

Информация за различните ваксини

Обща информация относно ваксинопрофилактиката

Съдържание:

- Морбилна ваксина, МПР
- Паротитна ваксина
- Ваксина за рубеола
- БЦЖ ваксина
- Хепатит В ваксина
- ЧПВ ваксина (срещу човешки папилома вирус)
- Коклюшна ваксина
- Тетанус ваксина
- Ваксина за дифтерия
- Полиомиелитни ваксини
- Ваксина за Хемофилус инфлуенце тип Б
- Пневмококова ваксина
- Ротавирусна ваксина
- Ваксина за варицела
- Грипна ваксина
- Статистически значима корелация между увеличаване брой ваксини и повишаване на детската смъртност
- Ваксинираните с живи ваксини могат да се разболеят от ваксината и да заразяват контактни с тях
- Други нежелани реакции от ваксини
- Алуминиевите адюванти във ваксините – рискове и тиражирани заблуди за „безопасност“
- Замърсени ваксини
- Ветеринарни ваксини
- Медицински доводи срещу несъстоятелните твърдения на привържениците на задължителния статут на ваксините
- Правни доводи срещу задължителността на ваксините
- Полезни линкове

Морбилна ваксина, МПР

Обща информация

Морбилният вирус (РНК Morbillivirus /Measles virus/ от сем. Paramyxoviridae) е изолиран от Ендерс и Пийбълс през 1954 г. В България въвеждането на масова ваксинация с морбилна ваксина започва през 1969 г. Използва се щам Ленинград 16 (Л16) и се обхващат неболедувалите деца на 1-8 години. Периодът 1969 – 1971 г. се характеризира с незадоволителен ваксинален обхват (31 %) и рязко, но краткотрайно снижение на заболяемостта. През 1972-1982 г. се прилага поддържаща ваксинация на деца с начална възраст 10 месеца и обхватът с една доза морбилна ваксина щам Л16 достига 88 %. До 1976 г. ваксиналната схема е еднократна, а средногодишният показател на заболяемостта от морбили не се различава съществено от регистрирания преди началото на ваксинацията – снижението е само 10%. През 1976 г. и 1981 г. в страната са проведени масови кампании с коригираща цел – обхванати са всички деца, израснали в предходния имунизационен период – на възраст 2 – 14 години и съответно 2 – 6 г.

През 1983 г. в имунизационния календар е включена втора доза морбилна ваксина с ваксина щам Л 16 , която първоначално се прилага на 4-годишна възраст, а от 1986 г. – на децата, навършили 2 години. Ваксиналният обхват надвишава 90 %, нивото на заболяемост бележи спад, но същевременно, поради наблюдаваните периодични епидемии през интервал от 3 години, максималното ниво остава високо и се регистрират смъртни случаи. В началото на 90-те се въвежда двукратна ваксинация с триваксина морбили-паротит-рубеола (МПР) на 13 месеца и мономорбилна ваксина на 12-годишна възраст. От 2001 г. започва двукратна планова ваксинация с триваксина МПР на 13 месеца и 12 години. Използваните понастоящем в България ваксини съдържат живи атенюирани (отслабени) вируси на морбили, паротит и рубеола, като морбилният вирус е щам Schwarz или за другата ваксина Enders' Edmonston, произведени в пилешки ембрионални клетки. Ваксините съдържат сорбитол, манитол, неомицин, хидролизирани желатин, мононатриев L-глутамат и други помощни съставки.

Степен на ефикасност на ваксината и заболели ваксинирани

В своя статия д-р Поланд и съавтори обсъждат високия процент заболели ваксинирани с 2 дози морбилна ваксина и че това явление продължава да играе роля в огнищата на морбили. По този начин морбилните огнища настъпват дори сред силно ваксинирани популации поради първичен* и вторичен неуспех на ваксината, което води до постепенно по-големи групи от възприемчиви лица. Това води до ситуация, при която парадоксално морбили в силно ваксинирани общества възниква предимно между тези предварително ваксинирани лица. Обсъжда се, че е време да се разработи следващо поколение ваксина.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3905323/>

**първичен неуспех на ваксина е когато организъмът не изгради антители към ваксиналните антигени; вторичен неуспех на ваксината - когато ваксинираните се разболяват въпреки изградените "защитни" титри на поствакцинални антители, както и заради намаляващия титър на антители с времето*

В други свои научни публикации, включително от 2015 г., д-р Поланд в съавторство и с д-р Яна Хараламбиева, установяват, че между 2 и 10% от ваксинираните с 2 дози НЕ изграждат морбилни поствакцинални антители.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4679650/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28289848>

Счита се, че една доза ваксина е достатъчна за изграждане на антитела (приемано условие за предпазване от заболяване, но негарантиращо го), като втората доза е с цел да се обхванат нонреспондерите от първата доза. По тази причина в България между поставянето на 2-те дози има период от 10 години, като децата преди втората доза се приемат за „защитени“, въпреки прокрадващите се нови твърдения от някои български експерти, че са „непълно ваксинирани“. Ако това е така, означава, че се случва по вина на същите експерти, държавата и Министерство на здравеопазването, които са определили такава схема на ваксинация.

В морбилната епидемия през 2009-2011 г. в България, от групата с известен ваксинационен статус във възрастта 1-14 години (таблица 2 на стр. 6) 80.9% от болелите са ваксинирани с една или най-малко две дози ваксина, като с поне 2 дози са 8.7%, с уточнението, че една доза се счита за достатъчна, а втората е с цел да обхване нонреспондерите от първата. Статията е в съавторство с български учени, включително проф. Кожухарова, както и д-р Радосвета Филипова от здравното министерство и д-р Ангел Кунчев – главен здравен инспектор, който кой знае защо в интервюта твърди, че само неваксинирани боледуват. Изглежда същите тези експерти като трябва да информират обществото за действителните проценти болели ваксинирани, изведнъж придобиват амнезия за авторството си в тази научна статия, касаеща именно морбилната епидемия в България през 2009-2011 г.

<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V21N09/art21399.pdf>

За същата епидемия в доклад на БХК се посочва, че процентите ваксинирани болели излизат от посочените от производителя референтни граници неефикасност на МПР ваксината.

Данни от тазгодишните (2017 г.) 165 случая на морбили (122 потвърдени, 36 вероятни и 7 възможни) в България отново показват, че по-голямата част от болелите са ваксинирани, както и отново епидемичните взривове се наблюдават сред рискови групи от населението.

Kurchatova et al. Preliminary findings indicate nosocomial transmission and Roma population as most affected group in ongoing measles B3 genotype outbreak in Bulgaria, March to August 2017. Euro Surveill. 2017 Sep 7;22(36).

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=22873>

Наличието на защитен титър антитела, чрез който се определя „ефикасността“ на дадена ваксина, включително морбилната, не гарантира неразболяване във всички случаи при среща с патогена, особено при вирусни заболявания, където водещ е клетъчно-медирианият имунитет. Фактите за ваксинирани болели противоречат на мита „ако си ваксиниран срещу морбили, си защитен“. Титрите на анти-морбилните антитела, получени в резултат на ваксинацията, не са надежден индикатор за ефикасна защита от заболяване. Съществуват документирани случаи на болели от морбили въпреки налични „защитни“ нива на анти-морбилни антитела в резултат на ваксинация (Edmonson et al., 1990; Ammari et al., 1993; Hirose et al., 1997). Също така, известни са данни, според които деца с агамаглобулинемия (вид имунна недостатъчност, при която не се произвеждат ефективно антитела) преболедуват морбили както и останалите деца и освен това се изгражда траен имунитет въпреки липсата на ефективен антителен имуноен отговор, което демонстрира, че за изграждане на имунитет при естествена инфекция с морбили от съществено значение е Т-лимфоцитният клетъчен отговор (Burnet, 1968).

Проучвания показват, че морбили се разпространява успешно и сред популации с 99% ваксинирани лица (Gustafson et al., 1987; Chen et al., 1989; Boulianne et al., 1991), както и други високи проценти болели, които са напълно ваксинирани (Faneye et al., 2015; Gupta et al., 2015; Vaidya et al., 2016; MMWR, Sept. 02, 1988/37(34):527-31), включително при лица с предварително доказан ваксинален имунитет, солидни антитяло-отговори и явяващи се заразноносители, което

подчертава необходимостта от задълбочени епидемиологични и лабораторни изследвания при съмнение за морбили, независимо от ваксинационния статус (Rosen et al., 2011). Други автори проучват епидемичен взрив на морбили, настъпил в гимназия с документирана ваксинация в 98% и обсъждат неуспеха на ваксината, като очевидно адекватно ваксинирани лица разпространяват заразата (Nkowane et al., 1987).

Най-голямата епидемия от морбили в Северна Америка за последното десетилетие се случи през 2011 г. в Квебек, Канада, където степента на ваксинално покритие от 1 или 2 получени дози сред три годишните деца бе 95%-97% и 90% респективно, с 3%-5% неваксинирани. Сред възрастните 22% са получили 2 дози от ваксината. Разследването на епидемията установи, че това съотношение е занижено и реално е имало 130% повече случаи – реципиенти на 2 дози от ваксината.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23264672>

Ваксинационното покритие сред болелите е било поне 84,5%. Ваксиналното покритие на цялото население е 99,0%. Слабо ваксинационно покритие няма как да бъде обяснение за епидемията в Квебек. Голяма епидемия от морбили в района на Квебек въпреки 99% ваксинационно покритие.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1884314>

Общо 235 случая на симптоми, наподобяващи морбили. 218 диагностицирани като морбили. Тридесет и шест от тези случаи са били при неваксинирани индивиди; 182 са станали при ваксинирани лица.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2278542>

Общо 64 (82,1%) от 78 пациенти, които са родени след 1956 и са били над препоръчителната възраст за ваксинация, са имали история на адекватна ваксинация срещу морбили. ...98,7% от студентите са били ваксинирани според изискванията. Значителна епидемия от морбили въпреки правилно предприетите мерки по превенция и контрол.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3618578>

Епидемия от морбили при документирано ваксинално ниво от 98%. Деветдесет (70%) от случаите са студенти, които имат история на ваксинация на 12 месечна възраст или по-голяма и се считат за случай на провал на ваксината.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1646939/>

Четиринадесет от 74 серонегативни студенти, всичките от които са били преди това ваксинирани, се заразяват с морбили.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3821823>

92% от учениците са били ваксинирани срещу морбили, 85% от тях дори 2 пъти, но това не е попречило на епидемията да се разпространи.

<http://cid.oxfordjournals.org/content/55/3/403.full>

Деца на майки, ваксинирани против морбили, и евентуално рубеола, имат по-ниски концентрации на антитела от майката и губят защитата от майчините антитела в по-ранна възраст, отколкото децата на майки в общности, които се противопоставят на ваксинациите. Това увеличава риска от предаване на болестта в силно ваксинирани популации.

<https://academic.oup.com/jid/article/208/1/10/796786/Waning-of-Maternal-Antibodies-Against-Measles>

Има официални статистически данни от Англия, САЩ и Австралия, че смъртността от морбили е намаляла преди изобщо да се въведе ваксината срещу заболяването.

Често чуваме, че ваксините "предпазвали" от усложнения на заболяване. Морбилната ваксина обаче не пази срещу едно от най-тежките последствия на морбили.

Субакутният склерозиращ паненцефалит (SSPE) е рядко неврологично усложнение на морбили и представлява прогресивно дегенеративно мозъчно заболяване с висока смъртност и настъпващо в период предимно около 4-10 години след първоначалната инфекция.

Оказва се, че доста от случаите на SSPE са настъпили при ваксинирани деца. В една от цитираните статии се коментира, че инфекцията с морбилен вирус води до SSPE въпреки ваксинацията, както и казуистиката от статиите (не само цитираните) го показва. В публикациите има и други интересни данни - някои случаи на SSPE са при деца без история за преболедувано морбили; някои от децата са ваксинирани след преболедувано морбили (?!), но въпреки това са развили SSPE; други предварително са ваксинирани и пак са имали морбили и впоследствие SSPE.

В някои статии се коментира, че въпреки геномната стабилност на морбилния вирус, при пациенти със SSPE във вируса-причинител се наблюдават редица мутации (избягващи поствакциналните антители). Все пак тези вируси са хомоложни на генотипа, циркулиращ по време на първичната морбилна инфекция, тоест персистирали са в организма, за да се стигне до паненцефалита. Също така е установено, че SSPE се дължи на дивия морбилен вирус, а не на ваксиналния, защото първоначално е имало опасения, че ваксината ще причинява SSPE (освен може би при имунокомпрометирани). Установено е също, че SSPE се появява по-често при преболедували морбили в по-ранна възраст (най-често преди 1-вата година).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3472538/>

<http://pediatrics.aappublications.org/content/104/6/1390.short>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687946>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12161818>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24648840>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3033091/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3346948>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3905323/>

Нежелани реакции от МПР ваксината

Тъй като МПР е жива ваксина, известно е, че рубеолният и морбилният вируси се екскретират от фаринкса между 7-ия и 28-ия ден след ваксинацията, с пикова екскреция на 11-ия ден (листовката на Приорикс). Същевременно, научни публикации доказват отделянето на морбилния вирус с урината (което не е описано в КХП/листовката на препарата), като вирусната нуклеинова киселина е изолирана в проби до 14 дни след ваксинацията (Rota et al., 1995; Kaic et al., 2010).

Описаните в листовката (КХП) нежелани реакции от триваксината МПР, са:

Температура; обрив; зачервяване, болка и подуване на мястото на инжектиране; морбили с понижена вирулентност (в новата КХП е посочено като морбили-подобен синдром) няколко дни след ваксинацията; менингит, енцефалит, алергични реакции; инфекция на горните дихателни пътища; отит на средното ухо; лимфаденопатия; анорексия; нервност, необичаен плач, безсъние; фебрилни гърчове; конюнктивит; бронхит, кашлица; диария; повръщане; увеличаване на

паротидните жлези; орхит; епидидимит; паротитоподобен синдром; тромбоцитопения, тромбоцитопенична пурпура; анафилактични реакции; трансверзален миелит, синдром на Guillain-Barre, периферен неврит; Erythema multiforme; арталгия; артрит; синдром на Kawasaki.

Примери за сериозни системни и неврологични реакции (вкл. енцефалити, енцефаломиелити, неврити, и др.) от ваксини, съдържащи **морбилен** ваксинален вирус, описани в научни публикации:

- Оптичен неврит след ваксинация с различни морбилни ваксини, включително МПР (Kazarian and Gager, 1978; Stevenson et al., 1996; Arshi et al., 2004; Moradian and Ahmadi, 2008; De Giacinto et al., 2016).
- Енцефалити (Crowley et al., 1989; Watson, 1990; Bitnun et al., 1999; Shuper, 2011; Sukumaran et al., 2015).
- 48 случая на деца с енцефалопатия до 15 дни след морбилна ваксина; 8 от тях са починали, а при останалите са наблюдавани регресия или забавяне в умственото развитие, хронични гърчове, моторни и сензорни нарушения и нарушения в движенията (Weibel et al., 1998).
- Мултифазен дисеминиран енцефаломиелит (Azumagawa et al., 2016).
- Неврологични проблеми след морбилна ваксина (Nader et al., 1968; Landrigan and Witte, 1973; Sukumaran et al., 2015).
- Нарушение в походката след МПР (Benjamin et al., 1992; Plesner, 1995; Plesner et al., 2000).
- Парализа на лицевите нерви след морбилна ваксина (Snyder, 1968).
- Парализи на черепно-мозъчен нерви от МПР ваксината (Manzotti et al., 2010; Cheng et al., 2012; Woo et al., 2014; Bourtoulamaïou et al., 2015).
- Церебеларна (на малкия мозък) атаксия след морбилна ваксина (Trump, 1967; Plesner et al., 2000).
- Загуба на слуха след МПР (Nabe-Nielsen and Walter, 1988; Hulbert et al., 1991; Koga et al., 1991; Asatryan et al., 2008).
- Ретинопатия след МПР (Marshall et al., 1985; Schuil et al., 1998).
- Хемиплегия след МПР (Sackey and Broadhead, 1993).
- Трансверзален миелит след МПР (Joyce and Rees, 1995).
- Синдром на Gianotti-Crosti след МПР ваксинация (Velangi and Tidman, 1998).

