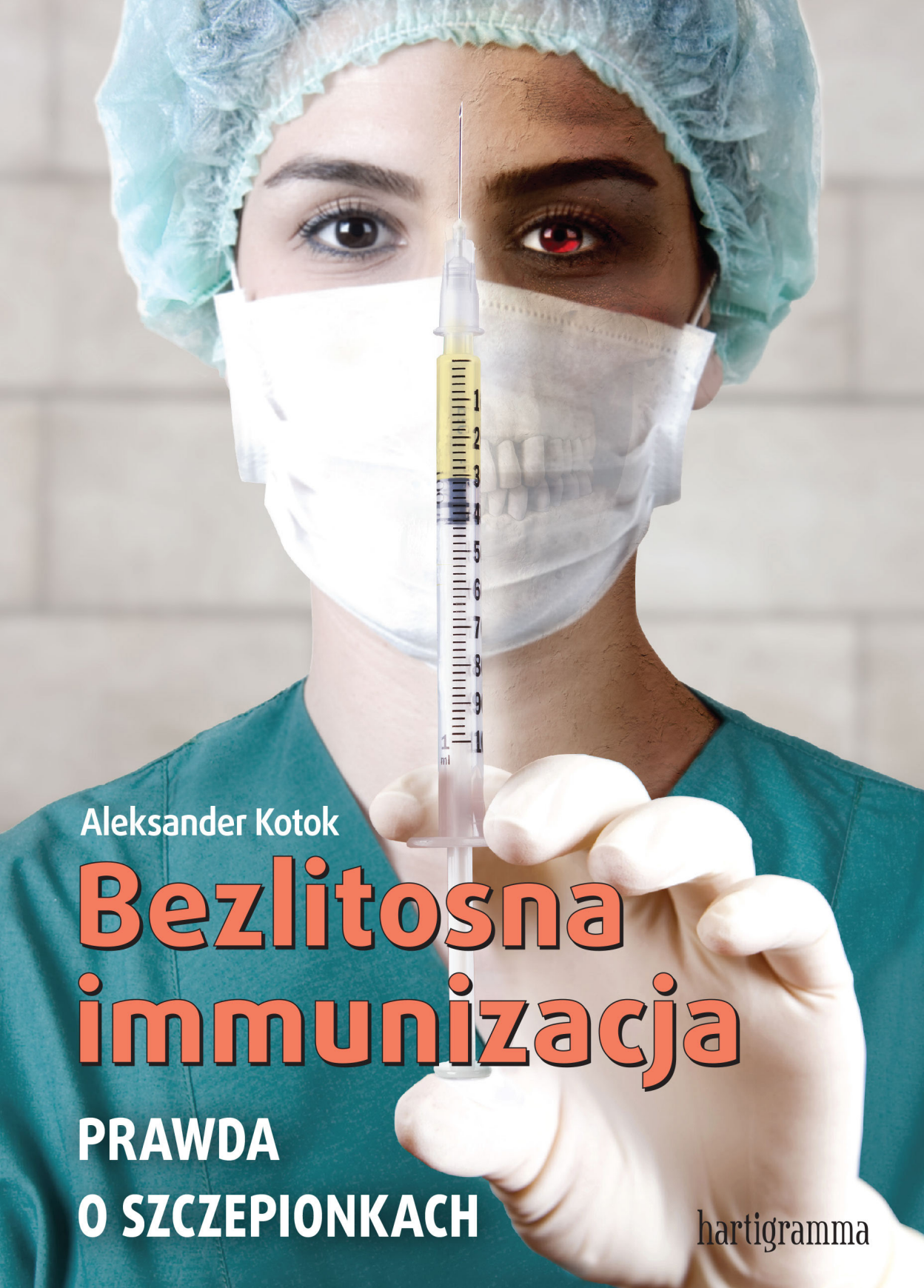




Aleksander Kotok

Bezlitosna immunizacja

**PRAWDA
O SZCZEPIONKACH**

hartigramma

Aleksander Kotok

Bezlitosna immunizacja

Prawda o szczepionkach

hartigramma

Warszawa 2015

Tytuł oryginału:

Беспощадная иммунизация. Правда о прививках

Tłumaczenie:

Marcin Pracki

Konsultacja medyczna:

dr Wiktor Budziński

Korekta:

Aleksandra Łobodzińska

Katarzyna Nowak

Zygmunt Dziekan

Projekt okładki**i łamanie:**

Rafał Winiarek

Prawa autorskie do oryginału:

© Aleksander Kotok, 2006

Prawa autorskie do polskiego tłumaczenia i wydania:

Copyright © 2015 – Wydawnictwo Hartigramma

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część książki nie może być kopiowana, publikowana i rozprowadzana w jakiegokolwiek formie innej niż to wydanie. Kopiowanie i przedruk, jak również udostępnianie treści książki w mediach elektronicznych, możliwe są jedynie po uzyskaniu pisemnej zgody Wydawcy, z wyjątkiem krótkich cytatów, które mogą być zamieszczane w opracowaniach krytycznych i artykułach jej poświęconych. Jakiegokolwiek naruszenie praw autorskich może spowodować pociągnięcie do odpowiedzialności cywilnej i karnej w maksymalnym zakresie dopuszczalnym przez prawo. Ani Autor, ani wydawnictwo Hartigramma nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za jakiegokolwiek działania lub zaniechania, które Czytelnik może podjąć po przeczytaniu niniejszej książki.

Polskie wydanie opracowano na podstawie drugiego, uzupełnionego wydania rosyjskiego.

Wydawca:

Hartigramma sp. z o.o.

ul. Siennicka 19A, 04-394 Warszawa

tel. +48 22 810 60 25

Oprawa:

ERGO BTL, ul. Naddnieprzańska 7, 04-205 Warszawa

ISBN 978-83-62185-13-9

Wstęp

W książce poddano szczegółowej analizie szczepienia jako zabieg medyczny oraz jako złożony problem społeczny, który do dziś nie znalazł właściwego rozwiązania.

Każda choroba, przeciwko której szczepionkę włączono do kalendarza szczepień Federacji Rosyjskiej, omówiona została w osobnym rozdziale, w którym krótko opisano jej etiologię, patogenezę, metody leczenia przyjęte we współczesnej praktyce alopacyjnej i medycynie alternatywnej (homeopatia i naturopatia), a także metody profilaktyki.

Dodatkowo omówiono niektóre choroby, przeciwko którym szczepionki nie występują w kalendarzu szczepień Rosji, lecz włączono je do kalendarzy szczepień w innych krajach.

Szczegółowej analizie poddano skład szczepionek i możliwe powikłania poszczepienne, przytoczono fakty pozwalające spojrzeć na drugą stronę medalu szczepień i zapoznać się z punktem widzenia przeciwników tego zabiegu.

Osobny rozdział poświęcony został ospie prawdziwej, nad którą zwycięstwo do dziś uważa się za najważniejszy dowód sukcesu szczepień.

Szczególłą wartość mają dane historyczne dotyczące pojawienia się szczepionek i wdrożenia ich do praktyki medycznej, tym bardziej że do tej pory w literaturze temat ten w zasadzie nie był omawiany.

Książka dysponuje rozbudowanym systemem odnośników, cytatów i komentarzy. W znacznej ilości wykorzystano trudno dostępne dla zwykłego czytelnika materiały.

Dodatki dają możliwość zapoznania się z dokumentami gwarantującymi prawa obywatelskie i swobodę wyboru w kwestiach szczepień [w Rosji – dop. red.].

Bez względu na złożoność omawianych zagadnień książka została napisana żywym i przystępnym językiem. Adresowana jest do szerokiego kręgu czytelników interesujących się zagadnieniami medycznymi.

*Książkę tę poświęcam swej ukochanej Mamie,
Walentynie Jakowlewnie Kotok*

Przedmowa autora do wydania pierwszego

Autor tej książki nie jest pod względem odebranego wyższego wykształcenia lub specjalizacji epidemiologiem, immunologiem, wirusologiem ani żadnym innym szanowanym i dumnie brzmiącym podczas polemiki na temat szczepionek „-logiem”.

Jestem zwykłym lekarzem homeopatą, który swego czasu fascynował się historią medycyny i obronił pracę doktorską z porównawczej historii homeopatii w krajach europejskich i Imperium Rosyjskim¹.

Pracując nad doktoratem i analizując rozwój medycyny w XIX i na początku XX wieku, zwróciłem uwagę na to, że bardzo wielu homeopatów, wśród których było niemało specjalistów światowej sławy, zdecydowanie występowało przeciwko szczepieniom profilaktycznym.

Homeopaci nierzadko byli autorami artykułów i książek krytyku-

jących szczepienia. Homeopatów często można było spotkać wśród członków różnych wrogo nastawionych do szczepień stowarzyszeń.

Najsłynniejszy rosyjski homeopata tamtych czasów, dr Lew Jewgieniewicz Brazol (1854–1927), był równocześnie autorem dwóch, do dzisiaj najważniejszych, publikacji wydanych w języku rosyjskim, które sprzeciwiały się szczepieniom przeciwko ospie prawdziwej.

Ten interesujący fakt „homeopatycznego sceptycyzmu” w stosunku do szczepień nie dotyczył bezpośrednio tematu mojego doktoratu i nie został w nim wspomniany, lecz wziąłem go pod uwagę.

Będąc wychowany, podobnie jak niemal wszyscy medycy, w duchu ślepej wiary w korzyść wynikającą ze szczepień, nie mogłem się nie zdziwić, że lekarze homeopaci XIX wieku – zazwyczaj ludzie w najwyższym stopniu wykształceni i godni szacunku – występowali przeciwko

[1] Kotok A., *The History of homeopathy in the Russian Empire from its emergence until the WWI as compared with other European countries and the USA: similarities and discrepancies*, PhD thesis. The Hebrew University of Jerusalem, 1999. Czytelnicy mogą odnaleźć poszerzoną wersję pracy doktorskiej pod adresem <http://www.homeoint.ru/thesis/index.html>.

zabiegowi, pożytek z którego, wydawałoby się, powinien być oczywisty z definicji, tym bardziej że również twórca homeopatii, Samuel Hahnemann (1755–1843), wypowiedział się na temat szczepionek przeciw ospie prawdziwej, wyrażając swe poparcie, widząc w ich deklarowanej skuteczności potwierdzenie zasady podobieństwa, na której opiera się homeopatia [podobne leczyć podobnym – przyp. tłum.].

Jednak bliższe, a przy tym nawet najbardziej powierzchowne zapoznanie się z tematem wykazało, że w historii szczepionek nie wszystko było tak jednoznaczne, jak usiłują tego dowodzić obecni propagatorzy masowych szczepień.

Dalsza analiza tematu coraz bardziej pogłębiała moje wątpliwości.

Fałszowanie danych, przeinaczanie faktów, brak poszanowania dla zasad i nieprzebieganie w środkach, chciwość i pogoń za zyskiem, narzucanie społeczeństwu praw sprzecznych z fundamentalnymi zasadami wolności jednostki – wszystkie te nieodłączne cechy „wyznawców” szczepień niewiele miały wspólnego z wyobrażeniami o korzyści przyniesionej światu przez Edwarda Jennera [twórcę szczepień przeciw ospie prawdziwej – przyp. tłum.].

Czy to możliwe, że wiele tysięcy ludzi pochodzących ze wszystkich warstw społecznych zjednoczyło

się w organizacji mającej na celu wyłącznie walkę z czymś, co przynosi im korzyść?

Taka idea jest absurda z definicji, lecz cóż w takim razie kierowało masowym ruchem antyszczepiennym pod koniec XIX i na początku XX wieku?

Dlaczego ruch ten nasilił się w naszych czasach, dlaczego bez przerwy powiększa się liczba rodziców odmawiających poddawania szczepieniom swych dzieci?

Dlaczego odmowa szczepienia wywołuje taką wściekłość władz medycznych?

Dlaczego szczepienia wykonuje się na oddziałach położniczych, w przedszkolach i szkołach bez zgody rodziców?

Dlaczego nawet ustawy chroniące prawa jednostki do wolnego wyboru w kwestiach szczepień w rzeczywistości nie działają?

Dlaczego właśnie szczepionki stają się przedmiotem odrębnych ustaw? Dlaczego nie jakieś inne zabiegi medyczne?

Historia ruchu antyszczepionkowego w różnych krajach w ostatnich latach przykuwa coraz większą uwagę historyków, co świadczy zarówno o wadze tego tematu, jak i o istniejącej od dawna konieczności weryfikacji utartych wyobrażeń o tym, co działo się w przeszłości, z punktu widzenia współczesnej nauki.

Zagadnienie szczepień jest zbyt złożone, by pozwolić sobie na uproszczenia lub oddać je w ręce tak zwanych specjalistów – szczególnie tych, którzy całe swe zawodowe życie zbudowali na propagowaniu szczepień. Przecież władze medyczne zapobiegliwie wyłączenie ich opinii uznają za godne zaufania.

W rzeczywistości szczepienia dotyczą tylu aspektów, zarówno medycznych i biologicznych, jak i psychologicznych, filozoficznych, socjologicznych, kulturowych, historycznych, statystycznych, że trudno znaleźć normalnego człowieka, wystarczająco kompetentnego przynajmniej w większości dziedzin wiedzy, których dotyczy omawiany problem, nie mówiąc już o wszystkich.

Oczywiście daleki jestem od tego, by uważać siebie za człowieka wiedzącego wszystko, co ma związek ze szczepieniami.

Jednak przypuszczam, że wyższe wykształcenie medyczne i doświadczenie historyka medycyny nie stanowią najgorszych warunków do omawiania tego tematu – w każdym razie są nie gorsze od warunków posiadanych przez mnóstwo „-logów” uważanych za ekspertów.

W rosyjskiej terminologii szczepieniowej stosuje się pojęcie „immunizacji oszczędzającej – lito-

ściwej” [podobnie jak zabiegów oszczędzających – przyp. tłum.], stosowane w odniesieniu do zmniejszonych dawek niektórych szczepionek. Postanowiłem więc zatytułować swą książkę *Bezlitosna immunizacja* (choć termin „immunizacja” w stosunku do szczepień nie jest właściwy, o czym będzie mowa w kolejnym rozdziale).

Tytuł ten to nie tyle ironia oparta na doprowadzeniu do absurdu, ile stwierdzenie smutnego faktu. Obecna praktyka szczepień naprawdę nie zna żadnej litości, a ofiarami chciwości działaczy lobby szczepionkowego i ich medycznych sługusów stają się zarówno starzy, jak i młodzi.

Nie przytaczam tu doniesień, które Czytelnik bez szczególnego trudu może odszukać w przystępnej formie w wielu książkach – na przykład na temat budowy i funkcji układu odpornościowego lub klasyfikacji szczepionek.

Celowo zrezygnowałem z zagłębiania się w meandry specjalistycznych dyscyplin, gdyż mam na uwadze, że książka przeznaczona jest przede wszystkim dla szerokiego kręgu Czytelników, którzy mają jakieś pojęcie o biologii i medycynie.

Najważniejszym zadaniem niniejszej książki jest zapoznanie z nagromadzonymi doniesieniami świadczącymi o tym, że szczepienie stanowi zabieg zarówno mało

skuteczny, jak i bardzo niebezpieczny – w każdym razie znacznie groźniejszy, niż przyjęto się sądzić.

Praktycznie w każdym kraju, który uważa się za demokratyczny, ustawy deklarują rodzicom prawo do wolnego wyboru opartego na informacji.

Jednak taki wybór możliwy jest do dokonania jedynie wówczas, gdy rodzice posiadają dostęp do informacji zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść zabiegu – według zasady „za” i „przeciw”.

Z informacją „za” nie ma problemu – jest jej aż nadmiar. Gazety, radio, telewizja, internet, niezliczone tłumy „specjalistów z zakresu szczepień”, poczynawszy od miejscowych pediatrów, kończąc na wysokich urzędnikach medycznych – wszyscy *unisono* głoszą korzyści wynikające ze szczepień.

Z kolei znacznie trudniej znaleźć informacje „przeciw”, a ci, którzy nie mają dostępu do internetu lub mieszkają w małych miejscowościach, są praktycznie skazani na niewiedzę.

Niniejsza książka ma właśnie na celu udostępnienie rodzicom danych, które ukrywa się przed nimi, a w które się uzbrajając, będą mogli krytycznie przeanalizować problem. Na użytek rodziców, którzy poszukują alternatywy dla szczepionek, a także chcą więcej wiedzieć o możliwościach domo-

wego leczenia najbardziej rozpowszechnionych chorób dziecięcych, przytaczam niektóre dane na temat leczenia homeopatycznego i naturopatycznego.

Czytelnicy mogą stosować te metody wyłącznie na własną odpowiedzialność – dotyczy to szczególnie leczenia przy pomocy dużych dawek witaminy C.

Mimo że posiadane dane wyglądają obiecująco, należy pamiętać, że nie prowadzono szczegółowych badań nad takim leczeniem, a dawkowanie dobierano empirycznie. Leczenie to powinien prowadzić lekarz.

Homeopatyczne metody leczenia są opracowane bardziej szczegółowo, lecz również w tym wypadku rodzice muszą pamiętać, że to oni i tylko oni odpowiadają za zdrowie swych dzieci.

Optymalnym wariantem była, jest i będzie konsultacja z lekarzem cieszącym się zaufaniem rodziców.

Niestety w naszych czasach, w których kwalifikacje wielu lekarzy, z punktu widzenia ich umiejętności przywracania zdrowia, są katastrofalnie niskie, a stosowanych przez nich oficjalnie zatwierdzonych metod tłumienia chorób nie można inaczej scharakteryzować niż jako barbarzyńskie i całkowicie sprzeczne z naturą (antybiotyki w przypadkach uzasadnionych i nieuzasadnionych, hormony, sterydy, maści itp.),

znalezienie takiego lekarza staje się coraz trudniejsze.

Muszę jeszcze zastrzec, że w książce tej omawiam masowe profilaktyczne szczepienia dzieci umieszczone w kalendarzach szczepień wielu krajów (wyjątkiem są szczepionki przeciw grypie).

Kwestia leczniczych szczepionek, w tym również przeciw wściekliźnie w razie pogryzienia przez przypuszczalnie wściekłe zwierzęta, to całkiem odrębny temat, którego na razie nie poruszam.

Pragnę szczerze podziękować wszystkim, którzy mi pomagali. Wątpię, czy książka, którą ma w rękach Czytelnik, ujrzałaby światło dzienne bez pomocy, której jako korektor, redaktor i po prostu dobry doradca na wszystkich etapach pracy, udzieliła mi Galina Łobanowa (Sankt Petersburg).

To ona odszukała i przysłała mi niektóre stare publikacje przechowywane w Rosyjskiej Bibliotece Narodowej. Wiele z wykorzystanych w tej książce materiałów odnalazła w izraelskich bibliotekach i udostępniła mi Xenia Michajłowa (Jerozolima).

W trakcie pracy nad książką otrzymywałem rozsądne rady i wyjaśnienia od Aleksandra Jastrebowa (Sankt Petersburg) i Aleksandry Kazacek (Melbourne).

Doktor Anatolij Szyłow (Jarosław) nigdy nie odmówił mi pomo-

cy w poszukiwaniu potrzebnych materiałów w rosyjskich źródłach.

Kilka bardzo ważnych książek przysłał mi uprzejmie doktor Aleksander Martens (Moskwa), a doktor Aleksander Iwaniw (Odessa) bezzwłocznie zaspokajał moją ciekawość w zakresie stosowania niozodów [leków homeopatycznych sporządzanych z chorobowo zmienionych tkanek – przyp. red.].

Ogólnie rzecz biorąc, liczba tych, którzy bezpośrednio lub pośrednio, materiałami lub po prostu dobrą radą świadczyli mi pomoc, lekarzy i osób z innych branż z całego świata, do których zwracałem się z prośbami o współpracę, wynosi kilkadziesiąt osób.

Nie będę tu wymieniał ich nazwisk, lecz pragnę, by wszyscy moi przyjaciele i koledzy wiedzieli, że doceniam wyświadczone mi przysługi i o nich pamiętam.

Oddzielnie wspominam o Hilary Butler (Nowa Zelandia), która mimo bezmiaru zajęć i pracy na rzecz społeczeństwa zawsze starała się nie pozostawiać bez odpowiedzi moich pytań i odpowiadać na nie w miarę szybko i wyczerpująco.

Mam nadzieję, że studium materiałów niniejszej książki pozwoli Czytelnikom wyrobić sobie własne zdanie o szczepionkach. Zdanie oparte na informacji, dzięki któremu rodzice zdołają dokonać własnego wyboru.

Przedmowa autora do wydania drugiego

Po tym, jak „Bezłitosna immunizacja” ujrzała światło dzienne, otrzymałem ogromną liczbę listów, zarówno od lekarzy, jak i osób niezwiązanych z medycyną, które przeczytały książkę. Interesujące jest, że choć nierzadko wytykano mi niewielkie pomyłki i nieścisłości, ani jeden list nie podał w wątpliwość nie tylko samej idei książki, lecz nawet poszczególnych wniosków w niej zawartych. Nie oznacza to oczywiście, że baza dowodowa była bezbłędna. Do drugiego wydania „Bezłitosnej immunizacji” włączyłem nowe fakty i moje komentarze do nich, które mają wykazać Czytelnikowi ułomność i zagrożenia wynikające z obecnych praktyk szczepieniowych. W zasadzie wszystkie rozdziały zostały zmodyfikowane i poprawione. Oprócz tego dodałem nowy rozdział „Powikłania poszczepienne”, w którym pragnę ukazać, w jaki sposób obrońcy szczepionek na różnych poziomach praktyki medycznej tworzą statystykę krańcowo małej liczby powikłań poszczepiennych, stosownie do koncepcji „korzystać

ze szczepień znacznie przewyższa ich ryzyko”. Podobnie jak podczas pracy nad pierwszym wydaniem książki otrzymałem znaczną pomoc od Aleksandra Jastrebowia i Aleksandry Kazaczek, za co jestem im szczerze wdzięczny. Niektóre stare i unikalne materiały zostały odszukane i udostępnione mi przez Rozę Borodecką, której pragnę wyrazić swą głęboką wdzięczność. Wiele ważnych rad otrzymałem w prywatnej korespondencji oraz na forum przy mojej stronie internetowej. Nie mam możliwości wymienienia każdej osoby z nazwiska, lecz moja wdzięczność wobec wszystkich, którzy pomagali mi słowem i czynem w pracy nad drugim wydaniem książki, wcale nie jest w związku z tym mniejsza.

Mam nadzieję, że drugie wydanie „Bezłitosnej immunizacji” nie będzie ocenione niżej niż pierwsze, które zebrało pochlebne recenzje. Wszystkie opinie i uwagi zostaną przyjęte przez autora z wdzięcznością.

Aleksander Kotok
kwiecień 2006 rok

Wstęp do wydania polskiego

– Ogólnopolskie Stowarzyszenie

Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP

Do rąk polskiego Czytelnika trafia z niecierpliwością oczekiwana książka rosyjskiego lekarza Aleksandra Kotoka. Autor jest znany z wcześniejszej publikacji na polskim rynku medycznym „Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach dla myślących rodziców” (Wydawnictwo Lekarskie SIMILIMUM, Nowy Sącz 2011).

Potrzeba informacji

Oferta szczepień kierowana jest obecnie do szerokiej populacji. Stale wydłużana jest lista szczepień włączanych przez Główny Inspektorat Sanitarny do obowiązkowego kalendarza szczepień dla dzieci (26 dawek refundowanych szczepień w pierwszych dwóch latach życia plus wiele zalecanych nierefundowanych), przygotowuje się także obszerne kalendarze szczepień uzupełniających dla dorosłych i personelu medycznego. Szczepionki są intensywnie reklamowane w mediach, przychodniach i na oddziałach położniczych, jednocześnie jednak brakuje rze-

telnych informacji na ich temat. Położnice dostają pakiety reklamowe, ale nie są informowane o preparatach stosowanych do szczepień szpitalnych, a nierzadko nie informuje się ich nawet o samym fakcie wykonania szczepienia. Przychodnie obwieszane są plakatami i oferują duży wybór szczepionek, lecz lekarze nie są w stanie wymienić ich składników, nie mówiąc o bardziej wyczerpujących objaśnieniach. Medycy i urzędnicy naciskają na wysoką wyszczepialność, ale całą odpowiedzialność za zaszczepienie dziecka zrzucają na rodziców – którym nie pokazuje się nawet ulotki preparatu i nie udziela pełnej informacji ani o korzyściach dla danego dziecka, ani o możliwych skutkach ubocznych.

„Bezłitosna immunizacja. Prawda o szczepionkach” to kolejna książka wypełniająca tę lukę informacyjną. Przybliży jeszcze bardziej niezwykle kontrowersyjny temat masowych szczepień profilaktycznych, które od lat mają swoich zagorzałych zwolenników i nie mniej

zdecydowanych przeciwników. Zrozumiałe zapytania o powikłania poszczepienne i głosy krytyczne związane z nimi giną niestety w medialnej wrzawie, której celem wydaje się jedynie spolaryzowanie społeczeństwa w celu uniemożliwienia rzeczowej dyskusji. Problem ten dotyczy ogromnej rzeszy całkowicie zdezorientowanych rodziców i lekarzy. W tej masie ludzi część decyduje się na szczepienia, nie dysponując nawet podstawową wiedzą na ich temat. Rosnąca grupa osób poszukuje jednak rzetelnych, niezależnych od producentów i sprzedawców, informacji na temat preparatów szczepionkowych.

Książka, pisana bardzo przejrzystym i przystępnym językiem, przybliżyła temat chorób zakaźnych, produkowanych przeciwko nim szczepionek oraz szkodliwych skutków szczepień. To zagadnienia jakże często pomijane całkowitym milczeniem przez większość lekarzy oraz ekspertów wakcynologii i urzędników, forsujących programy szczepień na całym świecie. Jest to pierwsza w Polsce książka poświęcona skrywanej stronie szczepień, która ma tak bogatą bibliografię. Czytelnik może sam odszukać ponad 1000 źródeł informacji, z których korzystał dr Aleksander Kotok – rosyjskich, amerykańskich, brytyjskich, niemieckich, australijskich, japońskich i wielu innych.

Polski a rosyjski system szczepień

Czy istnieją podobieństwa pomiędzy Rosją i Polską pod względem systemu szczepień, odsetka zaszczepionych osób i zachorowań na choroby zakaźne?

W 1997 roku, za prezydentury Borysa Jelcyna, parlament rosyjski zaproponował zwołanie ogólnokrajowej konferencji dotyczącej szczepień. Wzięli w niej udział lekarze, prawnicy i urzędnicy. Efektem rozmów było zniesienie przymusu i obowiązku szczepień w Rosji, jako całkowicie nieefektywnego i społecznie szkodliwego proceduru. I co się okazało? Poziom wyszczepialności pozostał prawie niezmienny. Oprócz tego parlament uchwalił ustawę o profilaktyce immunologicznej, w której szczegółowo omówiono także rodzaje odszkodowań za powikłania poszczepienne u dzieci i osób dorosłych (patrz fragmenty rosyjskich ustaw na końcu książki, w tym Ustawa Federalna o Profilaktyce Szczepień Chorób Zakaźnych z 17 września 1998 roku).

Wszystko wygląda zatem tak, jak powinno być w państwie demokratycznym. A jak jest w Polsce?

Od początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia trwały przygotowania do rozszerzenia kalendarza obowiązkowych szczepień dla dzieci. Decyzje o dodaniu nowych

szczepionek do kalendarza zawsze zapadały z dala od mediów i opinii publicznej. Nigdy nie podawano do wiadomości publicznej szczegółowych kryteriów, którymi kierowali się konsultanci medyczni w wyborze szczepionek. W chwili wydania tej książki zapadają decyzje o wprowadzeniu kolejnych szczepionek, które mają znacznie powiększyć liczbę dawek i przeznaczonych na ich zakup publicznych pieniędzy.

W roku 2008 podczas nowelizacji ustawy o chorobach zakaźnych i zdrowiu publicznym wycofano z niej archaiczny zapis o karaniu osób uchylających się od szczepień, jak przystało na cywilizowane demokratyczne państwo. Niestety, w praktyce nic się nie zmieniło, ponieważ urzędnicy sanepidu, używając różnego rodzaju nadinterpretacji prawnych, dalej nakładali i nakładają grzywny na osoby, które – najczęściej z powodu wystąpienia poważnych powikłań po poprzednich szczepieniach – odmawiają kolejnych zabiegów.

Problemy polskiego systemu szczepień

W 2012 roku uchwalono kolejną nowelizację ustawy o chorobach zakaźnych i inspekcji sanitarnej. Nie uregulowano w niej postępowania wobec osób odmawiających szczepień, natomiast wprowadzono wiele bardzo niekorzystnych i niebez-

piecznych dla polskiego społeczeństwa zmian. Między innymi zmieniono definicję choroby zakaźnej na znacznie szerszą (co pozwala na ogłoszenie epidemii pod byle pretekstem), przeniesiono zapisy dotyczące epidemii do zapisów ogólnych ustawy (dając urzędnikom wolną rękę w postępowaniach administracyjnych), przyznano głównemu inspektorowi sanitarnemu uprawnienie do ogłaszania stanu epidemii (przedtem mógł to zrobić tylko Minister Zdrowia), wprowadzono poważne utrudnienia w dostępie do informacji publicznej o zachorowaniach na choroby zakaźne i powikłaniach poszczepiennych oraz zniesiono zwrot kosztów lekarzom za zgłaszanie NOP-ów (niepożądanych odczynów poszczepiennych).

Jednocześnie całkowicie zignorowano apele społeczne dotyczące odszkodowań dla dzieci i dorosłych dotkniętych powikłaniami poszczepiennymi. W 18 krajach europejskich nie ma przymusu i obowiązku szczepień (patrz tabela na s. 16). W 12 krajach Europy oraz w USA, Japonii, Rosji, Tajwanie, Korei Północnej oraz Quebecu w Kanadzie istnieją rządowe ustawy o odszkodowaniach i rekompensatach za doznanie uszczerbku na zdrowiu spowodowanego szczepieniami (patrz tabela na s. 17). W Polsce nie.

Polska jawi się więc nie jako kraj postępowy i demokratyczny,

Kraje, w których szczepienia nie są obowiązkowe (lecz są refundowane przez państwo)	Kraje, w których obowiązkowe są tylko pojedyncze szczepionki (1–4)
Portugalia	Francja – błonica, tężec, polio (IPV)
Hiszpania	Belgia – polio (IPV)
Wielka Brytania	Włochy – błonica, tężec, wzv B, polio (IPV)
Irlandia	Malta – błonica, tężec, polio (IPV)
Islandia	
Norwegia	
Szwecja	
Finlandia	Kraje, w których jest wiele szczepień obowiązkowych (refundowanych przez państwo), w tym wiele archaicznych (np. BCG czy OPV)
Niemcy	
Holandia	Polska
Luksemburg	Czechy
Szwajcaria	Słowacja
Austria	Węgry
Rosja	Łotwa
Estonia	Rumunia
Litwa	Bułgaria
Dania	Grecja
Cypr	Słowenia

Źródło danych: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V17N22/art20183.pdf>
(data dostępu: 04.06.2015 r.)

lecz jako republika bananowa trzeciego świata, jako kraj zniewolony, poligon doświadczalny firm farmaceutycznych. To kraj z liczbą ludności poniżej 38 milionów, z ujemnym przyrostem naturalnym, z jednym z najwyższych wskaźników śmiertelności noworodków szczepionych w pierwszej dobie życia (w krajach Europy Zachodniej pierwsze szczepienia są przeprowadza-

ne po ukończeniu 2.–5. miesiąca życia dziecka), z oszałamiającą liczbą zgonów z powodu błędów lekarskich (specjaliści Uniwersytetu Jagiellońskiego szacują, że jest ich ok. 7500–23 000 rocznie¹⁾) i z najniższym w Europie zaufaniem do lekarzy. Lekarzom brakuje ogólnej wiedzy medycznej, nie potrafią też rozpoznać powikłań poszczepiennych, nie zgłaszają ich do sanepidu

[1] M. Kautsch i J. Żak ogłosili w fachowym periodyku „Zdrowie i Zarządzanie”, 2/2001, tom III artykuł zatytułowany „Błędy lekarskie i ich koszty”. We fragmencie kończącym rozważania znalazł się następujący akapit: „Jeżeli niemieckie oceny dotyczące wskaźnika zgonów, za które winę ponoszą lekarze, odnoszą się do Polski, to uśmiercaliśmy w tym okresie 7,5 tysiąca osób rocznie, jeżeli amerykańskie – 23,6 tys. Jeżeli uznamy dane brytyjskie za bardziej zasadne, uśmiercaliśmy rocznie 23 tys. osób, a szkodzilibyśmy co roku 370 tysiącom pacjentów”.

KRAJE, W KTÓRYCH FUNKCJONUJE SYSTEM ODSZKODOWAŃ ZA POWIKŁANIA POSZCZEPIENNE			
KRAJ	DATA WPROWADZENIA		
Niemcy	1961	Quebec (Kanada)	1985
Francja	1963	Tajwan	1988
Japonia	1970	USA	1988
Szwajcaria	1970	Włochy	1992
Austria	1973	Korea Płd.	1994
Nowa Zelandia	1974	Norwegia	1995
Szwecja	1979	Rosja	1998
Wielka Brytania	1979	Islandia	2001
Finlandia	1984	Słowenia	2004
		Węgry	2005

Źródło danych: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/5/10-081901/en/>
(data dostępu: 04.06.2015 r.)

ani – tym bardziej – nie wiedzą, jak je leczyć¹¹.

W polskich szpitalach, przychodniach i placówkach sanepidu każdego dnia dochodzi do rażących naruszeń praw obywatelskich. Począwszy od przeprowadzania szczepień i zabiegów medycznych bez zgody rodziców, przez nieprzekazywanie obiektywnych informacji o ryzyku związanym ze szczepieniem i możliwych powikłaniach, łamanie kodeksu etyki lekarskiej, praw pacjenta i praw konstytucyjnych, aż po łamanie prawa przez urzędników publicznych (województw i pracowników sanepidu), ściągających z rodziców bezprawnie nakładane „grzywny” za odmowę

szczepień dziecka. Oszukiwanie, straszenie sądem rodzinnym, więzieniem i ogromnymi grzywnami, straszenie śmiercią dziecka lub ciężkimi powikłaniami po chorobie, jeśli dziecko nie będzie szczepione, wyśmiewanie i poniżanie przy innych pacjentach rodziców, którzy odmawiają szczepień (najczęściej z powodu wystąpienia powikłań poszczepiennych) – to dzieje się każdego dnia w naszym kraju i nosi znamiona prześladowań.

Szczepienia jako eksperyment medyczny

Polska nie ratyfikowała Europejskiej Konwencji Bioetycznej – przyjętej przez 29 krajów eu-

[11] Zobacz m.in.: prof. Jacek Wysocki i dr Hanna Czajka, 2002 r., „Zespół hipotoniczno-hiporeaktywny (HHE) po zastosowaniu skojarzonej, pełnokomórkowej szczepionki przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTPw)”, apel prof. Andrzeja Zielińskiego do lekarzy o zgłaszanie NOP z 2008 r.: <http://www.prawdaoszczepionkach.pl/apel-w-sprawie-zglaszania-chorob-zakaznych-i-niepoznadanych-odczynow-poszczepiennych-z-2008-r-78,220.htm> (data dostępu 04.06.2015 r.).

ropejskich^{III} – która zakazuje jakichkolwiek eksperymentów na ludziach, i która mówi, że życie i zdrowie jednostki nie mogą być poświęcane dla ogółu społeczeństwa, bo są dobrem najwyższym. W naszym kraju regularnie prowadzi się ogromną liczbę badań klinicznych szczepionek na noworodkach i niemowlętach, na przykład szczepionek poliwalentnych, przeciwko meningokokom czy pneumokokom. Na przykład od 2003 roku nielegalnie podawano dzieciom w wieku 1,5 miesiąca szczepionkę Pentaxim, podczas gdy preparat był zarejestrowany do szczepienia dzieci, które ukończyły 2 miesiące. Dopiero w 2011 roku decyzją Ministra Zdrowia, po tym, jak producent przedłożył dokumentację z nowych badań klinicznych, wiek podawania preparatu został formalnie obniżony do co najmniej 6. tygodnia życia. Do takich eksperymentów można również zaliczyć podawanie szczepionki Infanrix Hexa (6w1) w czterech dawkach zamiast zalecanych przez producenta GSK (GlaxoSmithKline) trzech dawek, a także wyprowadzanie dziewczynek z lekcji na szczepienie przeciwko HPV bez udzielenia wcześniej pełnej informacji i bez

obecności rodziców. Pielęgniarki zabierają matkom noworodki na porodówkach i szczepią je, łamiąc prawo: bez wiedzy rodziców, bez ich obecności, bez ich zgody, a czasem również pomimo ich jasno wyrażonego sprzeciwu. Głośnym echem odbiło się także testowanie szczepionki przeciwko ptasiej grypie, Focetria firmy Novartis, w Grudziądzu. Personel przychodni wmaśniał tam dorosłym pacjentom, że to szczepionka przeciwko zwykłej grypie. Szczepiono również bezdomnych, z których część zmarła. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych przyznał wówczas, że sytuacja może się powtórzyć, ponieważ system nadzoru nad badaniami klinicznymi jest całkowicie niewydolny, a same testy nie były rejestrowane przez żadną powołaną do tego polską instytucję^{IV}.

Wiele szczepionek na polskim rynku obecnych jest od niedawna i stosunkowo mało wiemy o ich skutkach ubocznych. Badania kliniczne I, II i III fazy (przed wdrożeniem produktu na rynek) są przeprowadzane na ograniczonej liczbie pacjentów, do tego wyselekcjonowanych, więc miarodajność ich wyników jest ograniczona – mogą nie wykryć rzadkich skutków ubocz-

[III] Źródło: <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?NT=164&CM=&DF=&CL=ENG> (data dostępu: 09.04.2015 r.). [IV] Źródło: <https://archive.today/GwNWu>, data dostępu: 09.04.2015 r.