6 до 14 дни след ваксината има повишен риск от фебрилни гърчове, треска и конвулсии с продължителност >30 минути (Barlow et al., 2001; Ward et al., 2007; Rowhani-Rahbar et al., 2013). МПР ваксината почти утроява риска от фебрилни гърчове през втората седмица след ваксинацията (Feenstra et al., 2014). Може да играе роля на отключващ механизъм за епилепсия, свързана с припадъци след ваксинацията (Verbeek et al., 2014).

Потвърдена е причинно-следствената връзка между морбили-паротит-рубеола ваксината и тромбоцитопеничната пурпура (Vlacha et al., 1996; Miller et al., 2001; Black et al., 2003; France et al., 2008; Sauvée and Scheifele, 2009).

Анафилаксията е рядка, но животозастрашаваща алергична реакция от МПР поради свръхчувствителност към съставки на ваксината – описание на десетки случаи от желатин или яйчен протеин (Kelso et al., 1993; Sakaguchi et al., 1996; Patja et al., 2001; Pool et al., 2002; Bohlke et al., 2003; Kamin et al., 2006), или по-рядко към неомидин (Rietschel et al., 1981; Sukumaran et al., 2015).

Честите нежелани реакции от МПР ваксината като висока температура, диария и обриви се срещат до около 5-10 дни след първата доза. Тези ваксина-свързани нежелани събития се случват в приблизително **1 на всеки 6 малки деца**, а висока температура се среща в 1 на 20 (LeBaron et al, 2006).

Съществуват научни доклади за асоциация на МПР ваксината с автоимунни заболявания (свързани с неврологични нарушения, тромбоцитопения, артрит, диабет тип 1 и други), обобщени в обзор (Perricone et al., 2015). Установена е корелация между високи титри на абнормални анти-морбилни антитела и неврологични нарушения (Singh et al., 2002; Singh and Jensen, 2003).

Паротитна ваксина

Обща информация и ваксината в България

Паротитната ваксина е прилагана през годините като моноваксина или в комбинация с с други живи атенюирани (отслабени) вируси. Използваната понастоящем в България ваксина съдържа живи атенюирани вируси на морбили, паротит и рубеола - популярна като МПР ваксина, като паротитният ваксинален вирус е щам RIT 4385 (получен от щам Jeryl Lynn), произведен в пилешки ембрионални клетки. Ваксината съдържа сорбитол, манитол, неомицин и други помощни съставки. В България паротитната ваксина е приложена за първи път в края на 50-те години сред военнослужещи (Одисеев и съав., 2008). Получена е от съветския щам Клячко върху кокоши ембриони. Оказва се слабо имуногенна и използването ѝ е преустановено. През 1965 г. в Отдела по вирусология при НЦЗПБ научен колектив работи върху получаването на българска ваксина. Използван е щам София 6, изолиран от слюнката на болно от паротит 7-годишно момче, върху клетъчна култура от бъбреци на новородени морски свинчета.

През 1967 г. е получена клетъчнокултурална ваксина с българския щам София 6 и е направена първата ваксинация на деца. Ваксината се прилага подкожно, 0.5 ml, съдържаща от 5 до 10 хиляди вирусни единици. От 1972 до 1976 г. е приложена поетапно в цялата страна и е включена в имунизационния календар. През това време е получена и асоциирана морбили-паротитна ваксина с ваксиналния морбилен щам Ленинград 16 и паротитния София 6, която постепенно замества моноваксината. През 1972 г. започва внедряване на ваксината по окръзи с обхващане на децата от 1 до 12 години и достига пълно покритие на страната до края на 1976 г. През 1974 г. ваксината е включена в имунизационния календар. До средата на месец май 1982 г. са обхванати 2 198 081 деца. Една доза е в обем 0.5 ml, съдържа от 3 до 5 хиляди морбилни и от 5 до 10 хиляди паротитни вирусни единици. Прилага се на деца от 1- до 3-годишна възраст. През 1976 г. замества паротитната и морбилна моноваксина в Пазарджишки окръг, а през 1977 г. – в Сливенски регион. Следва постепенно разширяване на приложението., като до 1982 г. са ваксинирани 149 246 деца.

Сред 751 069 ваксинирани са отчетени 37 случая на менингеални реакции. През 1981 г. се отбелязва повишение на заболяемостта (96.78‰) и поражда съмнение за настъпваща епидемия. Министерство на народното здраве (МНЗ) назначава комисия за установяване на причините за епидемичния подем и за вземане на мерки за предотвратяването му. След провеждане на широко сероепидемиологично проучване (изследвани са 2872 серума по метода РЗХА) тя установява, че 32.5% от ваксинираните са серонегативни - не са получили постваксинален имунитет. Комисията заключава, че ваксината е недостатъчно имуногенна и предлага масова реваксинация на децата във възрастта от 4 до 12 год. с повишена доза и с

препоръката за спешно усъвършенстване на ваксината. На база тези препоръки МНЗ издава заповед за провеждане на цялостна реваксинация на получилите първа ваксина „с оглед предотвратяване на настъпващата епидемия”. Поради липса на собствен и световен опит относно реваксинацията с паротитни ваксини Научно-производствената лаборатория предлага провеждане на предварителен контролиран теренен опит преди масовата реваксинация.

Предложението, оценено като „хващане за опашката на развиващата се епидемия”, не е прието. Масовата реваксинация започва в началото на 1982 г. До средата на месец май са реваксинирани 412 312 деца. Сред тях се регистрират неврологични и други нежелани реакции. Министерството разпорежда активното им издирване. Регистрирани са 94 случая (Димитрова и съав., 2008), от тях 73 серозни менингита, 6 енцефалита и други. Заради получените нежелани реакции МНЗ прекратява реваксинацията. Сформирана е комисия за изясняване на причините, но не съумява да ги установи. МНЗ засекретява доклада и резултатите остават неанализирани. Първичната ваксинация с паротитна моно- и комбинирана ваксина също е прекратена. Забранена е по-нататъшната научна работа с паротитния щам София 6. В продължение на 4 години в страната не се провежда ваксинация. След епидемията през 1986 г. ваксинацията е подновена със съветска моноваксина от щам Ленинград 3 – една доза на 12 месеца и за всички неваксинирани 1 – 12-годишни. Както е известно, ваксината също дава менингеални реакции (Одисеев и съав., 2008), но активни наблюдения върху нея не са правени през периода на използването.

През 1992 г. съветската ваксина е заменена с френската комбинирана ваксина Тримовакс Мерийо на Авентис, Париж, съдържаща морбилния щам Шварц, паротитния Урабе АМ9 и рубеоления Вистар РА 27/3М. Щам Урабе също дава менингеални реакции, което е отбелязано в листовката на ваксината. Активни наблюдения за честотата им не са провеждани. През 1992-2000 г. рутинно се ваксинират 13-месечните деца с една доза.

От 2001 г. е въведена втора доза за всички 12-годишни. През 2005 г. френската ваксина е заменена с белгийската триваксина Приорикс, производство на ГлаксоСмитКлайн, която е съставена от морбилния щам Шварц, паротитния РИТ 4385 и рубеоления Вистар РА 27/3М. В указанието за приложение на ваксината е отбелязано също за възможната поява на менингити (“възпаление на меките мозъчни обвивки”- указание за употреба на Priorix, 12.2003 г., Одисеев и съав., 2008; в КХП посл. редакция - менингит), както и много други увреждащи странични реакции.

Степен на ефикасност на ваксината

Извадки от текста на Европейската агенция по лекарства за предложени промени в КХП (листовката) на МПР ваксината Приорикс:

"Положителният за наличие на антитела резултат от ELISA тест не означава непременно защита, особено срещу заушка.

През последното десетилетие са докладвани няколко огнища на заушка в силно ваксинирани популации (две дози). Направено е и предположение за по-ниска ефикасност на ваксината срещу паротит в условия на висока трансмисия (Brockhoff 2004)... Въпреки това, от нито едно от полевите (огнищни) проучвания, представени от производителя, не са получени конкретни данни за (ефикасността на) Priorix. "

http://www.ema.europa.eu/docs/bg_BG/document_library/Referrals_document/Priorix_30/WC500128955.pdf
http://www.ema.europa.eu/docs/bg_BG/document_library/Referrals_document/Priorix_30/WC500128955.pdf

От цял свят има факти за епидемични взривове от паротит сред високо ваксинирани популации с МПР ваксина, които са и разпространители на инфекцията. Заболелите от паротит епидемии и епидемични взривове с налични ваксинации, включително със завършена ваксинална схема, са високи проценти (Boxall et al., 2008; Cortese et al., 2008; Dayan et al., 2008; Marin et al., 2008; Barskey et al., 2009; Whelan et al., 2010; Anis et al., 2012; Braeye et al., 2014; Kutty et al., 2014; Compés-Dea et al., 2015; Zamir et al., 2015; Takla et al., 2016; Vygen et al., 2016), също така характеризирани с устойчиво предаване на инфекцията епидемии, настъпващи при 97% напълно ваксинирани с 2 дози популации (Huang et al., 2009; Albertson et al., 2016), което показва висока неефикасност на ваксината и получени усложнения при заболели ваксинирани (Hong and Jung, 2006), включително фатален паротитен менингоенцефалит (Bakshi et al., 1996).

В проучване се описват мутации във ваксиналния паротитен щам RIT4385 (Connaughton et al., 2015), използван понастоящем в МПР и в България. Обсъжда се генетичната нестабилност на паротитния вирус, както и потенциалът на генетичните отклонения по време на вирусното размножаване да променят степента на ефикасност и профила на безопасност на паротитните ваксини. Мутациите в дивия и ваксиналния паротитен щам се коментират в още множество научни статии. Което сочи за нищожна ефикасност.

Също така, склонността на паротитната ваксина да индуцира IgG остава ниска или гранична (Narita et al., 1998; Mrázová et al., 2003; Malaiyan and Menon, 2014). Номинални нива на неутрализиращите антитела са ефективни срещу ваксиналния щам, но не и за дивите. Резултатите подкрепят хипотезата, че нискотитърни серуми неутрализиращи антитела имат ограничена способност за неутрализиране на хетероложни паротитни щамове, което предполага, че антигенни разлики между циркулиращите в популацията и ваксиналните вирусни щамове могат да играят роля в липсата на защита срещу паротитна инфекция (Atrasheuskaya et al., 2007).

Друго проучване сочи, че при ваксината за паротит концентрацията на IgG антитела не представлява адекватно имунологичната защита срещу инфекция с паротитен вирус чрез неутрализация му с тях, както и корелацията между паротит-специфичните IgG антитела и неутрализационните титри срещу ваксинален щам е слаба. Това предполага, че наличието на антитела не гарантира имунитет срещу паротитна инфекция (Gouma et al., 2016). Тоест ваксината не пази не само срещу дивия паротитен щам, но и срещу ваксиналния.

Нежелани реакции от паротитната ваксина

Тъй като ваксината е с живи отслабени вируси, предизвиква по-слаб имунитет, което спомага за по-дългото им персистиране в организма и възможността за отложени във времето тежки последствия.

Например, хронично възпаление на мозъка, загуба на зрението, други усложнения и последваща летален изход, свързани с живия отслабен ваксинален паротитен вирус от МПР - случай на хроничен паненцефалит и смърт, доказано, че се дължи на МПР ваксината при имунокомпрометирано дете, ваксинирано преди да се установи това.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27770235>

Ваксиналният паротитен вирус може да предизвика асептичен менингит, енцефалит/енцефаломиелит/енцефалопатии, паротитоподобен синдром, менингит, епидидимит, орхит, глухота и други.

Другите нежелани реакции, описани в листовката на използваната понастоящем в България МПР ваксина, са: тромбоцитопения, тромбоцитопенична пурпура; анафилактични реакции; трансверзален миелит, синдром на Guillain-Barre, периферен неврит, енцефалит; Erythema multiforme; арталгия, артрит; морбили с понижена вирулентност; инфекция на горните дихателни пътища, отит на средното ухо; лимфаденопатия; алергични реакции; нервност, необичаен плач, безсъние; фебрилни гърчове; конюнктивит; бронхит, кашлица; увеличаване на паротидните жлези, диария, повръщане; обрив; зачервяване на мястото на инжектиране; повишена температура, включително над 39,5°C; синдром на Kawasaki.

Нежелани реакции от комбинираната жива МПР ваксина (или други ваксини с 2 от 3-те компонента), описани в научни публикации:

Честите нежелани реакции от МПР ваксината като висока температура, диария и обриви се срещат до около 5-10 дни след първата доза. Тези ваксино-свързани нежелани събития се случват в приблизително 1 на всеки 6 малки деца, а висока температура се среща в 1 на 20 (LeBaron et al, 2006).

Енцефалити (Crowley et al., 1989; Watson, 1990; Schuil et al., 1998; Shuper, 2011; Sukumaran et al., 2015).

Енцефалопатия (Valmari et al., 1987; Weibel et al., 1998; Martín-Torres et al., 1999).

Мултифазен дисеминиран енцефаломиелит (Azumagawa et al., 2016).

Менингити (Mori et al., 1991; Davis et al., 1997; Ki et al., 2003; Demicheli et al., 2012).

Неврологични проблеми (Ward et al; 2007; Sukumaran et al., 2015).

Синкоп (D'Souza et al., 2000).

Ставни проблеми, артрит, артралгия (Davis et al., 1997; Schattner, 2005; Sukumaran et al., 2015).
Обрив/екзантем (Fescharek et al., 1990; Parisi et al., 1991; Freeman et al., 1993; Wiersbitzky et al., 1993; Davis et al., 1997; LeBaron et al, 2006; Sukumaran et al., 2015)
Парализи на черепно-мозъчен нерви (Manzotti et al., 2010; Cheng et al., 2012; Woo et al., 2014; Bourtoulamaïou et al., 2015).

Церебеларна (на малкия мозък) атаксия (Martín-Torres et al., 1999; Plesner et al., 2000).

Хемипареза (Taranger and Wiholm, 1987; Fescharek et al., 1990).

Загуба на слуха след МПР (Nabe-Nielsen and Walter, 1988; Koga et al., 1991; Stewart and Prabhu, 1993; Kaga et al., 1998; Asatryan et al., 2008).

Ретинопатия (Marshall et al., 1985; Schuil et al., 1998).

Оптичен неврит (Kazarian and Gager, 1978; Riikonen R, 1989; De Giacinto et al., 2016).

Хемиплегия (Sackey and Broadhead, 1993).

Лимфаденопатия (Freeman et al., 1993).

Трансверзален миелит (Joyce and Rees, 1995; Lim et al., 2004).

Синдром на Gianotti-Crosti след МПР ваксинация (Velangi and Tidman, 1998).

Синдром на Guillain-Barre (Bino et al., 2003; Souayah et al., 2009; Sukumaran et al., 2015).

Афебрилни гърчове (Fescharek et al., 1990; Davis et al., 1997; D'Souza et al., 2000; Barlow et al., 2001).