[IV] Źródło: <https://archive.today/GwNWu>, data dostępu: 09.04.2015 r.

nych lub powikłań, które wystąpią u grup pacjentów niedostatecznie reprezentowanych w badaniach. Badania kliniczne IV fazy to po prostu monitorowanie skutków ubocznych leków już zarejestrowanych i obecnych w sprzedaży. Innymi słowy, stosowanie leków obecnych na rynku krócej niż kilka lat zawsze, do pewnego stopnia, oznacza poddawanie się eksperymentowi medycznemu. Powracającym problemem jest monitorowanie powikłań poszczepiennych. Jeśli nie jest aktywne – nie uprzedza się pacjentów o wszelkich możliwych powikłaniach oraz konieczności obserwacji pod kątem nowych, niewymienionych w ulotce, ani nie pyta się ich po zabiegu o stan zdrowia – to wykrywalność powikłań jest bardzo niska (spada nawet do 1%). Trzecia trudność to brak neutralnego placebo w badaniach klinicznych: zamiast niego w grupie kontrolnej z reguły podawana jest... inna szczepionka lub preparat zawierający adjuwanty, dodatki obecne najczęściej także w testowanym produkcie. Łatwo sobie wyobrazić, że porównanie leku z podobnym produktem nie wykaże takich różnic w skutkach ubocznych, jakie mogłoby wykazać porównanie z faktycznym, nieszkodliwym placebo. Nigdy nie przeprowadzono też porównania stanu zdrowia grupy osób nieszczepionych w ogóle z grupą osób zaszczepio-

nych wszystkimi szczepionkami z firmowanego przez państwo kalendarza szczepień.

Rola koncernów i innych organizacji w propagowaniu szczepień

Książka ukazuje się w czasie, gdy koncerny farmaceutyczne prowadzą w naszym kraju niezwykle agresywne działania reklamowo-handlowe. W mediach głównego nurtu coraz powszechniejsze są reklamy szczepionek udające kampanie społeczne, odwołujące się do emocji i uczuć rodziców w taki sposób, aby wzbudzić w nich poczucie winy, jeśli nie zaszczepią swoich dzieci promowanymi preparatami.

W głównych kanałach telewizyjnych, radiowych i prasowych audycje i artykuły na temat szczepień pokazują problem tylko jednostronnie – z punktu widzenia instytucji i wyimaginowanego „dobra publicznego” oraz odporności zbiorowej (stadnej). Natomiast krytyczne opinie na temat kalendarza szczepień i informacje od rodziców dzieci okaleczonych przez szczepionki są nagminnie zbywane milczeniem lub bagatelizowane.

Sanepid w Polsce jest instytucją odpowiedzialną jednocześnie za rozprowadzanie szczepionek, realizację szczepień i za nadzór nad całym systemem; instytucją rozliczającą się z wyszczepialności i wyznaczoną do monitorowania



powikłań poszczepiennych, co rodzi wiele konfliktów. Wielu kierowników powiatowych stacji sanepidu szanuje decyzje rodziców w sprawie szczepień ich dzieci, niektórzy jednak nagminnie łamią prawa człowieka i pacjenta dla odrobiny władzy i pieniędzy. Ci drudzy usiłują nakładać na rodziców grzywny – bez wyroku sądowego – na podstawie własnych, swobodnych interpretacji przepisów prawa, które już dwukrotnie zostały podważone przez Naczelny Sąd Administracyjny. Rodzice zaskarżający samowolę sanepidów do sądów administracyjnych nieodmiennie wygrywają sprawy sądowe. Nadgorliwi urzędnicy uciekają się też do wyłudzenia danych osobowych, nękania osób postronnych, nasyłania na swoje

ofiary służb niemających związku ze szczepieniami, a także do stosowania niczym nieuzasadnionych gróźb nałożenia niebotycznych kar czy odebrania dzieci.

Problemy z sanepidem miewają również lekarze, którzy sumiennie zgłaszają powikłania poszczepienne. Są szykanowani przez urzędników, którzy zarządzają nadprogramowe kontrole, a nawet składane są na nich skargi do sądów lekarskich. Tylko nieliczne stacje sanepidu rzetelnie przyjmują i rozpatrują zgłoszenia, większość nie dba o to lub wręcz aktywnie utrudnia raportowanie powikłań. Polscy lekarze mają ustawowy obowiązek zgłaszania podejrzenia NOP, czyli każdego pogorszenia stanu zdrowia w okresie do 4 tygodni po szczepieniu (1

roku po szczepieniu BCG), a ustawa epidemiologiczna przewiduje karę grzywny z kodeksu wykroczeń za niedopełnienie tego obowiązku. Niestety, rzetelność w tym względzie jest w Polsce bardzo niska. Zgłaszalność powikłań polekowych w pasywnym systemie monitorowania oscyluje wokół jednego procenta. Tymczasem sanepidy, tak gorliwe w próbach przymuszania rodziców do ryzykowania zdrowiem dzieci, do 2013 roku nie nałożyły na niedbałych lekarzy ani jednej grzywny. Przy tym wszystkim warto wspomnieć, że wyszczepialność wśród samego personelu medycznego, pomimo zwiększonego ryzyka zawodowego, jest nikła. Na przykład według szacunków NIZP-PZH liczba szczepiących się przeciwko grypie osób ze środowiska medycznego jest wyjątkowo niska i wynosi około 5–6 procent.

Rodzice, co zrozumiałe, bardzo liczą na wsparcie lekarzy w podejmowaniu decyzji o szczepieniach i czują się rozgoryczeni i oszukani, spotykając się z dezinformacją lub manipulacją przed szczepieniem, a później brakiem empatii lub niekompetencją w razie powikłań. Ze strony środowiska medycznego spodziewają się wsparcia, merytorycznej dyskusji i wiedzy. Niestety, z wielu powodów: braku czasu, dostępu do literatury medycznej, w tym obcojęzycznej, a także opi-

sanych powyżej nacisków, lekarze nader często nie są partnerami do podejmowania takich decyzji. Wielu z nich wiedzę o pojawiających się na rynku preparatach zdobywa, jeśli w ogóle, na szkoleniach finansowanych przez koncerny farmaceutyczne lub od przedstawicieli handlowych odwiedzających przychodnie. Ponadto lekarzy straszy się wprost utratą prawa do wykonywania zawodu za sceptyczne wypowiedzi o szczepieniach. Wiedząc o tym, trudno się już dziwić, że nie mając zawodowej alternatywy dla zdobywanej żmudnie i z poświęceniem profesji, obawiają się otwartych wystąpień przeciwko jakemukolwiek aspektowi odgórnie narzucanego programu szczepień.

Polskie państwo zakupuje preparaty szczepionkowe dla obywateli. Nie na wszystkie nowości starcza jednak pieniędzy podatników. Wówczas koncerny farmaceutyczne skupiają swoje działania na lokalnych władzach. Urzędnicy są poddawani indoktrynacji ze strony przedstawicieli farmaceutycznych, aby finansować dodatkowe szczepienia z pieniędzy publicznych na szczeblu samorządowym. Na przykład, choć polskie Ministerstwo Zdrowia nie rekomendowało szczepień przeciwko HPV (mylnie nazywanych szczepieniami przeciwko rakowi szyjki macicy), przeprowadzono szeroką kampanię szczepień

w poszczególnych województwach z wykorzystaniem funduszy przeznaczonych na profilaktykę zdrowotną^V, reklamując szczepionki nawet w szkołach. Podobny zasięg miała kampania reklamowa szczepień przeciwko pneumokokom. Głośne były też protesty i skargi rodziców do Rady Etyki Mediów w sprawie nieetycznego reklamowania szczepionek przeciwko rotawirusom^{VI}. Szczególnie wiele kontrowersji otacza szczepienia przeciwko grypie (zwykłej, ptasiej i świńskiej). W kampaniach promocyjnych całkowicie pomija się milczeniem realne zagrożenia i ryzyko związane z podawaniem szczepionek niemowlętom, dziewczynkom (HPV – Gardasil/Silgard i Cervarix) i młodzieży.

Powikłania poszczeniennne

Każdego roku kalendarz szczepień w Polsce jest powiększany o kolejne dawki szczepionek obowiązkowych i zalecanych. Na początku 2015 roku posłanki i posłowie Platformy Obywatelskiej zaproponowali projekt poszerzenia obowiązkowego kalendarza szczepień ochronnych dla dzieci i młodzieży o szczepionki przeciwko pneumoko-

kom, meningokokom, ospie wietrznej i HPV. Kwoty wydane na dodatkowe szczepienia będą ogromne, sięgające kilkuset milionów złotych rocznie, oczywiście płaconych z naszych podatków, i odbędzie się to kosztem pozostałych wydatków na zakup leków czy zabiegi medyczne. Koszt potencjalnych powikłań poszczeniennnych zupełnie nie został wzięty pod uwagę. Tymczasem, jak zostało opisane powyżej, system zgłaszania i monitorowania niepożądanych odczynów poszczeniennnych (NOP) praktycznie nie funkcjonuje. Obecnie w warszawskiej prokuraturze toczy się postępowanie dotyczące ponad 60 skarg na niewydolność systemu rejestracji NOP i przeciwko lekarzom, którzy nie zgłosili niepożądanych odczynów poszczeniennnych.

Lekarzy w Polsce nie uczy się prawidłowego rozpoznawania odczynów poszczeniennnych. Tym samym nie potrafią oni wdrożyć skutecznego sposobu leczenia powikłań. Stan dzieci z powikłaniami jeszcze się pogarsza po kolejnych wmuszanych im szczepieniach, ponieważ kryteria kwalifikacji do szczepień, podobnie jak kalendarz szczepień, są stale poszerzane,

[V] Roczny fundusz profilaktyczny w Poznaniu na HPV.

[VI] http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,7600866,Kampania__Obejmij_mnie_szczepieniem__narusza_kodeks.html (data dostępu 04.06.2015 r.). <http://mediamarketingpolska.pl/artykuly/82353,just-zapewni-strategie-i-kreacje-kampanii-stop-pneumokokom> (data dostępu 04.06.2015 r.).

z korzyścią dla dystrybutora, lecz ze szkodą dla małych pacjentów. Kryteria te są zresztą niejasne i arbitralne – brakuje oficjalnych polskich wytycznych. Lekarzom mówi się jednak, że powikłanie poszczepienne nie jest przeciwwskazaniem do dalszych szczepień. Nie są też przeciwwskazaniami (choć wiele z nich do niedawna było): gorączka poniżej 38,5°C, przeziębienie, katar, kaszel, a nawet antybiotykoterapia, AZS (atopowe zapalenie skóry), astma, cukrzyca, padaczka, porażenie dziecięce czy nowotwory. I jak to pogodzić z oczywistym niegdyś twierdzeniem, że do szczepienia lekarz powinien zakwalifikować tylko zdrowe dziecko? Należy podkreślić, że w Polsce nie ma oficjalnych wytycznych kwalifikacji do szczepień ani osób odpowiedzialnych za edukację lekarzy w tym temacie.

Po szczepieniu, kiedy matka przychodzi roztrzęsiona do lekarza, bo z dzieckiem dzieje się coś niedobrego, słyszy wątpliwej jakości „porady” w rodzaju: „To dobrze, widać, że organizm walczył!”, „To normalne, wszystkie dzieci tak mają”, „Według mnie to nie jest NOP, bo jakby był, tobym zgłosiła”, „To nic takiego, ale na wszelki wypadek proszę przyłożyć altacet w miejscu wkłucia i dać czopek z paracetamolem”. Nie ma rzetelnych badań, diagnozy i nie ma mowy o zgłoszeniu NOP-u do sanepidu.

Statystyki powikłań są więc zafałszowane w niewiarygodnym stopniu. W 2008 roku na ten problem zwrócił uwagę prof. Andrzej Zieliński: „Jednak obowiązek ustawowy raportowania rozpoznanych chorób stanowi w tym całym nawale pracy bardzo niewielkie obciążenie. **Apeluję więc do Kolegów Lekarzy o skrupulatne dokonywanie obowiązkowych zgłoszeń zachorowań i NOP dla wspólnego dobra lekarzy i pacjentów** [podkreślenie prof. Zielińskiego]”.

Co w sytuacji, gdy to nam przytrafia się NOP?

W Polsce rocznie zgłaszanych i rejestrowanych jest około 1800 powikłań poszczepiennych (przed powstaniem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP zgłaszano ich jeszcze mniej, ok. 1000 – patrz tabela na s. 20). Jak w takim razie należy oceniać fakt, że do Stowarzyszenia – które zresztą wciąż jest mało znane – co miesiąc dociera około 200 zgłoszeń o gwałtownym pogorszeniu stanu zdrowia dziecka bezpośrednio po szczepieniach? A ilu rodziców zupełnie nie wie, że po szczepieniu może się stać coś złego? Przecież lekarze przedstawiają szczepionki jako cud medycyny XXI wieku, wmawiając, że są całkowicie bezpieczne, a jedy-
nymi objawami poszczepiennymi

mogą być niewielka gorączka i zaczerwienienie w miejscu wkłucia. Wychodzi na to, że w Polsce wszystkie powikłania poszczepienne to zaczerwienienie i stan podgorączkowy, wystarczy okład, zbiecie temperatury, i po kłopotcie. Reszta objawów nie ma związku ze szczepieniem.

Dlatego też rodzice powinni dysponować choć podstawową wiedzą na temat możliwych zmian zachowania i zdrowia swojego dziecka po każdym szczepieniu. Obserwacja dziecka jest niezbędna, aby wychwycić nawet najmniejsze zmiany. Pozwoli to na podjęcie szybkich działań razem z lekarzem, aby przeciwdziałać ewentualnym trwałym skutkom powikłań poszczepiennych. Od szybkiej pomocy lekarzy specjalistów często zależą skuteczne leczenie i rehabilitacja. Działania na własną rękę nie wydają się najlepszym rozwiązaniem, choć bardzo często to rodzice są pozostawieni z problemem sami sobie.

W przypadku niezgłoszenia NOP-u (lub jego podejrzenia) przez lekarza rodzic powinien uzyskać kserokopię dokumentacji medycznej (najlepiej zrobić fotokopię samemu, aby mieć dowód na wypadek fałszowania dokumentacji), i samemu zgłosić NOP do sanepidu oraz do URPL (Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych). Jednocześnie o fakcie

odmowy zgłoszenia NOP-u (lub jego podejrzenia) przez lekarza należy pisemnie powiadomić: jego przełożonych, Naczelną Izbę Lekarską, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia. Można również zgłosić problem do prokuratury.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP od czterech lat stara się zwrócić uwagę posłów i senatorów, urzędników i lekarzy na problemy związane ze szczepieniami w Polsce. Stowarzyszenie nie występuje przeciwko szczepieniom, lecz opowiada się za zniesieniem obowiązku i przymusu szczepień, wprowadzeniem wolności wyboru i szacunkiem do świadomych decyzji obywateli. W tym celu, oczywiście, dana osoba lub jej opiekun musi otrzymać od lekarza obiektywne i pełne informacje o bilansie korzyści i ryzyka, w odniesieniu do indywidualnej sytuacji i stanu organizmu. Dziecko nie jest własnością państwa. Dbłość o jego zdrowie to obowiązek rodziców i opiekunów prawnych, to do nich należy decyzja o szczepieniu i to oni, razem z dzieckiem, będą zawsze ponosić konsekwencje swoich wyborów.

Stowarzyszenie domaga się wprowadzenia jasnego, czytelnego i skutecznego systemu rozpozna-

wania, zgłaszania i egzekwowania zgłoszeń powikłań poszczepiennych. Jest to żądanie korzystne dla każdego obywatela Rzeczypospolitej Polskiej. Ponadto Stowarzyszenie postuluje ustanowienie funduszu odszkodowań dla dzieci i dorosłych dotkniętych powikłaniami poszczepiennymi i utworzenie grupy ekspertów, niezależnych od koncernów farmaceutycznych, do opiniowania szczepionek dostępnych na polskim rynku. Jest to potrzeba tym bardziej paląca, że w Polsce stosuje się szczepionki nieużywane w Europie Zachodniej (Euvax B – przeciwko WZW typu B, podawana w 1. dobie życia, DTPw – przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi, z pełnokomórkowym komponentem krztuśca, OPV – doustna szczepionka z żywym wirusem polio, choroby Heinego-Medina). Niedawne rezygnacje 26 osób z pełnionych przez nie funkcji konsultantów medycznych, po wprowadzeniu przez ministra zdrowia wymogu ujawniania dochodów powyżej 300 złotych pochodzących z koncernów farmaceutycznych, dają do myślenia.

Powyżej przedstawiliśmy tylko bardzo ogólny zarys wad systemu szczepień w Polsce. O rzeczywistym stanie rzeczy rodzice przekonują się codziennie na skórze własnej i swoich dzieci.

Książka „Bezlitosna immunizacja. Prawda o szczepionkach” może pomóc w poszukiwaniach własnego miejsca w świecie dezinformacji i przekłamań medycznych. Przecież każdemu rodzicowi chodzi tylko o jedno: aby jego dziecko było zdrowe. Ale czy droga do zdrowia ma polegać na przymuszaniu do podejmowania zdrowotnego ryzyka? Na przyjmowaniu słów lekarza na wiarę? Na zamianie chorób wieku dziecięcego (obecnie w ponad 90% o lekkim przebiegu) na nieuleczalne choroby przewlekłe (**padaczka, autyzm, nowotwory, cukrzyca**)? Pamiętajmy więc o najważniejszym: nikt nie zwolni nas z odpowiedzialności za własne zdrowie i zdrowie naszych dzieci – zdobywajmy więc wiedzę o szczepieniach (i o chorobach zakaźnych) z wielu źródeł, z każdej strony, i samodzielnie podejmujemy decyzję, co dalej.

Jeśli ta książka sprawi, że choć jeden rodzic lub jeden lekarz zada sobie pytania – Czy to, co do tej pory zrobiono w kwestii szczepień, jest właściwe i dobre dla dzieci? Czy można poprawić obecną sytuację w trosce o naszą przyszłość? – i znajdzie na nie odpowiedzi, to jej zadanie zostało spełnione.

Przemysław Cuske

Cele statutowe Stowarzyszenia STOP NOP to:

1. Promocja i ochrona zdrowia publicznego w oparciu o holistyczną koncepcję człowieka i świata.
2. Poprawa bezpieczeństwa i jakości usług medycznych.
3. Przeciwdziałanie występowaniu niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP).
4. Poszerzanie i upowszechnianie wiedzy na temat faktycznego bezpieczeństwa i skuteczności tzw. szczepień ochronnych oraz alternatywnych metod stymulacji układu odpornościowego organizmu u dzieci i dorosłych.
5. Wspieranie oraz ochrona praw i mienia osób, a także rodzin dotkniętych skutkami niepożądanych odczynów poszczepiennych lub stosujących alternatywne w stosunku do szczepień ochronnych metody zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym.
6. Respektowanie wolności i swobód obywatelskich, a także praw człowieka i pacjenta, szczególnie w zakresie wyboru metody profilaktyki i leczenia chorób, w tym chorób zakaźnych.

POSTULATY Z PETYCJI STOP NOP

Petycja ws. zmuszania rodziców i dzieci do szczepień i ochrony dzieci przed odczynami poszczepiennymi (13.04.2011)

ŻĄDAMY:

1. Natychmiastowego wstrzymania i uznania za bezprawne wszelkich restrykcji wobec rodziców, którzy kierując się dobrem swoich dzieci, podejmują suwerenne decyzje odnośnie do tego, czy, kiedy i jakie szczepionki będą podane ich dzieciom.
2. Wprowadzenia jasnych zapisów w dokumentach prawnych, respektujących prawo rodziców do odmowy szczepienia swoich dzieci.
3. Usprawnienia systemu identyfikacji, kontroli i leczenia niepożądanych odczynów poszczepiennych (w skrócie NOP).
4. Utworzenia specjalnego funduszu odszkodowań dla osób dotkniętych trwałym uszczerbkiem zdrowia lub utratą bliskich wskutek wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Pełny tekst petycji: <http://www.petycje.pl/7000>

Skarga dotycząca ignorowania powikłań poszczepiennych i niedziałającego systemu NOP (22.09.2013)

ŻĄDAMY:

1. Opracowania nowego systemu identyfikacji, kontroli i leczenia niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP), włącznie z opracowaniem procedur gwarantujących opiekunom prawnym i dorosłym pacjentom pełny udział w tym procesie.
2. Utworzenia specjalnego funduszu odszkodowań dla osób dotkniętych trwałym uszczerbkiem zdrowia lub utratą bliskich wskutek wystąpienia NOP i powikłań poszczepiennych.
3. Utworzenia listy biegłych ekspertów – niezależnych od koncernów farmaceutycznych, w tym producentów szczepionek – na potrzeby wydawania opinii niezbędnych w toku spraw sądowych dotyczących powikłań poszczepiennych (z obowiązkiem złożenia oświadczenia o konflikcie interesów).

Pełny tekst petycji: <http://petycje.pl/9970>

**Petycja w sprawie wolności wyboru szczepień
i wycofania niebezpiecznych dla zdrowia
dodatkowych składników zawartych w szczepionkach**

(petycja skierowana wspólnie z Instytutem Ochrony
Zdrowia Naturalnego z siedzibą w Brukseli)

Poprzez niniejszą petycję domagamy się:

1. Prowadzenia rzetelnych badań nad niebezpiecznymi składnikami szczepionek (aluminium, rtęć, formaldehyd, skwalen, polisorbitat 80) w celu informowania naukowców, lekarzy, personelu medycznego oraz całego społeczeństwa o ryzyku, które się z nimi wiąże, oraz badań porównujących stan zdrowia dzieci szczepionych według pełnego programu szczepień i nieszczepionych. Badania takie mają sens tylko wtedy, gdy zespół je prowadzący składa się z niezależnych naukowców, którzy złożyli oświadczenia o braku konfliktu interesów, oraz gdy prowadzi dialog społeczny za pośrednictwem Internetu lub – niezależnych od producentów szczepionek – stowarzyszeń pacjentów.

2. Zaprzestania – w imię zasady ostrożności – stosowania niebezpiecznych składników w szczepionkach, dopóki nie zostaną przeprowadzone powyższe badania i nie poznamy ich wyników.

3. Skuteczniejszego formalnego zobowiązania lekarzy przeprowadzających szczepienia do:

a) przeprowadzenia bardzo dokładnego, potwierdzonego na piśmie wywiadu z pacjentem (rodzicami lub opiekunami w przypadku, gdy pacjentem jest dziecko) odnośnie do aktualnego stanu zdrowia, alergii, astmy, chorób immunologicznych, neurologicznych oraz powikłań poszczepiennych u pacjenta i członków jego rodziny,

b) rzetelnego informowania pacjenta (rodziców lub opiekunów w przypadku, gdy pacjentem jest dziecko) o wszystkich dostępnych na rynku szczepionkach, aby pacjent (lub jego rodzic czy opiekun) mógł dokonać świadomego wyboru preparatu, którym ma zostać zaszczepiony,

c) rzetelnego informowania pacjenta (rodziców lub opiekunów w przypadku, gdy pacjentem jest dziecko) o wszystkich możliwych niepożądanych odczynach i powikłaniach poszczepiennych wymienionych w informacji o produkcie i o konieczności niezwłocznego zgłoszenia ich lekarzowi,

*Państwo nie ma prawa poświęcać ani jednego człowieka
nawet w celu ratowania milionów, gdyż każda jednostka
jest niezwykle cenna i warta równie wiele co milion innych.*

*Narażanie człowieka na operację, która w najlepszym wypadku
nie przynosi żadnej korzyści, zaś w wielu innych zagraża zdrowiu
i życiu, to akt nieuprawnionego zamachu na wolność jednostki,
zamachu nieusprawiedliwionego nawet z punktu widzenia
bezpieczeństwa poszczególnych osób.*

dr Lew Brazol
*Rzekoma korzyść i faktyczna szkoda
szczepień przeciw ospie (1884 r.)*

Szczepionki. Podstawowe problemy

O konkretnych chorobach i szczepionkach będziemy mówić w osobnych rozdziałach, a niniejszy chcę poświęcić problemom mającym związek ze szczepionkami i szczepieniami w ogóle.

Praktyka szczepień jest ułomna z bardzo wielu punktów widzenia – medyczno-biologicznego, prawnego, etycznego, socjologicznego, filozoficznego, ekonomicznego, i uargumentowane omówienie każdego z nich łatwo zapewniłoby materiał na grubą księgę. Teraz jednak jestem zmuszony ogra-

niczyć się do omówienia kwestii w sposób bardzo ogólny.

Przede wszystkim chcę zwrócić uwagę na niezwykłość samego zabiegu szczepienia lub, jak inni go nazywają, immunizacji – stosowania tego drugiego terminu będę unikać na kartach swojej książki².

Kiedy mówimy o jakiejś formie leczenia, jej skuteczności, powikłaniach, cenie (zarówno w dosłownym, jak i przenośnym sensie), którą przychodzi nam płacić za to, by pozbyć się jakiejś choroby lub spowolnić jej niszczyielski dla naszego

[2] Można jedynie żałować, że termin, który jest z gruntu błędny, występuje nawet w Ustawie Federalnej Rosji („Ustawa o profilaktyce immunologicznej chorób infekcyjnych”); należało oczywiście zastosować termin „profilaktyka szczepieniowa”. Taka zamiana pojęć wcale nie jest tak nieszkodliwa, jak mogłoby się wydawać, ponieważ stwarza fałszywe wrażenie, jakoby szczepionka czyniła ludzi odpornymi, czyli chronionymi przed wszelkimi chorobami, niepodatnymi na nie, jeśli przestrzegać ścisłego znaczenia tego słowa (z łaciny: *immunire* – wzmacniać od wewnątrz, chronić lub *immunis* – uwolniony, pozbawiony czegoś. Arnaudow G., *Terminologia medica polyglotta. Medyczna terminologia w pięciu językach*, Sofia 1979, s. 204). W rzeczywistości zaś immunizacją jest uzyskanie ochronnych przeciwciał z mleka matki lub krwi matki, czy też przekazanie naturalnej choroby. Można umownie uznać ten termin jako również pasujący do leczenia surowicami uzyskanymi od superodpornych ludzi lub zwierząt, lecz jest on całkowicie niestosowny w kontekście szczepień. Szczepionka nie czyni człowieka niepodatnym na choroby – przeciwnie, pozajelitowe podanie szczepionki czyni człowieka nosicielem przewlekłej infekcji poszczepiennej, osłabiając następnie układ odpornościowy gospodarza i w żaden sposób nie „immunizując” go! Bardzo trafnie wyraziła tę opinię australijska badaczka, doktor Vera Scheibner: „Odporność nie stanowi rezultatu podania patogenu (i innych czynników infekcyjnych i substancji toksycznych). Już od około stu lat oficjalne badania immunologiczne wykazują, że infekcje szczepieniowe nie uodparniają. Uwrażliwiają, czynią szczepionego bardziej podatnym na te

uczynić go w niewiadomym stopniu chorym, aby potem ten stał się zdrowszym”? A jeśli zastanawiają się, to czyżby się z nią zgodzali?

Trudno obecnie znaleźć kraj, w którym szczepień dokonywałoby się przymusowo. Praktycznie nie istnieją kraje uważające się za demokratyczne, w których rodzice nie mogliby dokonać wolnego i świadomego wyboru polegającego na odmowie szczepień [prawdopodobnie autor nie odwiedził Polski – przyp. red.].

Jednak rzeczywiście świadomy wybór może opierać się jedynie na pełnej informacji, a dostęp do niej jest absolutnie niezadowolający właśnie dlatego, że taka informacja bardzo często nie tyle nie działa na korzyść szczepień, co wręcz wskazuje na wyrządzane przez nie szkody.

Informacja ta jest trudno dostępna nie tylko dla rodziców, lecz również dla pracowników medycznych.

Niewielu pediatrów posiada wystarczające pojęcie o tym, jaki jest skład szczepionek, jakie są parametry toksykologiczne tych substancji, jakie jest najwyższe dopuszczalne stężenie (NDS) w organizmie człowieka, jakie powikłania po podaniu szczepionki zostały opisane.

Nawet w miarę fachowy lekarz słabo orientuje się w meandrach funkcjonowania układu immunologicznego, w tym, jak się on rozwija, jaka jest natura chorób autoimmunologicznych, których liczba w ostatnich latach zwiększa się w zaskakującym tempie, proporcjonalnie do wzrastającej liczby szczepień⁶.

Przy niewiarygodnym przeładowaniu programu akademii medycznych przez dyscypliny „śmierciowe” i niemające żadnego związku z przyszłą praktyką medyczną – biologię, fizykę, różne chemie (pod wieloma względami powtarzające program szkół podstawo-

[6] Z ostatnich danych, które udało mi się odszukać na ten temat: „Choroby autoimmunologiczne atakują już jednego na dziesięciu ludzi w Europie i Ameryce Północnej (...) ich częstotliwość gwałtownie wzrosła w ciągu ostatnich kilku lat, co udokumentowano w przypadku cukrzycy typu pierwszego i stwardnienia rozsianego (...) w ciągu ostatnich dziesięciu lat nagromadziły się doniesienia o różnych skutkach ubocznych szczepień, które wcześniej nie występowały lub nie były uznawane... Doniesienia te skupiają się na zjawisku autoimmunologii i na pojawieniu w pełni rozwiniętych chorób autoimmunologicznych...”. Autorzy publikacji, dwaj izraelscy profesorzy ze szpitali uniwersyteckich Assaf HaRofeh Hospital i Chaim Sheba Medical Center at Tel Hashomer, dochodzą do wniosku, że „Istnieją jasne przesłanki, że szczepionki mogą wywoływać i prawdopodobnie wywołują autoimmunologiczne skutki uboczne i mogą nawet uruchomić w pełni rozwinięte choroby autoimmunologiczne, chociaż w dość rzadkich przypadkach...” (Tishler M., Shoenfeld Y., *Vaccination May be Associated with Autoimmune Diseases*, „The Israel Medical Association Journal” 2004, 6(7), s. 430–432). „W rzadkich przypadkach”? Ile jeszcze dzieci musi ucierpieć w wy-

wych w bardziej skomplikowanej postaci jako danina na rzecz zapomnianych, słusznie minionych czasów, w których wczorajsi uczniowie przychodzili z klasycznych gimnazjów bez twardych podstaw dotyczących nauk przyrodniczych) – immunologia wykładana jest w pośpiechu i mimochodem, przy czym nawet nie oddzielnie, tylko z jakiegoś względu na wykładach z mikrobiologii – tak jakby jedynym zadaniem układu immunologicznego była walka z czynnikami infekcyjnymi.

Ostatnimi czasy coraz częściej słyszy się o konfliktach między immunologami i praktykującymi lekarzami – pierwsi mają znacznie lepsze pojęcie o tym, czym mogą grozić szczepienia, a do drugich należy

wprowadzanie w życie odgórnych planów ścigania „grupy docelowej” poddawanej szczepieniom⁷.

Rosyjscy autorzy piszą: „Ostatnimi laty, w związku ze wzrostem liczby dzieci, które przebyły ciężkie powikłania w okresie okołoporodowym i mających porażenie mózgowe związane z niedotlenieniem, pojawiła się konieczność uściślenia kalendarza szczepień profilaktycznych dla tej kategorii pacjentów. Uniwersalność mechanizmów immunologicznych podczas odpowiedzi na oddziaływanie infekcyjne, toksyczne i stresowe, ważna rola procesów autoimmunologicznych, ontogenetyczne cechy odpowiedzi immunologicznej (w szczególności apoptoza neonatalnych limfocytów B przy

niku autoimmunologicznych skutków szczepień, by odpowiadało to „kryteriom naukowym” – tak wymagającym, kiedy mowa o uznaniu związku szczepień z chorobami i śmiercią po ich podaniu, i tak łagodnymi, kiedy mowa o pożytku wynikającym ze szczepień? Dziękuję profesorowi Y. Shoenfeldowi za uprzejme nadesłanie mi materiałów. Zresztą zdolność olejów węglowodorowych, używanych w szczepionkach w charakterze adjuwantów, do których należy na przykład skwalen, do wywoływania reakcji autoimmunologicznych wykazano już doświadczalnie. Patrz Kuroda Y., *Autoimmunity induced by adjuvant hydrocarbon oil components of vaccine*, „Biomedicine & Pharmacotherapy”, Jun 2004, (58)5, s. 325–337.

[7] Występowanie tego kryzysu w stosunkach „teoretyków” i „praktyków” zostało potwierdzone na niedawnej międzynarodowej prestiżowej konferencji zwołanej z okazji dwustulecia eksperymentu Jennera i stulecia śmierci Pasteura: „Immunologia, która rozwinęła się kiedyś dzięki szczepieniom, obecnie zajmuje się bardziej kwestiami teoretycznymi i prestiżowymi. Niektórzy immunolodzy uważają, że spotkanie wakcynologii i immunologii było jedynie historycznym przypadkiem. Immunolodzy zadają sobie pytanie co do długotrwałych skutków szczepień. Na przykład, czy zwiększająca się liczba chłoniaków związana jest ze szczepieniami? W świetle pojawienia się „nowych wirusów” – czy stare choroby wyparte przez szczepionki zostały zastąpione przez nowe, groźniejsze?” (Moulin A.M., *Philosophy of Vaccinology* [w:] *Vaccinia, Vaccination, Vaccinology. Jenner, Pasteur and their Successors. International Meeting on the History of Vaccinology*, 6–8 December 1995, Marnes-La-Coquette, Paris, France. Paryż 1996, s. 21).

znacznym obciążeniu antygenowym, utrudnienie współpracy między limfocytami T i limfocytami B u noworodków, niezdolność neonatalnych limfocytów B do izotypowego przełączania syntezy immunoglobulin z IgM na IgG) podaje w wątpliwość konieczność wczesnej stymulacji antygenowej w celach profilaktycznych i stanowi podstawę do starannego dynamicznego zbadania tych aspektów z punktu widzenia współczesnej nauki. Niemniej obowiązujące normatywy nie uwzględniają opisanych szczegółów”⁸. Co przeszkadza w uwzględnianiu tych szczegółów? Czyżby konieczność uzyskiwania maksymalnej wyszczepialności bez liczenia się ze zdrowiem dzieci ani z danymi naukowymi?

Informacje o tym, że szczepionki są nieskuteczne, a ich stosowanie może być groźne, są starannie filtrowane, aby rodzicom nie rzucały się w oczy „niepoprawne”, nieodpowiadające oficjalnej wersji badania, które mogą wywołać wątpliwości rodziców co do tego, czy wyrazić zgodę na szczepienie dzieci.

Na przykład, jak donosi profesor college’u medycznego przy Uniwersytecie Illinois, pediatra Robert Mendelsohn (1922–1988): „Na

forum Amerykańskiej Akademii Pediatrii w 1982 roku przedłożono rezolucję nawołującą do zapewnienia takiego stanu rzeczy, w którym rodziców informowałoby się o korzyściach i ryzyku wynikającym ze szczepień.

Rezolucja nalegała, by Amerykańska Akademia Pediatrii przygotowała w jasnym i przystępnym języku informacje, z którymi rozsądni rodzice zechcieliby się zapoznać, na temat korzyści i ryzyka szczepień wynikających z kalendarza, ryzyka chorób, które mogą być powstrzymane przez szczepionki, i jak najwięcej ogólnych ubocznych reakcji na szczepienia i ich leczenia”.

Prawdopodobnie zebrani lekarze uznali, że „rozsądni rodzice” nie powinni mieć dostępu do informacji tego typu, i rezolucję odrzucili⁹.

Zwolennicy szczepień otwarcie przyznają, że „nadmierna ilość” informacji może zaszkodzić ich szczepieniowym sukcesom:

„Twórcy broszur powinni ustalić podstawowe rzeczy, które pacjent (lub rodzic) powinien wiedzieć, by zachować się we właściwy sposób [czyli dać zaszczepić siebie lub swoje dziecko – dop. red.]. Nie trzeba skupiać się na szczegółach. Podczas pisania broszury należy

[8] Wołodin N., Dektiarewa M., *Immunologia okresu okołoporodowego. Problemy i perspektywy*, „Pediatria” 2001, 4, s. 4–8.

[9] Mendelsohn R., *The Medical Time Bomb of Immunization Against Disease*, „East West Journal”, Nov 1984.

dążyć do wywołania pożądanego zachowania, nie zaś do prezentowania dogłębnej wiedzy”¹⁰.

Oto zalecenie doktora Martina Smitha z Departamentu Zdrowia USA, który odpowiada za publikację broszur informacyjnych dla rodziców:

„Obfitość i złożoność materiału może wprowadzić zamieszanie w umysłach rodziców i bez potrzeby wywołać ich niepokój”¹¹.

Właściwie robi się wszystko, aby nie wywołać „niepokoju” przeszkadzającego masowym szczepieniom. Podobne przykłady zatajania negatywnych informacji o szczepionkach można mnożyć bez liku.

Zresztą jeśli wszystko ograniczałoby się do kwestii osobistej wiedzy i własnych wyobrażeń o tym, co jest dobre, a co złe dla własnych dzieci i dla samego siebie, można byłoby pogodzić się z wszelkimi szczepieniowymi bzdurami. W końcu szczepienia byłyby po prostu

osobistą sprawą każdego członka społeczeństwa lub jego opiekunów. Jednak wcale nie bezinteresowni adepci teorii szczepieniowych starają się pozyskać całe społeczeństwo (i w celu prowadzenia takiej polityki niestety dysponują odpowiednimi środkami).

Amerykański socjolog Iwan Illich słusznie zauważył w swej słynnej książce „Medical Nemesis” [książka niewydana w języku polskim – dop. red.] przełożonej na mnóstwo języków, że „medycyna szkodzi zdrowiu nie tylko za pośrednictwem agresji wymierzonej przeciw jednostce, lecz również przez wpływ swych organizacji społecznych na całe środowisko”¹².

Mówiąc o szczepionkach, należy podkreślić szczególne zagrożenie wynikające ze szczepieniowej koncepcji odporności zbiorowej. „Szczepienia – to nie sprawa osobista. Jest to w istocie kwestia społeczna, ponieważ przeznaczeniem

[10] *Parent Comprehension of Polio Vaccine Information Pamphlets*, „Paediatrics”, Jun 1996, 97 (6 Pt 1), s. 809. Nowozelandzkie „Stowarzyszenie świadomości szczepieniowej” (The Immunisation Awareness Society Inc.), cytując te słowa, dodało w swym artykule prasowym z 22 września 2002 roku krótki komentarz: „**Zachować się we właściwy sposób** oznacza uzyskanie jak największej liczby rodziców wykonujących swym dzieciom szczepionki. «Szczegóły», na których nie należy się skupiać, to wcale nie te, których rodzice faktycznie nie muszą znać, lecz te, które nie są w stanie doprowadzić do maksymalnej liczby szczepień. Innymi słowy: «Nie udostępniajcie informacji, która może doprowadzić rodziców do rezygnacji ze szczepień. Udostępniajcie tylko tę informację, która zmusi ich do wykonywania szczepień»” (przekład na rosyjski E. Szewenkowa – Auckland, Nowa Zelandia).