Има повишен риск от фебрилни гърчове, треска и конвулсии с продължителност >30 минути от 6 до 14 дни след ваксината (Farrington et al., 1995; Barlow et al., 2001; Ward et al., 2007; Demicheli et al., 2012; Rowhani-Rahbar et al., 2013). МПР ваксината почти утроява риска от фебрилни гърчове през втората седмица след ваксинацията (Feenstra et al., 2014). Може да играе роля на отключващ механизъм за епилепсия, свързана с припадъци след ваксинацията (Verbeek et al., 2014).

Потвърдена е причинно-следствената връзка между морбили-паротит-рубеола ваксината и идиопатична тромбоцитопенична пурпура (Vlacha et al., 1996; Miller et al., 2001; Black et al., 2003; France et al., 2008; Sauvée and Scheifele, 2009; Demicheli et al., 2012).

Съществуват научни доклади за асоциация на МПР ваксината с автоимунни заболявания, свързани с неврологични нарушения, тромбоцитопения, артрит или болки в ставите и други (Schattner, 2005; Perricone et al., 2015). Установена е корелация между високи титри на абнормални анти-морбилни антитела и неврологични нарушения (Singh et al., 2002; Singh and Jensen, 2003).

Анафилаксията е рядка, но животозастрашаваща алергична реакция от МПР поради свръхчувствителност към съставки на ваксината – описание на десетки случаи от желатин или яйчен протеин (Kelso et al., 1993; Sakaguchi et al., 1996; Patja et al., 2001; Pool et al., 2002; Bohlke et al., 2003; Kamin et al., 2006), или по-рядко към неомицин (Rietschel et al., 1981; Sukumaran et al., 2015).

Ваксина за рубеола

Обща информация и ваксината в България

В две лаборатории независимо една от друга откриват руболения вирус през 1960 г. - Weller и Neva в Бостън и Parkman, Buescher и Artenstein в Бетезда.

В България през периода 1988 – 1991 г. се въвежда на селективна ваксинация с моновалентна ваксина на момичета (16 - 18 г.), с ниско ниво на ваксинален обхват.

Планова имунизация с триваксина морбили-паротит-рубеола на подрастващите деца, с начална възраст 13 мес. и селективна имунизация на момичетата на 12 год. С монорубеолна ваксина. Тази схема е включена в имунизационния календар на страната от 1992 г. и се изпълнява от 1993 г. Планова имунизация с триваксина морбили-паротит-рубеола на всички деца, навършили 13 мес. и 12 год. от 2001 г. През периода на планова имунизация обхватът с ваксини, съдържащи

рубеолна компонента и при двата приема (на 13 мес. и 12 год.) е около и над 90 % от подлежащите (Таблица 5). От 2004 г. за първи път се осъществява двукратната схема на имунизация срещу рубеола, тъй като родените през 1992 г. и ваксинирани с триваксина през 1993 г. получават втори прием от тази ваксина на 12-годишна възраст.

В имунизационния календар на нашата страна през 1992 г. е включена планова имунизация с триваксина морбили-паротит-рубеола на деца, навършили 13 месеца и селективна имунизация на момичета на 12 г. с монорубеолна ваксина. От 2001 г. на планова имунизация с посочената триваксина подлежат всички деца, навършили 13 месеца и 12 години. На практика двукратна схема на имунизация срещу рубеола у нас се осъществява за първи път през 2004 г.

Ваксинацията с рубеолна ваксина се свързва с психологически промени - психични нарушения, включително няколкомесечна депресия при тийнейджърки, особено с нисък социален статус, проблеми с вниманието, социално и престъпно поведение все още се отчитат 10 седмици след ваксинацията (Morag et al., 1998); научен доклад показва възможността за вирус-индуциран автоимунен отговор след ваксинация с рубеолна ваксина, който може да доведе до автоагресивна реакция, отговорна за демиелинизиращата невропатия (Cusi et al., 1999);

Степен на ефикасност и нежелани реакции

Ново проучване установява, че именно младите жени, при които при евентуална бременност заболяването е рисково за възможно увреждане на плода, обхванати с 2 дози ваксина, имат по-висока честота на серонегативност към рубеола и нивата на протективните антитела намаляват точно при жени, родени след въвеждането на рубеолната ваксинация в много страни. С други думи, именно когато жените би трябвало да са предпазени от рубеола заради риска по време на бременност, ваксината се проваля. С уточнението, че дори с налични антитела срещу ваксиналния антиген, не значи предпазване от болест. Хем става въпрос за леко детско заболяване, което изкарано навреме, отхвърля риска да се случи после при бременност с евентуално увреждане на плода. Статията коментира и че от 30% до 100% от случаите на морбили се наблюдават при ваксинирани преди това ученици.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5576672/>

Бременна в 18-та седмица, ваксинирана и серопозитивна по отношение на анти-рубеолни антитела жена, се разболява от рубеола. При това заболяването се е проявило клинично с всички симптоми - типичен обрив, фебрилитет и лимфаденопатия.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11023770>

Ваксинален щам RA 27/3 е бил открит в три спорадични случаи, два от тях имунопотиснати пациенти и без по-нова история на ваксинация. Проучването показва факти за асимптоматична екскреция на ваксиналния щам след ваксинация, докато четирите анализирани в проучването случаи също предполагат възможността за вторично предаване.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5021264/>

Фулминантен фатален енцефалит, свързан с ваксинален рубеолен щам.

Gualberto FA, de Oliveira MI, Alves VA, Kanamura CT, Rosemberg S, Sato HK, Arantes BA, Curti SP, Figueiredo CA. Fulminant encephalitis associated with a vaccine strain of rubella virus. J Clin Virol. 2013 Dec;58(4):737-40.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24216323>

Нежелани реакции от МПР ваксината, описани в листовката:

Температура; обрив; зачервяване, болка и подуване на мястото на инжектиране; морбили с понижена вирулентност (в новата КХП е посочено като морбили-подобен синдром) няколко дни след ваксинацията; менингит, енцефалит, алергични реакции; инфекция на горните дихателни пътища; отит на средното ухо; лимфаденопатия; анорексия; нервност, необичаен плач, безсъние; фебрилни гърчове; конюнктивит; бронхит, кашлица; диария; повръщане; увеличаване на паротидните жлези; орхит; епидидимит; паротитоподобен синдром; тромбоцитопения, тромбоцитопенична пурпура; анафилактични реакции; трансверзален миелит, синдром на Guillain-Barre, периферен неврит; Erythema multiforme; арталгия; артрит; синдром на Kawasaki. За другите нежелани реакции от МПП ваксината, описани в научни публикации, вижте изброените в горните раздели за морбилна и паротитна ваксина.

"Обзор на етиологията, патогенетичните механизми и клиничните характеристики на реактивните артрити (ReA), както и утвърдените и нови терапевтични възможности бе публикуван в списание Infection and autoimmunity. Проучвания описват също случаи на ReA след ваксиниране с убита Salmonella, рекомбинантен хепатит В вирусен протеин или тетанус. Тази реакция може да хронифицира, ако има непрекъснато освобождаване на антигена, най-вероятно от скрити резервоари или хронични огнища на инфекция извън ставите. Някои от случаите на постваксинационен артрит може би са автоимунен/възпалителен синдром, предизвикан от адюванти (Autoimmune/ inflammatory Syndrome Induced by Adjuvants - ASIA), наречен също синдром на Shoenfeld.

При рубеола, симетричните или мигриращи артралгии са по-чести от синовита. Ставни симптоми има при около 30% от пациентите (по-често при жените) и се развиват в рамките на седмица след обрива. Метакарпофалангиалните и проксимални интерфалангиални стави са често засегнати, както и колене, китки, глезени и лакти. Характерна е също и сутрешната скованост, като може да има и периартрит, теносиновит и синдром на карпалния тунел. Подобни симптоми могат да се появят и няколко седмици след имунизация с жива рубеолна ваксина, като ставните прояви обикновено преминават за няколко дни до две седмици, но в някои случаи може да персistirат с месеци до години."

МД, 3/2016, 53-9. Първоизточник: Ferreira A., Monteiro M., Vita P. et al. Post-infectious arthritis and reactive arthritis. Infection and Autoimmunity 2016: 807-828. DOI: 10.1016 / B978-0-444-63269-2.00050-7

Ваксината за хепатит Б, както и за рубеола, са статистически свързани с поява на хроничен артрит – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12508767>

Миелит след рубеолна ваксина – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/990751>

Научен доклад за връзката между ваксинация срещу рубеола и развитие на автоимунна реакция - автоимунна периферна невропатия. Документиран е случай при 23-годишна жена, която е развила демиелинизираща невропатия след ваксинация против рубеола. Постимунизационните имунологични изследвания показват присъствие на антитела срещу вирусните протеини, включително капсидния антиген, както и срещу миелиновия основен протеин (МВР). Структурното подобие между вирусния антиген и МВР е установено с компютърен анализ. Кръстосаната реактивност е експериментално потвърдена чрез имунизирани на мишки със синтетичен пептид получен от МВР, при които е установено развитие на силен хуморален отговор към вирусния антиген и миелиновия основен протеин. Тези изследвания показват възможността за вирус-индуциран автоимунен отговор, който може да доведе до автоагресивна реакция, отговорна за демиелинизиращата невропатия.

Cusi MG, Bianchi S, Santini L, Donati D, Valassina M, Valensin PE, Cioé L, Mazzocchio R. Peripheral neuropathy associated with anti-myelin basic protein antibodies in a woman vaccinated with rubella virus vaccine. J Neurovirol. 1999 Apr;5(2):209-14.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10321986>

БЦЖ ваксина

Обща информация и ваксината в България

BCG е жива лиофилизирана (дехидратирани чрез дълбоко замразяване под високо налягане живи бактерии) ваксина, съдържаща щам на *Mycobacterium bovis*, създадена в института „Pasteur” от Albert Calmette и Camille Guerin между 1906 и 1919 г. и използвана за пръв път през 1921 г. Постава се на лявото рамо, интрадермално (вътрекожно).

Mycobacterium bovis е аеробен бактерия, причиняващ туберкулоза при животните (едър рогат добитък) и въпреки различията си от *Mycobacterium tuberculosis* (причинител на туберкулоза при хората) може да премине междувидовата бариера и да инфектира и хора, но не всеки се заразява и малка част от случаите на туберкулоза се дължат на него (CDC). През 1882 г. от Robert Koch открива причинителя на туберкулозата, за което получава Нобелова награда.

В имунизационния календар са предвидени 4 дози БЦЖ (до 12.5.2017 дозите бяха 5), 3 след проверка с вътрекожен туберкулинов тест (проба Манту) и отрицателните се ваксинират. Тестът е известен със своята ниска чувствителност. България е първата страна в Европа и втора в света с Хонг Конг, които въвеждат задължителна БЦЖ ваксинация на децата през 1951 г. с приложение на перорална ваксина, произведена в института Louis Pasteur. Използването ѝ продължава до края на 1956 година. През този период д-р Сребра Родопска, специализирала в института Pasteur, започва производството на българската БЦЖ ваксина в създадената за това лаборатория към НЦЗПБ. През 1957 г. България започва да произвежда собствена ваксина, прилагана интрадермално. За производството ѝ се използва московски ваксинален субщам 374 А. След тестване в референтни лаборатории на СЗО през 1984 г., българската ваксина се прилага в Северна, Южна Америка и Югоизточна Азия. Произвежданата у нас БЦЖ ваксина е позната като ваксинален щам BCG Sofia SL 222. Той притежава характеристиката на ранните щамове, най-близки до оригиналния на Calmette и Guerin.

Имунитетът при туберкулозата е клетъчно обусловен, предимно и за сметка на сенсibiliзираните Th1 хелпери. Хуморалният имунитет се проявява по-слабо с повишен титър на антитела от IgG и IgA тип. Имунологичните характеристики при туберкулозата са изключително сложни и много специфични. Значение имат и генетичните особености на рецепторна възприемчивост на макроорганизма за *M. Tuberculosis* (Минчев, 2012). Поради тези причини BCG (*M. bovis*) е предимно неефикасна.

Неефикасност

За БЦЖ ваксината отдавна е факт, че **не** пази от туберкулоза и **не намалява** разпространението ѝ – най-мощното (15-годишно индийско) проучване, цитирано и от СЗО, потвърждава това в заключението си:

http://icmr.nic.in/ijmr/2013/march/ijmr_classic3.pdf

Научни публикации доказват, че БЦЖ реваксинациите са безполезни и не се препоръчват.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16214599>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16567882>

СЗО също не препоръчва БЦЖ реваксинациите, тъй като са неефикасни и излагачи на допълнителен риск от нежелани реакции (таблица 4 в статията).

<http://erj.ersjournals.com/content/erj/43/1/24.full.pdf>

Въпреки това, понастоящем в България има 3 реваксинации, прилагани след проверка за имунен отговор към предишна БЦЖ с неспецифичната проба Манту, даваща често грешни резултати. Ваксината се използва от 1951 г. и при много високи ваксинални проценти, но това не пречи да сме на челните места по заболяемост от туберкулоза в Европа.

Твърди се, че БЦЖ има известна ефикасност при туберкулозни усложнения, но проучване установява, че това не е така при недохранени деца, които въпреки ваксинацията са с тежко протичащо заболяване и често фатални усложнения при милиарна и дисеминирана туберкулоза и туберкулозен менингит.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7744445>

В България също има описани случаи на туберкулозни усложнения при ваксинирани деца: 5 случая на туберкулозен менингит, всичките при ваксинирани деца. Две от тях са увредени за цял живот, третото умира. При него има и БЦЖ-ит като сериозна нежелана реакция. Заради ваксината случаите протичат атипично и диагнозата е затруднена и забавена, съответно и лечението, и резултатът е налице. А проба манту дава грешни резултати при всичките.

Михайлов и съав. Трудности при диагнозата на туберкулозния менингит в детска възраст.

Педиатрия, 1/2001 г.

2 случая на туберкулозен менингоенцефалит - при момче на 1г. и месец и момиче на 6 години - и двете ваксинирани. Живеят при лоши битови условия, с недобро хранене и лоша санитарна култура. По-малкото дете е било в контакт с туберкулозно болен, при другото не е установен такъв.

Димитрова и съав. Съвременни аспекти в протичането на туберкулозната невроинфекция в детска възраст.

"Но през 30-те години на 20-ти век медицинската професия по цял свят е била скептична към ефикасността на БЦЖ, което възпрепятства популяризирането на БЦЖ ваксинацията в Китай."

Shi RS. [The practice of BCG vaccination in 1930 s' China]. Zhonghua Yi Shi Za Zhi. 2017 Jul 28;47(4):222-225.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28954364>

... И е трябвало да минат още много десетилетия с увредени от ваксината, но непредпазени от туберкулоза деца и големи, за да разберат съвременните медици чак сега, че ваксината е неефективна и колегите им от минали времена са били прави. А българските здравни чиновници и сега се правят на неразбрали...

Нежелани реакции от БЦЖ

Тъй като авторите на листовката на българската ваксина БЦЖ, както и одобрилите я институции, не са сметнали за необходимо да уточнят кои точно са всички нежелани реакции, включително и най-вече най-сериозните, справка в научни публикации, индексирани в PubMed, показва какви са те, а именно:

Остеомиелити, остеоити, неоплазии и псевдотумори на мястото на белега от БЦЖ ваксината, различни абсцеси (вкл. ретроперитонеален), активна БЦЖ инфекция на лимфните възли, саркоидоза, анафилактоидни реакции (при ваксини съдържащи декстран), дисеминирани БЦЖ инфекции (вкл. грануломи в черния дроб), разнообразни лимфаденити, микобактериални псевдотумори в лимфните възли, неврити, дерматомиозит, хроничен преден увеит, хроничен микобактериален артрит, еритема мултиформе, хидраденома, келоидни и хипертрофични белези, скрофулодерма, усложнение на atopичен дерматит, псориазис, улцеративен васкулит, витилиго, лупоми, грануломи, лихен стриатус, лупус вулгарис и други кожни проблеми.

Ново проучване разглежда случаи на дисеминирана (разпространена в организма) инфекция, причинена от БЦЖ, при ваксинирани новородени бебета с пренебрегната фамилен анамнеза за имунодефицити и нежелани реакции, изключващи прилагането на спорната ваксина. Авторите представят случаите, за да подчертаят важноста от стриктното изследване на децата и фамилената история преди ваксинация.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5420150/>

За България също е характерно пренебрегването на фамилената анамнеза в повечето случаи, както и че при новородени бебета все още не са проявени противопоказания за ваксиниране, нито евентуална имунокомпрометираност. По тези причини, а и заради нередките вътреболнични инфекции в родилните и неонатологични отделения, които най-често не се обявяват и не се вземат предвид, но също са противопоказни за ваксинация, е крайно време да се предприемат мерки за преустановяване на порочната и безотговорна практика на ваксиниране на новородени бебета.

Хепатит В ваксина

Степен на ефикасност

"От направеното проучване става ясно, че въпреки приемите на специфична ваксина за хепатит В, децата до 1-годишна възраст при налични епидемиологични предпоставки не само боледуват, но и прекарват заболяването по-тежко." -

Пекова Л, Йосифова Г, Димитрова М, Караславова Зл, Петров Д. Остър хепатит в детска възраст. Поглед върху актуалното състояние на проблема. Медицинска 10/2015.

В резултат на глобалните програми за ваксинация са се увеличили мутантните хепатит В вируси, които са изплъзват от ваксинален имуноен отговор.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5207502/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19812261>

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0042682201912462>

За 2013 г. от 1-19 годишните 57,50% са ваксинирани и със завършена имунизационна схема, 1 с незавършена, 1 неваксинирано, за 15 случая няма данни.

Кожухарова и съав. Остри заразни болести в България през 2013 г. (Основни епидемиологични показатели).

За 2014 г. заболелите от 1 до 19 години - 57,14 % са със завършена имунизация, за 8 случая няма данни, а 1 дете на възраст 1-4 г. е с незавършена имунизационна схема (2 приема ваксина).

Кожухарова и съав. Остри заразни болести в България през 2014 г. (Основни епидемиологични показатели).

За 2015 г. във възрастта от 1 до 19 години 67% от болелите са напълно ваксинирани, 3 случая са без данни, а 4 деца са с незавършена схема (3 имат по 1 доза, а 1 има 2 приема ваксина).

Маринова и съав. Остри заразни болести през 2015 г. (Основни епидемиологични показатели).

През 2016 г. във възрастта до 19 години 64,29% от болелите са със завършена ваксинация срещу хепатит Б, един случай е без данни, а четири деца са с незавършена ваксинационна схема (3 деца имат по 1 прием, а едно дете има 2 дози).

Курчатов и съав. Остри заразни болести в България през 2016 г. (Основни епидемиологични показатели).

Нежелани реакции от хепатит Б ваксината

Посочените в листовката (КХП) на ваксината постваксинални реакции са:

лимфаденопатия; сънливост, главоболие, замаяност, парестезия; стомашно-чревни симптоми (като гадене, повръщане, диария, коремна болка); уртикария, пруритус, обрив; миалгия, артралгия; загуба на апетит; болка и зачервяване на инжекционното място; умора; треска (над 37,5°C), неразположение, подуване на инжекционното място, реакция на инжекционното място (като уплътнение); грипоподобно заболяване; раздразнителност; тромбоцитопения; енцефалит, енцефалопатия, гърчове, парализа, неврит (включително синдром на Гилен-Баре, неврит на очния нерв и множествена склероза), невропатия, хипоестезия; Еритема мултиформе, ангионевротичен оток, плосък лишей (lichen planus); артрит, мускулна слабост; менингит; васкулит, хипотония; анафилаксия, алергични реакции включително анафилактоидни реакции и наподобяващи серумна болест.

Сериозни автоимунни заболявания са докладвани след хепатит Б ваксината - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16206512>

Синдром на внезапната детска смърт, множествена склероза, синдром на хроничната умора, идиопатична тромбоцитопенична пурпура, анафилаксия, СЛЕ, лихен планус, нервномускулно разстройство... - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25506472>

Ваксината за хепатит Б, както и за рубеола, са статистически свързани с поява на хроничен артрит - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12508767>

Няколко автоимунни заболявания са описани след ваксината - демиелинизиращи синдроми, включително множествена склероза, ревматоиден артрит, SLE, автоимунен гломерулонефрит, диабет тип I, болест на Грейвс, лихен планус, синдром на Гилен-Баре...

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3971105/>

Реактивен артрит - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8038674>

Множествената склероза може да бъде статистически свързана с ваксината срещу хепатит Б –

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266455/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16206512>

На база на конкретно дело за пострадал от ваксината за хепатит Б, след която получава множествена склероза и умира, като в решението се признава връзка с ваксината, съдът на Европейския съюз приема следното:

"При липсата на научен консенсус, дефектът на ваксина и причинно-следствената връзка между него и дадено заболяване могат да бъдат доказани посредством съвкупност от сериозни, конкретни и непротиворечиви улики.

Близостта във времето между поставянето на ваксината и появата на заболяването, липсата на лична и фамилна медицинска анамнеза на ваксинираното лице, както и значителният брой на случаите, в които е установено, че това заболяване се е появило вследствие поставянето на такива ваксини, евентуално могат да представляват улики, които са достатъчни за доказване."

<https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2017-06/cp170066bg.pdf>

Остър дисеминиран енцефаломиелит след ваксинация срещу хепатит В при дете.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27478662>

Загуба на коса (алопеция) е наблюдавана като нежелана реакция от ваксината за хепатит Б.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9326478>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2956183/>

Увреждания на кожата и ноктите при дете, причинени от ваксина за хепатит Б. Установени са булезен лихен планус (мехурчест плосък лишей) месец след втората ваксинация и нокътни изменения още 2 седмици след това. Детето е било здраво преди ваксинацията.

Предполага се, че е задействан автоимунитет чрез ваксинален рекомбинантен антиген.

Авторът, проф.Любка Митева препоръчва дерматолозите и педиатрите да са наясно с възможността за връзка на хепатит Б ваксината с лихен планус.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2005.02049.x/abstract>

В научни публикации са описани немало грануломатозни събития на инжекционното място от хепатит Б ваксината. В следващи раздели в текста има информация за тях.

Епилептичен гърч, последван от загуба на съзнание и последвала смърт три дни след третата доза хепатит В ваксинация. Аутопсията показва мозъчен оток и други тежки усложнения. Има основание в бъдеще време да се мисли и наблюдава за връзка между трети прием на ваксина против Хепатит Б и случаи на конвулсии и внезапната смърт на пациента. Предполага се, че в някои случаи ваксинацията може да бъде фактор за задействане на автоимунни и неврологични смущения в генетично предразположени индивиди и лекарите трябва да са наясно с това възможна връзка.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18549949>

Изследване показва, че ваксината за хепатит Б уврежда чернодробни клетки при мишки. За това спомага алуминиевият хидроксид - алуминиевите адюванти във ваксините все повече се приемат като допринасящи за отключване на автоимунни заболявания. Установено е, че ваксината увеличава и честотата на чернодробни и стомашно-чревни заболявания. Друго изследване показва, че ваксината променя експресията на гени при мишки. Тази промяна и други фактори, свързани с ваксината срещу хеп. Б, може да са причина за отключване на множество болести.

Hepatitis B vaccine induces apoptotic death in Hepa1-6 cells.

Hamza H, Cao J, Li X, Li C, Zhu M, Zhao S. –

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22249285>

Aluminum hydroxide injections lead to motor deficits and motor neuron degeneration.- Shaw CA, Petrik MS. - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19740540>

Hepatitis B vaccine and liver problems in U.S. children less than 6 years old, 1993 and 1994.- Fisher MA, Eklund SA. – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10230847>

Hepatitis B vaccination and adult associated gastrointestinal reactions: a follow-up analysis.- Geier DA, Geier MR. – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12397738>

In vivo study of hepatitis B vaccine effects on inflammation and metabolism gene expression. Hamza H, Cao J, Li X, Zhao S. – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21691704>

Hepatitis B vaccination of male neonates and autism diagnosis, NHIS 1997-2002. - Gallagher CM, Goodman MS. - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21058170>

Multiple sclerosis and hepatitis B vaccination: adding the credibility of molecular biology to an unusual level of clinical and epidemiological evidence. Comenge Y, Girard M. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16176857>

Acquired autoimmunity after viral vaccination is caused by molecular mimicry and antigen complementarity in the presence of an immunologic adjuvant and specific HLA patterns. Waisbren BA Sr. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17630224>

По време на бременността майките се изследват за австралийски антиген и е под въпрос нуждата от ваксинирането на здрави новородени бебета, особено предвид начина на инфектиране с хепатит Б, неефикасността на ваксината, множеството мутации на вируса и генетични различия на циркулиращите и ваксиналния антиген, както и възможните сериозни нежелани постваксинални реакции.

ЧПВ ваксина

(срещу човешки папилома вирус, погрешно наричана срещу рак на маточната шийка)

Тъй като ракт на маточната шийка е заболяване, развиващо се в период до десетки години, на този етап няма доказателства ваксината да предпазва от него.

ЧПВ ваксините са предназначени срещу човешкия папилома вирус и в тях се съдържат само 2, 4 или 9 от всичките над 100 известни папилома вируси и 15-те онкогенни. Така че хипотезите за голяма ефикасност са нереални.

Известно е, че в 90% от случаите организмът се самоочиства от вируса в рамките на 6 месеца до 2 години.

Ваксината може да се прилага само при липса на персистиращ в организма папилома вирус, тъй като е установено, че при наличие на ЧПВ тя е противопоказна, защото увеличава риска от преканцерозни лезии.

Ето и примери за непредпазващата роля на ваксината и то за серотипове на ЧПВ, за които се предполага, че би трябвало да пази: Ново проучване описва случай на аденокарцином на маточната шийка при напълно ваксинирана жена (3 дози) с ваксина срещу човешки папилома вирус (ЧПВ).

Чрез PCR метода са изолирали именно серотип 16 на ЧПВ, който се съдържа във ваксината и уж би трябвало тя да предпази. Случаят повдига въпроси за ефикасността и безопасността на ваксината, като се посочват и предишни проучвания на откриване на високорискови ваксиносъдържащи се серотипове ЧПВ (16 и 18) при ваксинирани жени.

Докладът подчертава необходимостта от по-сериозен диагностичен контрол и при ваксинирани жени и че те не трябва да се чувстват защитени.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237723/>

Ваксината за човешки папилома вирус (ЧПВ) НЕ е противоракова!

Не са провеждани дългосрочни изпитвания за ефикасност дали ваксината въобще има отношение към рака на маточната шийка (РМШ). Оправдани ли са масовите ваксинации за много редките случаи на рак след ЧПВ 20-30 години по-късно, след като голяма част от ваксинираните нямат антитела за ЧПВ още след 5-тата година при ваксина само за 2 от съществуващи над 200 щама. Обсъждат се сериозните нежелани реакции от ЧПВ ваксината.

В статията пише, че ваксините срещу ЧПВ (Церварикс и Гардасил) се популяризират като "ваксини срещу рак на маточната шийка", основани на неадекватни данни. Резултатите при изпитванията показват ниска ефикасност в кохортата за лечение - 45.1-45.7%.

Предотвратяването на рак изобщо не е било крайна цел на проведените от фармацевтичната индустрия изпитвания на ваксините. Тестовият период е твърде кратък, за да се оцени дългосрочния ефект от ваксините срещу ЧПВ. Най-дългата налична последваща информация от изпитванията на Гардасил и Церварикс е съответно 5 и 8,4 години и предполагат отговори на антителата в продължение на 5-8 години след ваксинацията, а ракът на маточната шийка може да се появи до около 20-30 след инфекцията! Не е установено минималното ниво на антителата, нужни за предпазване от генитална ЧПВ инфекция. Тези данни означават, че ваксинираните жени по никакъв начин не са защитени срещу рак, още повече ваксината съдържа само 2 щама на вируса, а в повечето случаи организмът сам изчиства ЧПВ инфекцията. Авторите питат с какво тогава е оправдана масовата ваксинация?

Освен това е установено, че при момичета/жени с вече налична ЧПВ инфекция ваксината увеличава риска от развитие на преинвазивни лезии! А момичетата/жените не се изследват преди ваксинацията.

Системата за докладване на нежеланите реакции от ваксини (VAERS) показва, че честотата на свързаните с ЧПВ ваксините сериозни нежелани ефекти е 2.5 пъти по-висока от стандартната за възрастта смъртност от рак на маточната шийка, и то при подценен процент на реалните реакции. Съществуват научни доклади за сериозни нежелани реакции от ваксините, които описват смърт, конвулсии, синкоп, парестезия и парализа, синдром на Гилен-Баре, трансверзален миелит, други автоимунни демиелиниращи неврологични усложнения, гастроинтестинални смущения, анафилаксия и тромбоемболизъм.

Учените посочват, че в контекста на тези данни здравите 16-годишни имат нула непосредствен риск от смърт от рак на маточната шийка, но са изправени пред малък, но реален риск от смърт или тежка инвалидност от ваксината. Лекарите имат етично задължение да обясняват на пациентите.

Накрая авторите задават въпроси към поддръжниците на тези ваксини, един от тях е: Как, с нулеви доказателства, тези продукти се популяризират като ваксини за "рак на маточната шийка"?

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3889025/>

Клиничните изпитвания Фаза 3 установяват 5 бебета с вродени малформации, родени от ваксинирани майки в групата на забременелите до 30 дни след ваксинацията. Докато в плацебо групата няма нито едно бебе с малформации [1].

Иначе казано, ваксината може да е един от факторите за раждане на увредени бебета при определени условия. Дали лекарите предупреждават ваксинираните и дали ваксинираните се предпазват? Можем да се съмняваме в това, предвид ваксинирането и на рискови групи, раждащи по принцип още в ранна възраст и с ниска здравна култура, или пък тийнейджърските "грешки". Тоест, не се знае и коментира какъв допълнителен процент увредени деца би могло да са родени заради ЧПВ ваксината и неинформиране и/или несъобразяване с рисковете от нея. Съответно трагичните последици са за цели семейства, без насреща да има полза от ваксината срещу рак.

Смисълът от ваксината не може да бъде определен в близките 30 години, тъй като въпреки твърденията за "ефикасност" на ваксината срещу CIN2/CIN3 лезии, голяма част от тях са самообратими (самоочистват се до 3 години); а средната възраст на диагностицираните с цервикален рак е 48 г. Освен това, ваксинираните на момичета и жени, вече инфектирани с ЧПВ, може да ускори развитието на преканцерозните лезии. А същевременно има случаи на инвазивен цервикален карцином след ваксинация за ЧПВ, както и изолирани по-рядко срещани типове ЧПВ, които не се считат за онкогенни. Известни са над 200 типа ЧПВ, като 40 от тях се изолират рутинно в долния генитален тракт на жените, а ваксината е само за 2 щамма. А и ваксината не е ефикасна срещу ЧПВ инфекции при жените на 20-49 години (но масово се предлага на 20-30 годишните). Ракът на маточната шийка е преди всичко заболяване сред непроверени или рядко скринингирани жени [2-4]. Същевременно ваксинираните живеят в заблуда за лъжовна сигурност, че са предпазени срещу рак и пренебрегват редовните прегледи и цитонамазка, които са единственият начин за предпазване срещу цервикален рак, а държавата не прави нищо, за да има редовни безплатни прегледи и изследвания, което автоматично ще свали нивото на ЧПВ инфекциите и рак на маточната шийка, както е било у нас преди 90-години на 20 век.