[11] *Vaccine brochures [w:] AAP proposes changes AAP News*, Jun 1989, s. 2. Cytuję za: Neustaedter R., *The Vaccine Guide. Making an Informed Choice*, Berkeley, California 1996, s. 9.

[12] Illich I., *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Nowy Jork 1976, s. 40.

przeciwciała chronią, nie mówiąc już o tym, w jakiej ilości». Inny członek Komitetu posunął się jeszcze dalej, dodając: «Mechanizm obronny (immunologiczny) jest nieznany. Co się dzieje w odpowiedzi na wniknięcie infekcji – powstają przeciwciała czy odpowiedź komórkowa, a może włącza się jakaś pamięć?». Komitet Doradczy ds. Praktyki Szczepień stwierdził to samo w stosunku do szczepionki przeciw krztuścowi: «Analiza skuteczności nie ustaliła bezpośredniego związku między wytwarzaniem przeciwciał i ochroną przed krztuścem»²⁸. O tym, że obecność przeciwciał, których wytwarzanie jest celem szczepienia, wcale nie oznacza ochrony przed chorobą, będziemy jeszcze mówić na łamach tej książki.

Sprzeczne z naturą pozajelitowe przenikanie do organizmu złożonego kompleksu biologicznego, w którym są obecne metale ciężkie (rtęć), trucizny (fenol), znane kancerogeny (formaldehyd), aluminium (glin), zanieczyszczenia szczepionek (na przykład mykoplasma lub wirusy ludzkie i odzwierzęce), wywołuje bardzo poważne wątpliwości co do bezpieczeństwa takiego zabiegu.

Ciągły i sprzeczny z naturą „stres immunologiczny”, powtarza-

jące się „ciosy” wymierzane w rozwijający się układ odpornościowy mogą być przedstawiane jako absolutnie niegroźne wyłącznie w propagandowej literaturze szczepieniowej.

Szybko rosnąca zachorowalność dzieci na różne alergie, nie mówiąc już o chorobach nowotworowych i autoimmunologicznych, to najlepszy dowód na to, że przyroda reaguje na bezmyślną i nieodpowiedzialną ingerencję człowieka w ustalone przez nią prawa.

Oto co pisze w swym liście do Rosyjskiego Narodowego Komitetu Bioetyki immunolog onkologiczny profesor W. Goroditowa: „Niezależnie od tego, jak krótkotrwałe będą formy patologii immunologicznej, wszystkie one sprowadzają się do zaburzenia równowagi układów limfocytów T, prowadząc do rozstrojów czynnościowych i strukturalnych zdrowia dziecka.

Zapas limfocytów ulega stopniowemu wyczerpaniu, a organizm staje się bezbronny wobec różnych czynników antropogenicznych. Człowiek starzeje się o wiele za wcześniej. Naturalne, fizjologiczne starzenie się to proces stopniowego gaśnięcia, wędnięcia wszystkich ogniw układu odpornościowego. Szczepienia zaś przyspieszają,

[28] Tenpenny S.J., *Vaccines. The Risks. The Benefits. The Choices. Parental Manual*, New Medical Awareness Seminars.

reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty układowy, choroba Parkinsona i prawdopodobnie rak”³¹. Na tej samej konferencji z wykładem zawierającym analogiczne wnioski wystąpił również wirusolog Wendell D. Winters ze szpitala przy Uniwersytecie w Los Angeles³².

W rosyjskim podręczniku do patofizjologii dla studentów i aspirantów akademii medycznych profesor G. Ignatiewa z Instytutu Immunologii pisze: „Wszystkie współczesne preparaty szczepionkowe uzyskuje się przy pomocy metod biotechnologii z zastosowaniem surowic i komórek zwierzęcych. Jak się okazuje, u zwierząt występują nadzwyczaj groźne dla człowieka infekcje prionowe i retrowirusowe. Oczyszczenie szczepionki z domieszek potencjalnie zawierających te infekcje jest z zasady niemożliwe (bez utraty antygenu uodparniającego). Takie poważne zjawisko zmusza do przyznania, że szczepiąc ludność, medycyna nieświadomie [?! – autor] łamie podstawową zasadę głoszącą,

by nie szkodzić. Wyjście z sytuacji polegałoby na opracowaniu szczepionek bez wykorzystywania jakichkolwiek metod biotechnologicznych, być może czystej syntezy chemicznej. Każdy lekarz wie, że w chwili obecnej nie ma takich szczepionek. Drugi problem polega na zastosowaniu żywych atenuowanych szczepionek wirusowych. W działaniu atenuacji (osłabienia właściwości patogennych przez laboratoryjne manipulacje *in vitro* lub na zwierzętach) kryje się jeszcze jedno kłamstwo. Rzecz w tym, że wprowadzając wcześniej atenuowany żywy mikroorganizm do żywego ciała ludzkiego, nie jesteśmy w stanie określić, a nawet kontrolować dalszej jego ewolucji w stronę wzrostu patogenności, jego rekombinacji genetycznych z innymi mikroorganizmami (a takich czynników jest wiele) z powstawaniem nowych form życia. Dlatego niezależnie od tego, jak dobry byłby efekt ochronny żywych szczepionek, stosujący je lekarz również nie przestrzega zasady, by «nie szkodzić»”³³.

[31] Simpson R.V., *RNA-Containing Viruses in Human Can Be Transcribed Into DNA-Proviruses*. Warto dodać, że po tym, jak oświadczenie stało się głośnie i wywołało duże zamieszanie, prace nad tą ważną dla życia kwestią zostały przez Simpsona przerwane w związku z tym, że wykonujący ją badacz porzucił laboratorium. A mówi się, że nie ma ludzi niezastąpionych! Patrz: Mendelsohn R.S., *Immunizations. The terrible risk your children face that your doctor won't reveal*, Atlanta 1988, s. 28–29.

[32] Moscovitz R., *The Case Against Immunizations*, „Journal of the American Institute of Homeopathy”, Mar 1973, 76, s. 23.

[33] Ignatiewa G., *Układ immunologiczny i patologia* [w:] *Aktualne problemy patofizjologii (wybrane lekcje)*, red. B. Moroz, 2001, s. 116.

instancji, w rzeczywistości wszystko odbywało się dokładnie na odwrót – wyłącznie w wyjątkowych przypadkach odszkodowania udawało się uzyskać na etapie opinii eksperta.

Niemal wszystkie bez wyjątku pozwы trafiają do wyższej instancji, a sprawy trwają latami, wykańczając ofiary szczepień lub ich krewnych moralnie i finansowo. Ustawa stała się łatwą zdobyczą dla zainteresowanej strony, gwarantując nietykalność biznesowi szczepiowemu, jednocześnie w niczym nie pomagając jego ofiarom!⁶¹. Należy tu jeszcze zauważyć, że pod wieloma względami śmierć ofiary szczepień jest znacznie korzystniejsza dla zwolenników szczepionek niż jego niepełnosprawność.

Po pierwsze, zawsze istnieje szansa zrzućcia śmierci na jakiś „przypadek” w rodzaju zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej (SIDS) niemowląt i w ogóle uniknięcia wypłaty odszkodowania.

Po drugie, nawet w przypadku dowiedzionej śmierci w wyniku szczepienia krewni ofiary otrzymują sumę około ćwierci miliona dolarów i kwestię uznaje się za zamkniętą [zgodnie z ustawą o profilaktyce szczepień chorób zakaźnych w Rosji 300 minimalnych wynagrodzeń za pracę, co w chwili

wydania niniejszej książki wynosiło około 6250 dolarów USA]. Jednak jeśli mowa o nieodwracalnym porażeniu układu nerwowego, to suma odszkodowania może osiągnąć wiele milionów dolarów, które zostaną przeznaczone na pielęgnację okaleczonego dziecka.

Zatem odwlekanie w czasie uznania związku szczepionki z chorobą ma na celu po prostu doczekanie śmierci ofiary, by zapłacić znacznie mniej.

Nie mówię już o tym, że o zmarłym wszyscy oprócz jego krewnych szybko zapomną, a niepełnosprawny będzie przez długie lata żywym świadectwem „skuteczności i bezpieczeństwa” szczepień, przywodząc na myśl innym rodzicom „niepoprawne” wątpliwości, czy warto narażać dzieci na takie ryzyko.

Swój udział w biznesie szczepiowym mają nie tylko producenci i wyżsi urzędnicy medyczni, lecz również szeregowi lekarze.

Nawet przy tak rozpaczliwej walce prowadzonej przez władze medyczne przeciwko rodzinom okaleczonych i zmarłych dzieci, na skutek której jedynie jedna czwarta zwracających się o odszkodowania otrzymuje je, do 1997 roku ponad tysiąc rodzin uzyskało wypłaty

[61] Szczegóły: Geier D., Geier M., *The true story of pertussis vaccination: a sordid legacy?*, „History of Medicine and Allied Sciences”, Jul 2002, 57(3), s. 249–284.

Powikłania poszczepienne

Po wykluczeniu, zdawałoby się, wszystkich przyczyn oprócz szczepienia, w wielu przypadkach pozostają wątpliwości co do związku przyczynowo-skutkowego między powikłaniami i szczepionką.

T. Bektemirow

Współczesne podejście do analizy reakcji i powikłań poszczepiennych, „Szczepienia”, lipiec–sierpień 2000)⁶⁹

Krótko przed tym, jak rozpocząłem pracę nad drugim wydaniem „Bezlitosnej immunizacji”, nowozelandzka dziennikarka Hilary Butler przysłała mi rękopis swej nowej książki. Fragment biografii Hilary podsunął mi ideę opracowania oddzielnego rozdziału o powikłaniach poszczepiennych. We fragmencie tym mowa była o zdarzeniach, które nastąpiły po publikacji artykułu Kirsten Walner „Co jest groźniejsze: szczepionki czy choroby?” w „New Island Herald” z 1 lutego 1986 roku.

Do swego artykułu autorka wykorzystała raport „Immunizacja. Inny pogląd pani Butler”, ogłoszony na zebraniu „Towarzystwa na rzecz Porodów Domowych” w Hamilton 2 listopada 1985 roku. „Nagle nasz telefon zaczął bez przerwy dzwonić. Miałam wrażenie, że rodzice, którzy zetknęli się z problemami szczepień, nieoczekiwanie zaludnili Nową Zelandię. Telefonujący rodzice sądzili, że byli jedynymi, których dzieci ucierpiały w wyniku szczepień. Najbardziej intrygujące było to, że wszystkim im me-

[69] W tym miejscu oraz w kolejnych cytując biuletyn „Szczepienia”, odwołuję się do archiwów internetowych dostępnych na stronie Privivka.ru, które finansowane są przez producenta szczepionek Sanofi Pasteur.

dycy oświadczyli, że problemy były zbiegiem okoliczności bez związku ze szczepionkami. Przy czym lekarze, którzy mieli nieco lepsze wykształcenie, twierdzili, że poważne reakcje na szczepionki zdarzają się «raz na milion» z podtekstem, że jest to koszt ponoszony na rzecz ochrony społeczeństwa.

Biorąc pod uwagę liczebność ludności kraju, tak czy inaczej okazywało się, że są oni jedynymi, którzy mieli pecha. Pewien pediatra w ciągu trzech lat zdążył poinformować cztery pary rodziców (dwie z nich to moi znajomi), że ich dzieci były «jedynymi na milion». Tymczasem ludność kraju nie przewyższała czterech milionów obywateli.

Kiedy ci rodzice w końcu spotkali się i podzielili ze sobą swymi doświadczeniami, nie byli zdziwieni. Rodzice, którzy przyjęli takie wytłumaczenia medyków, zamilkli i żyli jak wcześniej, byli wygodni dla społeczności medycznej. Większość wierzyła, że ich ukochane dzieci w rzeczywistości były jedynymi, którym to się przytrafiło, i uznawali, że nie mieli wyboru. Najprawdopodobniej nawet nie wiedzieli, że istnieje możliwość wystąpienia do towarzystwa ubezpieczeniowego o odszkodowania. Lekarze ich o tym nie informowali.

Jednak okazało się, że żadne z rodziców nie zapomniało, jak ich dzieci zareagowały na szczepionki.

Artykuł otworzył puszkę Pandory. Większość Nowozelandczyków nie czytała gazet, można więc tylko się domyślać, ilu faktycznie było rodziców mogących opowiedzieć podobne historie”.

Ta obserwacja poczyniona około 20 lat temu w odległym i całkiem dostatnim kraju codziennie potwierdza się powszechnie w miejscach, gdzie rodzice usiłują dociec, co się stało z ich dzieckiem po szczepieniu. W odpowiedzi niezmiennie słyszą o tym, że brak jakiegokolwiek związku między szczepionką i następującą po niej chorobą dziecka, mowa wyłącznie o zbiegu okoliczności lub zaobserwowane powikłania po szczepionce to rzadkość, o której nawet nie ma sensu mówić, bo przed losem się nie ucieknie.

Równocześnie każda dyskusja w internecie lub nawet najskromniejsze próby śledztwa dziennikarskiego niezmiennie ujawniają dziesiątki przypadków powikłań poszczepiennych, nierzadko dość poważnych, przy czym w stosunkowo niewielkiej grupie dzieci, w kręgu krewnych, najbliższych znajomych i przyjaciół. Wystarczy porozmawiać z rodzicami dzieci cierpiących na epilepsję, opóźnienie rozwoju umysłowego lub autyzm albo ze specjalistami w zakresie rehabilitacji, by przekonać się, że szczepionki odgrywa-

chcą przekonać nas redaktorzy wskazówek metodycznych⁹⁰? Trudno w to uwierzyć.

Technologia produkcji szczepionek zmienia się głównie w zakresie nieistotnych drobiazgów. Szczepionki wciąż zawierają niezwykle toksyczne substancje (rtęć, glin, formaldehyd, fenol), prawie nie są poddawane standaryzacji nawet w ramach jednej serii, kalendarz szczepień pełny jest groźnych absurdów (na przykład równoczesne podawanie DTP i OPV lub masowe szczepienie noworodków przeciw WZW typu B), które są oczywiście dla średnio rozgarniętego lekarza lub nawet zwyczajnie poinformowanego rodzica.

A może jednak „racjonalna taktyka” oparta jest na lepszym zrozumieniu budowy i działania układu odpornościowego? Wątpię. Nasze pojęcie o odporności wciąż jeszcze jest dalekie od tego, by uznać nas za godnych choćby w minimalnym stopniu do wtargnięcia w ten fantastycznie złożony i precyzyjnie wyregulowany system, i to jeszcze w trakcie jego intensywnego rozwoju. By określić wyobrażenia analogiczne do naszej wiedzy o układzie odpornościowym, nauka stosuje termin

„czarna skrzynka”. Wiemy, co jest na wejściu i na wyjściu procesu, lecz czym jest sam proces, możemy jedynie się domyślać, a szybko rosnąca zachorowalność dzieci na schorzenia autoimmunologiczne i nowotworowe podsuwa nam myśl, że w „skrzynce” ma miejsce coś więcej niż tylko wytwarzanie przeciwciał w odpowiedzi na antygeny szczepionkowe. Gubiąc się w domysłach co do tego, jak przebiega proces szczepienia u zdrowych ludzi, nie mamy bladego pojęcia, w jaki sposób zareaguje na szczepionkę odporność chorego dziecka.

A może w takim razie tradycyjna medycyna może przynajmniej poszczycić się swymi sukcesami w leczeniu alergii, astmy oskrzelowej i innych chorób, słusznie uznawanych za domenę wieku dziecięcego, dzięki czemu rodzice mogą nie obawiać się dalszego pogorszenia stanu zdrowia dzieci po szczepieniu? Takie myślenie byłoby absurdalne. Te i wiele innych chorób dziecięcych (jeśli nie wszystkie) mogą być leczone z powodzeniem wyłącznie w prymitywnym programie telewizyjnym, który faktycznie jest reklamą na jednym z rosyjskich kanałów⁹¹.

[90] „Zastosowanie do masowych szczepień współczesnych wysoce skutecznych, niskoreakto-gennych szczepionek doprowadziło do gwałtownego zmniejszenia częstotliwości ciężkich reakcji i powikłań następujących w okresie poszczepiennym” (*Ibidem*).

[91] Chodzi o popularny w Rosji program *Zdrowie* – przyp. tłum.

Niektóre dane toksykologiczne o substancjach wchodzących w skład szczepionek

Formaldehyd

Formaldehyd (a w postaci płynnej formalina), przy pomocy którego dokonuje się chemicznej dezaktywacji stosowanych w szczepionkach wirusów i bakterii, stanowi znany kancerogen (substancję wywołującą raka).

W opublikowanym 6 maja 1982 roku raporcie specjalnej komisji Ministerstwa Zdrowia i Ochrony Środowiska Holandii do spraw formaldehydu donosi się: „Przedstawione dane wykazują, że formaldehyd dysponuje właściwościami genotoksycznymi i kancerogennymi. Rezultaty wielu krótkotrwałych badań mutagenności formaldehydu były głównie pozytywne, i for-

maldehyd wywoływał zarówno mutacje genowe, jak i aberracje chromosomowe. Na podstawie posiadanych w chwili obecnej danych stwierdzamy, że formaldehyd ma charakter absolutnego kancerogenu w tym sensie, że może zostać określony jako słaby inicjator o działaniu promotorowym przy przekroczeniu określonego stężenia”¹¹⁰.

Stosowany jest w gospodarstwach rolnych jako substancja niszcząca drobnoustroje i środek grzybobójczy, a także w charakterze insektycydu. Wniknięcie formaldehydu do przewodu pokarmowego wywołuje objawy ciężkiego zatrucia – silne bóle brzucha, krwawe wymioty, występowanie białka i krwi w moczu, niewydol-

[110] *Obserwacje naukowe toksyczności i szkodliwości substancji chemicznych*, 1982, 13, s. 37. W swoim raporcie komisja odpowiedziała na pytanie: „Czy można z posiadanych danych wyciągnąć wnioski – w odniesieniu do człowieka – że występuje lub nie występuje «poziom nieefektywny»? Jakiego znaczenia pod tym względem ma fakt, że formaldehyd jest zwykłym produktem metabolizmu ssaków?” w następujący sposób: „Opierając się na tym, że formaldehyd określa się jako słaby inicjator o działaniu promotorowym, w praktyce można założyć występowanie progowego poziomu aktywności rakotwórczej formaldehydu. Fakt, że formaldehyd jest zwykłym produktem metabolizmu ssaków, nie ma wpływu na ten wniosek” (*Ibidem*, s. 38).

jącą się u wielu żołnierzy sił Koalicji, którzy uczestniczyli w wojnie w 1991 roku – z wieloma zawierającymi sole glinu szczepionkami, które otrzymali żołnierze przed rozpoczęciem inwazji¹¹⁸.

Badania wykazują, że długotrwały kontakt soli glinu z tkanką mózgu i szpiku kostnego prowadzi do zaburzeń przyswajania informacji i demencji, co zostało zademonstrowane podczas doświadczeń ze zwierzętami. Wykazano przy tym również, że podawany ze szczepionkami glin przenika do mózgu i pozostaje tam przez jakiś czas¹¹⁹.

Glin wykryto w mózgach osób zmarłych na chorobę Alzheimera¹²⁰. Glin jest wydalany z organizmu przez nerki, jednak u niemowląt indeks filtracji kłębuszkowej jest bardzo niski i osiąga normalny poziom najwcześniej po 12–24 miesiącach życia¹²¹. Nie stanowi to jednak przeszkody dla oficjalnej polityki podawania znacznej liczby szczepionek zawierających glin już w pierwszym roku życia. Nikt nigdy nie analizował bezpieczeństwa po-

dawania soli glinu w składzie szczepionek.

Rtęć

Jest to jeden z najbardziej toksycznych spośród występujących na świecie pierwiastków chemicznych, których szkodliwe działanie na ludzki organizm zademonstrowano już dawno temu. „Rtęć jest toksyczna w każdej postaci. Stosowanie odczynników rtęciowych w charakterze insektycydów i środków przeciugrybiczych doprowadziło do słabych i silnych zatruc dotykających tysięcy ludzi. Przyjęcie 1 g soli rtęci jest śmiertelne. Organiczne pochodne rtęci, takie jak chlorek metylortęci CH_3HgCl , są bardzo toksyczne w związku ze swoją lotnością. W organizmie ludzkim czas półtrwania rtęci wynosi od kilku miesięcy do kilku lat. Efekt toksyczny może być utajony, a objawy zatrucia mogą wystąpić dopiero po kilku latach”¹²².

Toksyczność rtęci zależy od postaci, w której przenika ona do organizmu, oraz od drogi, którą

[118] Ghemrdi R.K., *Lessons from macrophagic myofasciitis: towards definition of a vaccine adjuvant-related syndrome*, „Revista de Neurologia”, Feb 2003, 159(2), s. 162–164.

[119] Redhead K. et al., *Aluminium-adjuvanted vaccines transiently increase aluminium levels in murine brain tissue*, „Pharmacology and Toxicology”, Apr 1992, 70(4), s. 278–280.

[120] Kirschman J.D., Dunne L.J., *Nutrition Almanac 1984*, s. 65, cyt. za: Diodati C.J.M., *Immunization...*, s. 71. Patrz również dane doświadczalne [w:] Bilkei-Gorzo A., *Neurotoxic effect of enteral aluminium*, „Food and Chemical Toxicology”, May 1993, 31(5), s. 357–361.

[121] Simmer K., *Aluminium in Infancy* [w:] Zatta P.F., Alfrey A.C. (Eds), *Aluminum Toxicity in Infants' Health and Disease*, Atlanta 1997.

[122] *Wybrane problemy toksyczności jonów metali*, Moskwa 1993, s. 53 i 56.

się do niego przedostaje. „Rtęć w postaci pierwiastka (Hg^0) słabo wchłania się w układzie pokarmowym (z doświadczeń na zwierzętach wynika, że mniej niż 1 procent), lecz bardzo łatwo dochodzi do tego przy inhalacji oparów rtęci. Wchłanianie w żołądku i jelitach znakowanej rtęci Hg^{203} [radioaktywny izotop rtęci – dop. red.] zostało dokładnie zbadane w organizmie ludzkim, i dla śladowych dawek nieorganicznej rtęci, otrzymanych wraz z pokarmem, wynosi około 7 procent, podczas gdy metylortęć CH_3Hg^+ wchłaniana jest przez organizm ludzki w 95 procentach niezależnie od tego, czy trafia do niego wraz z pokarmem, czy w inny sposób”¹²³.

Rtęć przenika do organizmu człowieka z otoczenia, wody i pokarmu, przy czym niektóre produkty szczególnie ją gromadzą:

„W niektórych produktach może występować znaczna ilość związków rtęci, na przykład w rybach morskich, grzybach i roślinach okopowych”¹²⁴. Prawdopodobnie niemożliwość usunięcia rtęci z organizmu związana jest z cechami genetycznymi¹²⁵ lub zmianami związanymi z wiekiem, co odgrywa decydującą rolę w patogenezie niektórych chorób. Na przykład u pacjentów zmarłych na kardiomiopatię rozstrzeniową (chorobę atakującą młodych sportowców, będącą jednym z głównych kryteriów do przeszczepu serca) poziom zawartości rtęci w mięśniu sercowym był 22 000 razy wyższy niż w innych tkankach lub w mięśniu sercowym chorych zmarłych na inne postaci chorób sercowych¹²⁶. Istnieją dane o roli rtęci w rozwoju choroby Alzheimera¹²⁷. Po śmierci 12 dzieci w Bundabergu w 1928

[123] *Ibidem*, s. 145.

[124] Małow A., *Cechy diagnostyki i taktyka prowadzenia chorych przy zatruciu rtęcią*, „Biuletyn Toksykologiczny” 2004, 5, s. 8–15.

[125] Analizą problemu genetycznej skłonności do toksycznego wpływu rtęci na rozwój układu nerwowego zajmowała się grupa profesor epidemiologii Mady Horning z Columbia University. Badacze odtworzyli na myszach grafik szczepień dziecięcych i odkryli, że poszczególne geny kodujące odpowiedzi immunologiczne związane ze zgodnością tkankową określają rozwój lub brak chorób autoimmunologicznych w odpowiedzi na podanie rtęci szczepionkowej (Hornig M. et al., *Neurotoxic effects of postnatal thimerosal are mouse strain dependent*, „Molecular Psychiatry” 2004, 9, s. 833–855; *Truth Revealed: New Scientific Discoveries Regarding Mercury in Vaccines and Autism*).

[126] Frustaci et al., *Marked elevation of myocardial trace elements in idiopathic dilated cardiomyopathy compared with secondary cardiac dysfunction*, „Journal of American College of Cardiology” 1999, 33(6), s. 1578–1583.

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

O ospie prawdziwej i nie tylko, czyli od czego wszystko się zaczęło

Historia szczepionek i mitów szczepionkowych ma swój początek w historii szczepionek przeciw ospie prawdziwej, dlatego też uznałem za konieczne poświęcenie tej chorobie całego rozdziału (Szczegółowa historia ospy prawdziwej i walki z nią, włącznie z doświadczeniami Jennera i jego naśladowców, zostanie opisana w mojej książce *Szczepionki. Państwo przeciwko obywatelom*). Przypuszcza się, że wirus ludzkiej ospy prawdziwej [Właśnie „ospa prawdziwej”. Nazwa „czarna ospa”, spotykana jeszcze u niektórych niedouczonej autorów, w rzeczywistości jest przestarzałym określeniem odmiany ospy prawdziwej o najcięższym przebiegu, konkretnie krwotocznym, nie zaś choroby jako takiej. W dalszej części rozdziału będę używać pojęcia „ospa prawdziwa” lub „ospa” na określenie jednej i tej samej choroby wywoływanej przez wirusa *Variola*.] pojawił się 10 tysięcy lat przed naszą erą, z nieznanym powodów

wykształcając się ze stosunkowo nieszkodliwego wirusa atakującego zwierzęta udomowione przez człowieka.

Bez względu na występujące wciąż nie tylko w popularnonaukowej, lecz również w poważnej naukowej literaturze twierdzenie, jakoby ospa prawdziwa, jako niezwykle niebezpieczne schorzenie, znana była ludzkości już od tysięcy lat (niektórzy entuzjaści gotowi są nawet uznać obecność niezbadanych szczepów na twarzach kilku mumii za poważny dowód naukowy na występowanie ospy prawdziwej w starożytnym Egipcie), brak wiarygodnych świadectw tego, że choroba ta niepokoiła ludzkość przed naszą erą. Przytaczane w charakterze przykładów niektóre epidemie starożytności (na przykład epidemia opisana przez Tukidydesa, panująca w Afryce w czasach wojen peloponeskich), a także wspomniane w Biblii, były najprawdopodobniej epidemiami dżumy lub tyfusu.

i stanowiło część rytuału wielbienia bogini ospy prawdziwej Mate (w celu obłaskawienia jej i uniknięcia zarażenia tą chorobą).

Dokładny opis ospy prawdziwej został sporządzony dopiero w X wieku przez słynnego irańskiego uczonego encyklopedystę i lekarza Abu Bakr Muhammada ibn Zakarijja ar-Raziego [Rhazes – dop. red.] (865–925 lub 934), który odnotował łagodny i dość niegroźny charakter tej choroby.

Ospa prawdziwa trafiła do Europy wraz z powracającymi z Bliższego Wschodu krzyżowcami i do samego końca XVI wieku nie stanowiła poważnego problemu, będąc stosunkowo łagodną chorobą wczesnego wieku dziecięcego. [Po raz pierwszy wykazał to profesor Charles Creighton w swej słynnej książce „Historia epidemii w Brytanii”¹⁶¹, co zostało całkowicie potwierdzone w stosunkowo nowym artykule Carmichael A.G., Silverstein A.M., „Smallpox in Europe before the Seventeenth Century: Virulent Killer or Benign Disease?”]¹⁶².

Najwyraźniej było to związane z przewagą „łagodnej” odmiany wirusa ospy prawdziwej, zwanego *Variola minor*, wywołującego mniej niż jeden procent śmiertelności

i pozostawiającego blizny w mniej niż pięciu procentach przypadków.

Wraz z konkwistadorami ospa prawdziwa trafiła na kontynent amerykański, gdzie w środowisku ludności o całkiem innej genetyce dokonała prawdziwego spustoszenia. (Zresztą dla rdzennej ludności obu Ameryk śmiertelne okazały się również odra i świnka).

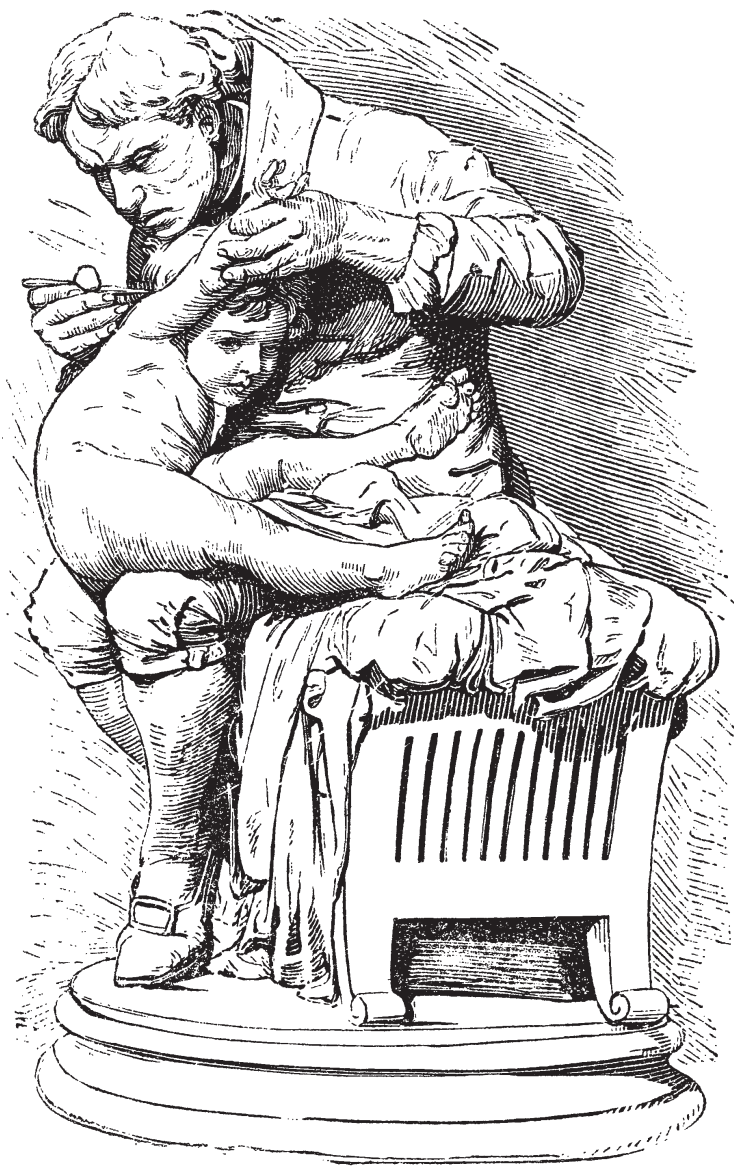
Pod koniec XVI wieku i na początku XVII wieku charakter ospy prawdziwej w Europie zmienił się na gorsze, co było wywołane pojawieniem się na scenie innej, znacznie groźniejszej, zjadliwej odmiany wirusa ospy prawdziwej – *Variola major*, powodującego śmierć do 30 procent chorych.

Zaczęły się epidemie ospy prawdziwej pochłaniające coraz więcej ofiar, co spowodowało w Europie intensywne poszukiwanie środków zapobiegawczych. Na dzieci wkładano ubrania chorych na łagodną postać ospy, a w kołyskach umieszczano skóry owcze nasączone ropą z ospowych krost.

Organizowano nawet „imprezy ospowe” i przyprowadzano na nie dzieci, które nie chorowały na ospę prawdziwą, aby mogły zarazić się od chorego na łagodną postać i uzyskać odporność na chorobę. Należy jednak zauwa-

[161] Creighton C., *History of Epidemics in Britain*, Cambridge 1891–1894.

[162] „Journal of the History of Medicine and Allied Sciences” 1987, 42, s. 147–168.



Drzeworyt z 1881 roku przedstawiający Edwarda Jennera (1749–1823) wykonującego swojemu synowi zabieg inokulacji limfą zakażoną krowianką (ospą krowią), co miało rzekomo chronić przed zachorowaniem na ospę prawdziwą, i to dożywotnio, zamieszczony w „The British Medical Journal” z 23 maja 1896 r.

niej niemożliwe, chociaż Jenner posiadał wieloletnie osobiste znajomości z przewodniczącym i sekretarzem Towarzystwa¹⁶⁵.

Jenner był zmuszony pogodzić się z tymczasową porażką. W 1798 roku wznowił swe doświadczenia. Teraz zaczął eksperymentować z ropą wydostającą się z zainfekowanej pęciny końskiej podczas choroby nazywanej liszajem końskim. Jenner sądził, że właśnie ten materiał, przenoszony rękami koniuszych na krowie wymiona, stanowi źródło prawdziwej ospy krowiej.

Pierwszy obiekt jego eksperymentów – pięcioletni chłopiec John Baker, któremu Jenner 16 marca 1798 roku wprowadził płyn z wrzodu na rękę koniuszego zarażonego liszajem końskim, zmarł na sepsę wywołaną zainfekowanym materiałem. [O tym Jenner w swym artykule z 1798 roku skromnie wspominał w następujący sposób: „Ósmego dnia chłopiec uwolnił się od swej dolegliwości, lecz okazał się nie nadawać do inokulacji, gdyż niedługo po eksperymencie zachorował w noclegowni na febrę”. I pomyśleć tylko, jaki zbieg okoliczności! Idea tłumaczenia powikłań została twórczo rozwinięta przez jego naśladowców: „niezależnie od tego, co się stanie po szczepieniu,

nie ma to z nim żadnego związku”. W następnym artykule, wydanym przez niego w osobnej broszurze w 1799 roku, Jenner jednak doniósł, że chłopiec zmarł – prawdopodobnie w wyniku róży].

Oprócz tego Jenner zaraził liszajem końskim jeszcze kilkoro dzieci, z których niektóre potem wymagały poważnego leczenia uporczywych ropiejących wrzodów. Ani trochę nie troszcząc się o ich los, a nawet nie próbując ich inokulować i zbadać, czy występuje jakakolwiek „ochrona”, 24 kwietnia 1798 roku wyruszył do Londynu, by opublikować sensacyjne wyniki swych doświadczeń.

Tam pod koniec czerwca tego samego roku wydał na własny koszt broszurę „Analiza przyczyn i działania *Variolae vaccinae*, choroby wykrytej w niektórych zachodnich hrabstwach Anglii, w szczególności Glostershire, znanej jako ospa krowia”, zawierającą najbardziej niewiarygodne brednie.

Twierdził na przykład, że ospa krowia, której przebycie nie daje żadnej gwarancji, że nie zachoruje się ponownie na nią samą, równocześnie chroni przez całe życie przed ospą prawdziwą.

Cała historia medycyny nigdy nie знаła czegoś takiego i rzecz ja-

[165] Baxby D., *Edward Jenner's Unpublished Cowpox Inquiry and the Royal Society: Everard Home's Report to Sir Joseph Banks*, „Medical History” 1999, 43, s. 108–110.

i nie otrułeś się, to znaczy, że były jadalne, jeśli zaś się otrułeś, to były trujące. Kolejne odkrycie Jennera zostało przyjęte z nie mniejszym entuzjazmem. Teraz każdy przypadek (a takich było bez liku) zachorowania na ospę prawdziwą osób, które otrzymały „zbawienną szczepionkę”, można było najspokojniej zrzucić na karb rzekomej ospy krowiej.

Brakowało jakiegokolwiek poważnego dowodu owej siły ochronnej, oprócz w najwyższym stopniu wątpliwych rezultatów uzyskanych podczas inokulacji ludzi zaszczepionych wcześniej ospą krowią (w ogóle realną próbą mógł być jedynie stan zdrowia „uratowanego” przez ospę krowią po ewidentnym kontakcie z infekcją, a nie testy inokulacyjne)¹⁶⁶, na Jennera jednak posypały się zaszczyty.

Został wybrany na honorowego członka kilku akademii naukowych (o co zapobiegliwie zatroszczył się sam, rozsyłając swe artykuły i zaświadczenia o posiadanych tytułach do uniwersytetów europejskich, by wiadano tam, z jaką ważną osobistością mają do czynienia) i zewsząd dochodziły po-

chwaty oraz zachwyty nad wspa-
niałym odkryciem.

Rosja również nie stała z boku i dała się uwieść nowej modzie. Pierwszym rosyjskim lekarzem, który w 1801 roku wykonał szczepionkę z ospy krowiej, był znany rosyjski chirurg, anatom i fizjolog, doktor Efriom Osipovich Muchin (1766–1850) [Podkreślam – „rosyjski”, ponieważ w niektórych źródłach medycznych występuje błędna informacja, jakoby dokonał on szczepienia jako pierwszy w Imperium Rosyjskim. W rzeczywistości prawdopodobnie jako pierwszy szczepienia dokonał niebędący Rosjaninem znany ryski lekarz Otto von Huhn (1764–1832) 27 listopada 1800 roku¹⁶⁷]. Czytelnik mógł się już domyślić, że jako obiekt eksperymentu został wybrany wychowanek sierocińca, a konkretnie Anton Pietrow z moskiewskiego domu dziecka. Po zaszczepieniu, na mocy szczególnego dekretu imperatora Aleksandra I, otrzymał nazwisko Wakcynow. Szczepienie ospą krowią kontynuował w Rosji inny znany lekarz, chirurg Fiodor Hiltebrandt (1773–1845), który już w roku 1802 zdążył wydać swój panegiryk

[166] Należy jeszcze odnotować, że wielu inokulatorów – w tym również Thomas Dimsdale – zauważało, że po pierwszej inokulacji ponowna bardzo często prowadzi do wystąpienia na skórze tych samych elementów, i że to wcale nie jest dowód na „nieprzyjęcie się”.