Рисковете: Въпреки че е неефективна за предотвратяване на специфични заболявания (напр. рак на шийката на матката), ЧПВ ваксината може да доведе до здравословни проблеми във времето. Геномните структури на папилома вирусите във ваксините (напр. инактивирани частици с висока ефикасност) могат да нарушат тъканите на гостоприемника чрез различни механизми (напр. мутации на ДНК компоненти или интегриране в хромозоми на гостоприемника и нестабилност на геномни субструктури). Експозицията на вирусни частици и адювант (алуминий) във ваксините, заедно с рутинните експозиции към други имунни нарушения, са "антигенно претоварване" за имунната система, което може да спомогне за хронични проблеми (астма, очни или кожни алергии, горещи вълни, стомашно-чревни състояния или неврологични и автоимунни заболявания). Професионалистите и политиците в други страни започнаха да повдигат сериозни въпроси за "научната несигурност, свързана с безопасността на ваксините срещу ЧПВ... Недостатъчната наука, съчетана с непрофесионални и несправедливи критики към независими изследвания, като това, което ЕМА постави срещу усърдните датски изследователи, е сериозна заплаха за научния прогрес и общественото здраве...". Болезнено е да се предположи, че болестният статус на "бейби бумър", създаден преди половин век, може да се повтори, ако не

е започнал, чрез ваксиниране на населението с ЧПВ или други ваксини (напр. за менингит, херпес зостер, грип), независимо от това дали ваксините са или не са замърсени с живи вируси. Такива подходи за измама биха могли да имат сериозни последствия за бъдещото поколение, ако политиките, професионалистите и обществеността не отчитат факта, че "интелектуалците" в здравната система, които са отговорни за подобряването на общественото здраве, го унищожават [5].

1. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa061741#t=article>

2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20968132>

3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18979551>

4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23674180>

5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5138175/>

Нежелани реакции от ЧПВ ваксината

Нежеланите реакции, посочени в листовките на ЧПВ ваксините, са:

лимфаденопатия; главоболие; замаяност; инфекция на горните дихателни пътища; стомашно-чревни симптоми, включително гадене, повръщане, диария и коремна болка; болки в крайниците; астения, втрисане, умора, неразположение; сърбеж/пруритус, обрив, уртикария; миалгия; артралгия; повишена температура; реакции на мястото на инжектиране включително болка, зачервяване, хематом; подуване, целулит, индурация, локална парестезия; алергични реакции, включително анафилактични и анафилактоидни реакции, ангиоедем; синкоп или вазовагални отговори към инжектирането, понякога придружени от тонично-клонични движения; идиопатична тромбоцитопенична пурпура; остър дисеминиран енцефаломиелит; синдром на Гилен-Баре.

Освен тях, в научната литература са описани още множество и сериозни нежелани реакции от ЧПВ ваксината: демиелинизиращи заболявания; първична яйчникова (овариална) недостъпност; паненцефалити; автоимунен хепатит; едностранна или двустранна загуба на зрението; хемипарези и парези; системен лупус еритематозус; васкулити и васкулопатии; папиледема; постурална ортостатична тахикардия (POTS); различни неврологични нарушения; грануломи на инжекционното място; комплексен регионален болков синдром (CRPS); автоимунен/възпалителен синдром, индуциран от адюванти (ASIA) и други автоимунни заболявания; смърт; соматофорни синдроми и дисавтономия; панкреатит; невропатия на малките фибри (SFN); хроничен епифарингит; остра церебеларна атаксия; еритема мултиформе; тубулоинтерстициален нефрит; увеит; болест на Кикучи-Фуджимото; булозна дерматоза; хориоидит; липодистрофия; опсклонус-миоклонус синдром; неврит на брахиалния плексус и други.

Това са съвсем минимална част от множеството научни статии за различните тежки последствия от тази ваксина:

Първична яйчникова недостатъчност, причинена от ЧПВ ваксината

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23902317>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20189933>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4543769/>

Остър дисеминиран енцефаломиелит след ваксинация срещу човешки папилома вирус

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19528522>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20388462>

18 случая (момичета на възраст 12–24 години) на автономна невропатия след ваксинация с ЧПВ

ваксината. При всички са установени дълготрайни и увреждащи соматоформни разстройства - астения, главоболие, когнитивни нарушения, миалгия, синусова тахикардия и кожни обриви след ваксинацията.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27503625>

Тромбоцитопенична пурпура

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19464550>

Постурална ортостатична тахикардия (POTS) след ЧПВ ваксина

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25882168>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4528866/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24102827>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27561785>

Церебеларна атаксия

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23378179>

Панкреатит

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18673112>

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12026-016-8823-9>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18673112>

2 случая на смърт след ЧПВ ваксината - проучването показва, че ваксините, съдържащи HPV-16L1 антигени, представляват възможен риск за задействане на потенциално фатални автоимунни васкулопатии –

<https://www.omicsgroup.org/journals/death-after-quadrivalent-human-papillomavirus-hpv-vaccination-causal-or-coincident-al-2167-7689.S12-001.pdf>

Нов научен доклад установява, че ваксинираните с ЧПВ и/или МПР ваксина момичета имат повече посещения при лекар (необходима от здравни грижи) в сравнение с неваксинираните.

Кохортното проучване, проведено в Дания сред 214240 момичета на 12 години, ги разделя на 4 групи - ваксинирани с ЧПВ; с МПР; с ЧПВ + МПР; и неваксинирани.

Като цяло, ваксинираните във всички групи са имали повече посещения при лекар преди и след ваксинациите, в сравнение с неваксинираните. А след гореизброените ваксинации, за всички групи ваксинирани допълнително са се увеличили посещенията при лекар спрямо неваксинираните. Това е показателно за неблагоприятните ефекти и повече заболяемост при ваксинираните, и че ваксинациите могат да водят до недобри последици.

PLoS One. 2017; 12(9): e0184658.

Health care utilization in general practice after HPV vaccination—A Danish nationwide register-based cohort study

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5590983/>

В редица държави родители на пострадали от ваксината момичета заведоха колективни съдебни иски за милиони долари срещу производителите и правителствата, например в Япония, Чили, Колумбия, като в Япония правителството се отказа да препоръчва ваксината. Учени и лекари от цял свят открито се противопоставят на масовата ваксинация с ваксина за човешки папилома вирус. Непрекъснато излиза информация за още пострадали от ваксината. При справка в редица сайтове за съобщаване за нежеланите постваксинални реакции в Европа и Америка, както и в сайтовете на програмите за обезщетения на пострадалите, се вижда, че ЧПВ ваксината е сред

най-честите причинители на нежелани реакции спрямо други ваксини, включително осакатяващи, нелечими, доживотни или преждевременна смърт.

Коклюшна ваксина

Понастоящем коклюшната ваксина е част от комбинираните многокомпонентни ваксини в имунизационния календар.

Ваксинацията с несъвършена/неефикасна ваксина (каквата е коклюшната) може да повиши разпространение на патогените и евентуално да увеличи вирулентността им, мутиралите патогени са в състояние да избегнат ваксиналния или след инфекция имунитет –

<http://evolepid.cefe.cnrs.fr/pub/GandonDay2008.pdf>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16048777>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9453625>

92% от заболелите са били ваксинирани – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22423127>

Наблюдавани са антигенни различия между клиничните изолати и ваксиналните щамове. Адаптирането е позволило на патогена да остане ендемичен въпреки широко разпространената ваксинация и може да са допринесли за повторното възникване на коклюш в Холандия.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11485646>

Клиничните коклюшни бактериални изолати са различни от ваксиналните щамове, използвани в националната ваксинална програма в Иран.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28397465>

Повишени нива на заболявания на коклюш сред всички възрастови групи ваксинирани лица в САЩ.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28167525>

Неефикасност на безклетъчната ваксина, неосигуряване на клетъчно-медиран имунитет, не предотвратява назофарингеалната колонизация на коклюшния бактерии. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28289064>

Високата честота на коклюш при ваксинирани юноши подсказва недостатъчна имунната памет. Една от причините е активиране на ваксино-специфичен имунитет, но не и патоген-специфичен (срещу циркулиращите в популацията щамове).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28289058>

Нарастваща вероятност във времето за заболяване при среща с патогена дори при напълно ре/ваксинирани лица (Klein et al., 2012).

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1200850#t=article>

Голяма епидемия от коклюш сред високоваксинирана популация, 81% са били напълно ваксинирани, 11% непълно ваксинирани и 8% неваксинирани –

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22423127>

Възраждане на коклюша след въвеждане на рутинни детски ваксинации, едни от възможните причини са - генетични разлики между ваксиналните и циркулиращите в популацията щамове, по-ниска ефикасност на ацелуларната ваксина в сравнение с целоклетъчната (която не се ползва

вече), тенденция безклетъчната ваксина да провокира Th2 имунен отговор (хуморален имунитет), отколкото Th1 (клетъчен) - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27257822>

Нежелани реакции

Като част от комбинираните многокомпонентни ваксини, а именно 4-, 5- и 6-компонентните ваксини, за справка относно нежеланите реакции трябва да се преглеждат техните листовки. Още информация има по-надолу в текста.

Тетанус ваксина

Неефикасност

Ваксината за тетанус е токсидна ваксина - води до образуване на антитела срещу бактериалния токсин, като по този начин теоретично би могла да намали ефекта на интоксикацията, но не осигурява защита срещу първоначално инфектиране с патогена.

Примери за генерализиран тетанус при "защитни" титри на антитела, които явно не са възпрепятствали токсина да се свърже с невроните и поставят под сериозен въпрос принципната ефикасност на тези ваксини. Наблюдават се и смъртни случаи при налични антитела в пъти над приеманите за „защитни“.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9071251>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2868135>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/671711>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17269536>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10699520>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1878260>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7706800>

<http://tdo.sagepub.com/content/20/4/156.abstract>

Особено показателен е този пример - тежко протичащ тетанус при хиперваксинирани, включително смърт, а единият пациент има 2500 пъти по-висок титър на антикоскични антитела от считания за защитен - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1565228>

Тетанус при ваксиниран пациент с наличие на антитела 840 пъти над приеманите за защитни. Авторите коментират, че диагноза тетанус трябва да остане валидна при пациенти с възможна експозиция на тетанус и последваща инфекция, независимо от състоянието на предишната ваксинация или наличие на защитни антитела. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24211286>

Ваксината не може да неутрализира тетанотоксина, защото токсинът се свързва с нервните окончания преди да бъде неутрализиран от антителата от ваксината.

Риск от развитие на тетанус има само в некротизирани или силно инфектирани рани. Ваксината не пази, защото антителата, които би провокирала, са в кръвния серум, а в некротичните рани няма достатъчно антитела, които да са доставени от кръвта.

Известно е, тетаничният токсин е невротоксин, синтезиран от бактерия *C. tetani*, който при попадане в кожата или мускула се свързва бързо и необратимо с нервните окончания чрез своя

C-терминален край на молекулата и се придвижва по аксоните на невроните, достигайки централната нервна система. Там, този токсин намалява отделянето на γ -аминобутанова киселина (GABA; невротрансмитер, който инхибира моторните неврони) и води до поява на спазми.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14576357>

Серумните антитела могат да неутрализират ефективно токсина само при интравенозното му инжектиране, докато вътрекожно и интрамускулно инжектираният токсин се свързва бързо и необратимо с нервните окончания преди да бъде неутрализиран от антителата.

Научни доказателства за това са получени при флуоресцентното маркиране и проследяване на инжектирания тетанотоксин при попадането му в невроните. Чрез използване на тази техника, учените са изследвали ефекта на серумните антитела, получени при ваксиниране на мишки с тетаничен токсин (същата ваксина, която се използва при хора), върху попадането на тетанотоксиновия C-фрагмент (ТТС; това е тази част от молекулата на токсина, отговорна за свързването и транспортирането му в невроните) в мозъка след интрамускулна инжекция. Резултатът: **ваксинираните и неваксинираните животни показват еднакво проникване на ТТС в мозъка**. Авторите стигат до заключението, че „**проникването на ТТС чрез нервните окончания от интрамускулно депо е бърз процес и не се предотвратява от предварителна ваксинация**”, въпреки наличието на анти-ТТС антитела (които могат да се свързват с ТТС фрагмента) в серума на ваксинираните животни.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16557581>

Съществуват научни експериментални доказателства, че свързването на молекулите на самия тетанотоксин (а не само на ТТС фрагмента) с нервните окончания не се предотвратява от антитоксоидни антитела в серума на експериментални животни.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10749156>

Въпреки всички тези факти, някои „праволинейни“ експерти продължават да ни убеждават, че ваксината „предотвратявала тетанус“. Как да приемем такова твърдение за вярно, след като научните факти не го подкрепят?

Освен това е известно, че тетанус не се предава от човек на човек и в този смисъл ваксината не е от обществена полза и не оправдава задължителното ваксиниране на всички. Още повече тетанусът е много рядко заболяване и заради спецификата си се развива основно в замърсени некротизирани или силно възпалени рани.

Случаите на тетанус в България са единици и не всяка година въпреки доста ниските ваксинационни проценти сред възрастните.

Нежелани реакции

Всички токсинни ваксини са адювантни (съдържат алуминиев хидроксид/фосфат), тъй като токсинът сам по себе си не е достатъчно имуногенен, за да предизвика покачване на титрите на антителата. Съществуват научно документирани свидетелства за това, че ваксинните адюванти са имунотоксични [8] и могат да предизвикат локална [9] и системно проявена имунотоксичност [10], могат да се акумулират в организма в продължение на години [11], да достигнат различни части на тялото – лимфни възли, далак, мозък [12], както и да доведат до неврологични смущения [13,14].

Всички адювантни ваксини могат да предизвикат подувания, зачервяване и болка (признаци на възпалителна реакция) на мястото на инжектиране [15], грануломи [16,17], поляризация на имунния отговор към тип Тн2 в комбинация с еозинофилия и покачване нивата на имуноглобулини IgE [18], което може да се свърже с провокиране или утежнение на алергични състояния [19] и астма [20].

Освен възможните остри реакции (локални възпалителни реакции на мястото на въвеждане, системни реакции като фебрилитет и дори анафилаксия) при ваксинация с токсoid-съдържащи ваксини, също има научно документирани случаи на хроничен миофасциит [21], синдром на Brown-Séguard [22], остър миелит [23], радикуломиелит [24], неврит на зрителния нерв [25], както и цяла плеяда аутоимунни заболявания, развили се след ваксинация против тетанус, в това число случаи на дерматомиозит, диабет тип 1 и антифосфолипиден синдром [26]. Съществуват научни доклади, описващи структурна аналогия между молекулите на токсoida и нормален гликопротеин от кръвната плазма, което се свързва с кръстосаната реактивност на анти-токсoidните антитела и възможността за развитие на антифосфолипиден синдром при хиперимунизация срещу тетанус [27].

Източници:

- [8] Toxicol Lett. 2011 Jun 10;203(2):97-105.
- [9] Int Immunopharmacol. 2013 Nov;17(3):526-36.
- [10] Int Immunopharmacol. 2014 May;20(1):170-80.
- [11] Front Neurol. 2015; 6: 4.
- [12] Morphologie. 2016 Jun;100(329):85-94.
- [13] Lupus. 2012 Feb;21(2):223-30.
- [14] Immunol Res. 2016 Jul 16, DOI:10.1007/s12026-016- 8826-6.
- [15] Allergy. 1997 Jun;52(6):676-7.
- [16] J Exp Med 1955;102:73–85.
- [17] Arch Dermatol 1984;120:1318–22.
- [18] Adv Drug Deliv Rev 1998;32:155–172.
- [19] J Manipulative Physiol Ther. 2000 Feb;23(2):81-90.
- [20] J Allergy Clin Immunol. 2008 Mar;121(3):626-31.
- [21] Brain. 2001 Sep;124(Pt 9):1821-31.
- [22] Trop Doct. 1994 Apr;24(2):74.
- [23] Lancet. 1992 May 2;339(8801):1111-2.
- [24] Ital J Neurol Sci. 1994 May;15(4):191-3.
- [25] Lancet. 1992 Jan 18;339(8786):178-9.
- [26] Immunol Res. 2016 Jul 19, DOI: 10.1007/s12026-016- 8822-x.
- [27] Lupus. 2012 Feb;21(2):195-202.

Проучване показва, че след приложение на ваксина за тетанус значително намалява съотношението на Т4/Т8 лимфоцитите в резултат на редуция в броя на Т4 клетките. Най-голям спад е установен 2 седмици след ваксинацията.

На практика това означава срив в клетъчния имунитет и имунната система. Нарушава се имунната регулация и имунния баланс и последствията са непредсказуеми, но при всички случаи вредни.

Подобни съотношения на лимфоцитите са открити при болни от СПИН. Изследването е при големи хора и може да се предположи, че при бебетата с по-незряла имунна система и чести ваксинации, резултатите може да са още по-катастрофални и съответно повече предразположени към повече и по-тежки инфекции. Фактът, че такова проучване не е повторено

впоследствие само показва действителното нежелание на ваксиналното гестапо да се установят пълните рискове от приложението на ваксините.

(Abnormal T-Lymphocyte Subpopulations in Healthy Subjects after Tetanus Booster Immunization
www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM198401193100313)

Ваксина за дифтерия

Дифтерия в България няма от 25 години. Ваксината е токсидна - не предпазва от инфектиране, а евентуално от усложнения. Тя е част от комбинираните многокомпонентни ваксини, или от дифтерия-тетанус ваксини за по-големи деца и възрастни. По тази причина в другите раздели на текста има допълнителна информация за степента на ефикасност и нежеланите реакции от ваксината.

Макар че свързани с възрастта промени в имунната система могат да играят някаква роля, ваксинацията срещу дифтерия не дава задоволителни резултати на всяка възраст.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5011835/>

Заболели от дифтерия при 100% ваксиниран контингент, дори след 5 бустерни дози -
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16308214>

Тежко заболяване и висок процент (30%) от смъртните случаи са документирани сред ваксинирани индивиди в Руската федерация, дифтерия при ваксиниран възрастен в Бразилия –

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-83822001000300015

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-83822001000300015pid=S1517-83822001000300015

Епидемиологични данни за честотата на дифтерия в Германия по години показва как тя корелира с ваксинацията (Prog Health Sci 2012, Vol 2, No1, 129).

След наличие на минимум в заболеваемостта през 1925 г., започва покачване на честотата на дифтерия с достигане на максимум през 1944 г, въпреки стартиралата ваксинопрофилактика. Не е учудващ пикът през 1944 г. предвид военната и социално-икономическата обстановка в страната. Масовите ваксинации (защрихованите части на графиките) са проведени след 1970 г. - може да се види, че заболеваемостта очевидно е намалявала далеч преди това, като рязко спада веднага след края на войната. След проведените масови ваксинации, заболеваемостта продължава да спада, но пак със същото темпо, както и преди тези ваксинации.

"...почти 90% от намаляването на смъртността от инфекциозни заболявания сред американските деца настъпва преди 1940 г., когато има малко антибиотици или ваксини."

"Ваксините срещу дифтерия, тетанус и коклюш стават достъпни в края на 20-те години, но са широко използвани в рутинната педиатрична практика след Втората световна война. По този начин ваксинацията не обяснява впечатляващия спад на смъртността, наблюдаван през първата половина на столетието"

Guyer B, Freedman MA, Strobino DM, Sondik EJ. Annual summary of vital statistics: trends in the health of Americans during the 20th century. Pediatrics. 2000 Dec;106(6):1307-17.

Полиомиелитни ваксини:

В България последният случай на див полиовирус е през 2001 г., а последните случаи на парализиращ полиомиелит, дължащ се на живата полиоваксина – през 2006 г. Именно те са причината у нас да се премине към инактивирана ваксина, много години след като е извадена от календарите на другите европейски страни.

Същевременно в писмо на МЗ до Администрацията на Министерски съвет във връзка със запитване за живата полиомиелитна ваксина (№. 1842/13 от 28.11.2013 г.), се казва следното:

"За разлика от ОПВ, ИПВ предизвиква много слаб имунитет в чевния тракт. Когато имунизирано с ИПВ (инактивирана полио ваксина, каквато се ползва в момента) лице се зарази с див или с циркулиращ произхождащ от ОПВ (живата ваксина) вирус, този вирус може да се размножи в чревния тракт и да се излъчва с изпражненията, като така продължава циркулацията си."

Тоест инактивираната полиоваксина предизвиква много слаб имунитет в чревния тракт и не пази при евентуална среща с див или ваксина-дериватен полиовирус, а живата орална ваксина е рискова и може да предизвика ваксина-асоцииран парализиращ полиомиелит (ВАПП). По тази причина не се използва в Европа от десетилетия, а само в ендемични страни.

Повечето хора днес не знаят за малко известното бедствие Кътър. Това е полиомиелитна епидемия, която бива предизвикана вследствие прилагането на набързо разработената ваксина на Солк, лицензирана от американското Министерство на здравето, образованието и благосъстоянието. Този счупил всички рекорди по бързина процес на одобрение и лицензиране на ваксината, е отнел само два часа.

Въпреки че Лабораториите Кътър са набедени за бедствието от 1955 г., всъщност всички производители на ваксини са имали трудности с убиването на вируса в техните ваксини преди и след този инцидент.

Процесът на инактивиране е бил опорочен от самото начало, ваксиналният вирус е инфекциозен, парализиращ и убивал ваксинирани деца и контактувалите с тях.

Милионерът и разработчик на ваксини Пол Офит, поддръжник на задължителните ваксинации, е написал книга за инцидента Кътър, в която дори той признава:

. . . заболяването, предизвикано от ваксината на Кътър, е било по-ужасно от заболяването от див полиовирус.

За съжаление и понастоящем да има недобре инактивирани ваксини с последствие парализи при някои деца. Парализата е записана като нежелана реакция и в листовката на сега използваните в имунизационния календар за бебета ваксини.

Полиомиелит в момента има само в 2 страни в света - Афганистан, Пакистан. За 2017 г. от началото на годината към месец юли има общо 5 случая, те са в Афганистан и Пакистан. <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/wild-poliovirus-list/>

Паралитичната форма на заболяването е много рядка – в 0,1-1% от инфектираните (случва се само ако вирусът навлезе в централната нервна система);

Последният случай от див щам у нас е през 2001г., а парализирани от живата ваксина - през 2006 г. едно ваксинирано и 2 контактни с него (Андонова Л, Червенякова Т, Янчева Н, Владимирова Н. Диагностични затруднения при изявата на три случая с ВАПП (ваксино-асоцииран паралитичен полиомиелит) преди потвърждаване на етиологичната диагноза. *Journal of Clinical Medicine*, 2009 г.;2(3):55-59).

Ваксина-дериватни полиовируси (iVDPVs) се изолират от пациенти с първични (вродени) имунодефицитни заболявания (PID), ваксинирани с живата полиоваксина. Ваксинираните могат да отделят вирусите месеци или години (1). Те са и с повишен риск за полио парализа (6). Често ваксиналните вируси мутират, рекомбинират се, има коинфекции, невровирулентни са като дивите вируси и могат да причинят парализи, а имодефицитните ваксинирани са постоянен източник на инфекцията (1,2,4-10).

В какво се състоят проблемите и как касаят всички?

И здрави ваксинирани с живи ваксини може да са резервоар на разпространение на вируси, в някои случаи е доказано ваксина-заболяване и инфекция при контактни лица, тоест това не е проблем само за живата полиоваксина. А какво остава за имунодефицитни лица. Освен с тежки последствия, те могат да бъдат и безсимптомни преносители, което крие още повече рискове от забавено откриване на заразноносителя (10).

Трудното и забавено диагностициране на имунодефицитни хора е един от основните проблеми и по този начин много от тях са ваксинирани с живи ваксини, преди да е ясна диагнозата им, това е още по-характерно за бебета и малки деца, особено в по-слабо развити страни, а сме наясно, че и България го има този проблем в сериозни мащаби.

Друг проблем е, че такива ваксина-дериватни вируси могат да бъдат пренесени навсякъде, дори и живата полиоваксина да не се използва в някои части на света. А това се отнася и по принцип за живите ваксини. Процентът смъртност при имунодефицитни пациенти, ваксинирани с жива полиоваксина е много висок - над 60%, средната възраст при откриване на случаите е 1.4 години и средната продължителност на излъчване на вирусите е 1.3 години; при ваксина-дериватните полиовируси от имунодефицитни пациенти процентът на генетично раздалечаване от първоначалните щамове е по-високо (2).

Между имунодефицитните ваксинирани се установяват немалко случаи на парализи (1, 2), включително случаи на коинфекция от 2 живи ваксини - полио парализа и дисеминирана БЦЖ инфекция (една от най-тежките и потенциално фатални нежелани БЦЖ реакции) (3). Голямо безпокойство будят и циркулиращите мутиращи ваксина-дериватни вируси, както и епидемичните паралитични взривове в различни части на света от произхождащи от живата ваксина полиощамове, наблюдават се и коинфекции с ваксинални или ваксинален и див щам (4), както и рекомбинации на различни щамове, което не е изолирано явление (7,8,9) и вероятно един от механизмите за връщане на отслабения ваксинален щам към невровирулентност (8).

Препоръчва се засилено наблюдение на циркулиращите вакисно-дериватни полиовируси, излъчвани от имунодефицитни пациенти, за да се намалят последствията и възникването на потенциални полио-взривове, свързани с тях (10).

Възможно е трудно диференциране на диагноза паралитично полио заболяване в контекста на имунодефицитни пациенти има може да се обърка с неврологични автоимунни нарушения, включително множествена склероза, миалгичен енцефаломиелит, миастения гравис, синдром на Гилен-Баре, хронична възпалителна демиелинизираща полиневропатия, васкулитни невропатии и паранеопластична невропатия (1). Интересното е, че преди десетилетия част от тези заболявания погрешно са ги диагностицирали като "паралитичен полиомиелит" и чак по-късно се въвежда по-прецизно диагностициране, на които разлики се дължи и част от мита, че полиомиелитът "намалява" след въвеждане на ваксините.

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5468416/>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25600519>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25144542>
4. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5637a4.htm>
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23099333>
6. https://www.researchgate.net/publication/306267790_Poliovirus_Excretion_among_Persons_with_Primary_Immune_Deficiency_Disorders_Summary_of_Data_from_Enhanced_Poliovirus_Surveillance_in_Egypt_2011-2014
7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10954543>
8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11783695>
9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15051119>
10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27760579>

Ваксина-дериватните полиовируси (VDPVs) са категоризирани като 1) cVDPV, когато са налице данни за предаване от човек на човек в общността; 2) iVDPVs, които са изолирани от хора с първична B-клетъчна имунна недостатъчност (дефекти в производството на антитела); и 3) двусмислени VDPVs (aVDPVs), които са или клинични изолати от лица без известен имунодефицит и няма данни за предаване, или изолати в отпадни води, чийто източник е неизвестен.

VDPVs може да предизвикат паралитичен полиомиелит при хора и имат потенциал за устойчива циркулация. Биологично наподобяват дивите полиовируси.

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6311a5.htm>

Ваксина-асоцииран полиомиелит може да се появи и сред здрави ваксинирани и контактни с тях, а през 2014 в Англия е открит имунодефицитен, който е изхвърлял вируса 28 години! Други 8 отделят полиовируса в 6 страни.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26086635>

Ваксина-дериватен вирус е открит и в отпадни води в Израел.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17882127>

Ваксина за Хемофилус инфлуенце тип Б

Хемофилус инфлуенце тип Б - типизиран капсулен щам на мъничкия кокобактерий, набеден за основен причинител на хемофилусен менингит, само че той е изключително рядък и преди ваксината, така че по-скоро е въпрос дали има готовност да се понесат нежеланите постваксинални реакции при минимална вероятност за усложнения при среща с бактерия. С уточнението, че ваксината евентуално (но без никаква гаранция) пази само срещу ваксиналния щам и нищо друго. Ваксината е част от комбинираните 5 и 6-компонентни ваксини, прилагани на бебета на 2, 3, 4-месечна възраст и реваксинация на 16-месечна възраст.

Увеличава се честотата на диабета при деца след ваксинация за хемофилус инфлуенце тип Б (ХиБ) /част от 5- и 6-компонентните ваксини/ и данните подкрепят причинно-следствената връзка с ваксината. Освен това потенциалният риск от ваксината надхвърля потенциалните ползи.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116914/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12482192/>

Автори обсъждат, че предизвиканият от ваксината диабет не трябва да се счита за рядка нежелана реакция и че честотата на много други хронични имунологични заболявания, включително астма, алергии и имунно-медирирани ракови заболявания, се повишава бързо и може да бъде свързана и с ваксинацията. Също така считат, че трябва да се каже на обществото, че ваксините могат да имат дългосрочни нежелани ефекти.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114674/>

Наблюдения за увеличен диабет след ваксинацията има във Финландия (горния линк), САЩ

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7818619>

и във Великобритания.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9314756>

За ваксината срещу Хемофилус инфлуенце тип Б (ХиБ - част от комбинираните ваксини за 2,3,4 и 16 месеца в календара) в резюме от научни статии: Ваксинален неуспех, наблюдаван при всякакви ваксинационни схеми и възраст; установен спад в концентрацията на антителата в период до седмица след ваксинацията и последствията - заболели ваксинирани; боледуване и при изградени защитни антитела при напълно ваксинирани; наблюдава се подмяна на щамовете Х. инфлуенце в популацията - увеличават се неваксинозастъпените капсулни типове (А, Ц, Д, Е и Ф) и нетипизираните (безкапсулни) щамове на бактерия, водещи до инвазивни болести; неуспех на ваксината не само в първата седмица, но и доста след това.

Детайли:

Неуспех на ваксината в периода 1996-2001 в Европа, Израел и Австралия. От 423 заболели, 330 (78%) са получили три дози ваксина ХиБ през първата си година и развиват заболяване средно на 28 месеца. От останалите 93, 48 са получили две дози в ранна детска възраст, 34 имат 4 дози, включително бустер, 11 са получили еднократна доза на 12-мес.

При децата с инвазивна ХиБ болест преди и след въвеждане на ваксината са установени сходни нива на смъртност. При ваксинален неуспех в по-голяма детска възраст е по-малко вероятно да се развие менингит, но по-вероятно да има бактериемия. В 34 деца, където са измерени антитела, концентрациите са били ниски или никакви.