[167] Kanep W., *Charakterystyka rosyjsko-łotewskich stosunków naukowo-medycznych* [w:] *Z historii medycyny*, Ryga 1973, s. 46–47.

szczepień. Rodziców można było karać (zgodnie z prawem w coraz większym wymiarze) i wsadzać do więzienia nieograniczoną liczbę razy. Rodzice nie mieli też prawa do odmowy uczynienia swego dziecka dawcą szczepionki: na pierwsze żądanie musieli pozwolić lekarzowi pobrać materiał z powstałej po szczepieniu krosty w celu wszczepienia go innym dzieciom. Rzecz jasna szczepili się i „doszczepiali” wszyscy będący na państwowych posadach – policjanci, cała armia, cała flota, wszyscy pracownicy kolei – musieli być szczepieni i co jakiś czas doszczepiani. Szczepiono wszystkich przebywających w więzieniach, przytułkach i w razie zagrożenia epidemią w zwykłych szkołach, nie informując w ogóle rodziców i wymagając jedynie zapłacenia rachunku za wykonany zabieg. Do walki robotników o prawo do odmowy szczepień (nawet pod groźbą zamknięcia zakładów pracy) nierazko musiały angażować się związki zawodowe¹⁷⁷.

Ustawa z 1867 roku stała się ostatnią kroplą przelewającą czarę cierpliwości społeczeństwa. W tym samym roku homeopata

Richard Gibbs utworzył Ligę przeciwko Obowiązkowym Szczepieniom (Anti-Compulsory Vaccination League), która powoływała do życia wiele swych filii w różnych miastach. Właśnie te filie w latach siedemdziesiątych XIX wieku stały się ośrodkami walki z przymusowymi szczepieniami w Anglii. Duchowny William Hume-Rotery i jego żona Mary również utworzyli w 1874 roku w Cheltenham Narodową Ligę przeciwko Obowiązkowym Szczepieniom, która nawoływała do obywatelskiego nieposłuszeństwa i „męczeństwa szczepieniowego” (odmowy płacenia grzywny, i zamiast tego odsiadywania wyroku za swe przekonania). Sześciu zbuntowanych członków samorządu w Keighley oświadczyło, że wspierają Hume-Rotery’ego, i odmówili rozprawienia się z obywatelami, za co zostali osadzeni w więzieniu w Leeds. Odprowadzało ich trzy tysiące przyjaciół i znajomych. Władze czując, że tym razem ewidentnie przesadziły, usiłowały złagodzić sprawę i więźniów wkrótce uwolniono. We wszystkich miastach i wsiach, przez które powracali do domu, witały ich odświeżające demonstracje zorga-

[177] Szczegółowo na ten temat można przeczytać w Durbach N., *They Might As Well Brand Us: Working Class Resistance to Compulsory Vaccination in Victorian England*, „Social History of Medicine”, 2000, 13(1), s. 45–62. Dziękuję doktorowi Nadawie z Uniwersytetu w Tel Awiwie, który zwrócił moją uwagę na tę publikację i uprzejmie przysłał mi kopie kilku cytowanych w tym rozdziale artykułów.

na przykładzie Portland w Oregonie czytamy: „W ciągu ostatnich dziesięcioleci XIX wieku opozycja wobec szczepień przybrała status prawdziwego, choć nieregularnego masowego ruchu”. W niektórych stanach trzeba było odwołać już przyjęte ustawy o obowiązkowych szczepieniach w związku z protestami obywateli¹⁹⁰].

Jednak w tym samym roku doszło do naprawdę smutnego zdarzenia mającego daleko idące skutki – w sprawie o prawo do odmowy szczepienia przeciw ospie prawdziwej *Jacobson przeciwko Stanowi Massachusetts* Sąd Najwyższy USA zawyrokował na rzecz stanu i obowiązkowych szczepień na podstawie tak wątpliwego argumentu, jak „opinia większości medycznej”.

To pochopne i nieprzemyślane orzeczenie było wspaniałym prezentem dla wszystkich czerpiących zyski ze szczepień i posłużyło jako precedens w trakcie przekształcania szczepień w zabieg obowiązkowy we wszystkich stanach, chociaż do rzeczywistej przemocy wobec wolnych obywateli dochodziło w historii Ameryki bardzo

rzadko. [Oczywiście w armii i flocie, a także w więzieniach sprawa miała się całkiem inaczej. Oto jak Jack London w opowiadaniu „Make Westing” (1907) opisuje swoje szczepienie, któremu poddano go w więzieniu: „Ustawiwszy się w ciasnym rządzie jeden za drugim w ten sposób, że każdy trzymał ręce na ramionach stojącego przed nim, przeszliśmy do drugiego dużego holu. Tutaj postawili nas pod ścianą, każąc obnażyć lewe ręce. Student medycyny, praktykujący na takim bydle jak my, obszedł szereg. Zrobił szczepionkę cztery razy sprawniej niż wprawni cyrulicy. Kazano nam zachować ostrożność, aby nie zahaczyć o coś ręką, dopóki krew nie wyschnie i nie powstaną strupek, a potem zaprowadzili nas do cel. Tutaj rozdzielili mnie z moim nowym znajomym, lecz ten zdążył szepnąć mi: «Wyssij!»». Kiedy tylko zatrzęsnęły się drzwi, wyssałem ranę. Potem widziałem tych, którzy nie wysnali: mieli na rękach potworne wrzody, w których bez trudu zmieściłaby się pięść. Sami są sobie winni! Też mogli wyssać...”¹⁹¹.

[190] Johnston R.D., *The Radical Middle Class: Populist Democracy and the Question of Capitalism in Progressive Era*, Portland, Oregon, „Princeton University Press”, 2003. Jestem szczerze wdzięczny profesorowi Robertowi Johnstonowi za uprzejme udostępnienie materiałów z jego przyszłej książki.

[191] Jeśli chodzi o traktowanie przez policję obywateli odmawiających szczepień, patrz: Albert M., *The Last Smallpox Epidemic in Boston and the Vaccination Controversy*, 1901-1903, „New England Medical Journal”, 1 Feb 2001, 344, s. 375-379.

rię „zbawiennej odporności zbiorowej”?!²¹⁶.

Na marginesie zaznaczam, że niemieccy przeciwnicy szczepionek wcale nie zaprzestali walki z przymocą szczepieniową. Lekarze i przedstawiciele innych zawodów połączyli wysiłki, tworząc Związek Przeciwników Szczepionek z siedzibą główną w Lipsku (Verband der Impfgegner, e.V., Sitz Leipzig), przez długie lata regularnie wydawali czasopismo „Przeciwnik Szczepionek” („Der Impfgegner”), w którym informowano o faktach niewygodnych dla zwolenników szczepień.

W swojej książce „Przyroda jako lekarz i pomocnik” znany niemiecki pisarz i lekarz doktor Friedrich Wolf (1888–1953) pisał: „Oto przypadek, z którym się zetknąłem: zdrowy syn pewnego handlowca natychmiast po szczepieniu zachorował na ciężkie ropne zapalenie węzłów chłonnych ręki, w którą wkłuto się, robiąc szczepionkę. Pojawił się ropień węzła chłonnego w dole pachowym z rozkładem martwiczym. Po kilku dniach dziecko zmarło. Ojca bez względu na desperacki sprzeciw zmuszono do zaszczepie-

nia pozostałych dzieci, chociaż stracił już w ten sposób swe pierwsze dziecko, a w owej miejscowości od wielu dziesiątków lat nie było ani jednego przypadku ospy”.

Niestety takie przypadki nie są rzadkością. Niemal w każdym wydaniu czasopisma (Związku Przeciwników Szczepionek) można znaleźć doniesienia i fotografie takich przypadków ciężkich powikłań poszczepiennych. Nawet zwolennik szczepień Stauffer zmuszony był przyznać: „Nie da się zaprzeczyć, że na skutek szczepienia ospą krowią gruźlica węzłów chłonnych (skrofuloza), przebiegająca do tej pory w sposób utajony, może przejść w stadium aktywne (zapalne) i doprowadzić do fatalnych dla dziecka skutków. Zapalenie węzłów chłonnych, wysypka, choroby oczu i uszu, a także gruźlica mogą wystąpić po szczepieniu przeciw ospie. Ponadto bez odpowiedzi pozostaje pytanie, czy szczepionka faktycznie chroni przed ospą. Nie ulega wątpliwości, że trucizna szczepionkowa prowadzi do zagrożenia ciężkimi powikłaniami poszczepiennymi u dzieci”²¹⁷.

[216] Wolff E., *Medizinkritik der Impfgegner im Spannungsfeld zwischen Lebenswelt- und Wissenschaftsorientierung* [w:] Dinges M. (Hrsg.), *Medizinische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870–ca. 1933)*, MedGG 1996, 9, s. 79–108. Dziękuję doktorowi Eberhardowi Wolffowi (Uniwersytet w Zurichu) za uprzejme udostępnienie mi kopii artykułu.

[217] *Die Natur als Arzt und Heifer. Das neue naturarztliche Hausbuch von Friedrich Wolf Dr. med.*, Stuttgart, Berlin i Lipsk 1928, przedruk Mitteldeutscher Verlag Halle – Leipzig. 1988, s. 543, przekład G. Łobanowa. Jestem bardzo wdzięczny G. Łobanowej za uprzejme udostępnienie egzemplarza książki doktora Wolfa oraz za ten cytat.

w końcu XIX stulecia, w połowie XX wieku praktycznie zanikła w różnych krajach rozwiniętych, przy czym całkowicie niezależnie od tego, jak wyglądała sytuacja szczepienia i czy obowiązek szczepień był w nich usankcjonowany. Na ospę prawdziwą cierpieli wyłącznie kraje rozwijające się, przy czym znów niezależnie od polityki szczepieniowej. Najgorsza sytuacja panowała w Brazylii, Indiach, Indonezji, Kongo, Nigerii, Pakistanie i Sierra Leone²³⁵, a spośród wszystkich tych krajów szczepionki nie były obowiązkowe jedynie w Brazylii i Sierra Leone – we wszystkich pozostałych krajach zgodnie z prawem wymagane były szczepienia i doszczepianie²³⁶.

W wielu państwach odstąpiono od szczepień nie dlatego, że perspektywa epidemii ospy prawdziwej nie wydawała się zagrożeniem, lecz dlatego, że w obliczu skutków szczepień błędny skutki samej choroby. Nawet radzieccy autorzy pozwolili sobie (oczywiście jedynie w książce dla lekarzy) napisać, co następuje: „Niemal równoległe z wdrożeniem do praktyki szczepionek pojawiły się doniesienia o ich skutkach ubocznych. Szczepienia przeciw ospie, nawet wykonywane według wszelkich re-

guł, wywoływały u wielu chorych powikłania. O najcięższych z nich – zapaleniach mózgu i opon mózgowych – początkowo zabraniano donosić w publikacjach, aby nie odstraszyć ludności i nie zniechęcić do szczepień. Bez względu na zakaz wzrost liczby porażeń mózgu po szczepieniach doprowadził do pojawienia się doniesień w literaturze, najpierw w Danii, następnie w Holandii, Niemczech, Francji i Rosji. W niektórych krajach na te powikłania zmarło więcej ludzi niż w wyniku ospy prawdziwej. W Holandii w 1954 roku w wyniku poszczepiennych zapaleń mózgu umierał jeden na 60 szczepionych, co wywołało panikę w całym kraju. Oprócz zapalenia mózgu opisywano też inne powikłania – poszczepienne zapalenie skóry, uogólnione i rozsiane powikłania poszczepienne i inne. Wyodrębnienie wirusa z płynu mózgowo-rdzeniowego i mózgu osób zmarłych wykazało, że czynnikiem wywołującym powikłania był ten sam wirus zawarty w szczepionce”²³⁷.

Oczywiście opublikowano to wyłącznie w książkach dla specjalistów. Powszechnie nadal karmiono nas baśniami: „Odpowiednio wczesne szczepienie przeciw ospie wszyst-

[235] Libow A.L., Nikołajewski G., *Problemy likwidacji ospy*, Moskwa 1970, s. 5.

[236] *Ibidem*, tabela na s. 21–33.

[237] *Szczepionki profilaktyczne w praktyce pediatrii*, Kijów 1975, s. 13.

CHOROBY

I SZCZEPIONKI PRZECIW NIM

Ospa wietrzna

Choroba

Ospa wietrzna, choroba wywołana przez wirusa *Varicella zoster* z grupy wirusów opryszczkowych, należy do całkiem niegroźnych chorób wieku dziecięcego. Chorują zazwyczaj dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym. Należy zauważyć, że „u noworodków i dzieci karmionych piersią choroba pojawia się jedynie w przypadku, gdy matka w dzieciństwie nie chorowała na ospę wietrzną”²⁸⁰.

Zarażenie się wirusem ospy wietrznej przez kobietę ciężarną we wczesnym okresie ciąży może być przyczyną wad wrodzonych, a w późnym okresie – zarażenia ospą wietrzną noworodka, ze śmiertelnością dochodzącą do 31 procent²⁸¹.

Dlatego przebycie ospy wietrznej przez zdrowe dziecko, szczegól-

nie dziewczynki, w wyznaczonym przez naturę wieku może być tylko powodem do radości.

Do zarażenia dochodzi drogą powietrzno-kropelkową zarówno od chorych na ospę wietrzną, jak i od chorych na półpaśca. Okres wylęgania choroby trwa dwa do trzech tygodni. Choroba zaczyna się ostro, od gwałtownego wzrostu temperatury do 38°C i wystąpienia wysypki, która w ciągu doby przekształca się w pęcherzyki. Po dwóch–trzech dniach pęcherzyki wysychają; w ciągu około tygodnia powstające strupki odpadają, nie pozostawiając na skórze blizn. [Niemniej w przypadku dłubania i drapania pęcherzy ospowych mogą pozostać niewielkie blizny. Dlatego ważne jest, by przyciąć dziecku paznokcie na krótko i starać się odwracać jego uwagę przy pomocy czytania i zabawy. Mogą zostać zalecane

[280] Samarina W., Sorokina O., *Dziecięce choroby zakaźne*, St. Petersburg, Moskwa 2000, s. 59.

[281] Meyers J.D., *Congenital varicella in term infants: Risk considered*, „Journal of Infectious Disease” 1974, 129, s. 215–217. O śmiertelności noworodków w 23 procentach przypadków przy zarażeniu ciężarnej w ciągu ostatnich pięciu dni przed porodem i matki w ciągu pierwszych 10–12 dni po porodzie donosi się w artykule: Sauerbrei A., Wutzler P., *Neonatal varicella*, „Journal of Perinatology”, 21 Dec 2001, s. 545–549.

uniwersalną i zazwyczaj korzystną odpowiedź na infekcję, i jej tłumienie w większości przypadków nie przynosi żadnej wyraźnej korzyści lub nawet przynosi jej bardzo mało. Z drugiej strony sprawdzono, że tłumienie wysokiej temperatury może być szkodliwe. U większości ludzi ta szkoda jest niemal niezauważalna, lecz kiedy mowa o milionach, to może stać się ona przyczyną wzrostu zachorowalności i śmiertelności. Nie należy więc popierać powszechnego stosowania środków przeciwgorączkowych w krajach rozwijających się, ani w krajach rozwiniętych”²⁸⁶.

Nie ulega wątpliwości, że znaczny procent przypadków ciężkiego przebiegu ospy wietrznej i jej niekorzystnych skutków (powikłań), rzekomo podających w wątpliwość łagodność tej choroby, powinien być przypisany właśnie takiemu nieprzemyślanemu i nieodpowiedzialnemu leczeniu.

Powikłania ospy wietrznej są rzadkie i w ciągu ostatnich 25 lat XX wieku miały tendencję niższą. W USA liczba zapaleń mózgu wywołanych przez ospę wietrzną zmniejszyła się z 58 w latach 1970-1979 do 28 w latach 1980-1983²⁸⁷.

Wśród nich znamienne jest zmniejszenie liczby zarejestrowanych przypadków zespołu Reye’a – ciężkiego zapalenia mózgu, któremu towarzyszą konwulsje i śpiączka, co przede wszystkim wiąże się z rezygnacją z leczenia przy pomocy salicylanów (aspiryny).

Niemieccy autorzy podsumowując wszystkie możliwe powikłania ospy wietrznej w 1997 roku, określili ryzyko powstania powikłań u zdrowego dziecka jako 8,5 na 100 tysięcy dzieci w wieku do 16 lat. Przy czym 38,6 procent przypadków na powikłania wywołane przez towarzyszącą infekcję bakteryjną (około 61 procent – powikłania neurologiczne, które praktycznie wszystkie ustąpiły bez problemu). Nie stwierdzono ani jednego zgonu lub stanu zagrażającego życiu wywołanego na przykład przez krwotok²⁸⁸.

Towarzyszące powikłania bakteryjne rzeczywiście mogą być niebezpieczne, lecz najczęściej ich rozwój charakterystyczny jest dla dzieci cierpiących na schorzenia układu immunologicznego. Szczepienie przeciw ospie wietrznej mogłoby być w jakiejś mierze uzasadnione w przypadku dzieci

[286] Eichenwald H.F., *Fever and antipyretics (Commentary)*, „Bulletin of the World Health Organization” 2003, 81(5).

[287] Preblud S.R., *Varicella: complications and costs*, „Pediatrics” 1990, 86, 874-882.

[288] Ziebold C. et al., *Severe complications of varicella in previously healthy children in Germany: a 1 year survey*, „Pediatrics”, Nov 2001, 108, 5, s. E79.

ży szczepić teraz również dorosłych albo w ogóle zrezygnować z projektu szczepienia przeciw ospie wietrznej²⁹⁶.

Tymczasem „pociąg” z nową szczepionką nabrał już prędkości i na tę publikację rzecz jasna nie zwrócono uwagi – uczeni mogą sobie prorokować. Likwidację odry i polio również obiecali, lecz nic z tego nie wyszło. Jednak sytuacja z ospą wietrzną stała się gorsza niż przypuszczano.

O ile Brytyjczycy mówili wyłączenie o dorosłych, to w całkiem niedawnych doniesieniach opublikowanych w październikowym (2003 rok) numerze czasopisma „Szczepionka”²⁹⁷, amerykański badacz doktor Harry Goldman wykazał, że przy zmniejszeniu zachorowalności na ospę wietrzną dzięki masowym szczepieniom nagle i gwałtownie wzrosła zachorowalność na półpaśca również u dzieci, które wcześniej przebyły ospę wietrzną.

Sam Goldman zainteresował się tym zjawiskiem dopiero wtedy, gdy będąc w latach 1995–2002

analitykiem filii projektu obserwacji ospy wietrznej Ośrodka Kontroli Chorób w Los Angeles, zaczął nieoczekiwanie otrzymywać doniesienia od pielęgniarek szkolnych, które nigdy wcześniej nie widziały półpaśca u dzieci. Goldman przewiduje, że niebawem będziemy zmuszeni obserwować epidemię tej choroby zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, u których jej skutki mogą być znacznie poważniejsze od skutków ospy wietrznej. W odpowiedzi na to koncerny farmaceutyczne oświadczyły, że zamierzają opracować szczepionkę również przeciw półpaścowi!

Goldman zwyczajnie wyśmiał tę absurdalną z punktu widzenia zdrowego rozsądku ideę, oświadczając, że w ten sposób bez końca będzie kręcić się koło „choroba – leczenie – choroba”. Jego zdaniem ze szczepionką przeciw ospie wietrznej byłoby znacznie mniej problemów, gdyby wszystkim dzieciom umożliwiono nabycie odporności na ospę wietrzną²⁹⁸ [Materiał NVIC z 1 października 2003: Dla półpaśca charakterystyczne są bóle o nie-

[296] „New Scientist”, 4 May 2002, s. 7.

[297] Patrz trzy artykuły doktora Goldmana: Goldman G.S., *Varicella susceptibility and incidence of herpes zoster among children and adolescents in a community under active surveillance*; *Incidence of herpes zoster among children and adolescents in a community with moderate varicella vaccination coverage*; *Using capture-recapture methods to assess varicella incidence in a community under active surveillance*, „Vaccine” 2003, (21) 27/28 s. 4238–4255.

[298] *Data Reveals Threat of Shingles Epidemic From Vaccine Use; Health Officials Threaten Legal Action Against Researcher*.

uczeń), miała miejsce epidemia. Zachorowało ponad 40 uczniów, wszyscy bez wyjątku zaszczepieni³¹⁴.] dość spektakularnie demonstrują niezbyt wysoką skuteczność szczepionki. Niewątpliwie wkrótce usłyszymy, że potrzebne jest powtórne szczepienie, a potem, że trzeba je wykonywać okresowo.

Podobnie jak w przypadku szczepionki przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A intensywnie opracowuje się i wdraża na rynek koktajle szczepionek, aby bez zbędnego hałasu i tłumaczenia rodzicom krańcowej konieczności szczepienia dziecka przeciw tak strasznej chorobie, jak ospa wietrzna, podawać po cztery–pięć szczepionek w jednej strzykawce³¹⁵.

Kończąc wywody o tej szczepionce, trzeba jeszcze wspomnieć, że odnotowano też przenoszenie się samego wirusa szczepionkowego. Zarejestrowano przypadek

dwunastomiesięcznego dziecka, u którego po 24 godzinach od szczepienia pojawiła się wysypka przypominająca ospę i zaraziło ono swą ciężarną matkę, która zmuszona była poddać się aborcji³¹⁶.

Inne dziecko zaszczepione tydzień wcześniej zaraziło swą matkę będącą w 39 tygodniu ciąży³¹⁷.

Ponieważ szczepionka przeciw ospie wietrznej może wywołać pojawienie się charakterystycznej dla niej wysypki (u około 3,4 procent zaszczepionych wysypka pojawia się wokół miejsca wkłucia, u 3,8 procent może rozprzestrzenić się na całe ciało³¹⁸), to zaszczepiony powinien unikać kontaktu z noworodkami, kobietami ciężarnymi i osobami cierpiącymi na choroby układu immunologicznego.

Szczepionka przeciw ospie wietrznej nie pojawiła się jeszcze w kalendarzu szczepień krajów,

[314] Clower M., *Chickenpox outbreak*, „Troy Messenger”, 27 Feb 2006.

[315] Patrz na przykład: Nolan T. et al., *Reactogenicity and immunogenicity of a live attenuated tetravalent measles-mumps-rubella-varicella (MMRV) vaccine*, „Vaccine”, 21 Dec 2002, s. 281–289 i Arbeter A.M. et al., *The combination measles, mumps, rubella and varicella vaccine in healthy children*, „Developments in Biological Standardization” 1986, 65, s. 89–93.

[316] Salzman M.B. et al., *Transmission of varicella-vaccine virus from a healthy 12-month-old child to his pregnant mother*, „Pediatrics” 1997, 1(131), s. 151–154.

[317] Huang W. et al., *Transmission of varicella to a gravida via close contacts immunized with varicella-zoster vaccine. A case report*, „The Journal of Reproductive Medicine”, Oct 1999, 10(44), s. 905–907.

[318] Leung A.K., Kao C.P., *The Truth about chickenpox*, „The Canadian Journal of Diagnosis” 1999, 12(16), s. 79–87.

w których mieszka większość moich Czytelników, lecz intensywne pranie mózgu przygotowujące grunt dla szerokiej ofensywy nowej szczepionki już się tam rozpoczęło [w Polsce w większości przypadków jest to szczepionka zalecana, a nie obowiązkowa – dop. red.].

Jak wykazałem w niniejszym rozdziale, szczepionka przeciw ospie wietrznej prowadzi do zaburzenia normalnej cyrkulacji czynnika chorobotwórczego i można ją uznać za przestępstwo nie tylko przeciw dzieciom, lecz również przeciw dorosłym. Czy warto uczestniczyć w tym procederze?

Wnioski

- Ospa wietrzna to jedna z najmniej groźnych chorób dziecięcych, stanowiąca przyczynę powikłań jedynie w wyjątkowych przypadkach i z reguły u cierpiących na choroby układu immunologicznego. Leczenie homeopatyczne ospy wietrznej jest w pełni skuteczne. Raz przebyte schorzenie wywołuje trwałą, zazwyczaj dożywotnią odporność pod warunkiem normalnej cyrkulacji wirusa w społeczeństwie ludzkim.

- Kampania szczepień przeciw ospie wietrznej ma na celu nie tyle ochronę dzieci, co zaspokojenie chciwości producentów szczepionek i zaoszczędzenie pieniędzy ZUS na zwolnieniach chorobowych dla rodziców pielęgnujących chore dzieci.

- Wyeliminowanie wirusa ospy wietrznej może doprowadzić do nieprzewidywalnych skutków, zagrożając zdrowiu dorosłych i dzieci. Odnotowywana obecnie wzmożona zachorowalność wśród dzieci na półpaśca jest znacznie groźniejsza niż ospa wietrzna i może stanowić jeden z takich skutków.

- Znaczna skuteczność szczepionki, o której zapewnia jej producent, jest wątpliwa. Nie minęło 5–6 lat od chwili rejestracji szczepionki, gdy zaczęły rozbrzmiewać głosy domagające się powtórnych szczepień.

- Szczepionka wywołuje efekty uboczne, w tym również ze strony układu nerwowego, a ilość zawartego w niej DNA ssaków znacznie przewyższa takową w innych szczepionkach, co może zwiększyć ryzyko chorób nowotworowych u osób zaszczepionych.

Wirusowe zapalenie wątroby typu A

Choroba

Jeszcze jakieś 15–20 lat temu myśl o zainwestowaniu pieniędzy w opracowanie szczepionek do masowego zastosowania przeciw takim chorobom jak ospa wietrzna lub wirusowe zapalenie wątroby typu A mogła wydawać się całkowicie absurdalna, lecz na tle obecnej ofensywy zwolenników szczepionek na wszystkich frontach wczorajszy absurd i temat dla wystąpień komików stał się smutną rzeczywistością.

Wirusowe zapalenie wątroby typu A, znane także jako epidemiczne zapalenie wątroby, zakaźne zapalenie wątroby lub choroba Botkina, tradycyjnie uważane jest za jedną z najłżejszych chorób zakaźnych. W odróżnieniu od wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, przenoszonych niemal wyłącznie za pośrednictwem krwi, zapalenie typu A to typowa dziecięca infekcja wewnętrzjelitowa, choroba „brudnych rąk”, a w uproszczeniu – choroba brudnej wody i złych warunków sanitarno-higie-

nicznych. Wirus zapalenia wątroby typu A jest wydzielany przez chorego do otoczenia wraz z fekaliami. Do zarażenia dochodzi więc drogą fekalno-oralną.

Okres inkubacyjny choroby wynosi średnio 30 dni (maksymalnie – 50). Objawy okresu przedżółtaczkowego, trwającego około tygodnia, przypominają objawy grypy (gwałtowny wzrost temperatury, ból głowy, mdłości, utrata apetytu), lecz pojawienie się żółtawego zabarwienia skóry i twardówki, ściemnienie moczu i odbarwienie kału, podobnie jak w przypadku innych zapaleń wątroby, wskazują na porażenie wątroby i początek okresu żółtaczkowego, trwającego do dwóch tygodni. Dzieje się tak przy typowym zapaleniu wątroby typu A, co ma miejsce, zgodnie z danymi różnych autorów, jedynie w około 10–30 procent przypadków wśród ludności w ogóle, zaś u dzieci najczęściej choroba przebiega w rozmytej postaci, bez wyraźnych objawów klinicznych i zwyczajnie pozostaje niezauważona. [W wielu podręcznikach do-

równocześnie ogromną liczbę antygenów, w tym również niewątpliwe patogeny, a przy tym z jakiegoś powodu w przypadku żadnego z nich nie pojawiają się obawy o układ immunologiczny»³⁴⁵.

Ta nacechowana potworną ignorancją odpowiedź, niezależnie od tego, od kogo pochodzi, może wydawać się wyczerpująca jedynie dla kogoś pozbawionego wiedzy o układzie odpornościowym i skutkach pozajelitowego, pomijającego najważniejsze mechanizmy obrony człowieka, trafiań do organizmu dziecka trujących koktajli, zawierających czynniki chorobotwórcze, które zgodnie z naturą powinny trafiać do organizmu całkiem inną drogą. „Ogromna liczba antygenów, w tym również patogenów” u zdrowego noworodka trafia do błon śluzowych układu oddechowego i do tworów limfatycznych, w których ulega unieszkodliwieniu, do czego z definicji nie dochodzi podczas szczepienia. Nie tylko toksyczność szczepionek, lecz również całkiem inna droga przenikania czynników chorobotwórczych staje się przyczyną powikłań, niekiedy bardzo ciężkich lub śmiertelnych, oraz niestabilności odporności poszczepiennej. Będziemy o tym jeszcze mówić.

Specjalnie zawarłem w książce ten rozdział, by jeszcze raz wykażać Czytelnikom, że dla zwolenników szczepień cała populacja to tylko grupa docelowa objęta lub nieobjęta szczepieniami i instrument do zarabiania pieniędzy.

Nie ma przy tym żadnego znaczenia, na ile poważna jest choroba. Kampania szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A stanowi najlepsze potwierdzenie tej tezy.

Wnioski

- Wirusowe zapalenie wątroby typu A jest dość lekką, zazwyczaj dziecięcą chorobą. W większości przypadków, szczególnie u dzieci w młodszym wieku, choroba przebiega niezauważalnie lub nie zostaje rozpoznana ze względu na swą łagodność.

- Praktycznie nie występują powikłania i nie istnieje przewlekłe nosicielstwo wirusa WZW typu A.

- Choroba daje trwałą, zazwyczaj dożywotnią odporność. WZW typu A to typowa choroba złych warunków sanitarno-epidemicznych, choroba „brudnych rąk”. Nie wymaga żadnych specjalnych środków ochronnych oprócz podstawowego porządku, kanalizacji, wodo-

[345] Uczajkin W., *Państwowy kalendarz szczepień profilaktycznych. Wady i zalety*, „Infekcje Dziecięce” 2004, 2, s. 4–8.

ciągów i wyrobienia wśród dzieci nawyków higienicznych.

- Opisałem choroby, w tym również dość ciężkie, będące skutkami szczepionki przeciw WZW typu A, do których jako do powi-

kłań przyznaje się sam producent. Oprócz powikłań szczepionka oznacza dodatkowe obciążenie wirusowe i dodatkowe substancje toksyczne trafiające do organizmu.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Choroba

Wirusowe zapalenie wątroby typu B to infekcja wirusowa atakująca wątrobę i przenoszona wraz z krwią lub, bardzo rzadko, z innymi płynami organizmu. Możliwość zakażenia się WZW typu B (nazywanym również zapaleniem surowiczym lub żółtaczką wszczepienną) przez brudne ręce nie występuje w ogóle. To zapalenie wątroby tradycyjnie uważane jest za „chorobę zawodową” narkomanów korzystających ze wspólnych strzykawek do wlewności dożylnych, prostytutek, homoseksualistów, a także pacjentów, którzy otrzymują transfuzję pełnej krwi lub plazmy (na przykład chorzy na hemofilię lub pacjenci oddziałów hemodializy).

Nawet personel medyczny niemający stale do czynienia z produktami krwi, nie podlega większemu ryzyku zarażenia niż inne grupy ludności. [Prawdopodobieństwo wykrycia HBsAg (australijskiego antygeny) u medyka zwiększa

się na skutek pracy z produktami krwi, zapalenia wątroby w wywiadzie, stażu pracy i wieku, lecz nie na skutek liczby kontaktów z pacjentami, przy czym wykrycie markera wskazuje raczej na uodpornienie spowodowane stałymi kontaktami z czynnikiem chorobotwórczym o niewielkiej intensywności niż na przebytą aktywną chorobę. Autorzy rosyjscy wykazali, że szczególnie wysoki poziom zainfekowania WZW typu B występuje u operujących chirurgów i lekarzy hematologów (u tych drugich – do 84,6 procent)^[346].

Prawdopodobieństwo przeniesienia (nie mylić z zachorowaniem!) wirusa wirusowego zapalenia wątroby typu B podczas jednorazowego kontaktu seksualnego szacuje się na 20–70 procent. Przypadki zarażenia od członka rodziny, nosiciela wirusa, należą raczej do rzadkości i jego prawdopodobieństwo może być praktycznie całkowicie usunięte przez stosowanie indy-

[346] Dienstag J.L., Ryan D.M., *Occupational exposure to hepatitis B virus in hospital personnel: infection or immunization?*, „American Journal of Epidemiology”, Jan 1982, 115(1), s. 26–39; Taic B., Rachmanowa A., *Profilaktyka szczepieniowa...*, s. 181.

ani trochę nie ucierpiał w wyniku tych manipulacji³⁴⁸.

Raz przebyta choroba zapewnia trwałą, zazwyczaj dożywotnią odporność. Co najmniej u 80 procent dorosłych i jeszcze większej liczby dzieci choroba kończy się pełnym wyzdrowieniem bez jakichkolwiek skutków. Jedynie od 1 do 4 procent dorosłych, którzy zachorowali na wirusowe zapalenie wątroby typu B, staje się przewlekłymi nosicielami choroby³⁴⁹.

Czynniki wpływające na przejście WZW typu B w stadium przewlekłe nie są do końca jasne. Zauważono, że częściej zdarza się to w przypadku mężczyzn oraz u osób z towarzyszącymi schorzeniami układu pokarmowego, oddechowego lub wydalinowego, czy też chorych na alergie, zatartą bezzłotaczkową postać choroby z długotrwałym zachowaniem markerów replikacji wirusa i trwałym zespołem cytolizy i połączeniem WZW typu B z innymi rodzajami zapalenia wątroby, a także limfocytopenią T, występowaniem określonych antygenów HLA i innych³⁵⁰. Najprawdopodobniej wszystkie wymienione czynniki stanowią objaw jakiejś specyficznej wady gene-

tycznej, do której badacze jeszcze nie dotarli. Specjaliści są zgodni co do tego, że nasilenie objawów klinicznych choroby jest odwrotnie proporcjonalne do stopnia ryzyka przejścia w stan przewlekły: im wyraźniej przejawia się zapalenie wątroby, tym mniejsze prawdopodobieństwo, że przybierze postać przewlekłą.

U określonej liczby przewlekłych nosicieli wirusa zapalenia wątroby typu B (zazwyczaj u ludzi z ciężkimi chorobami w tle lub niedoborem odporności) przewlekłe zapalenie wątroby typu B może doprowadzić do niewydolności wątroby lub raka dróg żółciowych i wątroby. Wraz z wiekiem niebezpieczeństwo przejścia zapalenia wątroby w postać przewlekłą zmniejsza się. Najgroźniejsze pod względem skutków jest przekształcenie się ostrego WZW typu B w przewlekłe u noworodków (według niektórych ocen ryzyko przewlekłego zapalenia wątroby wynosi 90 procent z 25-procentową późniejszą śmiertelnością w wieku dorosłym w wyniku przewlekłych chorób wątroby), lecz już w wieku czterech lat ryzyko to szacuje się tylko na 10 procent.

[348] Wilson G.S., *The Hazards of Immunization*, Londyn 1967, s. 113–114.

[349] Stratton K.R. et al., *Adverse Events Associated with Childhood Vaccines: Evidence Bearing on Causality*, Waszyngton 1994, s. 211.

[350] Bondarenko L., *Prognoza przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby*, „Rosyjski Biuletyn Medyczny” 1998, 1, s. 15–17.

tematy dla badań dla niezależnych naukowców” – stwierdził Belkin].

Belkinowi zadano następujące pytanie: „Dlaczego zamiast szczepić niemowlęta, nie bada się matki na okoliczność nosicielstwa wirusa WZW-B (ponieważ jest to jedyna droga, którą noworodek może zarazić się tą chorobą)?”. Odpowiedź Belkina była całkiem wyczerpująca:

„Sprzedaż szczepionek jest niezwykle dochodowym biznesem, a proces polecania szczepionek splamiony jest nadużyciami urzędników, producentów szczepionek i osób zasiadających w Komitecie ds. Szczepień oraz Amerykańskiej Akademii Pediatrii. Model biznesu, w którym kupno towaru narzuca jest przez państwo, to marzenie monopolisty”.

Faktycznie, po co tracić pieniądze na poszukiwanie tych jednostek spośród kobiet w ciąży, których dzieci mogą ucierpieć w wyniku WZW typu B i dokonywać wybiórczych szczepień, kiedy można szczepić wszystkie noworodki?³⁷³. [Zgodnie z ostatnią statystyką VAERS w latach 1999–2002 w USA w grupie wiekowej od 0 do 6 lat po szczepieniu przeciw WZW typu B doniesiono o 13363

reakcjach ubocznych lub powikłaniach, wśród których w 1840 przypadkach potrzebna była hospitalizacja, a 642 przypadki skończyły się zgonem. Mam w posiadaniu również statystykę pochodzącą od amerykańskiego pediatry Edwarda Yarbaka: od 1990 do końca 2002 roku do Systemu Informacji o Skutkach Ubocznych Szczepień wpłynęły dane o 9520 powikłaniach po szczepionce przeciw WZW-B (osobno lub w kombinacji z innymi szczepionkami) u dzieci w wieku do jednego roku, spośród których 627 zakończyło się zgonem (w 401 przypadkach postawiono „uniwersalną” dla takich zdarzeń diagnozę „zespół nagłej śmierci łóżeczkowej”), powikłania w jeszcze 284 przypadkach zostały uznane za zagrożające życiu. W 4227 przypadkach rodzice przywozili dzieci do izby przyjęć i 1591 dzieci było hospitalizowanych. Ogółem do końca 2002 roku, czyli w ciągu 12 lat szczepień, dotarły doniesienia o 38 600 przypadkach powikłań po szczepionce przeciw WZW typu B (pojedynczo lub w kombinacji z innymi szczepionkami) we wszystkich grupach wiekowych, 753 spośród nich skończyło się zgonem szczepionych. W 14476 przypad-

[373] W Polsce sytuacja jest jeszcze bardziej kuriozalna: mimo że ciężarne są obowiązkowo badane na obecność antygenu WZW typu B w ostatnich tygodniach ciąży, to szczepionkę przeciw WZW typu B otrzymują wszystkie dzieci bez wyjątku, do tego w pierwszej dobie życia, a nie tylko te, które są dziećmi nosicieli wirusa – dop. red.

rym wcześniej ustalony związek szczepionki przeciw WZW typu B z chorobami układu nerwowego teraz określono jako niedowiedziony! [Zgodnie z danymi wspomnianego wcześniej doktora Yasbaka, w ciągu 12 lat doniesiono o 50 przypadkach stwardnienia rozsianego, 113 – zespołu Guillaina-Barrégo, 108 – zapalenia rdzenia kręgowego lub zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego, 67 – zapalenia nerwu wzrokowego, 342 – różnych paraliżów, 129 – zespołu zaburzenia koordynacji ruchowej (ataksji), 51 – zaburzeń świadomości, 32 – utraty słuchu i 121 – autyzmu].