Недостатъчните антитела са повтаряща се находка при деца с ХиБ ваксинален неуспех.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19889054>

Установен е преходен спад в концентрацията на антителата в едноседмичен период след ваксинацията, като това може да изложи на риск от инвазивна болест, ако се случи по време на асимптоматична колонизация на хемофилусния кокобактерий (а и без колонизация). Описани са 2 случая. Лекарите трябва да имат предвид възможността за развитие на инвазивно заболяване при скорошно ваксиниране срещу ХиБ. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3431063/>

В Южна Африка наблюдават увеличена заболяемост от ХиБ при напълно ваксинирани деца с ускорен график на ваксинация. Сред 263 случая на инвазивно заболяване сред децата с известен ваксинален статус, 135 (51%) са класифицирани като неуспех на ваксината.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22119925>

През последните 20 години (след въвеждане на ваксината) се установява стабилно, но постоянно увеличение на нетипизираните (безкапсулни) щамове на хемофилус инфлуенце при бебета, малки деца и възрастни хора в риск.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25012226/>

Увеличение на нетипизираните щамове и серотип Ф на Х. инфлуенце при деца на възраст под 5 години. Ваксинирането срещу ХиБ е променило епидемиологията на инвазивните хемофилусни инфекции в Онтарио. По-често се среща сепсис при възрастни хора от нетипизирани Х. инфлуенце щамове. Въпреки това е документирана подмяна на тип Б с тип Ф и нетипизирани щамове при деца под 5 години.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20398617>

Имунокомпетентно 1-годишно момче с хемофилусен менингит, а 3 месеца по-рано с пневмония - има пълна ваксинационна схема.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4880393/>

2 случая на хемофилусен менингит тип Ф при деца в Полша. На 4 и 6 години, напълно ваксинирани срещу ХиБ и преди това здрави. Едното се възстановява, но другото умира малко след началото на инфекцията.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748917/>

В Англия и Уелс се увеличава честотата на Х. инфлуенце тип Е и Ф с по-високи темпове сред кърмачета и възрастни хора след въвеждане на ваксината за ХиБ.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5382729/>

Въпреки ХиБ ваксината, инвазивните болести от Х. инфлуенце не са елиминирани, нетипизираните и капсулните щамове (различни от тип Б) днес са отговорни за повечето инвазивни инфекции. В Италия преобладават нетипизираните щамове сред инвазивните изолати, но редица случаи са свързани с тип Е и Ф капсулни щамове.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5374224/>

Иначе казано, както и при пневмококовата ваксина, така и при тази срещу Х. инфлуенце тип Б, се наблюдават кански опити за преливане от пусто в празно за сметка на деца и големи.

Пневмококова ваксина

Неефикасност

Пневмококовите ваксини са инактивирани и съдържат само между 7-13 серотипа от известни съществуващи от около 100 щамове на пневмококовия бактерия *Streptococcus pneumoniae*. Тази серотипова специфичност на ваксините е една от причините за немалката неефикасност на ваксините.

Ваксините не осигуряват защита не само срещу неваксинозастъпени серотипове, но и срещу някои включени в тях. От листовката на 10-валентната пневмококова ваксина:

"Подобно на всяка друга ваксина, Synflorix може да не защити всички ваксинирани лица срещу инвазивно пневмококово заболяване, пневмония или отит на средното ухо, причинявани от серотиповете във ваксината.

Функционалният имунен отговор към серотипове 1 и 5 е изразен в по-малка степен в сравнение с отговора срещу всички други серотипове на ваксината. Не е изяснено дали този по-слаб функционален имунен отговор срещу серотиповете 1 и 5 ще доведе до намалена защитна ефикасност срещу инвазивно заболяване, пневмония или отит на средното ухо, причинявани от тези серотипове."

Това се потвърждава и от случаи на тежко и животозастрашаващо протичане на заболяване при НАПЪЛНО ваксинирани деца:

2,5-годишно имунокомпетентно дете, напълно ваксинирано с пневмококова ваксина, която съдържа щамове от които е заболяло, развива остра пневмония с последващ усложнен парапневмоничен плеврален излив с емпием - най-тежката форма - гной в плевралната кухина. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5408360/>

2 деца, които са били диагностицирани с пневмония усложнена с плеврален излив, който разработи гноен перикардит с признаци на сърдечна тампонада. Един от тях е получил 4 дози на седем-валентна пневмококова конюгирана ваксина.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25098798>

Пневмококова пневмония с бактериемия, причинена от ваксиналния серотип 19А, въпреки че детето е било ваксинирано с цели 4 дози от ваксината.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4465057/>

Още случаи на усложнена пневмония с плеврални изливи при ваксинирани и съдържащи се във ваксината щамове. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24172850>

Не само това, но след въвеждането на ваксината в САЩ, броят на случаите на усложнени пневмококови пневмонии и делът на инвазивни пневмококови заболявания, причинени от пневмония, се е увеличил. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20166818>

И конкретно увеличение на случаите на емпием.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19948570>

В Гърция въпреки високото покритие с пневмококова ваксина, ваксина-застъпеният в използваната там ваксина серотип 3 ясно се запазва и при деца с емпием.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27320108>

Същото се наблюдава и в Англия - въпреки 10-годишната употреба на пневмококовите ваксини (или благодарение на тях) в последните години се наблюдава значително увеличение на честотата на инвазивните пневмококови инфекции след 2014 година.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5176212/>

Има замяна на пневмококовите серотипове в популацията и увеличение на неваксиналните. Това е характерен процес при използване на серотипово специфични ваксини, каквито са пневмококовите.

С други думи, "смисълът" от ваксината е да налива от пусто в празно, но същевременно ваксинираните не са предпазени, но са изложени на риск от нежелани постваксинални реакции.

И в България има увеличение на заболяемостта, например на пневмококовия менингит за 2016 г. и 2017 г., в сравнение с предишните години от въвеждането на ваксината в имунизационния календар.

"Епидемиологични данни от България и от региона показват наличие на серотипове, които не се покриват от PCV 10 (Синфлорикс), което означава, че може да очакваме развитие в бъдеще на по-висока заболяемост, свързана с неваксиналните серотипове S. pneumoniae. Нашият случай показва необходимостта от приложение на пневмококова конюгирана ваксина с по-широк спектър на серотипово покритие.

Световният опит показва, че след въвеждането на пневмококовите конюгирани ваксини заболяванията, причинени от ваксиналните серотипове пневмококи намаляват, но се съобщава за нарастваща честота на изолиране на неваксинални S. pneumoniae серотипове, както и на антибактериалната резистентност при тях." Боев и съав. Streptococcus pneumoniae менингит серотип 6А при дете, имунизирано с 10-валентна пневмококова конюгирана ваксина. Медицинска сестра, 10/2012.

"Недостатък на конюгираните пневмококови ваксини е, че съдържат ограничен брой серотипове, а имунитетът, който се създава е серотипово специфичен. Освен това опитът на държавите, които проведоха рутинна имунизация със 7-PCV показва, че много скоро след ваксинация (2-3 години) се наблюдава феноменът на „смяна на серотиповете (най-често ваксинални серотипове при инвазивна пневмококова инфекция бяха заменени от други серотипове, невключени в PCV ваксината)."

Сечанова Л. Серотипове и резистентност към антибиотици на Streptococcus pneumoniae. Медицинска сестра, 12/2011 г.

В България изолирана в ликвори Стрептококус пневмоние на година преди въвеждане на ваксината, е в средно около 45 проби (таблица с ликворни изолати за периода 1998-2010 от сайта на БАМ). Това не налага масово задължително ваксиниране с препарат, който осигурява единствено серотипово специфичен имунитет

Пневмококовата ваксинация променя и смущава състава на назофарингеалната (на носоглътката) флора при бебета и деца, като се наблюдава увеличение на неваксиналните пневмококови щамове и най-вече на колонизацията с нетипизирани (безкапсулни) щамове на Хемофилус инфлуенце (за които няма ваксина, а причиняват отит и други инфекции, включително тежки).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26190092>

Подчертава се незадоволителната защита на пневмококовите ваксини (особено върху отита). Няколко години след въвеждането на пневмококовите ваксини става очевидно, че нито една от тях няма значително влияние върху назофарингеалната колонизация с пневмококи. Въпреки че има намаление на ваксиналните серотипове, замяната с неваксинални се е появила скоро след това (ваксините са срещу 7-13 от около 100 съществуващи щама).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5446555/>

Тоест децата само се излагат на риск от нежелани реакции, а същевременно се наблюдава причинена от ваксините промяна на бактериалната флора в носоглътката с неизвестни последици, и както и досега възможност за инфекции без изглед за намаляване.

Нежелани реакции от пневмококова ваксина

Освен всички изброени в листовката на ваксината реакции, родителите често съобщават за пневмония или отит няколко дни след ваксинацията. Механизмът не е известен и не се дължи на самата ваксина, тъй като тя е инактивирана, но по някакъв начин тя провокира тази пневмония, защото съобщаваните случаи са много и не може да е просто съвпадение при всички.

Ротавирусна ваксина

Степен на ефикасност

Различни проучвания показват генетични разлики между циркулиращите в популацията ротавируси и ваксиналните, включително за често срещаните генотипове, например G1P[8] - единственият съдържащ се във ваксината Ротарикс.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5214804/>

Такива генетични разлики са установени в цял свят, но и за България. Това ще рече, че вероятността ваксината да предпази някого е минимална или никаква.

"Доказаните у нас ротавирусни щамове от типове G1, G3, G4 и P[8] се отнасят към различни (генетични) линии или сублинии в сравнение с ваксиналните щамове, влизащи в състава на двете лицензирани ваксини (автореферат No 2; статии No 19, 92). При българските ротавирусни щамове от типове G1, G2, G3, G4 и P[8] е установен различен брой (2-7) замени на аминокиселини в някои от антигенните региони на протеините VP7** и VP4 в сравнение с ваксиналните щамове (автореферат No 2; статия No 92)."

*Основни направления в научните трудове на проф. Нели Корсун

**VP7 и VP4 са повърхностни протеини на ротавирусите, които определят генотиповото разделяне съответно на G и P, като са възможни множество комбинации помежду им. В Ротарикс е само G1P[8].

Също така са открити други щамове, генетично различни от съдържащите се в другата ротавирусна ваксина Ротатек. Резултатите показват съществени антигенни разлики между ваксиналните и понастоящем циркулиращите щамове.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27902376>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25758365>

Ако ротавирусната ваксина не може да осигури защита срещу основния генотип, съдържащ се в нея и водещ се най-разпространен, то изобщо на каква „защита“ може да се разчита, след като е известно, че при естествена инфекция преобладаването от един или коинфекция от ротавируси не осигурява предпазване от последващо боледуване, а съществува изключително голямо разнообразие и комбинация на генотиповете. Наблюдава се комбинация между човешки и животински ротавирусни щамове, както и комбинация между диви и ваксинални щамове или необичайни комбинации само от ваксинални, както и мутирали щамове по цял свят.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26845439>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26588920>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27878638>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27033751>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25758365>

"Взаимодействието на ваксинални и диви ротавирусни щамове, обусловено от геномната организация на ротавирусите (11-сегментна РНК) и излъчването в околната среда на ваксинални вируси от имунизирани лица е още един недостатък на наличните ротавирусни ваксини. Резултат от подобно взаимодействие е появата на нови ротавирусни щамове и варианти, избягващи ваксиналния имунитет, както и селекцията на определени типове ротавируси в дивата популация. Например повишена циркулация на G2P[4] и G12P[8] ротавируси в следващия период се докладва в Белгия, Бразилия, Австралия, Корея.

Напоследък усилено се работи за разработване на алтернативни ваксини - от вирусоподобни частици или субединични, с което редица недостатъци на настоящите ротавирусни ваксини като излъчване на инфекциозен вирус в околната среда, възможност за реасортация между ваксинален и диви ротавирусни щамове, риск от развитие на странични реакции и усложнения у ваксинираните лица... и други ще бъдат преодолени." –

Младенова З. Проблеми и начините за преодоляването им при имунизация с настоящите ротавирусни ваксини, ТопМедика 1/2016

Проучванията показват, че често разпространените ротавируси/генотипове, включително у нас, са преобладаващо различни от G1P[8], единствен в Ротарикс.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25596126>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25461849>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22850117>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21181933>

Ротарикс съдържа само един ротавирусен тип - G1P[8], а РотаТек, която не се използва у нас - G1, G2, G3, G4 и P[8]. Щамовете във ваксините са с по-ниска циркулация у нас, а най-често срещаният го няма и в двете ваксини.

„Един от най-широко разпространените ротавирусни щамове в световен мащаб – G1P[8], у нас бе с по-слаба циркулация през изследвания период – в 25.82% (197/763) от тестваните проби, а типът G4P[8] бе регистриран едва в 5.24% (40/763) от случаите. Ротавируси с G3P[8] специфичност не бяха открити в нито един от изследваните материали. В България генотипът G9 (който го няма в нито една ваксина) се открива през всички ротавирусни сезони и установявайки се в 38.2% (348/912) от всички типирани ротавирусни изолати, се явява доминиращ тип за целия изследван период. Ротавирусите с G2 генотип са вторият най-разпространен тип през 4-годишния изследователски период (януари 2005 г.–август 2008 г.)” – Младенова З. Молекулярно-вирусологични проучвания на човешките ротавируси група А в България.

Нежелани реакции от ротавирусната ваксина

Нов систематичен обзор и мета-анализ потвърждава предишни проучвания, че ротавирусната ваксина увеличава риска от чревна инвагинация като нежелана реакция след ваксинацията.

Мета-анализът сочи, че рискът от инвагинация се увеличава почти 6 пъти след първата доза ротавирусна ваксина и почти двойно след втората доза в рамките на 7 дни след ваксинацията. Препоръчва се родителите да бъдат уведомени, че ваксината е свързана с повишен риск от инвагинация и какви са симптомите.

Чревната инвагинация е рядко, но потенциално животозастрашаващо състояние и най-често лечението е операция.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5424085/>

Първата ротавирусна ваксина - RotaShield, лицензирана в САЩ през 1998 г., е била свързана с 37-кратно повишен риск от инвагинация и е изтеглена от пазара 9 месеца след лицензирането ѝ.

Инвагинацията представлява вмъкване на чревен сегмент в следващата го по-широка част на червото. Най-често локализацията на инвагинация е мястото на преминаване на тънкото черво в дебело. Води до частична, а впоследствие и пълна чревна непроходимост – състояние, известно като илеус. Среца се при деца предимно в кърмаческа възраст. Нарушава се венозното и артериалното кръвообращение на чревната стена. В началото се развива венозна стаза (нарушение на кръвния ток) и оток на инвагината (чревния сегмент, навлязъл в съседното черво). По-късно настъпва исхемия и може да се стигне до некроза на чревната стена. Лечението е основно оперативно и се налага при всички случаи, когато пневмокопоскопията, проведена до 12-тия час, не дава резултат или е невъзможно да се извърши.

Появата на ваксина-дериватни ротавируси (vdRV), причиняващи заболяване, се съобщава още при ваксиниране с Ротарикс (Rose et al., 2013) и Ротатек (Hemmin and Vesikari, 2012; Bucardo et al., 2012), а предаване на ваксиналния шам от ваксиниран на контактно лице е документирано многократно (Payne et al., 2010; Rivera et al., 2011).