Zaznaczono przy tym, że dane nie są wystarczające do wyciągnięcia ostatecznych wniosków potwierdzających tezę lub zaprzeczających jej i potrzeba dodatkowych badań. Sprawa jest otwarta, a przekupni eksperci skłaniają się raz ku jednej opinii, innym razem ku drugiej. Szczepień dokonuje się na coraz większą skalę i nikt nie każe ich powstrzymać przynajmniej w odniesieniu do tych, którzy nie należą do grupy ryzyka, choćby do czasu ostatecznego wy-

jaśnienia kwestii. Przecież dla producentów najważniejsza jest ilość sprzedanego towaru.

Stwardnienie rozsiane, które wcześniej występowało wśród dzieci bardzo rzadko, dość często zaczęto odnotowywać w praktyce pediatrycznej w krajach, które włączyły się do walki z WZW typu B przy pomocy szczepionek³⁹².

Zresztą opublikowane niedawno obszerne badanie analizujące częstotliwość pojawiania się stwardnienia rozsianego wśród zaszczepionych przeciw WZW-B i niezaszczepionych Anglików w okresie od 1993 do 2000 roku ujawniło, że w ciągu trzech lat po szczepieniu częstotliwość występowania tej strasznej choroby była trzykrotnie wyższa wśród zaszczepionych³⁹³.

Sądzę, że warto w tym miejscu opowiedzieć krótką historię mającą związek zarówno ze szczepionkami przeciw WZW typu B, jak i z komitetem ekspertów przy Instytucie Zdrowia, który ostatnimi czasy wciąż znajduje się pod ostrzałem krytyki. Ta historia da Czytelnikowi pewne pojęcie o tym, na ile moż-

[392] Boiko A. et al., *Early onset of multiple sclerosis. A longitudinal study*, „Neurology” 2002, 59, s. 1006–1010; Ghezzi A. et al., *Multiple sclerosis in children: clinical features of 149 cases*, „Multiple Sclerosis” 1997, 3, s. 43–46; Ruggieri M. et al., *Multiple sclerosis under 6 years of age*, „Neurology” 1999, 53, s. 478–484; Hamard I. et al., *Infantile acute optic neuritis*, „Bulletin de l'Académie National de Médecine” 2000, 7(1984), s. 1511–1521.

[393] Hernan M.A. et al., *Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis*, „Neurology” 2004, 63, s. 838–842.

pojawiające się regularnie w rosyjskich mediach doniesienia nikogo nie dziwią.]

Obecny plan „wyszczepialności” przeciw WZW typu B przewiduje zaszczepienie milionów obywateli. Rosyjska dziennikarka donosi: „Minister Zdrowia i Rozwoju Socjalnego Michaił Zurabow w wywiadzie udzielonym w programie informacyjnym kolejny raz zaniepokoił Rosjan: okazuje się, że najważniejszym kierunkiem narodowego projektu «Zdrowie» nie będzie poprawa jakości usług medycznych ani wzrost wynagrodzeń lekarzy. Za rzecz najważniejszą minister uznał zaszczepienie 30 milionów obywateli przeciw WZW typu B. W Rosji na wirusowe zapalenie wątroby typu B choruje co roku dwieście osób na 100 000, przy czym w ostatnich latach zachorowalność wzrosła o 2,5 razy. Obecnie według naszych ocen choruje 7 milionów ludzi, a niektórzy wirusolodzy sądzą, że znacznie więcej – po prostu wielu ze swojej choroby nie zdaje sobie sprawy. Są to głównie ludzie młodzi, mający przed sobą długie życie, lata pracy i wychowania dzieci... Obowiązkowe szczepienie przeciw WZW typu B i zmniejszenie poziomu zachorowalności do trzech osób na 100 000 ludności nie tylko uznano za ważny

składnik narodowego projektu «Zdrowie», lecz postanowiono sfinansować go w całej rozciągłości. W 2006 roku zaszczepi się 10 milionów uczniów – wszystkich tych, którzy nie otrzymali szczepionki wcześniej. W 2007 roku planuje się zaszczepić dodatkowo 15 milionów młodych ludzi od 18 do 35 roku życia, znów tych, którzy się nie szczepili. Przeznaczono na ten cel 4,2 miliarda rubli w 2006 roku i 6,1 miliarda w 2007 roku⁴⁰³.

W takim razie czy zachorowalność na WZW typu B rośnie, czy spada? A może spada wyłącznie w oficjalnych doniesieniach, a rośnie, kiedy trzeba uzyskać pieniądze na programy szczepieniowe? Jeśli spada, to po co szczepić miliony obywateli, tracąc na to miliardy rubli? Gdzie tu logika? A jeśli rośnie, to jaki pożytek dają szczepionki i po co zwiększać wydatki na nie, a jednocześnie także liczbę powikłań poszczepiennych? Chciałbym wierzyć, że nie jestem jedynym, który zadaje te pytania.

Wnioski

- Wirusowe zapalenie wątroby typu B, podobnie jak WZW typu C, to choroba specyficznych grup ryzyka – narkomanów stosujących wspólne strzykawki, prostytutek, homoseksualistów lub pacjentów

[403] Batenewa T., *Rosjan przygotowuje się do szczepień*, Izvestia.ru z 10 stycznia 2006 roku.

otrzymujących w trakcie leczenia transfuzję krwi lub jej frakcji, w mniejszym stopniu – choroba dorosłych uprawiających niebezpieczny seks. Grupą ryzyka jest też w jakimś stopniu personel medyczny mający styczność z krwią.

- Noworodki, nastolatki ani inne kategorie ludności nienależące do wymienionych grup ryzyka, nie mają poważnej szansy zarażenia się WZW typu B.

- Szczepionka przeciw WZW typu B ma ogromną liczbę znanych i opisanych w literaturze skutków ubocznych, włącznie z ciężkimi chorobami układu nerwowego, co podaje w wątpliwość konieczność jej zastosowania nawet u tych, którzy rzeczywiście ryzykują zakażeniem na WZW typu B, nie mówiąc już o tych, dla których to

ryzyko jest minimalne lub w ogóle nie występuje.

- Kwestia, czy należy szczepić noworodki urodzone przez matki będące nosicielkami wirusa WZW typu B, powinna być rozstrzygana po starannych badaniach laboratoryjnych (ustalenie liczby przeciwciał i stężenia DNA wirusa u ciężarnej) i uwzględnieniu wszystkich innych czynników, które mogą sprzyjać zakażeniu noworodka.

- Na poziomie państwowym walka z WZW typu B i WZW typu C powinna polegać na zapewnieniu placówkom medycznym jednorazowych instrumentów i koniecznych systemów sterylizacji oraz na zakrojonej na szeroką skalę kampanii edukacyjnej wśród nastolatków i młodzieży oraz walce z narkomanią.

Grypa

W ostatnim czasie jesteśmy świadkami nowego zmasowanego „ataku psychologicznego” pod kryptonimem „szczepionka jako najlepsza ochrona przed grypą!”. Kiedy ogląda się jesienią doniesienia medyczne, trudno oprzeć się wrażeniu, że wszystkie pozostałe problemy zdrowotne od dawna są rozwiązane i zdecydowanie nie ma się czym martwić poza szczepieniami przeciw grypie. Trwa odliczanie do wyznaczonego przez kogoś terminu jak do wybuchu bomby atomowej lub zderzenia planety z gigantycznym meteorytem. Wszystkie doniesienia dotyczą wyłącznie tego, ile osób objęto już szczepieniem i co trzeba zrobić, by było ich jeszcze więcej. W Rosji wychwala się miejscowe władze, szczerze wykładające setki tysięcy rubli na szczepionkę przeciw grypie, niemające jednak pieniędzy, by płacić wynagrodzenie lekarzom i nauczycielom oraz zapewnić zimą ogrzewanie w domach. Zawstydzają się tych, którzy uważają, że należy znaleźć lepsze zastosowanie dla pieniędzy. W szkołach i przed-

szkołach przekonuje się rodziców do szczepionek. Na uczelniach nie dopuszcza się studentów do sesji, dopóki się nie zaszczepią. Wydaje się, że na murach niedługo zawisną znane już plakaty z czasów wojny domowej w Rosji z nieco zmienionym napisem: „Czy zapisałeś się już na szczepienie przeciw grypie?”. Równocześnie brak jakiegokolwiek dyskusji internetowej, w której zaszczepieni nie donosiliby, że natychmiast po szczepionce zachorowali na najprawdziwszą grypę, przeciw której obiecano im ochronę, a potem przez całą zimę nie mogli pozbyć się przeziębień. Środki masowego przekazu i literatura naukowa donoszą o faktach wziętych jakby z równoległej rzeczywistości, rządzącej się własnymi zasadami, głoszącymi fantastyczne zmniejszenie śmiertelności, zachorowalności, wydatków na zwolnienia chorobowe dzięki cudownej szczepionce.

Choroba

Ta świetnie nam wszystkim znana choroba wywoływana jest

to droga powietrzno-kropelkowa. Okres inkubacji może trwać od jednego do siedmiu dni (zazwyczaj 48 godzin).

„Grypa zaczyna się ostro, nierzadko z dreszczami. Temperatura ciała w pierwszych dniach osiąga maksymalny poziom, najczęściej w granicach 38–40°C. Na pierwszy plan wysuwają się oznaki intoksykacji – ból głowy z charakterystycznym umiejscowieniem w części czołowej, ból gałek ocznych, krzyża, różnych grup mięśniowych. Porażenie dróg oddechowych charakteryzuje się występowaniem suchego kaszlu, drapaniem w gardle, uciskiem za mostkiem, założonym nosem, niekiedy krwotokami z nosa. Wysoka temperatura ciała trwa do dwóch dni, po czym spada. Ogólny czas trwania okresu gorączkowania nie przekracza czterech–pięciu dni”⁴⁰⁸.

Grypa najprawdopodobniej nie stanowi zagrożenia dla kobiet ciężarnych (w każdym razie przy bra-

ku zbyt intensywnego leczenia alopatycznego). W 1993 i 1994 roku przebadano 1659 kobiet ciężarnych w Nottingham, spośród których, jak się okazało, 11 procent przebyło gripę. Autorzy badania donoszą, że grypa w drugim i trzecim trymestrze ciąży to zjawisko dość powszechne i nie prowadzi do przekazania wirusa płodowi ani wytwarzania przeciwciał, podobnie jak do jakichkolwiek innych powikłań ciążowych⁴⁰⁹.

Czynnikami ryzyka hospitalizacji w związku z gripą są choroby serca i astma oskrzelowa, przy czym grypa wymaga mniejszej liczby hospitalizacji (w USA i Niemczech – trzykrotnie mniejszej) niż tak zwany wirus RSV (Respiratory Syncytial Virus), przeciw któremu speliży na niczym wszystkie próby stworzenia szczepionki^{410, 411}.

Według opublikowanej statystyki co roku grypa i jej powikłania stają się przyczyną śmierci od 10

[408] *Choroby zakaźne. Poradnik dla każdego*, St. Petersburg 2000, s. 163.

[409] Irving W.L. et al., *Influenza virus infection in the second and third trimesters of pregnancy: a clinical and seroepidemiological study*, „An International Journal of Obstetrics and Gynaecology”, Oct 2000, 107, s. 1282–1289.

[410] Weigl J.A. et al., *Influenza-associated hospitalizations in children in Germany*, „Epidemiology & Infection”, Dec 2002, 129, s. 525–533.

[411] Przeciwno zakażeniom wirusem RSV opracowano jednak preparat Synagis, zawierający przeciwciała monoklonalne (paliwizumab). Przeznaczony jest dla wcześniaków oraz dzieci z dysplazją oskrzelową i wrodzonymi wadami serca. Mimo że podaje się go jak szczepionkę, *de facto* nią nie jest, ponieważ nie powoduje wytwarzania przeciwciał przez układ odpornościowy, lecz ma za zadanie dostarczyć wyprodukowane techniką bioinżynierii przeciwciała monoklonalne. Ich zadanie polega na zapobieganiu namnażania się wirusa RSV w organizmie. Preparat nie jest pozbawiony skutków ubocznych, wśród których wymieniane są m.in. reakcje alergiczne i trombocytopenia – dop. red.

I wszystko to robi się bez względu na to, że w federalnej ustawie „O profilaktyce szczepień chorób zakaźnych” jednoznacznie powiedziano, że „szczepienia profilaktyczne prowadzi się za zgodą obywateli, rodziców lub innych opiekunów prawnych nieletnich i obywateli uznanych za niezdolnych do podejmowania decyzji w trybie ustalonym przez prawodawstwo Federacji Rosyjskiej”⁴³⁵.

Bezpieczeństwo

Powikłania po szczepionce przeciw grypie są znane, jest ich wiele i nie oszczędzają nawet pracowników medycznych, jeśli ci zgodzą się na szczepienie. Pewne przeprowadzone w Kanadzie badanie wykazało, że u 89 procent zaszczepionych pojawiły się reakcje miejscowe (zapalenie, zaczerwienienie, obrzęk), a u 49 procent – układowe (gorączka, męczliwość, ból głowy, katar, zapalenie węzłów chłonnych szyjnych, mięśniobóle, ból żołądka, wymioty, bezsenność)⁴³⁶.

Prawdopodobnie to doświadczenie na zawsze zniechęciło kanadyjskich medyków do bycia obiektami eksperymentów ze szczepionkami. Bezpieczniejsze i bardziej

dochodowe jest nawoływanie pacjentów do szczepień.

Najlepszą ilustracją tego, jak niebezpieczne mogą być nawet tak „niegroźne” szczepionki jak szczepionka przeciw grypie, jest smutna historia szczepionki przeciw grypie świńskiej, o której chciałbym krótko opowiedzieć w tym rozdziale.

Kiedy w lutym 1976 roku dwunastu żołnierzy służby zasadniczej zachorowało na grypę w koszarach w Fort Dix (New Jersey) [Przypominam, że epidemia z lat 1918–1920 również rozpoczęła się w koszarach i również wśród wcześniej wielokrotnie szczepionych przeciw różnym chorobom żołnierzy. Podejrzany zbieg okoliczności!] i jeden z nich zmarł, lekarze, rzekomo po zbadaniu antygenowej struktury wirusa, oświadczyli, że doszło do znaczącej mutacji i należy ocze-kiwać strasznej epidemii na skalę narodową, przypominającej epidemię z lat 1918–1920.

Wszyscy znajdujący się w koszarach zostali natychmiast zaszczepieni szczepionką Port Chalmers, o której z szacunkiem mówiono, że chroni przed wszystkimi szczepami grypy. Wkrótce 500

[435] Ustawa o profilaktyce szczepień chorób zakaźnych, nr 157-FZ, podpisana przez Prezydenta Federacji Rosyjskiej 17 września 1988, art. 11, pkt. 2.

[436] Scheifele D.W. et al., *Evaluation of Adverse Events after Influenza Vaccination in Hospital Personnel*, „Canadian Medical Association Journal” 1990, 142(2), s. 127–130.

wym i tym, który cyrkuluje, co czy-
ni szczepienie nieskutecznym”⁴⁵².
[Podobne do rosyjskiego jest do-
świadczenie z Hiszpanii: podczas
kampanii powszechnych szczepień
przeciw grypie zachorowalność na
nią wzrosła o... 400 procent⁴⁵³].

Tak więc szczepionki przeciw
grypie nie tylko „nie spowalniają
tempa”, lecz same stanowią przy-
czynę wzrostu zachorowalności
na ostre wirusowe zapalenia dróg
oddechowych. Jaki wyciągnięto
z tego wniosek? „Bez względu na to
szczepienia bez wątplenia nadal po-
zostają najpewniejszym środkiem
ochrony, a szczepionki należy poda-
wać co roku”⁴⁵⁴.

Nasuwa się pytanie: czy ten,
kto to napisał, ma wszystko w po-
rządku z głową? A może kampanie
„Chroń się przed grypą przy pomo-
cy szczepionki!” faktycznie obliczo-
ne są na ludzi niedorozwiniętych
umysłowo? Pytania te chyba są re-
toryczne!

Wnioski

- Grypa to jedno z wielu scho-
rzeń należących do grupy ostrych
wirusowych chorób układu odde-

chowego, przy czym wcale nie jest
najbardziej rozpowszechniona (do
40 procent ostrych wirusowych za-
paleń dróg oddechowych wywołują
rinowirusy).

- Nieskuteczność szczepionek
związana jest przede wszystkim
z koniecznością zgadywania, jaka
odmiana wirusa będzie przeważać
w kolejnym sezonie. Nieskutecz-
ność ta jest świetnie udokumento-
wana w literaturze naukowej.

- Szczepionka przeciw grypie
wiąże się z niemałą liczbą powi-
kłań ze strony układu nerwowego.
Oprócz tego osłabiając odporność,
szczepionka czyni zaszczepionego
bardziej podatnym na inne infekcje.

- Zakrojone na szeroką skalę
kampanie reklamowe organizowa-
ne przez producentów i dystrybu-
torów szczepionek nastawione są
wyłącznie na promocję i nie mają
nic wspólnego z troską o dobro
obywateli.

- Istnieje wiele skutecznych
metod zapobiegania i leczenia
grypy. Są to metody naturopatycz-
ne i homeopatyczne ignorowane
przez system ochrony zdrowia
na rzecz szczepionek.

[452] Selcowski A., *Zima bez grypy. Szczepienia jako podstawowa metoda walki z grypą*, „Medycyna dla Każdego” 1999, 3(14).

[453] Joët F. et al., *Survey on vaccinations in Europe: adverse effects, epidemiology, laws, and EFVV proposals*, „Medical Veritas” 2005, 2, s. 1–37.

[454] *Ibidem*.

Błonica (dyfteryt)

Błonica⁴⁵⁵, podobnie jak polio i tężec, należy do schorzeń, które najbardziej zatrważają rodziców. Nawet tych, którzy gotowi są dzielnie pogodzić się z różyczką, świnką lub odrą i zrezygnować z odpowiednich szczepionek, sama myśl o tym, że dziecko pozostaje „nieuodpornione” na błonicę, doprowadza do paniki.

Czyżby „epidemia” błonicy w Rosji wykazała, że nie istnieje alternatywa dla szczepienia i tylko przez powszechne wyszczepianie można osiągnąć rzeczywisty sukces w walce z tą ciężką infekcją?” – pytają rodzice⁴⁵⁶.

Mam nadzieję, że zanim rodzice zaczną miotać się w poszukiwaniu „odpowiednich” szczepionek i „właściwych” ośrodków szczepieniowych, w których zdołają „uodpornić” dziecko na błonicę przy pomocy szczepionek, przeczytają jednak ten rozdział i przemyślą swój wybór.

W odróżnieniu od innych rozdziałów, w których musiałem powoływać się przede wszystkim na materiały z innych krajów, niedawna epidemia błonicy w byłych republikach dawnego Związku Radzieckiego daje możliwość omówienia tego tematu na przykładzie bliskim większości moich Czytelników.

Choroba

Błonica prawdopodobnie znana jest ludzkości już dość długo, chociaż opisywane przez dawnych autorów choroby odpowiadają raczej pewnemu uśrednionemu pojęciu zapalenia krtani, którym można określić też krztusiec i ciężką anginę, niż samej błonicy. Uważa się, że w Europie błonica została po raz pierwszy dokładnie opisana w Hiszpanii w XVI wieku pod nazwą *el garrotillo*, czyli „dusząca choroba”. Na Wschodzie jej opisy pochodzą z wcześniejszego okresu⁴⁵⁷.

[455] Błonica – od greckiego słowa *diphtheria* – skóra, błona. Nazwa nadana przez francuskiego lekarza i badacza Pierre'a Bretonneau (1778–1862).

[456] Uczajkin W., Szamszewa O., *Profilaktyka szczepień...*, s. 112.

[457] Patrz: Nakamura A., *A historical survey of diphtheria in Europe, China and Japan. Part I: ancient and medieval age*, „Nippon Ishigaku Zasshi”, Sep 1995, 41, s. 369–394.

ska przytacza przykłady sprzecznych doniesień urzędników medycznych, dotyczących liczb przypadków zachorowań na błonicę w Moskwie w latach 1992–1993. Różnica liczby chorych dochodzi do 200 procent!

Dane dotyczące statystyki wyszczepialności wcale nie wyglądały lepiej. Nie udało się odnaleźć dokładnych liczb i danych, ilu było zaszczepionych w chwili wybuchu epidemii, lecz nawet jeśli zostałyby one opublikowane, raczej nie można byłoby im wierzyć, gdyż pochodziły od zwolenników szczepień.

Ograniczę się do kilku cytatów: „W 1991 i 1992 roku poziom zaszczepień poniżej 90 procent grupy docelowej występował w Gruzji – 45 procent, Irlandii – 65 procent, Azerbejdżanie – 69 procent, Turcji – 72 procent, Rosji – 73 procent, na Litwie – 78 procent, w Serbii i Czarnogórze – 79 procent”⁵¹³.

Rosyjskie 73 procent wcale nie wygląda na katastrofalnie niski poziom. Przy czym według innego źródła procent zaszczepionych wśród dzieci był znacznie większy: „Wyszczepialność przeciw błonicy

wśród dzieci do 14 roku życia wynosiła w latach 1989–1991 średnio tylko 92,5 procent, czyli 7,5 procent dzieci praktycznie nie było zaszczepione”⁵¹⁴. W ciągu kilku lat przed epidemią w ZSRR nakładem wydawnictwa Medycyna ujrzała światło dzienne monografia na temat błonicy, w której kategorycznie twierdzono: „Ustalono, że jeśli prawidłowym szczepieniem podda się 60–70 procent dzieci, to błonica jako choroba epidemiczna przestanie istnieć”⁵¹⁵. I nagle 92,5 procent zaszczepionych określa się słowem „tylko”. Jak to? Czyż szczepieniowcy nie nazbyt pochopnie zmieniają swoje kryteria? Inni autorzy nie wdają się w takie szczegóły, lecz za to chętnie wskazują przyczynę wszystkich nie-szczęść: „Począwszy od 1972 roku w następstwie bezprecedensowej kampanii przeciw szczepieniom profilaktycznym, poziom wyszczepialności na terenie Rosji i innych krajów WNP zaczął szybko spadać: pod koniec lat osiemdziesiątych osiągnął krytyczną wartość – 50 procent i mniej, co doprowadziło do szybkiego wzrostu zachoro-

[512] Czerwońska G., *Mity i prawda o szczepionkach* [w:] *Profilaktyka szczepień i prawa człowieka. Raport Rosyjskiego Państwowego Komitetu Bioetycznego*, Moskwa 1994 oraz Czerwońska G., *Szczepionki. Mity i rzeczywistość...*, s. 60–61.

[513] Obłapienko G., Gałązka A., *Błonica w Europie w latach 1985–1992, Konferencja... 1993*, s. 14.

[514] Taic B., Rachmanowa A., *Profilaktyka szczepieniowa...*, s. 138.

[515] Sadownikowa W., *Masowe szczepienia*, s. 59.

toksyn. Spośród 170 osób na szczepienie zgłosiło się 27. U siedmiu pojawiły się powikłania, przy czym u trojga – ciężkie, wymagające wezwania pogotowienia. W rezultacie cały instytut zaliczono do grupy zaszczepionych, o powikłaniach polecono zapomnieć, gdyż nigdzie nie zostały zanotowane. Jednej z pacjentek wystawiono kartę szpitalną z pierwotną diagnozą „nerwoból międzyżebrowy, powikłanie po DTP”, i z diagnozą ostateczną – „ostre zapalenie dróg oddechowych”⁵⁵⁸.

Komentarz jest zbędny.

Skuteczność

Jak długo trwa odporność po zaszczepieniu? Jednym tchem oświadcza się nam, że „cykl szczepień zapewnia powstawanie specyficznej odporności przeciw błonicy u ponad 90 procent zaszczepionych”⁵⁵⁹, lecz liczby te nie są nic warte, jeśli po krótkim czasie odporność ta jest niewykrywalna.

Przypominam, że ów „cykl szczepień” to trzy szczepionki, każda zawierająca rtęć, formaldehyd i aluminium, które wywołują nigdy niezbadane odroczone efekty. W starannie wyszczepionej Szwecji,

w której badano poziom anatoksyny w surowicy krwi 457 dzieci w wieku 6, 10 i 16 lat, spróbowano odpowiedzieć na pytanie co do czasu trwania odporności poszczepiennej.

Wszystkie dzieci otrzymały trzy dawki anatoksyny w wieku niemowlęcym, a dziesięciolatki i szesnastolatki – jeszcze jedną dawkę z toksyną tężca. Poziom poniżej uznawanego za ochronny 0,01ME/ml wystąpił u 15 procent sześciolatków, 48 procent dziesięciolatków i 24 procent szesnastolatków. Po tym jak wszystkie dzieci otrzymały dodatkową szczepionkę, poziom „ochronny” wystąpił u 97 procent. „Reakcje układowe były rzadkie i umiarkowane. Miejscowe reakcje nie miały znaczenia klinicznego”⁵⁶⁰.

W ten sposób co szóste sześciolatnie dziecko i niemal co drugie dziesięcioletnie nie zostały według reguł szczepieniowych uodpornione. Potwierdzają to również rosyjscy zwolennicy szczepień: „Według danych pewnego badania odporność zanika po roku u 10 procent dzieci, po 3–13 latach – u 67 procent i po 14–23 latach – u 83 procent. Inne badania wykazały, że po

[558] Czerwońska G., Mity... [w:] *Profilaktyka szczepień...*

[559] Uczajkin W., Szamszewa O., *Profilaktyka szczepień...*, s. 113.

[560] Mark A. et al., *Immunity and immunization of children against diphtheria in Sweden*, „European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases”, 8 Mar 1989, s. 214–219

kich jak odra, krztusiec, częste nieżyty górnych dróg oddechowych. Nierzadko dziecko mylnie zostaje uznane za pełnowartościowo zaszczepione, a następnie za odporne, mimo że szczepiono je krótko po przebytym schorzeniu, przeszkadzającym w wytworzeniu pełnowartościowej odporności”⁵⁸⁵.

Albo: „Spośród 280 dzieci, które przebyły błonicę, 174 były przeciw niej prawidłowo zaszczepione. 73,5 procent prawidłowo zaszczepionych dzieci przeszło inne choroby zakaźne. Zachorowalność na błonicę odnotowano u 41 procent dzieci, które przebyły jedną chorobę zakaźną, a wśród dzieci, które przeszły dwie, trzy i więcej chorób zakaźnych – w 59 procentach przypadków”⁵⁸⁶.

Wiadomo, że „prawie 100 procent” i „każde dziecko” może zaistnieć wyłącznie w chorej wyobraźni i propagandowych relacjach zwolenników szczepień, gdyż zawsze byli, są i będą rozsądni rodzice odmawiający szczepień. [Z uczciwymi rodzicami, którzy nie kombinowali i nie kupowali zaświadczeń, tylko starali się walczyć o swe przekonania, w owych czasach obchodzono

się bezceremonialnie: „Podczas ponownej rejestracji dzieci podczas spisu powszechnego w 1957 roku w Centrum Okręgowym wykryto około 300 dzieci niezaszczepionych przeciw błonicy w związku z odmową rodziców. Uwzględniając to, przede wszystkim podjęliśmy kroki zmierzające do pełnej wyszczepialności grupy docelowej. W latach 1957–1958 niemal całkowicie zlikwidowaliśmy odmowy szczepień przeciw błonicy”⁵⁸⁷. Nie przytacza się szczegółów odnośnie do metod likwidacji odmów].

Dokładnie tak samo zawsze byli, są i będą lekarze oraz pielęgniarki wystawiający z życzliwości lub za pieniądze fikcyjne zaświadczenia o wykonanych szczepieniach dla swoich i cudzych dzieci, lecz przede wszystkim zawsze były, są i będą dzieci mające bezsporne prawo do odmowy szczepień ze względów medycznych, których liczbę zwiększają mnożące się z roku na rok szczepionki w połączeniu z niskim poziomem życia społeczeństwa. Czy w takim razie może kiedyś dojść do „likwidacji odmów”? Urzędnik natychmiast uściśla: „Doświadczenie pracow-

[585] Gres B., *Analiza zachorowalności na błonicę we wschodnich okręgach Republiki Ukrainy i środki jej likwidacji* [w:] *Ibidem*, s. 16.

[586] Pedenko A.I. et al., *O niektórych przyczynach zachorowań na błonicę dzieci zaszczepionych* [w:] *Ibidem*, s. 96.

[587] Łysenko O., *Analiza zachorowalności na błonicę w Okręgu Połtawskim i kroki zmierzające do jej obniżenia w latach powojennych* [w:] *Ibidem*, s. 38.

szym stopniu niż ich silni i zdrowi rówieśnicy. I żadne statystyczne mydlenie oczu, sprytnie tłumaczenia o „nieprawidłowości” szczepień i inne standardowe sztuczki zwolenników szczepień, mających na celu wypaczanie faktów i praw biologicznych, tutaj nie pomogą. Zresztą nigdy nie pomagały!

Wnioski

- Zachorowalność na błonicę, będącą w XIX wieku i na początku XX wieku jedną z głównych przyczyn śmierci wśród dzieci, znacznie spadła przed II wojną światową dzięki poprawie poziomu życia społeczeństwa, przy czym praktycznie we wszystkich krajach europejskich, i to bez jakichkolwiek szczepionek.

- Podobnie jak inne choroby zakaźne błonica jest przede wszystkim związana z brudem, stłoczeniem skupisk ludzkich i niedożywieniem. Ważnym współczesnym czynnikiem ryzyka zachorowania na błonicę, a szczególnie zgonu na jej skutek, jest alkoholizm.

- Anatoksyna błonicy nie jest w stanie zapobiec cyrkulacji czynnika chorobotwórczego w społeczeństwie ani zakażeniu nim, wytworzeniu toksyny stanowiącej przyczynę choroby.

- Z czasu trwania ostatnich epidemii w krajach Wspólnoty Niepodległych Państw i bałtyckich oraz z danych występujących w literaturze wynika, że skuteczność anatoksyny jest wątpliwa pod względem wytwarzania prawdziwej odporności na toksynę.

- Oprócz tego u znacznego procenta szczepionych dzieci i dorosłych odporność poszczepienna w ogóle nie powstaje.

- Masowe zastosowanie antybiotyków i szczepienia dzieci zmieniły epidemiologiczne cechy choroby, gwałtownie zmniejszając możliwość nabycia i utrzymania naturalnej odporności na błonicę dzięki kontaktowi z czynnikiem chorobotwórczym.

- Błonica stała się groźna dla dorosłych, a także dla niemowląt pozbawionych przeciwciał matki.

- Przyczynami wybuchu epidemii błonicy w latach dziewięćdziesiątych były: gwałtowny spadek poziomu życia ludności republik byłego ZSRR i niezdolność rosyjskich władz do właściwej i szybkiej oceny sytuacji oraz podjęcia stosownych kroków.

- Istnieją interesujące i obiecujące metody profilaktyki i leczenia błonicy ignorowane przez władze medyczne.

Krztusiec (koklusz)

Choroba

Krztusiec należy do chorób, które wcześniej tradycyjnie uznawano za dziecięce i na które coraz częściej chorują nastolatki i dorośli. [„Krztusiec niestety spotykany jest też w krajach, w których przez wiele lat większości mieszkańców podaje się szczepionki przeciw krztuścowi. W USA od 1980 do 1989 roku zarejestrowano 27 000 przypadków choroby, przy czym 12 procent chorych stanowili ludzie od 15 roku życia wzwyż”⁶³². Lub: „Szczególnie niebezpieczni jako źródło zakażenia są chorzy z rozmytą postacią choroby, u których krztusiec często pozostaje niezdiagnozowany. Dzieci w wieku młodszym nierzadko zarażają się od dorosłych”⁶³³. Jeszcze jeden przykład: „W ostatnich latach XX wieku źródłem infekcji dla dzieci stają się dorośli, którym diagnozy z reguły się nie stawia nawet w wy-

rażonych postaciach choroby”⁶³⁴. Aby rozwiązać ostatni cień wątpliwości u Czytelnika odnośnie do źródła zakażenia dzieci, zacytuję raport Komitetu Ekspertów z analizy skutków ubocznych szczepionki przeciw krztuścowi i różyczce przy Amerykańskim Instytucie Medycyny: „Fakty potwierdzają, że zaszczepieni dorośli stanowią główne źródło zarażenia noworodków i dzieci w krajach rozwiniętych”⁶³⁵. Ci sami autorzy donoszą, co następuje: „Przed rozpoczęciem masowych szczepień uważano, że 95 procent ludzi zarażało się krztuścem w ciągu swego życia. 20 procent przypadków obserwowano w wieku poniżej roku, a 60 procent – w wieku od roku do czterech lat. Zgodnie z danymi Ośrodka Kontroli Chorób w okresie od 1986 do 1988 roku 46 procent przypadków zaobserwowano u dzieci poniżej

[632] Łobzin U.W., Płotnikow K., *Infekcje dziecięce*, St. Petersburg 2001, s. 19.

[633] Samarina N., Sorokina O., *Dziecięce choroby zakaźne...*, s. 93.

[634] Pokrowski W., *Ewolucja chorób zakaźnych...*, s. 255.

[635] Howson C.P. et al., *Adverse effects of Pertussis and Rubella Vaccines*, Waszyngton 1991, s. 9.

także wysokim stosunkiem zgonów do liczby zachorowań, który różnił się w różnych warstwach społecznych o różnym statusie materialnym. W ciężkich warunkach bytowania, w biednych dzielnicach dzieci chorowały we wcześniejszym wieku, w którym krztusiec stanowił szczególne zagrożenie”⁶⁴⁹.

Oto cytaty z wykładu radzieckiego pediatry profesora S. Nosowa: „Bezsporną i istotną rolę w osłabieniu objawów krztuśca i zmniejszeniu śmiertelności na jego skutek odegrał wzrost poziomu życia ludności, poprawa rozwoju fizycznego dzieci i zachodzący w związku z tym spadek częstotliwości niektórych towarzyszących stanów patologicznych i chorób przewlekłych osłabiających organizm dziecka. Znaczenie tego czynnika przy krztuścu atakującym ludzi w najwcześniejszym i najbardziej podatnym na uszkodzenia wieku, jest bardzo wielkie”⁶⁵⁰. W tym samym miejscu profesor Nosow zauważa, że na przykład wśród chorych na krztusiec w latach 1940–1945 krzywicę rejestrowano u 77 procent, przy czym u 25 procent ciężką, III stopnia.

Z drugiej strony „klasyczni” lekarze nie tylko nie mieli wówczas

żadnego pojęcia o naturze tej choroby (czynnik wywołujący ją został wyodrębniony przez Bordeta i Gengou z Instytutu Pasteura w Brukseli dopiero w 1906 roku), lecz w odróżnieniu od homeopatów swymi metodami leczenia jedynie pogarszali rokowania. Szeroko stosowano upuszczanie krwi i pijawki, środki wymiotne („w celu usunięcia ogólnego śluzu”), preparaty rtęci i opium. Raczej nie ulega wątpliwości, że zatrważająca statystyka śmiertelności w wyniku krztuśca w tamtych czasach przynajmniej częściowo zawdzięczana była takiemu leczeniu, bywającemu niekiedy gorszym od samej choroby. Obecnie krztusiec wciąż pozostaje poważnym problemem w krajach rozwijających się. [Jest to bardzo ważne uściślenie, gdyż kiedy wstrząśniętym rodzicom demonstruje się takie straszne (i prawdopodobnie prawdziwe) liczby, że na świecie od 600 000 do miliona dzieci co roku umiera na krztusiec lub jego powikłania, to z jakiegoś względu zapomina się uściślić, że mowa o tych krajach, w których miliony dzieci umiera na wszelkie choroby „opanowane” dzięki szczepionkom oraz na „nieopanowane”, przede wszystkim w wy-

[649] Pokrowski W., *Ewolucja...*, s. 238–239.

[650] Nosow S., *Ewolucja dziecięcych chorób zakaźnych w okresie intensywnej walki o ich likwidację*, przemówienie z 10 listopada 1961, s. 14.

Czy leży w ich interesie przypuszczenie, że szczepionki mogą szkodzić? Przypuszczenie to oznaczałoby uczynienie rządu obiektem brutalnej krytyki, a firmy farmaceutyczne straciłyby miliony dolarów. Drugi przykład sprzedajności nauki to «uczeni» podobni do Cherry'ego, ustalający częstotliwość powikłań i donoszący o nich. Jak często autyzm, zespół nagłej śmierci niemowląt, zapalenie mózgu, trwałe uszkodzenia neurologiczne i rak powstają po szczepieniu? Decydują o tym producenci szczepionek za pośrednictwem swych przekupnych uczonych. Czy nagła śmierć noworodka, która następuje 20 dni po podaniu szczepionki, związana jest z szczepieniem, czy może ona wiązać się ze szczepieniem jedynie, kiedy następuje po siedmiu dniach, trzech dniach lub po 24 godzinach? Kto to ustala?

Jeśli uważnie przestudiuje Pan dane o częstotliwości skutków ubocznych, to dostrzeże Pan, że koncerny farmaceutyczne sfinansowały większość badań na ten temat. Innymi słowy producenci szczepionek sami ustalili, co jest im potrzebne do ich własnych celów. Wybrali takie liczby, które gwarantują, że większość związanych ze szczepionkami zgonów i urazów

nie zostaje za takowe uznana. Twoje dziecko zmarło siedem dni po szczepieniu? Wybacz, ale powinno było umrzeć w ciągu 24 godzin, aby udowodnić związek ze szczepieniem. W przeciwnym razie przyczyna śmierci jest nieznana. Większość najbardziej wpływowych lekarzy w USA ma powiązania z firmami farmaceutycznymi. Wpływ koncernów farmaceutycznych jest tak wielki, że plany producentów leków stały się planami głównego nurtu medycyny i rządu USA⁶⁷⁷.

Niestety nie dotyczy to tylko USA, lecz całego świata. Gdyby świat szczepień nie był doszczętnie przesiąknięty najbardziej obrzydliwą korupcją, mit „bezpiecznych i skutecznych szczepionek” dawno pękłby jak bańka mydlana. Na podstawie sfałszowanych badań takich sprzedajnych „ekspertów” jak Cherry, także rosyjscy zwolennicy szczepień serwują czytelnikom podobne „naukowe” wnioski: „Wcześniej uważano, że pod wpływem komponentu krztuścowego DPT powstaje zapalenie mózgu. W chwili obecnej dowiedziono błędności takiej opinii. W rzadkich przypadkach wystąpienia objawów zapalenia mózgu w okresie poszczepiennym chodzi zazwyczaj o różne schorzenia (infekcyjne za-

[677] *Testimony of Raphaelle Moreau-Horwin & Michael Horwin*, list do senatora Dana Burtona z 12 kwietnia 1999 r. (dostępny na wielu stronach internetowych).

go⁶⁸⁸. Wykryto je również później w Niemczech, Francji i Włoszech. Czyżby teraz trzeba było wymyślić szczepionkę przeciw owym szczerpom krztuśca, i tak bez końca, ku radości producentów i dystrybutorów szczepionek?

Oprócz wszystkich innych problemów związanych z zagrożeniami i oczywistą nieskutecznością szczepionek jest jeszcze jeden, który również zazwyczaj jest przemilczany i zatajany przed opinią publiczną. Zarówno w podręcznikach traktujących o chorobach zakaźnych, jak i w dość zgrabnie skomponowanych broszurach prosczepiennych mówi się, że niemowlęta przez kilka (do pięciu–sześciu) miesięcy życia są pasywnie chronione przed krztuścem przez przeciwciała matek uzyskane za pośrednictwem łożyska; oprócz tego przeciwciała trafiają do dziecka wraz z mlekiem matki (co, powtarzam – wskazuje na niezwykłą wagę karmienia piersią), przez co wczesne szczepienie jest bezsensowne w związku z blokowaniem „procesu szczepiennego” przez przeciwciała matki⁶⁸⁹.

To prawda, lecz wyłącznie w przypadku, jeśli sama matka w dzieciństwie miała kontakt z naturalną infekcją krztuśca i nabyła trwałą odporność. Jednak w związku z tym, że obecnie już drugie pokolenie matek pozbawia się możliwości nabycia takiej odporności (planowe szczepienia przeciw krztuścowi zaczęto w ZSRR w 1959 roku), ponieważ została ona u nich zastąpiona przez nietrwałą odporność szczepionkową, matki nie są w stanie przekazać ochrony swym noworodkom. W ten sposób tłumaczy się opisywane wcześniej przesunięcie zachorowalności do najmłodszego wieku, w którym choroba jest najgroźniejsza. Pierwsza szczepionka podawana jest w wieku zaledwie trzech miesięcy. Okazuje się, że dziecko zaszczepionej matki jest bezbronne wobec krztuśca przez cały „przedszczepieniowy” okres życia. [„Występowanie ponad 50 procent przypadków krztuśca u małych dzieci można wytłumaczyć niewystarczającą odpornością matki i brakiem przekazywania ochronnych przeciwciał przeciwkrztuś-

[688] Sheldon T., *Dutch Whooping Cough Epidemic Puzzles Scientists*, „British Medical Journal” 1998, 316, s. 91–94. Patrz także: Mooi F.R. et al., *Adaptation of Bordetella pertussis to Vaccination: A Cause for Its Reemergence?*, „Emerging Infectious Diseases Journal”, Jun 2001, 7(3 Supplement), s. 526–528.

[689] Medunicy N., *Wakcynologia...*, s. 137. Podobnie jak w przypadku odporności po chorobie zespół autorów z Petersburga również wyróżnił się oryginalnym stwierdzeniem: „Odporność matki nie przechodzi na dziecko” (Samarina W., Sorokina O., *Dziecięce choroby zakaźne...*, s. 93). Prawdopodobnie w ich mieście dzieją się jakieś dziwne cuda z krztuścem!

nia swej odpowiedzialności za wyrządzone szkody, a co za tym idzie – wypłacania odszkodowań. Skoro tak, to nie ma potrzeby poszukiwania bardziej złożonej i drogiej w produkcji szczepionki].

Kwestia lepszych, bezpieczniejszych, lecz znacznie droższych szczepionek czeka na rozwiązanie. Podobnie jak kwestia, czy szczepionki przeciw krztuścowi w ogóle są potrzebne.

Mam nadzieję, że w tym rozdziale przytoczyłem wystarczająco wiele danych dla pragnących poważnie zastanowić się, czy szczepionki przeciw krztuścowi mają coś wspólnego ze zdrowiem dziecka i czy nie należałoby trzymać się z daleka od tego niezwykle wątpliwego dobrodziejstwa. Wybór należy do rodziców!

Wnioski

- Krztusiec to głównie choroba wieku dziecięcego, będąca kiedyś groźna w krajach europejskich i w Ameryce i pozostająca taką dla krajów rozwijających się. Raz przebyta choroba pozostawia trwałą, zazwyczaj dożywotnią odporność, która chroni także przyszłe dzieci w najgroźniejszym pod względem powikłań krztuśca wieku.

- Szczepionka przeciw krztuścowi (krztuścowy składnik szczepionek wieloskładnikowych) tradycyjnie uważana jest za jedną z najmniej skutecznych i najgroźniejszych spośród istniejących obecnie szczepionek. Kontynuuje się na skalę krajową kampanie szczepieniowe, przesuwając chorobę do najgroźniejszego, niemowlęcego wieku, pozbawiając kobiety możliwości nabycia naturalnej odporności i zwiększając liczbę chorych na rozmyte postaci krztuśca dorosłych, którzy zarażają dzieci.

- Nowa szczepionka bezkórkowa również nie jest wolna od skutków ubocznych, chociaż prawdopodobnie jest bezpieczniejsza i skuteczniejsza od tradycyjnych szczepionek pełnokórkowych.

- Istnieją dane przemawiające na korzyść znacznej skuteczności bezpiecznej homeopatycznej profilaktyki krztuśca.

- W krajach rozwiniętych krztusiec charakteryzuje się łagodnym przebiegiem. Poważne przypadki, powikłania, a tym bardziej zgony stanowią krańcowo rzadkie zjawisko i występują niemal wyłącznie wśród dzieci w wieku do 6 miesięcy.

Odra

Choroba

Chorobę wywołuje nietrwały w środowisku zewnętrznym wirus roznoszony przez chorego człowieka. Nietrwałość wirusa decyduje o praktycznie jedynej drodze jego przenoszenia się – drodze kropelkowej. [Należy jednak wspomnieć również o pozajelitowej drodze zarażenia odrą podczas wykonywania zastrzyków. Drogę tę uznawano wcześniej za egzotyczną i niespotykaną. W obecnym okresie totalnych szczepień przybiera ona coraz większe znaczenie, chociaż wciąż pozostaje rzadką].

Okres inkubacyjny trwa około 10 dni, po czym następuje okres prodromalny, czyli kataralny, trwający trzy–cztery dni z objawami charakterystycznymi dla wszystkich ostrych wirusowych chorób układu oddechowego (gwałtowny wzrost temperatury, rozbicie, ból głowy, światłowstręt, katar i kaszel). Na uwagę zasługuje przekrwienie (zaczerwienienie) błony śluzowej jamy ustnej i spojówek. Następujący potem okres wysypki rozjaśnia charakter choroby:

najpierw na śluzówce policzków, ust i dziąseł pojawiają się tak zwane plamki Koplika (szarobiaławe przebarwienia przypominające kaszę mannę), które zanikają w ciągu kilku dni. Zazwyczaj pojawienie się plamek Koplika pokrywa się w czasie ze szczytem zakaźności odry i dlatego należy, o ile to możliwe, odizolować dziecko i nie pozwolić na rozprzestrzenianie się infekcji. Następnie typowa pęcherzykowa wysypka pojawia się na twarzy i za uszami, po czym stopniowo opada na szyję i ramiona, tułów, ręce i nogi. Każdy etap „opadu” wysypki trwa około doby. Po trzech–czterech dniach od pojawienia się wysypki zaczyna ona zanikać w tej samej kolejności, w której się pojawiła. Osoby, którym nie jest obca homeopatia, od razu dostrzegą w takim „przemieszczaniu się” wysypki urzeczywistnienie prawa Konstantyna Heringa głoszącego, że kierunkami leczenia i odpowiednio kryteriami kontroli właściwości doboru lekarstwa homeopatycznego jest przemieszczanie się objawów z góry w dół, od wewnątrz na ze-

ło być uznane za ich działanie), lecz również przed nimi. Dodatek witaminy A do dziecięcej diety został uznany przez Bank Światowy za najbardziej dochodową inwestycję w ochronę zdrowia, jaka kiedykolwiek została podjęta⁷²⁶.

Dodatek witaminy A do diety dzieci pomógł gwałtownie zmniejszyć śmiertelność odry⁷²⁷ oraz w ogóle śmiertelność dzieci w krajach rozwijających się⁷²⁸.

Redaktor prestiżowego międzynarodowego czasopisma pediatrycznego bez ogródek oświadczył, że prawdopodobnie właśnie do witamin, a nie szczepionek i antybiotyków, których stosowanie wiąże się z mnóstwem różnych problemów, należy przyszłość bezpiecz-

nej i skutecznej pediatrii⁷²⁹. Jakże chciałoby się wierzyć tym słowom!

Dodatek witaminy A w dawce 100 000 ME pomaga walczyć z odrą nie tylko dzieciom wyczerpanym w krajach rozwijających się, lecz również normalnie odżywionym dzieciom w krajach rozwiniętych, czego dowiódł zespół badaczy japońskich⁷³⁰.

Stosowano też większe dawki. W Tanzanii dzieciom chorym na odrę podawano 200 000 ME ze świetnym efektem⁷³¹, a w Afryce Południowej zaproponowano nawet dawkę 400 000 ME. Według doniesień badaczy z Uniwersytetu w Kapsztadzie obniżyło to ponad trzykrotnie śmiertelność w wyniku odry i ponad dwukrotnie koniecz-

[726] World Bank (1993) *World Development Report 1993: Investing in Health*, New York, Oxford University Press.

[727] Hussey G.D., Klein M., *A randomized, controlled trial of vitamin A in children with severe measles*, „The New England Journal of Medicine” 1990, 323, s. 160–164.

[728] Klein M., Hussey G.D., *Vitamin A reduces mortality and morbidity in measles*, „South African Medical Journal”, 21 Jul 1990, 78(2), s. 56–58; Rahmathullah L. et al., *Reduced mortality among children in southern India receiving a small weekly dose of vitamin A*, „New England Journal of Medicine”, 4 Oct 1990, 323(14), s. 929–935; West K.P. Jr. et al., *Efficacy of vitamin A in reducing preschool child mortality in Nepal*, „Lancet”, 13 Jul 1991, 338 (8759), s. 67–71; Herrera M.G. et al., *Vitamin A supplementation and child survival*, „Lancet”, 1 Aug 1992, 340(8814), s. 267–271; Fawzi W.W., *Vitamin A supplementation and child mortality*, „Journal of the American Medical Association”, 1993, 269, s. 898–903; Sommer A., *Vitamin A, infectious disease, and childhood mortality: a 2 solution?*, „Journal of Infectious Diseases”, 1993 May, 167(5), s. 1003–1007.

[729] Griffiths J.K., *The vitamin A paradox*, „Journal of Pediatrics”, Nov 2000, 137(5), s. 604–607.

[730] Kawasaki Y. et al., *The efficacy of oral vitamin A supplementation for measles and respiratory syncytial virus (RSV) infection Kansenshogaku Zasshi*, Feb 1999, 73(2), s. 104–109.

[731] Barclay A.J.G. et al., *Vitamin A supplements and mortality related to measles: a randomized clinical trial*, „British Medical Journal” 1987, 294, s. 294–296.

niż w Afryce⁷⁸⁴]. Istnieje też inna droga walki z chorobami typu odry. Jeśli poda się domięśniowo lub dożylnie witaminę C i inne niewielkie wsparcie w postaci substancji odżywczych, to dziewięć z 10 dzieci zostanie uratowane. Nie powiem, że wszystkie, gdyż wiele z tych dzieci jest tak chorych i wyczerpanych, że przypominają rośliny. Nic nie może ich uratować i trzeba się z tym pogodzić. Jednak dla normalnego lub przynajmniej umiarkowanego wyczerpanego dziecka dodatek witaminy C do leczenia dokona prawdziwego przewrotu, jeśli uczyni się to we wczesnym etapie choroby”⁷⁸⁵. Dalej w wywiadzie doktor Kalokerinos odpowiada na pytanie, w jakiej postaci należy podawać witaminę C. Jego zdaniem do zapobiegania chorobie nadają się nawet tabletki, lecz przy poważnej chorobie konieczne należy podawać ją dożylnie, a przynajmniej domięśniowo. Frederick Klenner pisał, że dożylnie lub domięśniowe podanie 1000 mg witaminy C co sześć godzin gwarantowało ochronę przed odrą, a 1000 mg

w soku owocowym co dwie godziny chroniło jedynie w przypadku, gdy kuracja trwała całą dobę. Tych 1000 mg mogło uporać się z odrą w ciągu 48 godzin⁷⁸⁶.

Jeszcze przed pojawieniem się tego wywiadu z doświadczonym pediatrą do podobnego wniosku (pozbawienie dzieci możliwości przebycia odry czyni je bezbronny wobec wielu innych chorób) doszedł inny badacz, dowodzący w swym artykule, że wiele dzieci w krajach rozwijających się, otrzymujących szczepionkę przeciw odrze, umiera w ciągu roku po szczepieniu⁷⁸⁷. W innym badaniu ustalono, że szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (całokórkowa) związana jest ze wzrostem śmiertelności dzieci w Gwinei Bissau⁷⁸⁸.

Tak więc słowa doktor Viery Scheibner są absolutnie uzasadnione: „Dzieci w krajach Trzeciego Świata nie potrzebują szczepionek, lecz witamin i poprawy jakości odżywiania”⁷⁸⁹.

Aby zakończyć temat szczepień przeciw odrze w Afryce, powiem,

[784] Bhaskaram P., *Measles & malnutrition*, „Indian Journal of Medical Research”, Nov 1995, 102, s. 195–199.

[785] *International Vaccine Newsletter*, June 1995.

[786] Klenner F.R., *The Treatment of Poliomyelitis and Other Virus Diseases with Vitamin C*, „Southern Medicine & Surgery”, Jul 1949, 111(7), s. 209–214.

[787] Weiss R., *Measles battle loses potent weapon*, „Science”, Oct 1992, 258, s. 546–547.

[788] Kristensen I. et al., *Routine vaccinations and child survival: follow up study in Guinea-Bissau, West Africa*, „British Medical Journal” 2000, 321, s. 1435–1438.

[789] Scheibner V., *Vaccination. 100 years...*, s. 92.

ci w wieku dwóch lat, ponieważ dzieci trafiające do przedszkola są przyjmowane, nawet jeśli nie zostały zaszczepione. Skazaliśmy przy pomocy środków prawnych odrę na zniknięcie, wydając nakaz Ministerstwa Zdrowia ZSRR dotyczący tego problemu. W nakazie tym maksymalnie skróciliśmy listę przeciwwskazań, jednocześnie zabraniając przyjmowania do przedszkola dzieci niezaszczepionych. Teraz należy zrobić to, co najważniejsze – pokonać barierę psychologiczną u lekarzy wykonujących szczepienia”⁸²¹.

Wybrzmiało to z mównicy bez jakiegokolwiek skrępowania.

Pod barierą psychologiczną w tym kontekście najwidoczniej należy rozumieć sumienie lekarzy i przestrzeganie zasady: „Przed wszystkim nie szkodzić”.

Lecz jeśli wydano nakaz i odra została środkami prawnymi skazana na zniknięcie, to czyż zasady moralności i etyki lekarskiej mogą temu przeszkodzić?!

Wnioski

- Odra jest chorobą zakaźną niezwykle rzadko prowadzącą do

powikłań u dzieci w młodszy i średnim wieku szkolnym; znacznie częściej – wśród niemowląt i dorosłych, wśród których zachorowalność na odrę wzrasta w ostatnich latach w związku z masowymi szczepieniami.

- Zwolennicy podejścia naturopatycznego w medycynie zwracają uwagę, że przebycie dziecięcych chorób zakaźnych, przede wszystkim odry, jest korzystne dla dojrzewania i wzmacniania się odporności.

- Witaminy (szczególnie witamina A i C) oraz lekarstwa homeopatyczne są w stanie znacznie złagodzić przebieg choroby i zapobiec rozwojowi powikłań.

- Szczepionka przeciw odrze może być przyczyną ciężkich powikłań ze strony układu nerwowego. Udokumentowano znacznie oddalone w czasie stłumienie czynności układu immunologicznego na skutek zastosowania szczepionki przeciw odrze.

- Niska skuteczność szczepionki została zademonstrowana podczas testów szczepionki w krajach, w których problem odry jest wyjątkowo poważny.

[821] Burgasow P., *Efekty wypełniania zaleceń XVI Wszechzwiązkowego Zjazdu Mikrobiologów i Epidemiologów oraz kolejne zadania w dziedzinie walki z chorobami zakaźnymi w ZSRR*, 1984, 7, s. 12.

Różyczka

Choroba

Choroba wirusowa znana pod nazwą „różyczka” to unikalna pod względem nieszkodliwości i skrajnej konieczności przebycia jej w wieku dziecięcym (szczególnie przez dziewczynki), która stanowi świetny przykład całkowitej absurdalności i cynizmu aktualnej logiki szczepieniowej.

Nawet na tle takich całkiem łagodnych chorób dziecięcych jak oспа wietrzna, świnka lub zapalenie wątroby typu A, różyczka wyróżnia się łagodnością przebiegu i brakiem jakichkolwiek konsekwencji. Jeśli wymienione wyżej choroby umownie mogą zostać porównane z nieprzyjemną, choć niezbyt ciężką grypą, to różyczka zazwyczaj przebiega łżej od najwykleszej grypy. Dlatego na użytek skutecznej propagandy szczepieniowej koniecznej do sprzedaży szczepionek, trzeba spekulować nie na podstawie natychmiastowych powikłań samej choroby, które w przypadku dzieci w ogóle nie występują, lecz sugerując konieczność troszczenia się

o przyszłość innych. O tym, co stanowi prawdziwy cel profilaktyki szczepień różyczki (oprócz naturalnej chęci zarobku), powiem jeszcze w dalszej części tekstu.

Źródłem zarażenia różyczką jest wyłącznie chory człowiek. Droga przenoszenia się infekcji to droga kropelkowa. Okres inkubacyjny trwa do trzech tygodni, a prodromalny około doby. Sama choroba w swym typowym wariantcie przebiega z charakterystyczną niezlewiąjącą się wysypką, niepozostawiającą po sobie pigmentacji (ta ostatnia charakterystyczna jest dla odry), umiejscowioną na twarzy, zazwyczaj w okolicy trójkąta nos-usta, na plecach i pośladkach, trwającą do tygodnia. Oprócz wysypki dla różyczki charakterystyczne jest powiększenie szyjnych i potylicznych węzłów chłonnych.

Uwagę rodziców może zwrócić stosunkowo niewielkie podwyższenie temperatury (zazwyczaj nieprzewyższające 38°C) i skąpe objawy kataralne (kaszel i katar niemal nie występują). Oprócz kilkudniowego osłabienia dziecka rodzice mogą

W 1972 roku opisano 36 przypadków zespołu Guillaina-Barrégo, przy czym u dzieci zaszczepionych pięcioma różnymi szczepionkami przeciw różyczce⁸⁴⁰. Nadal pojawiają się doniesienia o zespole Guillaina-Barrégo i zespole cieśni nadgarstka, różnego rodzaju neuropatiach i zapaleniach rdzenia kręgowego po podaniu szczepionki⁸⁴¹.

Wśród rzadziej występujących, lecz również spotykanych powikłań opisano utratę słuchu i małopłytkowość samoistną (ITP). Rosyjscy autorzy donoszą: „Częstotliwość występowania małopłytkowości spowodowanej przez szczepionkę przeciw różyczce wyniosła w Finlandii i Wielkiej Brytanii 1:30 000, a w Szwecji – 1:40 000 zaszczepionych w okresie od dwóch do trzech tygodni po szczepieniu. Istnieją dane na temat powstawania małopłytkowości w późniejszym okresie. We Francji odnotowano przypadki małopłytkowości związanej ze szczepieniem w okresie do 45 dni, a w USA do 60 dni po szczepieniu. Trudno mówić o częstotliwości występowania małopłytkowości wywołanej przez szczepionkę przeciw

różyczce, gdyż nie monitoruje się u nas powikłań poszczepiennych, a w szczególności występowania małopłytkowości. Według naszych danych w 2001 roku zarejestrowano siedmioro takich pacjentów, a w 2002 – pięciu chorych na 150 dzieci z ostrą postacią małopłytkowości, leczących się na oddziale hematologii w Izmailowie. Podczas analizy wywiadu lekarskiego u znacznej większości (91,6 procent) wykryto następujące osobliwości. U dziewięciorga dzieci (75 procent) wykryto różne objawy alergii (atopowe zapalenie skóry, alergia pokarmowa, alergia na leki, katar sienny). Dwoje dzieci należało do grupy często chorujących (ponad cztery razy w roku). Tylko u jednego pacjenta nie wykryto w wywiadzie okoliczności obciążających. Zatem 11 spośród 12 dzieci w chwili szczepienia przeciw różyczce należało do grupy ryzyka wystąpienia powikłań poszczepiennych”⁸⁴². Jednak występowanie takiej grupy ryzyka pomijane jest w rosyjskich instrukcjach szczepionkowych, w których ani jeden z wymienionych objawów alergii nie stanowi prze-

[840] Gilmartin R.C. et al., *Rubella vaccine myeloradiculoneuritis*, „Pediatrics” 1972, 80(3), s. 413–417.

[841] Cecille A. et al., *A case report of post-rubella myelitis in an adult*, „Pathologie Biologie”, Paryż, May 1999, 47, s. 531–533; Tsuru A. et al., *Acute disseminated encephalomyelitis after live rubella vaccination*, „Brain and Development”, 22 Jun 2000, s. 259–261.

[842] Pietrow W., *Ostra małopłytkowość wśród dzieci związana z podaniem szczepionki przeciw różyczce*, „Pediatria” 2003, 6, s. 51–56.

znacznie niższa niż przypuszcza-
no. Niemniej nawet dodatkowe
szczepienie w wieku rozrodczym
tych, którzy otrzymali tylko jed-
ną szczepionkę w dzieciństwie lub
nie otrzymali jej w ogóle, okaza-
ło się nie rozwiązywać problemu.
Można uznać za dowiedzione, że
szczepionka – nawet nie w wieku
przedszkolnym, lecz bezpośred-
nio kilka lat przed ciążą – wcale
nie gwarantuje ochrony i publika-
cje w czasopismach medycznych
donoszące o wydawaniu na świat
dzieci z wrodzoną różyczką, uro-
dzonych przez zaszczepione matki,
wcale nie są unikalne ani nawet
zwyczajnie rzadkie [aby Czytelnik
nie pomyślał, że mowa o jakimś
pojedynczym, kazuistycznym ba-
daniu, odsyłam do przypisu, gdzie
wymieniłem wiele znanych publi-
kacji na ten temat⁸⁶⁵]. W niektó-

rych doniesieniach informuje się,
że zazwyczaj poziom przeciwciał
niższy niż 1:64 nie jest ochronny,
lecz wniosek ten nie ma wielkiego
praktycznego znaczenia. Wiado-
mo, że poziom przeciwciał może
obniżyć się z „ochronnego” do
„nieochronnego” dość szybko w na-
stępstwie najróżniejszych przyczyn,
i idea, że kobieta pragnąca zajść
w ciążę powinna co roku spraw-
dzać poziom przeciwciał wirusa róż-
życzki, graniczy z paranoją.

Budżet żadnego kraju nie może
pozwolić sobie na luksus tak dro-
gich badań serologicznych. Obec-
nie zaleca się, by nie zachodzić
w ciążę przez co najmniej trzy
miesiące po szczepieniu w celu
uniknięcia wewnątrzłonowego za-
każenia płodu żywym wirusem
zawartym w szczepionce przeciw
różyczce.

[865] Ushida M. et al., *Congenital rubella syndrome due to infection after maternal anti-
body conversion with vaccine*, „Japanese Journal of Infectious Diseases”, Apr 2003, 56(2),
s. 68–69; Condon R, Bower C., *Congenital rubella after previous maternal vaccination*,
„Medical Journal of Australia”, 15 Jun 1992, 156(12), s. 882; Miron D., On A., *Congenital
rubella syndrome after maternal immunization*, „Harefuah”, 1 Mar 1992, 122(5), s. 291–293;
Das B.D. et al., *Congenital rubella after previous maternal immunity*, „Archives of Dise-
ases in Childhood”, May 1990, 65(5), s. 545–546; Saule H. et al., *Congenital rubella infec-
tion after previous immunity of the mother*, „European Journal of Pediatrics”, Feb 1988,
147(2), s. 195–196; Forsgren M., Soren L., *Subclinical rubella reinfection in vaccinated
women with rubella-specific IgM response during pregnancy and transmission of vi-
rus to the fetus*, „Scandinavian Journal of Infectious Diseases” 1985, 17(4), s. 337–341;
Enders G., *Rubella embryopathy after previous maternal rubella vaccination*, „Infection”,
Mar–Apr 1984, 12(2), s. 96–98; Bott L.M., Eizenberg D.H., *Congenital rubella after successful
vaccination*, „Medical Journal of Australia”, 12 Jun 1982, 1(12), s. 514–515. Rosyjski zespół
autorski również uznaje możliwość takiego rozwoju zdarzeń. Z przekonaniem oświadczając,
że siła ochronna szczepionki wynosi 90 procent, autorzy dodają: „U pozostałych (niewielkiej
liczby) potencjalnych ciężarnych nie zawsze udaje się zapobiec wrodzonej różyczce” (Siemio-
now W. et al., *Różyczka...*, s. 90).

bi jeszcze szczepionka. Metody profilaktyki homeopatycznej zalecane są przez niektórych homeopatów, jednak ich rzeczywistą skuteczność powinny wykazać badania, które do chwili obecnej nie zostały jeszcze przeprowadzone.

Wnioski

- Różyczka to prawdopodobnie najłagodniejsza i najbardziej nieszkodliwa choroba dziecięca, którą muszą przeżyć w wieku dziecięcym dziewczynki w związku z potencjalnym zagrożeniem wyrządzenia nieodwracalnej szkody płodowi podczas zainfekowania wirusem różyczki we wczesnym okresie ciąży.

- Szczepionka przeciw różyczce nie pozwala nabyć naturalnej, najpewniejszej odporności, i przesuwając chorobę do wieku dorosłego, w którym jest groźniejsza, szczególnie dla kobiet z powodu, o którym wcześniej napisałem.

- Kampania szczepienia dzieci nie jest nastawiona na ich ochronę,

lecz na eliminację wirusa różyczki ze społeczeństwa ludzkiego i w chwili obecnej zyskać na tym mogą jedynie kobiety w wieku rozrodczym. Samym dzieciom oprócz szkody szczepionka ta nic nie daje.

- Niewielka skuteczność szczepionki w powiązaniu z wieloma powikłaniami, wśród których pierwsze miejsce zajmują zapalenia stawów, została dowiedziona przy pomocy wielu badań. Oprócz tego szczepionka przeciw różyczce wchodzi w skład szczepionki MMR, której związek z autyzmem i rozmaitymi zaburzeniami behawioralnymi stanowi obecnie temat burzliwej dyskusji.

- Różyczka nie jest jedyną chorobą, która we wczesnych stadiach ciąży może doprowadzić do zaburzeń rozwoju płodu, a ciągłe natrętne omawianie tematu wrodzonej różyczki związane jest wyłącznie z posiadaniem szczepionki oraz możliwością zarobienia na jej produkcji i sprzedaży.

Polio

Polio, obok błonicy i tężca, jest w opinii rodziców chorobą wchodzącą w skład trójcy „najstraszniejszych i najgroźniejszych”. Nie wiem, w jakiej mierze zdołałem przekonać Czytelnika do zachowania spokoju odnośnie do błonicy, lecz z polio pójdzie łatwiej, gdyż sama choroba została oficjalnie ogłoszona jako zlikwidowana w cywilizowanym świecie (Rosja została zatwierdzona jako kraj wolny od polio w 2001 roku) i dlatego decyzja o zgodzie na szczepienie wymuszana jest przez zwolenników szczepionek nie przy pomocy obawy nieuchronnego zarażenia, a jedynie obietnicą powrotu choroby, jeśli nie będziemy szczepić się ściśle według planu, a także uczestniczyć w „akcjach ochronnych” prowadzonych przy pomocy szczepionek wieloskładnikowych.

Wątpię, czy ktokolwiek z rodziców, którzy obecnie decydują o szczepieniu swych dzieci, przynajmniej raz widział „na żywo” chorego na polio. Nawet babcie i dziadkowie, którzy mogą opowie-

dzieć o tym, co widzieli i przeżyli, nie mogą mieć pewności, że przypadki, które przedstawiono im jako niewątpliwe polio, faktycznie takimi były.

Bez względu na to, że samej choroby – lub tego, co w jej charakterze przedstawiano – już nie ma, sztucznie zakorzeniony strach przed nią nadal żyje, stanowiąc świetny instrument promocji i sprzedaży szczepionek wieloskładnikowych.

Choroba

Czynnikiem wywołującym polio jest wirus z rodzaju enterowirusów, mający trzy typy serologiczne. [Po raz pierwszy infekcyjna natura polio została wykazana w 1909 roku przez austriackiego uczonego Karla Landsteinerja (1868–1943), który wcześniej odkrył grupy krwi, i Erwina Poppera. Wprowadzili oni zawiesinę z rdzenia kręgowego ośmioletniego dziecka zmarłego na polio do czaszek małp, królików, świnek morskich i myszek. U małp rozwinął się typowy obraz ostrego

nie dzieciom szczepionek i surowic jako dodatku do już wdrożonych wówczas szczepionek przeciw ospie prawdziwej. Mechanizm efektu urazu mięśni prowokującego niedowład do dziś jest nieznany, lecz przypuszcza się, że uraz uruchamia przenikanie wirusa do ośrodkowego układu nerwowego za pośrednictwem aksonów komórek nerwowych w mięśniach⁸⁸¹.

Reprezentatywny jest przykład Indii, w których programy szczepień – szczególnie szczepionką DTP – były przyczyną ogromnej liczby przypadków tak zwanego spowodowanego polio i śmierci w jego wyniku, w endemicznych dla polio regionach⁸⁸².

Według posiadanych ocen, co najmniej 60–70 procent przypadków paralitycznego polio na wsiach indyjskich spowodowane było zastrzykami, które wcale nie były ko-

nieczne. Zazwyczaj chodziło o lekarstwa obniżające gorączkę⁸⁸³.

Kampania leczenia choroby skórnej znanej jako malinica przy pomocy zastrzyków z Salwarsanu doprowadziła do wybuchu epidemii polio wśród tych, którym go podawano na Samoa⁸⁸⁴.

Podczas wybuchu epidemii polio w Omanie 42,9 procent chorych na polio dzieci 30 lub mniej dni przed chorobą otrzymało szczepionkę DTP, podczas gdy w grupie kontrolnej osób zdrowych szczepionkę otrzymało 28,3 procent⁸⁸⁵.

Ciekawe, że szczepionki mogą być czynnikiem prowokującym nie tylko „dzikie” polio, lecz również skojarzone ze szczepionką polio paralityczne, o którym jeszcze będzie mowa. Niewątpliwy związek paralitycznego polio z poprzedzającymi szczepieniem iniekcjami (zazwyczaj antybiotyków) ustalili rumuńscy ba-

[881] Gromeier M., Wimmer E., *Mechanism of injury-provoked poliomyelitis*, „Virology”, Jun 1998, (72)6, s. 5056–5060.

[882] Mudur G., *Flawed Immunization Policies in India Led to Polio Paralysis*, „British Medical Journal”, 25 Apr 1998, 316, s. 1261.

[883] Varghese M., *Paralytic poliomyelitis in a rural area of north India*, „National Medical Journal of India”, Jan–Feb 1997, 10(1), s. 8–10; Wyatt H.V. et al., *Unnecessary injections and paralytic poliomyelitis in India*, „Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene”, Sep–Oct 1992, 86(5), s. 546–549.

[884] Lambert S.M., *A yaws campaign and an epidemic of poliomyelitis in Western Samoa*, „American Journal of Tropical Medicine and Hygiene” 1936, 389, s. 41–46. Przytaczając statystykę zachorowalności na polio w czasie tej kampanii (pierwszy przypadek miał miejsce tydzień po pierwszej iniekcji), autor w duchu szkoły, która go wychowała, oświadczył, że nie dostrzega związku.

[885] Sutter R.W. et al., *Attributable risk of DTP (diphtheria and tetanus toxoids and pertussis vaccine) injection in provoking paralytic poliomyelitis during a large outbreak in Oman*, „Journal of Infectious Diseases”, Mar 1992, 165(3), s. 444–449.

jemnicy. Po przypadku uduszenia się 390 małp na lotnisku w Londynie, były premier Jawaharlal Nehru starał się w marcu 1955 roku zakazać odłowu małp, lecz pod naciskiem USA i Wielkiej Brytanii zmuszony był odwołać zakaz. Według najskromniejszych szacunków od 1953 do 1956 roku do USA wysłano co najmniej 100 000 małp. Wydaje się, że za tę krwawą łaźnię małpy okrutnie się zemściły na człowieku, o czym powiem jeszcze w tym rozdziale].

Kultury komórek nerek zarażano poszczególnymi typami wirusów polio. Po inaktywacji formaliną przygotowywano szczepionkę, którą najpierw testowano na zwierzętach. Testy szczepionki na ludziach zaczęły się w 1954 roku. Pieniądze na badania zebrał Narodowy Fundusz na rzecz Walki z Porażeniem Dziecięcym w ramach kampanii „Marsz dziesięciocentówek” (*March of Dimes*).

Zaszczepiono około 2 miliony dzieci w 44 stanach, jednak oceny skuteczności, według czasopisma „Life”, dokonano na podstawie danych uzyskanych tylko z 11 stanów. Zaszczepiono tam 200 745 dzieci, a 201 229 otrzymało zastrzyki z placebo – zabarwionej niezna-

nym barwnikiem wody. Wśród zaszczepionych potwierdzone laboratoryjnie polio rozwinęło się u 10, a wśród „zaszczepionych” placebo – u 68. Na tej podstawie wyciągnięto wnioski, że skuteczność szczepionki może wynosić ponad 80 procent. Tajemnicą pozostaje, dlaczego wykluczono statystykę z 33 stanów i czym był tajemniczy barwnik, po podaniu którego zachorowało niemal siedem razy więcej dzieci niż po szczepionce⁹¹⁷.

Dnia 12 kwietnia 1955 roku występując z dwugodzinnym raportem przed 500 lekarzami reprezentującymi publiczną służbę zdrowia na Uniwersytecie Ann Arbor (Michigan), doktor Thomas Francis Jr., dyrektor Ośrodka Szczepień przeciw Polio na tym samym uniwersytecie, oświadczył, że szczepionka dowiodła swego bezpieczeństwa i skuteczności. Później raport Francis juniora został wydrukowany w osobnej broszurze: Francis T. et al., „Evaluation of the 1954 vaccine trial”, Poliomyelitis Vaccine Evaluation Center, University of Michigan, 12 April 1955⁹¹⁸. [Należy odnotować, że Jonas Salk był jednym ze studentów bakteriologa Thomasa Francis seniora w Nowym Jorku, a wraz z Francisem juniorem

[917] „Life”, 25 Apr 1955, cyt. za: McBean E., *The poisoned needle...*

[918] Praca Thomasa Francis Jr. opublikowana została w tym samym roku w „Journal of the American Medical Association” 1955, 158(14), s. 1266–1270 – dop. red.

szczepiono szczepionką firmy Katter. Szczepionka została natychmiast wycofana, lecz było już za późno. Nadal rejestrowano zachorowania, a kilka przypadków również na koncern Wyeth. Dnia 12 maja przerwano na jakiś czas szczepienie przeciw polio. Późniejsze śledztwo ustaliło, że ze szczepieniami związanych było 260 przypadków polio: 94 – u zaszczepionych (59 – w postaci paralitycznej), 126 przypadków w rodzinach zaszczepionych (101 – w postaci paralitycznej) i 40 przypadków przypadło na kontakty z chorymi (32 – w postaci paralitycznej).

W wielu przypadkach roznośicielami infekcji stawali się rodzice pielęgnujący swe chore dzieci – zarażając się od nich i nie chorując, zarażali innych. Zmarło 10 osób (5 zaszczepionych i 5 mających styczność z zaszczepionymi), niektóre pozostały sparaliżowane. Winą obarczono dwie serie z ośmiu wyprodukowanych przez koncern Katter. W związku z błędami popełnionymi w trakcie inaktywacji wirusa pozostawał on nie do końca nieszkodliwiony i pacjenci otrzymywali szczepionki z prawdziwymi, troskliwie wyhodowanymi wirusami polio wszystkich trzech typów. [Śledztwo dotyczące tego zdarzenia nasunęło pytanie, czy w ogóle możliwe jest

gwarantowane unieszkodliwienie wirusów szczepionkowych za pomocą formaliny. Rzecz w tym, że wirusy mogą „sklejać się” i pokrywać zanieczyszczeniami proteiny. Formaldehyd nie niszczy, lecz wręcz utrwala taką strukturę. Zwiększenie stężenia formaldehydu czyni zastosowanie szczepionki bezsensownym, gdyż traci się wszelkie szczepionkowe właściwości wirusów, a jeśli doda się mniej formaliny, to wzrasta ryzyko przetrwania wirusów⁹¹⁹. Specjalista chorób nerwowych z Oxfordu doktor Richie Russel oświadczył: „Kiedy polio «włacza się» przy pomocy szczepionki, to naturalne siły obronne organizmu prawdopodobnie okazują się nieskuteczne. Dlatego niemal wszystkie takie przypadki rozwijają się do postaci paralitycznej, atakując tę kończynę, w którą wykonano wkłucie”⁹²⁰].

Sąd pozytywnie rozpatrzył 54 spośród 60 pozwów złożonych przeciwko koncernowi Katter, na ogólną sumę ponad 3 milionów dolarów. Ciekawa była nieproporcjonalnie duża liczba pacjentów wśród osób mających styczność z chorymi, co nie charakteryzowało „polio naturalnego”.

Dziennikarz James Spolding napisał w „Milwaukee Journal” 15

[919] Veldee M.V., *Regarding Salk vaccine* (list) „New England Journal of Medicine”, 15 Sep 1955, 253, s. 483–484, cyt. za: Wilson G., *The Hazards of Immunization...*, s. 46.

[920] Russell R. (letter), „Lancet”, 21 May 1955, s. 1071, cyt. za: McBean E., *The poisoned...*

liwości, że znaczna część z nich wywoływana jest przez różne szczepionki, w pierwszej kolejności przez doustną szczepionkę przeciw polio i DTP.

Od razu zaznaczam, że obraz porażenia wiotkiego może zostać wywołany nie tylko przez enterowirusy (czyli wirusy polio, Coxsackie i ECHO), lecz prawdopodobnie również przez wirusy należące do całkiem innych grup. Opisano przypadek, w którym typowy obraz polio został zarejestrowany u zakażonego wirusem Epstein-Barr powodującego mononukleozę infekcyjną⁹³⁰.

Rzecz jasna nasuwa się całkiem logiczne pytanie: czy epidemie polio wywołujące społeczną panikę i zapotrzebowanie na szczepionki faktycznie były epidemiami polio, czy chodziło raczej o jakieś inne schorzenia? Przecież diagnozę stawiano praktycznie wyłącznie na podstawie obrazu porażenia wiotkiego! Wprowadzenie nowych kryteriów diagnostycznych uniemożliwiło obiektywne porównanie poziomu zachorowalności sprzed rozpoczęcia szczepień i po nich.

Jednak tragedia związana ze szczepionkami przeciw polio okazała się znacznie straszniejsza niż kilkaset przypadków zgonów i porażeń.

Historia wirusa SV-40 i HIV

W 1959 roku Bernice Eddy, badaczka z amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia (NIH), postanowiła w końcu przeanalizować dziwne zjawisko, na które zwróciła uwagę już w 1955 roku. Kultury komórek z małpich nerek, na których hodowano wirusy polio, samoczynnie obumierały bez jakiegokolwiek interwencji zewnętrznej i bez jakiegokolwiek widocznej przyczyny. Dwukrotnie informowała o tym swe kierownictwo w raportach i dwukrotnie została zignorowana. Wówczas przyrządziła ekstrakt z tkanki nerek pobranej od dziesięciu małp i wprowadziła podskórnie 23 noworodkom chomika. W ciągu dziewięciu miesięcy u 20 z nich pojawiły się ogromne podskórne nowotwory złośliwe, w wyniku których wszystkie później zmarły.

Okazało się, że przyczyną był nieznany wirus. Ten wirus DNA okazał się trwalszy niż wirus polio, przez co inaktywacja wirusa polio nie była dla niego szkodliwa. Podobnie jak adenowirusy (również wirusy DNA) wirus ten mógł wywoływać rozwój nowotworów u gatunków biologicznych niebędących jego naturalnymi żywicielami.

[930] Wong M., *Poliomyelitis-like syndrome associated with Epstein-Barr virus infection*, „Pediatric Neurology”, Mar 1999, 20(3), s. 235–237.

W lipcu 1960 roku doktor Eddy przedstawiła swoje odkrycia Josephowi Smaelowi, kierującemu wydziałem biologicznym Instytutu, dodając, że prawdopodobną przyczyną rozwoju nowotworów był nieznaną wirus małpi. Nie chcąc w nic się zagłębiać, ten od razu oświadczył, że mowa o nieszkodliwych podskórnych „guzkach”, i ostrzegł doktor Eddy, by ta nie mieszała się w nie swoje sprawy. Jednak w tym samym roku w laboratoriach firmy Merck w Pensylwanii doktor Maurice Hilleman i Ben Sweet wyodrębnili tego wirusa. Był to czterdziesty wirus odnaleziony w nerkach makaków rezus i dlatego został nazwany SV-40 (*Simian virus 40*⁹³¹). Podczas gdy kolejne miliony Amerykanów otrzymywały szczepionkę Salka, w ZSRR i w krajach Europy Wschodniej testowano szczepionkę Sabina, która, jak się później okazało, również była zainfekowana SV-40.

Na początku 1961 roku odbyła się tajna narada urzędników Departamentu Ochrony Zdrowia i producentów szczepionki przeciw polio, na której producenci oświadczyli, że SV-40 jest niegroźny dla człowieka. Jednak w marcu tego samego roku Departament Zdrowia USA nakazał producentom zadbać o to, by nie było wirusa

w przyszłych szczepionkach. Żaden z urzędników nie zażądał przy tym wycofania z rynku zarażonych serii szczepionek i nikt nie doniósł opinii publicznej, że wykryty wirus wywołuje nowotwory złośliwe u zwierząt laboratoryjnych.

Jak wiadomo, to, co ukryte, staje się kiedyś jawnym, i czekać w tym wypadku nie trzeba było zbyt długo. Już 21 lipca 1961 roku „New York Times” doniósł, że Merck i inni producenci zaprzestali produkcji szczepionek przeciw polio i zajmują się poszukiwaniem sposobów na usunięcie z nich jakiegoś małpiego wirusa. W odpowiedzi na zapytanie Departament Zdrowia oświadczył, że nie dysponuje dowodami na to, że ów wirus może stanowić zagrożenie. W 1962 roku zaczęły się badania epidemiologiczne.

Młody absolwent Harvardu doktor Joseph Fraumeni, zatrudniony w Narodowym Instytucie Raka, zbadał wraz z dwoma swymi kolegami zachowane próbki szczepionki Salka wyprodukowane w maju i czerwcu 1955 roku, czyli w pierwszych miesiącach ogólnonarodowej kampanii szczepień. Szczepionki umownie podzielono na trzy grupy – z wysoką, średnią i niską zawartością SV-40, po czym badacze porównali śmiertelność w wyniku

[931] *Simiae* to po łacinie małpa, a więc *simian virus* to małpi wirus – przyp. tłum.

kiem nowych faktów przemawiających na korzyść hipotezy o szczepionkowym pochodzeniu HIV-1.

Oprócz tego w trakcie zbierania zeznań wyszły na jaw bardzo nieprzyjemne fakty wywierania nacisku na świadków, usiłowania przekupienia lub szantażu, nacisku na prasę naukową, by nie publikować badań, które mogą na zawsze podważyć zaufanie opinii publicznej do szczepionek i stać się powodem pozwów o miliardy dolarów odszkodowań, tak że do końca wyjaśnienia związku AIDS ze szczepionką przeciw polio wciąż jeszcze daleka droga.

Szczepionka Sabina (doustna szczepionka przeciw polio – OPV)

Poszukiwania nowej szczepionki lub szczepionki uzupełniającej spowodowane były nie tylko ogromną liczbą powikłań po szczepionce Salka oraz jej oczywistą nieskutecznością. Zwolennicy szczepień oświadczyli, że szczepionka Salka nie była w stanie rozwiązać problemu polio nawet na poziomie teoretycznym. W najlepszym razie mogła uchronić przed chorobą (polio) osobę zaszczepioną, lecz zaszczepieni dokładnie tak samo jak niezaszczepieni, zarażali się „dzikimi” wirusami polio, które rozmnażały się w ich jelitach i nadal przemieszczały wśród ludzi. Cyrkulacja wirusa nie

ustawała, a więc nadal występowało zagrożenie wybuchem epidemii. Trzeba było stworzyć taką szczepionkę, która uczyniłaby pacjentów niepodatnymi na szczepę „dzikiego” wirusa polio.

Systematyczne eksperymenty nastawione na stworzenie żywej szczepionki rozpoczęto w 1946 roku w laboratoriach koncernu Lederle w Pearl River (Nowy Jork), w których uczestniczył wspomniany wcześniej doktor Hilary Koprowski. Na początku lat pięćdziesiątych wykazał on zasadniczą możliwość stworzenia żywej szczepionki przeciw polio. Wirusy hodowano na kurzych embrionach, a następnie pasażowano przy użyciu mózgu szczurów. Jednak w związku z wieloma niedogodnościami związanymi z tą metodą Koprowski i jego współpracownicy przystąpili za przykładem Salka do pracy na nerkach małp. W 1957 roku Koprowski został dyrektorem Instytutu Wistar w Filadelfii i w tym samym roku zaczęły się testy jego szczepionki przeciw polio w belgijskim Kongu, o czym już pisałem. W tym samym roku Amerykanin [żydowskiego pochodzenia, urodzony w Białymstoku – dop. red.], Albert Bruce Sabin (1906–1993), zajmujący się szczepionkami przeciw polio od początku lat trzydziestych, rozpoczął swe doświadczenia w ZSRR. Sabin podkreślał szczególną ko-

40 przypadków polio paralitycznego, przy czym u większości chorych było to polio poszczepienne. Należy zauważyć, że podczas stawiania diagnozy „polio” u okręgowych komisji pojawiały się problemy. Przy występowaniu typowego klinicznego obrazu polio w przypadku 15 chorych postawiono inne diagnozy. W jednym przypadku właściwą diagnozę postawiono dopiero po sekcji zwłok zmarłego pacjenta”⁹⁵⁷.

Można przypuścić, że w niektórych krajach podejmuje się wysiłki, by ukryć poszczepienne polio paralityczne za parawanem innych diagnoz, a w pozostałych odnotowuje się wzrost liczebności przypadków paraliżu wiotkiego, który trudno powiązać z czymkolwiek innym niż masowe kampanie szczepień. Na przykład na początku lat siedemdziesiątych świat po raz pierwszy usłyszał o „chińskim zespole paralitycznym”, który podejrzanie przypominał polio. Mimo że niektórzy chińscy badacze przypuszczają, że bez wątpienia mowa o zmutowanym szczepie szczepionkowym,

chorzy niezmiennie otrzymują diagnozę tego „syndromu paralitycznego” lub co najwyżej zespołu Guillaina-Barrégo (którego w latach siedemdziesiątych w Chinach nagle zrobiło się 10 razy więcej)⁹⁵⁸.

W Finlandii odnotowano gwałtowny wzrost liczby przypadków zespołu Guillaina-Barrégo, który według autorów badań może być spowodowany przez szczepionkę przeciw polio⁹⁵⁹.

W Brazylii zarejestrowano wzrost liczby przypadków zespołu Guillaina-Barrégo, zapalenia rdzenia kręgowego i paraliżu nerwu twarzowego⁹⁶⁰.

Rosyjski specjalista również przyznaje, że likwidację polio przy pomocy szczepionek maluje się nam w nieprawdopodobnie jasnych barwach: „Zachorowalność na ostre niedowłady wzrosła czterokrotnie – z 1,7 w 1971 roku do 7,2 w 1974 roku. Chorowały dzieci w wieku od 10 miesięcy do ośmiu lat, przy czym dzieci w pierwszych trzech latach życia, najintensywniej szczepione przeciw polio, stanowiły 83 procent wszystkich

[957] Leszczyńska E., *Przypadki paralitycznego polio poszczepiennego w Federacji Rosyjskiej w latach 2000–2002*, „Rosyjski Biuletyn Medyczny” 2004, 3, s. 20–23.

[958] Uhari M. et al., *Cluster of childhood Guillain-Barre cases after an oral poliovaccine campaign*, „Lancet” 1989, s. 440–441; Shen Y., Xia G., *What causes Chinese paralytic syndrome?*, „Lancet” 1994, 344, s. 1026.

[959] Kinnunen E. et al., *Incidence of Guillain-Barre syndrome during a nationwide oral poliovirus vaccine campaign*, „Neurology”, Aug 1989, 39(8), s. 1034–1036.

[960] Friedrich F., *Rare adverse events associated with oral poliovirus vaccine in Brazil*, „Brazilian Journal of Medical and Biological Research”, Jun 1997, 30(6), s. 695–703.

przypadków. Chorowały głównie dzieci wielokrotnie szczepione. 3,4 procent chorych nie otrzymało szczepionek, u 4,3 procent historia szczepień jest nieznana. Wykryto 35 przypadków ostrych niedowładów, które pojawiły się w okresie od 4 do 30 dni po kolejnym szczepieniu. Niemal połowę chorych stanowiły dzieci w wieku dwóch lat po siedmiu do dziewięciu szczepieniach. Klinicznie ostre niedowłady nie różniły się od łagodnie przebiegającego polio”⁹⁶¹. Albo: „W ciągu dziewięciu miesięcy 1997 roku w naszym kraju odnotowano dwa przypadki polio. Zastanawia jednak 513 innych zespołów paralitycznych i niemal całkowity brak przypadków związanych ze szczepionkami (jeden lub dwa przypadki w czasie Narodowych Dni Szczepień). W USA od 1980 do 1994 roku mimo braku polio odnotowano 125 przypadków związanych ze szczepieniami. Najwidoczniej nie wykrywa się u nas nie tylko

wszystkich przypadków polio wywołanych przez dzikiego wirusa, ale również przypadków związanych ze szczepieniami”⁹⁶². Niestety to prawda.

Wśród powikłań po OPV opisano konwulsje. Na 165 000 dzieci trzykrotnie zaszczepionych w Hamburgu od 1964 do 1974 roku żywą szczepionką przeciw polio, u 19 (1 przypadek na 8600 zaszczepionych) wystąpiły konwulsje, u trzech (1 przypadek na 55 000 szczepionych) stanowiły one początek epilepsji⁹⁶³.

Opisano ostre rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia (u chorej sześciolatniej dziewczynki wyodrębniono zmutowany drugi typ wirusa szczepionkowego z płynu mózgowo-rdzeniowego i w wymazie z gardła)⁹⁶⁴.

Izraelscy autorzy opisali dwóch chorych, którzy zarazili się polio od osób dopiero co zaszczepionych. Odnotowano paraliż czterokończynowy, przemijające zapalenie

[961] Ancupowa A., *Niektóre efekty analizy ostrych schorzeń niedowładowych w Gorkim, Polio w warunkach masowych szczepień. Infekcje enterowirusowe niezwiązane z polio*, Swerdlowski 1975, s. 76. W 11,3 procent przypadków wykryto wirusy polio trzech typów i różne szczepy wirusów Cocksackie (s. 77). Interesujące, że „bez względu na łagodność przebiegu u 9,5 procent chorych długotrwale w ciągu kilku lat występowały niedowłady zaatakowanych grup mięśni” (s. 79).

[962] Kowalewa E., *Teoretyczne uzasadnienie spadku zachorowań na choroby zakaźne*, „Epidemiologia i Choroby Zakaźne” 1998, 3, s. 4–8, Narodowe Dni Szczepień.

[963] Ehrengut W., Ehrengut J., *Convulsions following oral polio immunization*, „Developments in Biological Standardization” 1979, 43, s. 165–171.

[964] Ozawa H. et al., *Acute disseminated encephalomyelitis associated with poliomyelitis vaccine*, „Pediatric Neurology”, Aug 2000, 23, s. 177–179.

narastania intensywności oddziaływania informacyjnego. Rozpoczęła dwa miesiące przed Narodowymi Dniami Szczepień w marcu i kwietniu 1996 roku kampania informacyjna stopniowo nabierała tempa i wywierała zmasowany wpływ w ostatnim tygodniu. Odwołanie do rozsądku widzów i słuchaczy opatrzone wpływem na ich sferę emocjonalną. Filmy reklamowe dość zgrabnie łączyły elementy zagrożenia i podwyższenia czujności na możliwość zarażenia się ze wskazaniem drogi wyjścia z sytuacji”⁹⁹². Nie ma co, prawdziwie naukowe podejście w służbie producentów i dystrybutorów szczepionek pod przykrywką interesów państwa. Chciałoby się wcześniej czy później otrzymać odpowiedź na pytanie, czy nie jest przypadkiem skutkiem mnóstwa kampanii z lat 1992–1997 nastawionych na totalne szczepienia przeciw błonicy i polio wśród rosyjskich dzieci, w tym również z niewątpliwymi przeciwwskazaniami, wzrost zachorowalności na schorzenia nieinfekcyjne: „W ciągu pięciu lat (1995–1999) zachorowalność na raka wśród dzieci zwiększyła się o 32,5 procent. Liczba pierwotnych przypadków zachorowań układu endokrynnego, zaburzeń żywienia, zaburzeń przemiany materii

i odporności w tym samym okresie wzrosła z 306 000 do 388 000 przypadków. Wzrasta zachorowalność na choroby krwi i narządów krwiotwórczych, szczególnie anemii, których poziom w ciągu pięciu lat skoczył o 32,3 procent, z 6,41 w 1995 roku do 9,45 na 1000 dzieci w 1999 roku. O 75,9 procent wzrosła w ciągu pięciu lat zachorowalność na astmę oskrzelową”⁹⁹³.

W świetle wszystkiego, co napisałem w tym rozdziale na temat polio i szczepionek przeciw niemu, sądzę, że Czytelnik całkowicie zgodzi się z wypowiedzią profesora Mendelsohna: „Wśród immunologów trwają debaty na temat ryzyka stosowania martwych wirusów w porównaniu z ryzykiem wynikającym z podawania żywych. Ci, którzy popierają wykorzystywanie szczepionek na bazie martwych wirusów, twierdzą, że właśnie występowanie żywych wirusów odpowiada za przypadki polio. Ci zaś, którzy popierają stosowanie szczepionek na bazie żywych wirusów, oświadczają, że martwe wirusy nie zapewniają wystarczającej ochrony, zwiększając podatność zaszczepionych na chorobę. Daje mi to niespotykane rzadką i wygodną możliwość przyjęcia postawy neutralnej. Uważam, że obie strony mają rację

[992] Ignatow N., *Organizacja kompleksowej kampanii informacyjnej przeciw polio*, „Epidemiologia i Choroby Zakaźne” 1998, 4, s. 9–11.

[993] Prochorow B., *Zdrowie ludności Rosji w XX wieku*, Moskwa 2001, s. 189.

i stosowanie każdej z tych szczepionek zwiększa, a nie zmniejsza prawdopodobieństwo zakażenia naszego dziecka polio. Krótko mówiąc, okazuje się, że najskuteczniejszą metodą ochrony naszego dziecka przed polio jest dopilnowanie, by nie podano mu szczepionki przeciw niemu”⁹⁹⁴!

Wnioski

- Polio to choroba rzadko prowadząca do poważnych objawów klinicznych (u 0,1–1 procenta zainfekowanych). Polio przybrało skalę epidemii dopiero pod koniec XIX wieku – prawdopodobnie na skutek wzrostu liczby czynników je prowokujących, wśród których na pierwszym miejscu znajdują się szczepionki.
- Spadek zachorowalności na polio, który przypisuje się szczepieniom, został osiągnięty dzięki zmianie kryteriów diagnostycznych. Oprócz tego pod koniec lat pięć-

dziesiątych okazało się, że większość ostrych przewlekłych niedowładów wywołana została przez inne wirusy jelitowe (Coxsackie i ECHO). Szczepy „dzikiego” wirusa zostały zastąpione przez szczepionki wirusów szczepionkowych zdolnych do mutacji i przekształcania się w postaci wirulentne. Kilka epidemii polio zostało wywołanych takimi właśnie zmutowanymi wirusami.

- W chwili obecnej jedyną możliwość, by w cywilizowanych krajach uciec w wyniku paraliżu związanego z polio, to poddać się szczepieniu przy pomocy dostępnej szczepionki przeciw polio (OPV). Zastępowanie OPV podczas pierwszych szczepień przeciw polio przez inaktywowaną szczepionkę IPV wstrzymuje się w wielu krajach z przyczyn ekonomicznych.

- Homeopatyczne i naturopatyczne metody leczenia oraz rehabilitacji okazały się całkiem skuteczne.

[994] Mendelsohn R., *The Medical Time Bomb of Immunization Against Disease*, „East West Journal”, Nov 1984.

Tężec

Tężec to jedna z chorób, o których myśl wywołuje największe obawy rodziców, szczególnie młodych, którzy boją się nawet oddychać przy dziecku i którzy wszędzie widzą okropne drobnoustroje czyhające, by zaatakować maleństwo. Te naturalne obawy z ochotą rozdmuchują producenci i dystrybutorzy szczepionek, którzy dostrzegają w nich głównego sprzymierzeńca swojego interesu. Mimo że daleki jestem od umniejszania zagrożenia wynikającego z tej niewątpliwie poważnej choroby, kwestia uzasadnienia podawania szczepionek w powiązaniu z niewielką częstotliwością występowania tężca nie może zostać przeze mnie pominięta w niniejszej książce.

Choroba

Podobnie jak w przypadku krztuśca i błonicy za rozwój choroby nie jest odpowiedzialny sam mikroorganizm (w przypadku tężca jest to bakteria *Clostridium tetani*, nazywana pałeczką tężca), lecz jego toksyna (tetanospazmina). Czynniki chorobotwórczy powodujący tężec

występuje w glebie, a także w układzie trawiennym ludzi i zwierząt, nie wyrządzając im swą obecnością najmniejszej szkody. W przeszłości tężec tradycyjnie uważano za chorobę wsi i gospodarstw rolnych, w których występowało większe prawdopodobieństwo skażenia oraz następującej po nim infekcji (należy też uwzględnić stały kontakt z nawożoną glebą). Wraz z pojawieniem się mechanizacji i spadkiem ilości koniecznych do wykonania ręcznie prac w gospodarstwie rolnym zachorowalność na tężec zaczęła szybko spadać. Swój wkład w statystykę zachorowalności na tężec wniosły szczepionki (inaczej przecież być nie może!). W książce „Szkodliwość szczepionek i surowic” (1960) jej autor, znany lekarz Herbert Shelton (1895–1985), bardziej znany Czytelnikom jako twórca oryginalnego sposobu odżywiania, powołuje się na słynnego lekarza kanadyjskiego sir Williama Oslera (1849–1919), który napisał w klasycznym podręczniku „Zasady i praktyka medycyny” (1882), że tężec to choroba przenoszona

bezpośrednio związanych ze szczepieniami? Czy wszystkie one były „nieuniknionymi ofiarami” na rzecz dobra ogółu?!

O rzadkości choroby może świadczyć choćby fakt, że podczas II wojny światowej wśród dziesiątków tysięcy zranionych żołnierzy alianckich wystąpiło bardzo mało przypadków zachorowania na tężec. W amerykańskiej armii chorych był tużin, z których sześciu otrzymało całą serię szczepień przeciw tężcowi, a jeden żołnierz – tylko jedną szczepionkę. Zmarło trzech spośród siedmiu zaszczepionych i dwóch spośród pięciu niezaszczepionych⁹⁹⁷. Wśród Anglików zachorowało 22 żołnierzy, połowa z nich zmarła – wszyscy zmarli byli częściowo zaszczepieni⁹⁹⁸.

Obecnie tężec występuje przede wszystkim wśród narkomanów stosujących narkotyki wstrzykiwane dożylnie⁹⁹⁹, ofiar ciężkich

poparzeń, chorych na nowotwory i osób starszych (na przykład w USA i Europie ludzie po pięćdziesiątce stanowią 70 procent chorych i 80 procent zmarłych)¹⁰⁰⁰.

Według wyliczeń dokonanych przez jednego z badaczy w 1969 roku szansa zarażenia tężcem w kraju rozwiniętym wynosiła 1 do 300 000¹⁰⁰¹ – najwidoczniej od owego czasu ryzyko zmniejszyło się jeszcze bardziej. W Kanadzie w ostatnich czasach rejestruje się od dwóch do siedmiu przypadków rocznie, przy czym zejść śmiertelnych nie było od 1991 roku, a w USA – 41–64 przypadki rocznie z 9–23 zgonami¹⁰⁰². W Anglii i Walii w ciągu szesnastu lat (1984–2000) co roku rejestrowano 175 przypadków tężca (jeden chory na 5 milionów obywateli rocznie)¹⁰⁰³. W Rosji w latach 2000–2003 co roku rejestrowano od 31 do 42 przypadków tężca¹⁰⁰⁴.

[997] „Bulletin of U.S. Army Medical Department”, vol. 7, 4, April 1947.

[998] Dittmann S., *Atypische Verlaufe nach Schutzimpfungen*, Lipsk 1981, s. 156.

[999] Na przykład 27 spośród 67 przypadków tężca (40 procent), zanotowanych w Kalifornii w okresie od 1987 do 1997 roku, dotyczyło narkomanów (*Morbidity and Mortality Weekly Report*, Mar 1998).

[1000] Cook T.B. et al., *Tetanus: a review of the literature*, „British Journal of Anaesthesia” 2001, 87, s. 477–487.

[1001] Peebles T.C. et al., *Tetanus-toxoid emergency boosters. A reappraisal*, „New England Journal of Medicine” 1969, 280(11), s. 575–581.

[1002] Diodati C.J.M., *Immunization: History, Ethics, Law and Health*, Quebec 1999, s. 260.

[1003] Rushdy A.A. et al., *Tetanus in England and Wales, 1984–2000*, „Epidemiology & Infection”, Feb 2003, 130, s. 71–77.

[1004] Sanepid Federacji Rosyjskiej, *Zbiór danych statystycznych i materiałów analitycznych*, 2003, s. 46 oraz *Choroby zakaźne w Rosji*, dane z oficjalnej strony internetowej Sanepidu Federacji Rosyjskiej.

ściu lat, a następnie 14 lat. Potem szczepionki przeciw tężcowi i błonicy zaleca się powtarzać co 10 lat. To zalecenie zresztą nie jest popierane przez wszystkich specjalistów: „Dane epidemiologiczne wskazują na to, że planowe szczepienia raz na 10 lat nie mają praktycznie żadnej wartości i nie są warte nakładów z nimi związanych”¹⁰⁶⁰.

„Za minimalny poziom ochronny przeciwciał tężcowych uznaje się 0,01 ME/ml surowicy krwi”¹⁰⁶¹.

Poziom ten został ustalony przy pomocy świnek morskich przez grupę badaczy w 1937 roku¹⁰⁶², i chociaż obecnie wciąż uznawany jest za ochronny, praktyka niejednokrotnie temu przeczy. Dodatkowo został on ustalony jako poziom zapobiegający śmierci w wyniku tężca, nie zaś zapobiegający zarażeniu! [Poza tym sześć spośród 45 świnek morskich nie uratowało się mimo „ochronnego” poziomu 0,01. Kolejny raz zamieszanie związane z tymi pojęciami omawiano w publikacji Vinson D.R., *Immunisation*

does not rule out tetanus, „British Medical Journal”, 5 Feb 2000, 320(7231), s. 383].

Niektórzy badacze podają w wątpliwość zarówno tę liczbę, jak i w ogóle możliwość podejścia z jedną „przeciwciałową” miarą do wszystkich ludzi: „Nie występuje absolutny lub uniwersalny poziom ochronny przeciwciał. Poziom neutralizujących przeciwciał u ludzi uważany obecnie za ochronny, 0,01 ME/ml oparty jest na badaniach prowadzonych na zwierzętach i porównywany z takim samym u człowieka z już występującymi objawami nadchodzącej śmierci”¹⁰⁶³.

Przypadki tężca, w tym również jego najcięższych postaci, u posiadających nie tylko „ochronny”, lecz znacznie wyższy poziom przeciwciał, wielokrotnie opisano w literaturze specjalistycznej. Ci sami badacze donoszą o przypadku tężca u 35-letniego mężczyzny, u którego choroba rozwinęła się bez względu na to, że poziom przeciwciał był 16 razy wyższy od uzna-

[1060] Gardner P., LaForce F.M., *Protection against tetanus*, „New England Journal of Medicine”, 1995, 333(9), s. 599.

[1061] McComb J., Levine L., *Adult immunization: II. Dosage reduction as a solution to increasing reactions to tetanus toxoid*, „New England Journal of Medicine” 1961, 265, s. 1152–1153.

[1062] Sneath P.A.T. et al., *Tetanus immunity: the resistance of guinea pigs to lethal spore doses induced by active and passive immunization*, „American Journal of Tropical Medicine and Hygiene” 1937, 25, s. 464–476.

[1063] Passen E.L., Andersen B., *Clinical tetanus despite a protective level of toxin-neutralising antibody*, „Journal of the American Medical Association”, 7 Mar 1986, 255(9), s. 1171–1173.

mydło i woda utleniona mogą okazać się znacznie pożyteczniejsze niż szczepionka przeciw tężcowi”¹⁰⁷⁵.

Wnioski

- Tężec to choroba wywoływana przez neurotoksynę wytwarzaną w warunkach beztlenowych przez bakterie *Clostridium* (zazwyczaj w głębokich ranach kłutych).
- Zachorowalność na tężec w krajach rozwiniętych wynosi kilkadziesiąt osób rocznie. Spadek zachorowalności na tężec osiągnięto przede wszystkim dzięki właściwej obróbce chirurgicznej ran i zastosowaniu środków ekstremalnej profilaktyki tężca, a także zmniejszeniu zakresu prac wykonywanych ręcznie w gospodarstwach rolnych.
- Grupami wysokiego ryzyka są noworodki w krajach rozwijających

się, narkomani wstrzykujący sobie narkotyki dożylnie, ofiary ciężkich oparzeń i ludzie w podeszłym wieku.

- Szczepionka przeciw tężcowi wiąże się ze znaczną liczbą powikłań, w tym również ze strony układu nerwowego, a także z reakcjami anafilaktycznymi.
- Zastosowanie nadtlenu wodoru w przypadku powierzchownych urazów, odpowiednio wczesne udanie się do lekarza w celu opatrzenia rany i otrzymanie w razie konieczności surowicy przeciw tężcowi stanowią wystarczającą gwarancję bezpieczeństwa.
- Rodzice pragnący mimo wszystko poddać swe dzieci szczepieniu wyłącznie przeciw tężcowi, powinni pamiętać o istnieniu szczepionki pojedynczej.

[1075] Gobblomme K., *Tetanus toxoid vaccination: an overview*, „International Vaccination Newsletter”, Sep 1996.

Gruźlica

Choroba

Gruźlica to jedna z najstarszych znanych ludzkości chorób, przy czym jak żadna inna charakteryzuje się ona ścisłym związkiem ze stanem socjalno-ekonomicznym społeczeństwa. O ile związek innych schorzeń zakaźnych z poziomem dobrobytu może jeszcze w jakiejś mierze stanowić przedmiot dyskusji, to w wypadku gruźlicy kwestia ta jest jasna od dawna i nie podawana w wątpliwość nawet przez najbardziej zajadłych zwolenników szczepionek. Aż 95 procent wszystkich przypadków gruźlicy i 98 procent zgonów w jej wyniku na świecie przypada na kraje rozwijające się, przy czym 80 procent zachorowań ma miejsce wyłącznie w 22 krajach, a wśród nich połowa przypadków gruźlicy należy do pięciu krajów Azji Południowej. Mimo że gruźlica nigdy nie przestała być problemem w krajach rozwijających się, w ostatnich latach stało się o niej głośno w związku z AIDS, które może wywoływać reakty-

wację uśpionej infekcji gruźliczej. Udział AIDS w światowej statystyce gruźlicy ocenia się na około 8 procent, jednak w niektórych krajach afrykańskich liczba ta jest pięciokrotnie wyższa. Zgodnie z niedawnym oświadczeniem Departamentu Badań Chorób Tropikalnych przy WHO zachorowalność na gruźlicę wzrasta we Wspólnocie Niepodległych Państw i krajach Afryki Subsaharyjskiej, zaś na całym świecie spada¹⁰⁷⁶.

Zgodnie z dostępnymi w chwili obecnej szacunkami, do 32 procent całej populacji świata zakażone jest gruźlicą, jednak może ona rozwinąć się jako choroba u 10 procent.

Zachorowalność na gruźlicę może znacznie wahać się w różnych regionach nawet jednego kraju w zależności od warunków socjalno-ekonomicznych. W 1999 roku w Omaha odnotowano 1,3 chorych na 100 000 ludności, podczas gdy w Nowym Jorku liczba ta wynosiła 17,7, a w San Francisco – 18,2. Ponad 40 procent chorych na

[1076] TDR Strategic Direction for Research: Tuberculosis, Feb 2002.

więc u dziecka alergicznego reakcja może być szczególnie burzliwa. Wszystkie te czynniki powinien ocenić specjalista pulmonolog – oto dlaczego nie należy się obawiać, jeśli po odczytaniu wyniku próby skieruje się dziecko na konsultację do poradni przeciwgruźliczej”. I dalej: „Chwila, w której infekcja po raz pierwszy trafia do organizmu dziecka, a tym bardziej uaktywnia się w nim, jest dość odpowiedzialna. Wiele zależy od stanu odporności – jeśli jest ona w porządku, to prątek gruźlicy „spokojnie współistnieje” z organizmem. Jeśli zaś dziecko jest osłabione – a wiemy, że w początkowym okresie szkolnym, podobnie jak w wieku dorastania, dziecku towarzyszy wiele stresów: obciążenie nauką, obciążenia emocjonalne i fizyczne, w końcu proces szybkiego rośnięcia i zmian zachodzących w organizmie – to choroba może zapuścić korzenie. Aby zapobiec możliwości takiego rozwoju sytuacji, dziecko powinno co najmniej przez

rok podlegać obserwacji w poradni przeciwgruźliczej i w razie konieczności otrzymać leczenie zapobiegawcze lub prewencyjne”. Rodziców martwiących się rezultatami idiotycznych doświadczeń tuberkulinowych można uspokoić: „Osiągając 25 rok życia, 85 procent obywateli zaraża się prątkami gruźlicy, co oznacza, że u większości prątek Kocha wcześniej lub później znajdzie się w organizmie. Zwyciężyć w walce z układem immunologicznym może on wyłącznie w sprzyjających temu warunkach: przy gwałtownym pogorszeniu warunków życiowych – głodzie, chłódzie, braku higieny itp.”¹¹⁰⁵. Jest to właśnie to, o czym pisał doktor Mendelsohn, tylko wyartykułowane nieco innymi słowami i w innym kontekście. Pulmonolog nie usunie żadnego stresu, nie poprawi odżywiania dziecka, nie zmniejszy obciążenia nauką, czyli nie uczyni tego, co najważniejsze, co mogłoby zasadniczo naprawić sytuację i poprawić stan

[1105] „Argumenty i Fakty – Zdrowie”, numer 21(458) z 22 maja 2003 r. Najnowsze wiadomości o próbie Mantoux: „11 kwietnia do szpitala rejonowego w Welykooleksandriwsku (Obwód Chersoński) ze szkoły z internatem w Kalininie przywieziono 88 wychowanków, którym wcześniej wykonano próbę Mantoux. W Obwodzie Chmielnickim po tym samym zabiegu hospitalizowano 47 dzieci ze wsi Wierka Kamieniec (Obwód Podolski). Pacjenci skarżyli się na niedomaganie, ból głowy, wysoką gorączkę. Medycy sądzą, że u uczniów wystąpiła nietypowa reakcja na tuberkulinę. Pozostaje jeszcze ustalić, jakie są jej przyczyny – toksyczne, alergiczne czy jakiegokolwiek inne. Ostateczna diagnoza będzie znana po przeprowadzeniu badania krwi dzieci i zbadaniu tuberkuliny. W związku z przypadkami nietypowej reakcji na próbę Mantoux u dzieci Ministerstwo Zdrowia tymczasowo wstrzymało wykonywanie tego zabiegu w całej Ukrainie” (Malinowska T., Jakowienko J., *Na Ukrainie pilnie wstrzymano wykonywanie próby Mantoux*, „Fakty i Komentarze” (Ukraina) z 14 kwietnia 2006 r.).

ni odpowiada międzynarodowym wymaganiom stawianym szczepionce. Zgodnie z zasadami farmacji częstotliwość poszczepiennych zapaleń węzłów chłonnych przy zastosowaniu ojczystej szczepionki nie powinna przekraczać 60 na 100 000 zaszczepionych”¹¹²⁵.

Nie wiem, czy bardzo uspokoi rodziców ofiar fakt, że **powikłania „w pełni odpowiadają międzynarodowym wymaganiom stawianym szczepionce”** i czy rodzice zostali uprzedzeni o możliwości wystąpienia takich powikłań, lecz teraz chcę powiedzieć o czymś innym. Liczby te, jak się okazuje, są niepełne. Z tego samego dokumentu dowiadujemy się: „Bardzo wysokie wskaźniki częstotliwości powikłań poszczepiennych wykryto w Repu-

blicie Mari El, Chakasji, Okręgu Jaro-
stławskiem, Sachalińskim, Iwanow-
skim, Nowgorodskim, Smoleńskim,
Orłowskim. Nie odnotowano po-
wikłań poszczepiennych w Republi-
ce Karelii, w Okręgu Murmańskim,
Ulianowskim, Omskim i Kamczac-
kim oraz w Czukockim Okręgu Au-
tonomicznym.

Takie różnice świadczą przede wszystkim o różnym podejściu do organizacji i oceny jakości profilaktyki szczepień na różnych terenach Rosji”¹¹²⁶. Jeśli przełożę się to na język zrozumiały dla zwykłego śmiertelnika, oznacza to, że w wielu okręgach Rosji powikłania nie są rejestrowane w ogóle lub są ukrywane, tak że dokładna liczba ofiar pozostaje nieznana [podobnie jest w Polsce – dop. red.].

[1125] Ministerstwo Zdrowia Federacji Rosyjskiej. Zarząd Wydziału Ochrony Zdrowia Matki i Dziecka, nr 133/8-39, Departament Sanepidu nr 1100/769-98-113. Współczesne podejście do zagadnienia szczepień profilaktycznych i wczesnego wykrywania infekcji gruźliczej u dzieci. Załącznik do pisma z 14 kwietnia 1998 roku. Materiał można znaleźć na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia Federacji Rosyjskiej i w niektórych książkach, na przykład w książce Tapc B., Rachmanowa A., „Krótki podręcznik do szczepień profilaktycznych”, St. Petersburg 2001, s. 345. I jeszcze kilka słów o ofiarach szczepionki BCG: „Powikłania poszczepienne najczęściej występowały u dzieci w wieku młodszym. Należy zauważyć, że wskaźnik rozprzestrzenienia powikłań poszczepiennych w tej grupie wiekowej zbliża się do wskaźnika zachorowalności na gruźlicę. Jest to duża grupa dzieci wymagająca szczególnej pomocy medycznej (włącznie z obserwacją i leczeniem), a w konsekwencji może stanowić „grupę ryzyka” zachorowania na gruźlicę. Rozprzestrzenienie powikłań poszczepiennych w latach 1995–1996 wyniosło 2,4 na 100 000 dzieci. W grupie wiekowej 0–4 lata – 6,6; 5–6 lat – 1,6; 10–14 lat – 0,5 na 100 000 dzieci” (Zakirowa N., *Powikłania po szczepieniu i doszczepianiu BCG u dzieci na terenie Rosji. Częstotliwość, przyczyny powstawania i objawy kliniczne*, Moskwa 1998, s. 6). Częstotliwość powikłań poszczepiennych w sumie, według danych autorki wyniosła 21,1 na 100 000 zaszczepionych – prawdopodobnie właśnie stąd pochodzą dane użyte w materiałach Ministerstwa Zdrowia. Wystąpiły następujące powikłania (wymienione w kolejności zależności od częstotliwości występowania, malejąco) – zapalenie węzłów chłonnych, ropnie, wrzody, nacieki, bliznowce, zapalenie kości.

[1126] *Ibidem*.

ści ponownego szczepienia. Jedyne badanie odpowiadające wszystkim kryteriom zostało przeprowadzone w Afryce Wschodniej w Malawi i wykazało, że brak jakichkolwiek dowodów na korzyść ponownego szczepienia BCG. Na podstawie tego WHO nie uznaje za potrzebne zalecanie ponownych szczepień przeciw gruźlicy. Od siebie dodaję, że w tym samym badaniu kolejny raz dowiedziono, że chociaż BCG można uznać za skuteczną przeciw trądowi, to w odniesieniu do gruźlicy płuc żadnej ochrony w żadnej grupie wiekowej nie wykryto¹¹³³].

Nie chodzi tu o liczbę zastrzyków, lecz o to, że problem tkwi w samej szczepionce!

Praktyka masowego szczepienia szczepionką BCG pod wieloma względami stanowi spadek po społeczywającym w pokoju obozie socjalistycznym. Paradoksalnie słowo „obóz” świetnie ukazuje, że gruźlica niezmiennie powinna znajdować w warunkach obozowych świetne podłoże dla swego rozwoju. W Pol-

sce szczepionki BCG są obowiązkowe od 1955 roku. Obecnie szczepi się najpierw noworodki, potem dzieci w wieku 7 i 12 lat, a następnie w wieku 18 lat [obecnie w Polsce szczepionką BCG szczepi się jedynie noworodki w pierwszej dobie życia¹¹³⁴, co w połączeniu ze wspomnianą przez autora niską skutecznością szczepionki i z narażaniem na powikłania dopiero co urodzone dzieci, nieznajdujące się w grupie ryzyka, jest tym bardziej pozbawione sensu – dop. red.].

Zgodnie z niedawną publikacją, szczepionka u Polaków wywołuje powikłania w dwóch przypadkach na 10 000 dawek, czyli 0,02 procent (przy czym autorzy sami prawdopodobnie zdziwieni tak znaczną liczbą, uczciwie zastrzegają, że liczba doniesień o powikłaniach może nie odpowiadać prawdzie¹¹³⁵), dlatego też szczepionka „może zostać uznana za bezpieczną metodę zapobiegania gruźlicy”¹¹³⁶.

O bezpieczeństwie mowa będzie później, teraz zaś warto zazna-

[1133] *Karonga Prevention Trial Group. Randomised controlled trial of single BCG, repeated BCG, or combined BCG and killed Mycobacterium leprae vaccine for prevention of leprosy and tuberculosis in Malawi, „Lancet” 1996, 348, s. 17–24.*

[1134] Patrz kalendarz szczepień opublikowany na stronie: http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/EP/informacje_dla_podrozuujacych/PSO_2014.pdf (data dostępu: 04.06.2015 r.) – dop. red.

[1135] Przypominam Czytelnikom, że według ocen FDA w USA do Systemu Informacji o Skutkach Ubocznych Szczepień (VAERS) dociera jedynie od 1 do 10 procent powikłań po podaniu szczepionek.

[1136] Szczuka I., *Adverse events following immunization with BCG vaccine in Poland 1994–2000*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, 56, s. 205–216.

(wszelkich, nie tylko BCG) w okresie noworodkowym, albowiem szczepienie przeszkadza w rozwoju naturalnych (sanogenetycznych) reakcji dziecka: fagocytozy, wytwarzania przeciwciał, adaptacji do środowiska”¹¹⁶⁴.

W pełni podzielam pogląd doświadczonego pulmonologa. Zarówno BCG, jak i inne szczepionki, którymi tak gorliwie „chroni się” niemowlęta, poczynwszy od pierwszych godzin ich życia – to zabójcy naturalnej odporności i gwaranci natychmiastowych oraz odroczo-nych w czasie chorób. Czy tego chcemy dla naszych dzieci?

W dniach 20 i 21 kwietnia 2006 roku w Sankt Petersburgu w Naukowo-Badawczym Instytucie Pulmonologii odbyła się Ogólnorosyjska Konferencja Naukowo-Praktyczna pod hasłem „Aktualne zagadnienia wykrywania, diagnostyki i leczenia gruźlicy pozapłucnej”. Wspomniane podczas konferencji liczby dotyczące powikłań poszczepiennych prowadzących do niepełnosprawności dzieci były wstrząsające. Odnotowano, że problem kosztno-stawowych powikłań po BCG w Rosji wykracza poza granice medycyny, stając się problemem społecznym i prawnym. Podkreślono, że powikłania po BCG nie zależą od

błędów w podawaniu szczepionki, lecz od stanów niedoboru odporności coraz bardziej powszechnych wśród dzieci. Jednak nikt nie prowadzi badań epidemiologicznych, nie szacuje uszczerbku wyrządzanego szczepieniami i nie usiłuje zmienić sytuacji. Pulmonolodzy ponarzekali i zgodzili się co do tego, że należy wnosić do władz o zmniejszenie toksyczności szczepionki. Cała para słusznego gniewu poszła w gwizdek. Czy nastąpi kiedyś kres szaleństwa o nazwie BCG?

Wnioski

- Prątkami gruźlicy zaraża się do 1/3 całej populacji, lecz przy tym jedynie u 10 procent zakażonych może rozwinąć się choroba. Decydującym czynnikiem jest stan układu immunologicznego człowieka.
- Gruźlica jest typową chorobą „socjalną” biednych krajów niezdolnych do zapewnienia diagnostyki i leczenia na odpowiednim poziomie; krajów, w których przepełnione są więzienia – główne węzły garnie infekcji gruźliczych. Żadne przedsięwzięcia nie są w stanie zmienić dynamiki zachorowalności na gruźlicę, dopóki nie zostaną rozwiązane problemy przeludnienia w miejscach zamieszkania i nędzy

[1164] Czerwońska G., *Szczepionki*, s. 388–390.

ludności oraz zapewnienia leczenia współczesnymi lekarstwami.

- Kłeska szczepionki BCG w badaniach klinicznych i szybko rosnąca zachorowalność na gruźlicę, w tym również dziecięcą, w krajach, w których szczepi się niemal 100 procent noworodków, świadczy o tym, że szczepionka w najlepszym razie jest całkowicie bezużyteczna, zaś w najgorszym – sama sprzyja rozwojowi gruźlicy, przy czym w najcięższych jej postaciach. Szczepionka wywołuje efekty uboczne, wśród których prym wiodą porażenia układu limfatycznego i oporowo-ruchowego.

- Skórna próba tuberkulinowa (test Mantoux) znana jest z zadziwiającej niedokładności i ogromnej liczby fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych rezultatów. Fałszywe diagnozy gruźlicy mogą doprowadzić do nieuzasadnionego napromieniowania podczas badań rentgenologicznych i zalecenia niebezpiecznego leczenia „profilaktycznego”. W skład biopreparatu stosowanego do corocznej próby Mantoux wchodzi fenol i monooleinian polioksyetylenosorbitolu, których skumulowane efekty toksyczne w dziecięcym organizmie nigdy nie były badane.

Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)

Choroba

Nagminne zapalenie przyusznic, popularnie zwane świnką, przy zwykłym przebiegu u zdrowego dziecka jest niegroźną chorobą dziecięcą wywoływaną przez wirusa *Parotitis epidemica*, roznoszoną drogą powietrzno-kropelkową, rzadziej przez zakażone przedmioty (naczynia, zabawki i inne), gdyż wirus jest nietrwały w środowisku zewnętrznym. Źródłem infekcji jest wyłącznie chory człowiek. Okres inkubacyjny trwa od 10 dni do trzech tygodni, prodromalny [od pojawienia się pierwszych objawów do pełnego rozwoju objawów klinicznych – dop. red.], ze zwykłymi dla wszystkich chorób zakaźnych objawami (ból głowy, uczucie rozbicia, bóle mięśni, osłabienie) – dobę, sama choroba – do tygodnia. U około 25 procent chorych brak najważniejszego objawu świnki – obrzęku (jednostronnego lub dwustronnego) w okolicy podżuchwowej, związanego z obrzmieniem ślinianek przyusznych i podżuchwowych, w których

szczególnie intensywnie rozmnaża się wirus, przez co nie stawia się właściwej diagnozy. Stosunkowo wysoka podatność na nagminne zapalenie przyusznic stanowi przyczynę tego, że w epoce przedszczepieniowej znaczna część dzieci przed osiągnięciem dojrzałości płciowej posiadała już przeciwciała na czynnik wywołujący tę chorobę. Przebyte schorzenie pozostawia trwałą dożywotnią odporność. Podobnie jak w przypadku wielu innych dziecięcych chorób zakaźnych zdrowe dzieci nierzadko przebywają chorobę w subklinicznej lub rozmytej postaci, tak że odporność na groźną w wieku dorosłym chorobę nabywana jest w sposób dość komfortowy. [„Rezultaty badania serologicznego dzieci, które nie chorowały na nagminne zapalenie przyusznic i nie zostały we właściwym terminie przeciwko niemu zaszczepione, wykazały, że ponad 20 procent z nich posiadało specyficzne przeciwciała na średnim lub wysokim poziomie, czyli nie potrzebowało już szczepienia, gdyż najwidoczniej przebyły świnkę w rozmytej i bezobjawowej

o około 20 osób i w chwili obecnej brak oznak powstrzymania epidemii” – oświadczyła dyrektor Departamentu Zdrowia Stanu, główna epidemiolog stanu Iowa doktor Patricia Quinlisk. Pokażna liczba – około 23 procent chorych, to uczniowie szkół średnich. Mimo że 66 procent zarażonych było zaszczepionych na świnkę, epidemiolodzy uznali szczepienie za podstawowy środek do walki z masowym rozprzestrzenianiem się choroby. W celu spowolnienia epidemii na terenie stanu i poza jego granicami medycy wezwali mieszkańców do natychmiastowego poddania się szczepieniu¹¹⁹³.

Znamy też takie możliwe powikłanie szczepionki jak zapalenie jąder – to samo zapalenie jąder, zagrożenie którym ma zmusić rodziców do zgody na szczepienie swych synów przeciw śwince¹¹⁹⁴. [To samo źródło donosi, że w Japonii odnotowano dziewięć przypadków zapalenia jądra po szczepieniu przeciw śwince].

Zapalenie trzustki, znane jako rzadkie powikłanie nagminnego zapalenia przyusznic (zapalenie trzustki występuje niekiedy również po ospie wietrznej i mononukleozie zakaźnej), odnotowano również po szczepieniu¹¹⁹⁵.

Należy wspomnieć o historii szczepu „Urabe” wirusa świnki, na bazie którego stworzono szczepionki Pluserix i Rimprix. Po pojawieniu się serii doniesień o tym, że wywołał on u szczepionych aseptyczne zapalenie opon mózgowych (w krótkim okresie jego stosowania z Francji dotarły doniesienia o 54 przypadkach¹¹⁹⁶, a z Japonii o 311¹¹⁹⁷), w 1992 roku wszystkie szczepionki zawierające ten szczep zostały wycofane z rynku krajów rozwiniętych. Istotnych różnic między dziećmi z krajów rozwiniętych i rozwijających się nie wykryto, gdyż z Brazylii, w której tym szczepem zaczęto szczepić w 1997 roku, natychmiast pojawiło się 87 ofiar, lub jeden przypadek aseptycznego zapalenia opon mózgowych na

[1193] Doniesienie RIA „Novosti” z 1 kwietnia 2006 roku. Szczepionka najwidoczniej jest nieskuteczna, lecz i tak stanowi podstawowy środek do walki z chorobą. To znaczy, że jeśli fakty przeczą teorii, to tym gorzej dla faktów.

[1194] Suzuki M. et al., *A case of orchitis following vaccination with freeze-dried live attenuated mumps vaccine*, „Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi”, May 2002, 93, s. 577–579.

[1195] Adler J.B. et al., *Pancreatitis caused by measles, mumps, and rubella vaccine*, „Pancreas”, Jul 1991, 6, 489–490.

[1196] Autret E. et al., *Aseptic meningitis after mumps vaccination*, „Therapie”, Nov–Dec 1996, 51, s. 681–683.

[1197] Sigiura A. et al., *Aseptic meningitis as a complication of mumps vaccination*, „Pediatric Infectious Disease Journal”, Mar 1991, 10, s. 209–213.

dwa nowe genotypy wirusa, na które szczepionka nie działa¹²¹².

Jeśli tak jest, to można przypuszczać, że pomysłowa natura wkrótce wypełni powstającą w związku ze szczepionkami pustkę nowymi szczepami wirusa, jak czyni to już teraz z krztuścem. Być może będą to nowe szczepy wirusa znacznie groźniejsze od tych, przeciw którym ma chronić szczepionka.

W świetle stale nadchodzących danych o nieskuteczności i szkodliwości szczepionki przeciw śwince szwajcarski badacz w 1995 roku podsumował występujące sprzeczności: „Masowe szczepienia przeciw śwince zostały włączone do szwajcarskiego programu nastawionego na wykorzenienie świnki, odry i różyczki bez względu na brak jakiegokolwiek konieczności uzasadnionej ochroną zdrowia społeczeństwa. Doświadczenie siedmiu lat przeczy teoretycznym rozważaniom: niepotrzebna szczepionka okazała się mało skuteczna, a do tego związana z zaskakująco wysokim ryzykiem powikłań, co stwarza zagrożenie dyskredytacji w oczach opinii publicznej także innych szczepionek. Projekt nie wytrzymuje krytyki z punktu widzenia epidemiologii,

dlatego też jest niebezpieczny. Narzucanie tej szczepionki ludności wywołuje pytania co do zgodności takiego postępowania z podstawowymi prawami obywateli. Do tej pory nie zbadano nawet przyczyn, dla których 20 procent ludności Szwajcarii odmawia poddania się temu szczepieniu. Dojrzewanie układu immunologicznego odbywa się na zasadzie uczenia się, przez co pojawia się pytanie, czy choroby dziecięce nie są przypadkiem konieczne do normalnego rozwoju odporności. W końcu mamy do czynienia z długotrwałymi skutkami obecnych manipulacji, którym poddajemy naturalną równowagę między człowiekiem i mikroorganizmami”¹²¹³.

Czyż wypowiedzi na temat świnki nie dałoby się zastosować do innych chorób zakaźnych rzekomo „opanowanych” przez szczepionki?

Wnioski

- Nagminne zapalenie przyusznic to całkiem niegroźna choroba dziecięca, prowadząca do poważnych powikłań zazwyczaj wyłącznie w wieku dojrzewania, wśród których najczęściej wymienia się męską niepłodność. Jednak również

[1212] Jin L. et al., *Genetic Heterogeneity of Mumps Virus in the United Kingdom: Identification of Two New Genotypes*, „Journal of Infectious Diseases” 1999, 180, s. 829–833.

[1213] Albonico H.U., *Arguments against routine mumps vaccination*, „Sozial- und Präventivmedizin” 1995, 40, s. 116–123.

przebyta w wieku starszym bardzo rzadko prowadzi do niepłodności. [Zgodnie z podanymi informacjami, szczepienie przeciwko śwince przesuwają okres możliwego zarażenia się na późniejszy wiek (szczepionka nie daje dożywotniej odporności), przez co *de facto* zwiększa ryzyko powstania niepłodności spowodowanej świnką – dop. red.].

- Raz przebyta choroba pozostawia trwałą, z reguły dożywotnią odporność.
- Na tle masowych szczepień zachorowalność na nagminne zapalenie przyusznic przesuwają się do grupy wiekowej, w której występuje największy procent powikłań.
- Niewielka skuteczność i znaczna reaktogenność szczepionki zostały wykazane w wielu badaniach w różnych krajach świata.
- Istnieją sprawdzone w trakcie wieloletniej praktyki homeopatyczne metody zapobiegania i leczenia tej choroby.

Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)

Mało której kobiety nie niepokoi problem różnych typów raka – raka piersi, raka macicy... Niemal każda ma znajomą, która chorowała, choruje lub zmarła w wyniku chorób „kobiecych”.

Zachorowalność na raka szyjki macicy w większości krajów rozwiniętych wynosi 9–12 przypadków na 100 000 kobiet. Choroba rozwija się powoli – od przedrakowych zmian w nabłonku szyjki macicy do raka upływa 10–15 lat. Wykryta w tym czasie choroba daje wszelkie szanse na całkowite wyleczenie: u 92–95 procent kobiet, które otrzymały we właściwym czasie leczenie, przez 10 lat nie dochodzi do nawrotu. Nawet w przypadku nawrotu choroby szanse na wyleczenie wciąż jeszcze są ogromne.

Jak diagnozuje się chorobę? Najlepszą, a przy tym najbardziej dostępną metodą wczesnej diagnostyki schorzenia jest wymaz znany powszechnie jako badanie cytologiczne lub test Pap, który wykonuje się podczas badania ginekologicznego. W opinii specjalistów każda kobieta wspólnie z lekarzem, płciowo,

co najmniej raz na trzy lata powinna odwiedzać ginekologa i poddawać się badaniu cytologicznemu. Większość przypadków raka diagnozuje się właśnie u tych kobiet, które przez wiele lat nie odwiedzały ginekologa i nie robiły wymazu. W USA zazwyczaj dotyczy to kobiet z nizin społecznych i określonych grup etnicznych (Latynosów i Wietnamek, wśród których zachorowalność jest dwa–trzy razy wyższa).

Kto ryzykuje rakiem szyjki macicy? Uważa się, że w 70–80 procentach przypadków rak szyjki macicy związany jest z wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), przy czym najczęściej z jego dwoma onkogennymi, czyli wywołującymi raka odmianami (szczepami) – HPV16 i HPV18. Potencjalnie onkogennych odmian wirusa jest około 30. Płciowa droga przenoszenia infekcji uznawana jest za najważniejszą dla HPV, lecz istnieją badania naukowe wykazujące, że całkiem możliwe jest zakażenie zarówno „pionowe” (matka zakaża dziecko w okresie wewnątrzmacicznym)

Zakończenie

*Dlatego też na początku stworzony został jeden Adam,
od którego pochodzi cały rodzaj ludzki,
abyś pojął, że tego, kto zabija jednego człowieka,
Pismo traktuje jak kogoś, kto uśmierca cały świat,
a do kogoś, kto ratuje jednego człowieka,
Pismo odnosi się jak do kogoś, kto ocalił cały świat.*

*Człowiek wybija monety według jednego wzorca,
i wszystkie one są do siebie podobne, a Król wszystkich królów,
Najświętszy, Błogosławiony, kształtuje każdego człowieka
przychodzącego na świat według wzorca pierwszego Adama,
a żaden z nich nie przypomina drugiego.
Dlatego każdy człowiek powinien mówić:
„Świat został stworzony dla mnie”.*

Talmud Babiloński, Sanhedryn 4,5

Czy potrzebne są nam szczepienia profilaktyczne? Czy są one skuteczne? A może stanowią zagrożenie? Czy są bezpieczne?

Mam nadzieję, że każdy, kto przeczytał tę książkę, będzie w stanie teraz z dużą dozą pewności odpowiedzieć sobie na te pytania. Możliwe, że ktoś zrezygnuje z niektórych szczepionek, a ktoś inny ze wszystkich. Pozostali Czytelnicy, uznając bazę dowodową tej książki za niewystarczającą, umocnią się w swej wierze w szczepienia.

Każdy wybór zasługuje na szacunek, jeśli dokonany został po uważnej analizie informacji „za” i „przeciw”. Chciałbym na zakończenie jedynie podzielić się z Czytelnikami wnioskami, do których sam doszedłem.

Uznałem, że skuteczność szczepionek jest znacznie zawyżana. Błędna jest w swej istocie również ocena skuteczności szczepień oparta na zliczaniu jakichś przeciwciał. Wzrost poziomu przeciwciał po szczepieniu sam w sobie niczego

nie oznacza, jeśli po krótkim czasie gwałtownie spada, stając się „nieochronnym” nawet według ocen nauki o szczepieniach (w wielu rozdziałach książki ukazywałem przykłady tego rodzaju).

Oprócz tego jednym z wymagań stawianych trwałej odporności jest ciągła cyrkulacja mikroorganizmów w skupiskach ludzkich.

Im więcej będzie szczepionek, tym mniej „bodźców” ze środowiska zewnętrznego będzie otrzymywać człowiek, a co za tym idzie – tym słabsza będzie jego specyficzna odporność na choroby, przeciw którym się szczepi.

Aktualne obliczenia dotyczące okresów trwania odporności poszczepiennej opierają się na przesłance ciągłego kontaktu z czynnikiem chorobotwórczym, jednak możliwość takiego kontaktu wciąż się zmniejsza.

Czyż może być coś bardziej dyskredytującego korzyści wynikające ze szczepień niż obecne całkiem poważne rozważania nad perspektywą przekształcenia wirusa odry w broń biologiczną?

Co zaś tyczy się badań epidemiologicznych, które rzekomo wykazują mniejszą zachorowalność wśród osób zaszczepionych, to takie badania są ułomne z założenia (do grupy kontrolnej, złożonej z osób niezaszczepionych, nieuchronnie trafiają dzieci, które nie

otrzymały szczepionek ze względu na zły stan zdrowia i znaczną podatność na wszelkie choroby zakaźne) i nie mogą być poważnym dowodem przemawiającym na korzyść szczepień.

Wiele badań tego typu prowadzi się na określone zamówienie – finansowane są przez producentów szczepionek.

Niemala liczba medyków nienależących do lobby szczepionkowego i niezobowiązanych ze względu na powiązania zawodowe do pieśń dytyrambów na cześć szczepień zwraca uwagę, że szczepionki są sprzeczne z naturą już na poziomie samej idei.

Układ immunologiczny człowieka rozwija się przez uczenie się. Natura zaprogramowała choroby dziecięce, które stymulują dojrzewanie układu odpornościowego. Obecne nachalne szczepienie przeciw wszelkim możliwym chorobom nie pozwala układowi odpornościowemu zdrowych dzieci rozwijać się, za co płać one od razu lub w przyszłości poważnymi chorobami.

Masowe rozprzestrzenianie się alergii i astmy, gwałtowny wzrost liczby rejestrowanych chorób autoimmunologicznych, które jeszcze 50–60 lat temu uznawano za niezwykle rzadkie przypadki, a także choroby onkologiczne – wszystko to świadczy o tym, że zaburzono najważniejsze prawa biologiczne.

Osobiście nie mam wątpliwości, że przede wszystkim jest to spowodowane przez szczepionki. Oprócz tego szczepionki są nastawione przede wszystkim na odporność specyficzną. Ich składniki toksyczne wywołują długotrwałe stłumienie funkcji najważniejszego rodzaju odporności – odporności komórkowej, na skutek czego następuje gwałtowne pogorszenie zdrowia osób szczepionych.

Rozważania na temat krótkiego czasu trwania takiego pogorszenia i jego rzekomej nieszkodliwości to nieodpowiedzialny bełkot, mający na celu odwrócenie uwagi opinii publicznej od poważnej debaty nad problemem długotrwałej immunosupresji oraz jej skutków w postaci szybko wzrastającej zachorowalności w wyniku mnóstwa szczepień.

Należy zauważyć, że przemysł szczepieniowy jest totalnie skompromitowany przez styk interesów finansowych producentów i dystrybutorów szczepionek z przedstawicielami aparatu państwowego, organów sanepidu i organizacji zrzeszających lekarzy.

Narzucanie lekarzom grafików wyszczepialności i bodźce materialne w nagrodę za ową bezmyślną wyszczepialność, nie zaś za zdrowie populacji, to naruszenie podstawowych zasad medycyny i zbrodnia przeciw narodowi.

Nieustające próby urzędników medycznych, mające na celu kastrację ustaw gwarantujących ludności prawo do wolnego wyboru w kwestii szczepień, szantażowanie rodziców, odmowa przyjęcia dzieci do placówek edukacyjnych, przedszkolnych, a dorosłych do pracy przy braku zaświadczeń o szczepieniach – to równie wielkie przestępstwo wymagające aktywnej interwencji organów odpowiadających za przestrzeganie praworządności.

Co zaś tyczy się powikłań poszczepiennych, to jest ich wiele – znacznie więcej od tych, o których zazwyczaj donosi się publicznie. Zwolennicy szczepień wciąż jeszcze usiłują przypisywać je zbiegom okoliczności, zaostrzeniu wcześniej występujących schorzeń, a także fałszować statystykę, lecz ukrywanie faktów staje się coraz trudniejsze.

Przytaczałem przykład autyzmu, którego masowe rozprzestrzenienie wśród zaszczepionych dzieci wywołało w USA powstanie tak wpływowego i niezależnego ruchu rodzicielskiego, że obecnie jest on w stanie sfinansować nawet niewygodne dla działaczy szczepieniowych badania.

Czy istnieje wyjście z zaistniałej sytuacji? Oczywiście, że tak. Jest ono proste, a jednocześnie złożone.

Jeśli mowa o Rosji, to wydaje mi się, że problem polega na braku społeczeństwa obywatelskiego,

które nie powstaje z braku woli czynników rządowych. Jest to trudny proces wymagający wielu lat.

Kiedy wszyscy rodzice zaczną dochodzić swych praw – nie przy pomocy łapówek i fałszowania dokumentów medycznych, lecz z pomocą prokuratury lub sądu, a każdy urzędnik służby zdrowia będzie wiedzieć, że słodkie życie i władza skazywania lub ułaskawiania zależnie od własnego widzimisię bezpowrotnie się skończyły i nadszedł czas przestrzegania prawa – wszystko wróci na właściwe miejsce.

Kiedy każdy lekarz będzie wiedział, że najmniejsza próba wywierania nacisku na rodziców w najlepszym przypadku skończy się przesłuchaniem w prokuraturze i poważnym ostrzeżeniem, to uświadomi sobie, że lepiej, a przede wszystkim korzystniej jest przestrzegać prawa, a nie sprzecznych z prawem instrukcji resortowych.

Rzecz jasna zniknąć muszą wszelkie „plany wyszczepialności”, skoro mowa o zabiegu, do którego odmowę gwarantuje ustawa. W związku z tym muszę powiedzieć jeszcze kilka słów.

Niestety nie całkiem bezinteresowni propagatorzy szczepień z akademii medycznych kontynuują nie tylko proszczepieniowe pranie mózgów studentów medycyny, szerząc dezinformację na temat rzeczywistego stanu rzeczy,

lecz także wszelkimi sposobami starają się wychowywać ich nie na pracowników sfery usług, jakimi w rzeczy samej medycynie być powinni, lecz na posiadaczy wiedzy tajemnej, sędziów powołanych do decydowania za rodziców, co jest lepsze dla ich dzieci, a często na wykonawców własnych, niepodlegających apelacji wyroków.

Bardzo trafnie na ten temat napisał w swym artykule pracownik Instytutu Filozofii przy Rosyjskiej Akademii Nauk P. Tiszchenko. Analizując radziecki model służby zdrowia, stwierdził: „Istotę stosunku organów służby zdrowia do ludności w ramach istniejącego państwowego modelu medycyny można określić jako manipulację, czyli odnoszenie się do człowieka jak do kwaziniożywionego obiektu niedysponującego swobodą wyboru. Z drugiej strony ten sam stosunek można scharakteryzować jako roztaczanie kontroli nad ubezwłasnowolnioną jednostką przez dysponującego mądrością i doświadczeniem opiekuna. Dlatego zazwyczaj nazywamy takie postępowanie paternalistycznym. Pacjent z definicji ma być pasywny. W każdym razie organy służby zdrowia, broniąc interesów pacjentów, nie interesują się osobistą opinią samych pacjentów na temat istoty tych interesów. Idealny pacjent, paradoksalnie nazywany «świadomym»,

powinien ślepo, bezapelacyjnie wykonywać polecenia medyków. Nieprzypadkowo w «Ślubowaniu Lekarza Rosyjskiego» obiecuje się (w charakterze wysokiego standardu profesjonalizmu): «Ukierunkowywać tryb i leczenie pacjentów na ich dobro, zgodnie z moimi siłami i moim pojmowaniem...».

„Ich” pojmowanie własnego dobra z góry uznaje się za nacechowane ignorancją niezastugującą na uwagę ze strony profesjonalistów – medyków.

Prawo do «ukierunkowywania» pojmuje się jako oczywisty atrybut władzy organów ochrony zdrowia. Na tym prawie, jako na podstawie ideologicznej, buduje się praktykę w dziedzinie szczepień ludności”¹²²⁰.

Niestety, zamiast opartych na Konstytucji praw obywatelskich, rzeczywiste relacje pomiędzy lekarzem i pacjentem w przestrzeni postradzieckiej wciąż bazują na tej ułomnej ideologii, a grzmiące wypowiedzi lekarzy o „niedopuszczalności nieuzasadnionej odmowy szczepień” – to najlepsze tego potwierdzenie.

Szczególną uwagę należy poświęcić regulacji polityki państwowej w dziedzinie profilaktyki szczepieniowej.

Uważam za absolutnie niedopuszczalny obecny stan rzeczy, w którym decyzję w kwestii szczepień oddano w ręce grupy interesów, osób, które zapomniały o honorze i sumieniu, troszcząc się wyłącznie o własną korzyść i czyniąc ze szczepionek źródło własnego dobrobytu.

Żadna nowa szczepionka i żadna dodatkowa dawka starej szczepionki nie mogą pojawić się w kalendarzu szczepień bez szerokiej i otwartej debaty na temat konieczności takiego kroku z udziałem wszystkich zainteresowanych. Należy (lepiej późno niż wcale) zdecydowanie potępić praktykę utajnionych decyzji podejmowanych przez „egzekutywę szczepionkową”, mających ogromne znaczenie dla milionów ludzi i przyszłości narodu, i po raz pierwszy jawnie i otwarcie omówić kalendarz szczepień, wsłuchując się nie tylko w opinię szczepieniowców, lecz także lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, immunologów, rehabilitantów, statystyków i przede wszystkim rodziców.

Należy zaangażować faktycznie niezależnych ekspertów i przedstawicieli opinii publicznej. Należy też stworzyć niepodlegające organom służby zdrowia systemy rejestracji powikłań poszczepiennych, po-

[1220] P. Tiszczenko, *Szczepienie i prawa człowieka* [w:] *Profilaktyka szczepień i prawa człowieka*, 1994 (wykład).

dobne do amerykańskiego VAERS, z otwartą dla opinii publicznej bazą danych.

Sądzę, że potrzebna jest też finansowana przez państwo instytucja dokonująca niezależnych ekspertyz sądowo-medycznych, do której mogą zwracać się rodzice okaleczonych przez szczepionki i zmarłych na ich skutek dzieci, a także wszyscy, którzy uważają, że szczepienia wyrządziły szkodę ich zdrowiu.

O istnieniu takiej bazy danych i takiej instytucji zajmującej się ekspertyzami sądowo-medycznymi powinni wiedzieć wszyscy obywatele godzący się na szczepienia siebie lub znajdujących się pod ich opieką osób.

Nie będę odkrywcy, mówiąc, że kwestia wyszczepialności to w istocie sprawa edukacji. Chodzi o zdolność do krytycznego myślenia, analizy, syntezy, rozsądnego rozważania

ryzyka i korzyści. Organizowane przez zaniepokojonych szczepionowców badania epidemiologiczne nieuchronnie wykazują, że im wyższy jest poziom wiedzy ludzi, tym mniej podatni są oni na ideę zbawiania ludzkości przy pomocy szczepionek¹²²¹. Cała profilaktyka szczepień to, jak zgrabnie ujął niemiecki lekarz G. Buchwald, autor wielu publikacji na temat szczepień – interes oparty na strachu. Strach zaś tradycyjnie kiełkuje na podglebiu ignorancji, bezmyślności, ślepej wiary w „oficjalną prawdę”, niechęci do podejmowania decyzji i ponoszenia odpowiedzialności. Im mniej strachu, im więcej wiedzy, tym mniej szczepionek. Nie podoba się to zwolennikom szczepień.

Kilka lat temu Amerykańskie Towarzystwo Medyczne postanowiło: „Odmowa szczepień podyktowana czynnikami religijnymi i filozoficznymi naraża na niebezpieczeństwo

[1221] Patrz na przykład artykuły Hak E. et al., *Negative attitude of highly educated parents and health care workers towards future vaccinations in the Dutch childhood vaccination program*, „Vaccine” 2005, 23, s. 3103–3107, Timmermans D.R.M. et al., *Attitudes and risk perception of parents of different ethnic backgrounds regarding meningococcal C vaccination*, *Ibidem*, s. 3329–3335 i Maayan-Metzger A., *To vaccinate or not to vaccinate – that is the question: why are some mothers opposed to giving their infants hepatitis B vaccine?*, *Ibidem*, s. 1941–1948. Autorzy pierwszego artykułu ze zgrozą odnotowują, że wśród ludzi w podeszłym wieku odmawiających zaszczepienia się przeciw grypie i infekcji pneumokokowej większość jest świetnie wykształcona, a „ponieważ w ciągu ostatnich dziesięcioleci poziom wykształcenia wciąż rośnie, można przypuszczać, że coraz więcej ludzi będzie krytycznie podchodzić do szczepień”. W ostatnim z wymienionych wyżej badań przeprowadzonym w Izraelu wykazano, że co piąta matka odmawiająca zaszczepienia swego dziecka przeciw WZW typu B pracuje w służbie zdrowia. W sumie w grupie matek „opornych” wykryto nie tylko wysoki poziom wykształcenia i dochodów w porównaniu z matkami „uległymi”, lecz ogólnie bardziej krytyczny stosunek do współczesnej medycyny, większą chęć rodzenia w domu i dłuższego karmienia piersią.

zdrowie nie tylko niezaszczepionego, lecz także jego otoczenia, i dlatego Amerykańskie Towarzystwo Medyczne apeluje do społeczności medycznej w poszczególnych stanach o usunięcie możliwości takiej odmowy z zapisów prawnych wymagających obowiązkowego szczepienia”¹²²².

W Kongresie USA w ciągu ostatnich kilku lat rozważa się projekty ustaw gwarantujących koncernom farmaceutycznym, w tym również producentom szczepionek, prawo do immunitetu w zakresie pozwów nadsyłanych przez użytkowników, którzy ucierpieli po zażyciu ich preparatów. Można nie wątpić w to, że immunitet ten będzie znacznie silniejszy i trwalszy niż odporność zapewniana przez szczepionki. Jeśli społeczeństwo nie zachowa czujności, to świetnie opłacana przez producentów lekarstw troska medyków o zdrowie narodu, realizowana przede wszystkim przy pomocy szczepionek, wkrótce przeważy prawo tego narodu do samodzielnego decydowania o tym, co jest dla niego dobre, a co złe. Nie sądzę, by wśród moich Czytelników było wielu takich, którzy łudzą się, że lobbysty firm farmaceutycznych żerują wyłącznie na Kapitolu w USA.

Na koniec wyrażę swe głębokie przekonanie, że dzieci nie potrze-

bują szczepionek, nie potrzebują (wyrażając się w szczepionkowej nowomowie) „profilaktyki szczepień” przeciw chorobom, których powikłania wywoływane są przez czynniki możliwe do opanowania. Powinny przychodzić na świat drogą naturalną, otoczone miłością i radością, bez pomocy skalpela i otumaniających matkę oraz je same medykamentów. Nie w otoczeniu obcych, zmęczonych, rozdrażnionych ludzi, którzy dawno zatracili zdolność do współczucia, marzących, by jak najszybciej uporać się z kolejnym „przypadkiem”, lecz wśród tych, którzy będą dla nich najbliższymi i kochającymi ludźmi. Potrzebują długiego karmienia piersią, a potem prostej zdrowej żywności, bogatej w mikroelementy i minerały, witaminy, przede wszystkim A i C, świeżego powietrza i światła słonecznego, miłości i szacunku w rodzinie.

Wszystko to można mieć bez pieniędzy albo za niewielkie pieniądze. I właśnie z tą prostotą i taniością do ostatniej kropli krwi będą walczyć ci, którzy przekształcili troskę o zdrowie dzieci i dorosłych w dochodowy interes, ci, którzy mnożą nacechowane ignorancją „naukowo-dowodowe” badania wykazujące bezpieczeństwo i skuteczność szczepionek.

[1222] CSA Rep. B, A-87; Reaffirmed: Sunset Report, s. 1–97.

Porzućmy złudzenia! Nie da się z nimi dogadać, podobnie jak nie możliwe jest przekonanie wilka do diety wegetariańskiej. Społeczeństwo nie potrzebuje wynalazców, producentów i dystrybutorów szczepionek, pasożytujących na jego budżecie i pozbawiających obywateli zdrowia, lecz domowych położnych i specjalistów w dziedzinie karmienia piersią. Potrzebne są ośrodki dla rodziców, kółka zainteresowań, kluby sportowe, biblioteki – wszystko to, co czyni życie zdrowym, ciekawym i spełnionym.

Latem 2004 roku w bułgarskim miasteczku Borowcu odbyło się seminarium, na którym występował jeden z najsłynniejszych współczesnych homeopatów, autor trzech książek, które stały się światowymi bestsellerami, doktor Prafull Vijayakar z Bombaju. Powiedział: „Szczepionki to wielki zabójca dzieci. Dziecko rodzi się zdrowe. Szczepionki czynią z niego pacjenta. Wszyscy widzieliśmy w swej praktyce, jak najcięższe choroby zaczynają się po szczepieniu”. **Nie mam nic do dodania. Wybór należy do rodziców.**

Spis treści

Przedmowa autora do wydania pierwszego	7
Przedmowa autora do wydania drugiego	12
Wstęp do wydania polskiego – Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP	13
Szczepionki. Podstawowe problemy.....	31
Powikłania poszczepienne.....	77
Niektóre dane toksykologiczne o substancjach wchodzących w skład szczepionek.....	107
O ospie prawdziwej i nie tylko, czyli od czego wszystko się zaczęło	129

CHOROBY I SZCZEPIONKI PRZECIW NIM:

Ospa wietrzna	227
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	253
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	269
Grypa.....	311
Błonica (dyfteryt).....	341
Krztusiec (koklusz)	407
Odra	447
Różyczka.....	499
Polio	521
Tężec	579
Gruźlica	605
Świnka (nagminne zapalenie przyusznic)	657
Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)	675
Zakończenie	681
Dodatki.....	689
Wykorzystane źródła rosyjskojęzyczne	699
Polski kalendarz szczepień obowiązkowych.....	703