Доказано е заболяване на ваксинираните от самата ротавирусна ваксина, както и предаване на инфекцията от ваксинирани на контактни лица. Ваксинираните отделят ваксиналния ротавирус чрез изпражненията си с пик между 3 и 8-ми ден след ваксинацията, като може да продължи до около 28-ми ден. Отделят и свински цирковирус, тъй като и 2-те ротавирусни ваксини са замърсени с него вече 7-ма година (от откриване на замърсяването).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22872730>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20100758>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24326415>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22581224>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477676>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27936349>

Ваксина за варицела

Вместо елиминирането на варицела при деца, както е обещано, рутинната ваксинация срещу варицела е унищожила съществуващия в предвакциналната ера естествен имунитет и е повишила заболяемостта при възрастни, при които има 20 пъти повече риск от смърт и 10-15 пъти повече риск от хоспитализация в сравнение с варицела при децата. Което освен съсипване на здравето, е излязло и много по-скъпо на страните с ваксината - хем плащат за нея, хем за повече хоспитализации и усложнения от вируса, хем повече страдание за хората.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3759842/>

Проучване коментира неуспехите на варицелната ваксина (жива) и немалкото боледуващи ваксинирани деца. Ваксиналните неуспехи са при боледуващите, при които не е допринесла за изграждане на антитела, но и при разболелите се въпреки изградените антитела. Както и нарастващата честота и тежест на заболяването във времето при ваксинирани заради намаляващ имунитет - такъв повишен риск се наблюдава около 4-5 години след ваксинацията. До 24% от ваксинираните с първа доза не изграждат антитела към ваксиналните антигени, а понастоящем е неизвестно оптималното време за прилагане на втора доза варицелна ваксина.

Авторите обсъждат и неясната роля на антителата в защитата срещу варицела и специфичността на ваксината.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5500254/>

Същевременно е пренебрегната увеличената честота на херпес зостер в следвакциналната ера, както и ваксина-свързаните сериозни нежелани реакции/заболеваемост, също и заболяемостта при възрастни. Масовата ваксинация срещу варицела не е осигурила дългосрочна защита от болестта.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22659447>

Систематичен обзор показва не само случаи на тежко протичаща варицела с усложнения при ваксинирани, но и 6 смъртни случая при заболели ваксинирани.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28276305>

Остър трансверзален миелит като усложнение от варицела при по-рано ваксиниран.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18410857>

Случай на смърт на ваксинирано дете, причинен от самия ваксинален жив вирус.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23982221>

Проблеми със зрението - оптичен неврит 1-3 седмици след ваксинацията.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25045807>

Наблюдава се тежка инфекция от ваксиналния вирус при имунокомпрометирани. Дисеминирана варицела, дихателна недостатъчност и сепсис.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24257110>

Изискващи хоспитализация кожни лезии от ваксиналния щам при пациент с трансплантирано сърце.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16847227>

Живият ваксинален вирус на варицелата се предава от ваксинирани на контактни с тях.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9333170>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18419392>

12-месечно ваксинирано дете заразява бременната си майка с ваксиналния щам.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9255208>

Самите ваксинирани развиват инфекция от ваксиналния вирус с проява на везикуларни (с мехурчета) обриви в период около 15-42 дни след ваксинацията и съответно заразяват контактни с тях.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18419392>

Грипна ваксина

Проучване показва, че грипната ваксина се е провалила в предпазването от грип на болни от левкемия деца, които е вероятно да развият грип, колкото и неваксинираните. Допълнителна доза също не е свързана с намаляване на грипно заболяване. Също така, ваксинацията не забавя появата на грип.

<https://www.stjude.org/media-resources/news-releases/2017-medicine-science-news/flu-vaccine-failed-to-protect-young-leukemia-patients.html>

Според систематичен обзор (Demicheli et al., 2014) грипните ваксини имат много скромнен ефект за намаляване на симптоми на грип и работни дни изгубени в общата популация, включително бременни жени. Преглед на 23 проучвания за приложението на грипни ваксини при бременни жени (около 1,6 милиона двойки майка-дете) показва, че са със статистически незначима ефикасност, което не подкрепя употребата им в този период.

http://www.cochrane.org/CD001269/ARI_vaccines-to-prevent-influenza-in-healthy-adults

Ниска ефикасност на ваксината против грип.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29090681>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28251891>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29043961>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28542417>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23399425>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27025838>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28846480>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29059230>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24667168>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29029940>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28697450>

Поредни годишни грипни ваксинации може би увеличават риска от заболяване през някои грипни сезони.

<https://academic.oup.com/jid/article-abstract/216/2/284/3867418?redirectedFrom=fulltext>

Натрупващите се факти показват, че повторната ваксинация срещу грип има отрицателно въздействие върху ефективността на ваксината.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28043738>

Изследване сочи, че спонтанни аборти са свързани с грипните ваксини през сезон 2010-11 и 2011-12. Абортът е асоцииран с ваксиниране срещу грип през предходните 28 дни.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28917295>

Увеличен риск от нарколепсия при деца и възрастни след грипна ваксина.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23884811>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22470453>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23444425>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26123389>

Развитие на поствакцинален аутоимунен синдром, проявен като миозит и миокардит, след поставянето на сезонна противогрипна ваксина.

Cheng et al. Post-vaccination myositis and myocarditis in a previously healthy male. Allergy Asthma Clin Immunol. 2016; 12: 6.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4751718/>

Идиопатична тромбоцитопенична пурпура след получаване на грипни ваксини.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779547/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1680523>

Ревматоиден васкулит след ваксинация срещу грип.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12826713>

Неврологични усложнения и васкулити след грипни ваксини.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22311224>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27570819>

Остър дисеминиран енцефаломиелит след противогрипна ваксина.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3889594/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21925561>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23885031>

Енцефалити, енцефаломиелити, невропатии, миелити, неврити... Конкретен пример за енцефалит на мозъчния ствол след противогрипна ваксина.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19748576>

Псориазис от грипни ваксини:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26380315>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25171322>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24371399>

Статистически значима корелация между увеличения брой дози ваксини и повишаване на нивата на детската смъртност

Установена е висока статистически значима корелация между увеличения брой дози ваксини и повишаване на нивата на детската смъртност. Констатациите показват, че нациите, използващи повече ваксини, са склонни да имат по-високи нива на детската смъртност.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21543527>

Има статистически значимо повишение от 3,6% на смъртните случаи, свързани с 1-4 дози ваксина, до 5.5% за 5-8 дози ваксини. Резултатите показват положителна корелация между броя ваксини и процента хоспитализации и смъртни случаи. Наложително е здравните власти да имат научни данни за синергичната токсичност на всички комбинации от ваксини, които бебетата получават.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22531966>

Ваксинираните с живи ваксини могат да се разболеят от ваксината и да заразяват контактни с тях

Ваксинираните с живи ваксини могат да се разболеят от самата ваксина и да инфектират контактни с тях. Това не се случва често и зависи също от начина на разпространение на съответния патоген - въздушно-капков или контактно-битов, като според това може да се вземат съответните предпазни мерки. Предпазването е в различен период за различните ваксини, най-общо казано до около 2 седмици, но може и повече. В случай че ваксинираният е развил симптоми на заболяване от ваксината, срокът за ограничаване на контакта е хубаво да се удължи.

Още информация може да намерите тук:

<http://medscienceresearch.com/shedding/>

Кои са ваксините и подробности:

4-годишно наскоро ваксинирано с МПР момче заразява с поствакцинално морбили 8-месечната си сестричка. Двете деца - ваксинираното и контактното, са показали идентична клинична картина. 10 дни след ваксината здравето преди това момче показва типичните симптоми - температура, конюнктивит, обрив, петната на Коплик. Няколко дни след това и малката му сестричка, контактна с него, проявява идентични симптоми.

Авторът на статията съветва с оглед вероятното предаване на живия ваксинален щам, да се внимава при ваксиниране на деца, имащи в обкръжението си деца с компрометиран имунитет (в статията не се споменава контактната сестричка да е така).

Millson DS. Brother-to-sister transmission of measles after measles, mumps, and rubella immunisation. Lancet. 1989 Feb 4;1(8632):271.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2563426>

Тъй като МПР е жива ваксина, известно е, че рубеолният и морбилният вируси се екскретират от фаринкса между 7-ия и 28-ия ден след ваксинацията, с пикова екскреция на 11-ия ден (КХП на Приорикс). Научни публикации доказват отделянето на морбилния вирус с урината (което не е описано в КХП/листовката на препарата), като вирусната нуклеинова киселина е изолирана в проби до 14 дни след ваксинацията (Rota et al., 1995; Kaic et al., 2010). Документирано е предаване на ваксиналния рубеолен вирус чрез кърмата, както и трансплацентарно.

Вирусната РНК на ваксиналния паротитен щам се изолира в гърлото на ваксинирани (Nagai et al., 2001), урината, серума и ликвора при имунодефицит (Bakshi et al., 1996).

За паротитната ваксина има данни, че в редки случаи ваксиниран може да зарази контактни лица с живия ваксинален вирус (Sawada et al., 1993; Atrasheuskaya et al., 2006; Kaic et al., 2008; Tesović et al., 2008; Vukić et al., 2008; Atrasheuskaya et al., 2012).

Имунодефицитно дете, ваксинирано преди да се разбере това, умира след персистираща инфекция с ваксиналния щам, като преди това получава възпаление на мозъка, други усложнения и ослепява.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27770235>

Установено е предаване на ваксиналния вирус на жълта треска от ваксинирана майка на бебе чрез кърмата с последствия за бебетата – менингоенцефалит. Също така, ваксиналният вирус се отделя с урината на ваксинираните и това може да продължи повече от половин година след ваксинацията.

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5905a2.htm>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21385635>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21461453>

Живият ваксинален вирус на варицелата се предава от ваксинирани на контактни с тях, ваксинираните развиват симптоми между 15 и 42 дни и съответно са заразноносителни.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9333170>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18419392>

12-месечно дете заразява бременната си майка с ваксинален вирус.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9255208>

Ваксина-дериватни полиовируси се изолират от пациенти с първични (вродени) имунодефицитни заболявания, ваксинирани с живата полиоваксина. Ваксинираните могат да отделят вирусите месеци или години. Те са и с повишен риск за полио парализа. Често ваксиналните вируси мутират, рекомбинират се, има коинфекции, невровирулентни са като дивите вируси и могат да причинят парализи, а имунодефицитните ваксинирани са постоянен източник на инфекцията. Инфекция предават и здрави ваксинирани.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5468416/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25600519>

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5637a4.htm>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23099333>

https://www.researchgate.net/publication/306267790_Poliovirus_Excretion_among_Persons_with_Primary_Immune_Deficiency_Disorders_Summary_of_Data_from_Enhanced_Poliovirus_Surveillance_in_Egypt_2011-2014

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10954543>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11783695>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15051119>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27760579>

Доказано е заразяването и заболяване на ваксинирани и контактни с тях от ваксиналния вирус от вариолната ваксина, наречен "ваксиния". Установено е, че контактните имат същите тежки нежелани реакции и увреждания като ваксинираните.

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5204a1.htm>

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5619a4.htm>

Доказано е заболяване на ваксинираните бебета от самата ротавирусна ваксина - диария, гастроентерит, както и предаване на инфекцията на контактни лица. Ваксинираните отделят

вакциналният ротавирус чрез изпражненията си с пик между 3 и 8-ми ден след ваксинацията, като може да продължи до около 28-ми ден. Бебетата отделят и свински цирковирус, тъй като и 2-те ротавирусни ваксини са замърсени с него вече 7-ма година (от откриване на замърсяването).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22872730>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20100758>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24326415>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22581224>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477676>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27936349>

Други нежелани реакции от ваксините

Освен другите тежки нежелани реакции, ваксините причиняват и едно рядко заболяване, което не е коментирано. Става въпрос за булозен пемфигоид. Това е автоимунно кожно заболяване с мехури, което по-често засяга възрастни и по-рядко деца, но са съобщавани десетки случаи в научната литература за здрави преди това 3-5-месечни бебета с появяващо се заболяване с характерната тежка кожна реакция в рамките на дни или седмици след ваксинация с различни ваксини. Най-често се съобщава след ваксинация с 6-компонентната ваксина, но има описани случаи след 5-компонентна, менингококова, ротавирусна и други. Заболяването при деца зачестява след 2000-та г. Описаните случаи, както и случаите на възобновяване на симптомите след последваща ваксинация, усилват възможната причинно-следствена връзка с ваксините.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24125034>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5322655/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24916151>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4302581/>

Ваксините причиняват оплешивяване. Това е установено отдавна в различни проучвания. Загубата на коса (алопеция) е наблюдавана от тетанусна ваксина, грипна, за човешки папилома вирус, варицелна и т.н., но най-често е от ваксината за хепатит Б. Възрастта на пациентите с поствакцинално окапване на косата е 2-67 години; 1/3 от случаите са деца. Интервалът между ваксинацията и началото на оплешивяването е в рамките на един месец. В немалко случаи косопадът се повтаря/обостря при следваща ваксина (ако е останало какво да пада). Понякога се съобщават и допълнителни симптоми, особено артралгия или артрит.

Предполага се, че вакциналните антигени са способни да предизвикат окапване на косата чрез автоимунно-медиран механизъм. Тежката алопеция е загуба на окосмяване на повече от половината глава или тяло и се наблюдава при 16 от 60 ваксинирани, отчетени в едно от проучванията. Съобщава се и за дете с окапване на косата след 2 различни ваксини. Въпреки че алопецията не е животозастрашаваща болест, пациентите могат да имат опустошителни ефекти върху качеството на живот и самочувствието си. Описана е и загуба на вежди или мигли (мадароза) след МПР ваксина.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9326478>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9440660>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118663721.ch26.summary>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19343978>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27071855>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20451934>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25535199>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26151783>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22142460>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2956183>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27406735>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28300084>

Описани са случаи на подуване на фонтанелата при бебета след ваксинация за дифтерия и тетанус (ДТ) или ДТК (ДТ/коклюш).

Във всички докладвани случаи са отбелязани близки времеви връзки между издуването и ваксинацията. Съпътстващите симптоми се наблюдават в рамките на няколко часа след установяването на изпъкналата фонтанела. При някои пациенти реакцията се е повторила след последващо ваксиниране с ДТ. Всички деца са били здрави преди ваксинациите.

Изпъкналата фонтанела при бебета е признак на вътречерепна хипертония.

Клиницистите трябва да са нащрек за потенциално такова събитие след ваксинация за дифтерия и тетанус или ДТК.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2921685>

Връзката ваксини - фебрилен гърч - температуропонижаващи медикаменти (антипиретици):

Ваксините, свързани с повишен риск от фебрилен гърч са МПР, 5-компонентната ваксина, МПРВ (МПР+варицела), пневмококова; едновременното поставяне на ваксини; комбинираните ваксини имат по-висок риск от моноваксините. Специалистите съветват да не се дават профилактично антипиретици, тъй като не е установено статистически значимо понижаване на фебрилните гърчове. Подробности:

Треската е от най-честите нежелани реакции, фебрилният гърч е най-разпространеното конвулсивно събитие - при 2-5% от децата под 5 години. Фебрилните припадъци се повтарят при около 23% до 43% от децата, преживели веднъж такъв. Фебрилният гърч не е непременно свързан с висока температура. МПР ваксината увеличава почти тройно риска от фебрилен гърч 8-14 дни след ваксинацията.

МПРВ ваксината (която предстои да стане задължителна в бг. календар) го увеличава почти 7 пъти. Или двойно повече от МПР. Комбинираната 5-компонентна ваксина увеличава 6 пъти риска от гърч. Пневмококовата ваксина увеличава двойно риска от гърч, а в комбинация с ДТК съдържаща ваксина (напр. 6-компонентната) или грипна - над 3 пъти.

При изследване на най-често използваните температуропонижаващи средства (вкл. парацетамол, ибупрофен) е установено, че при употребата на никое от тях няма статистически значима разлика за намаление на гърчовете. Отделно от това и негативите за организма от употребата на антипиретици (особено без нужда), те допълнително понижават имуногенността (намалени нива на поствакцинални антитела) на ваксините.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5395384/>

Множество злокачествени и доброкачествени тумори, и различни образувания на мястото на ваксинация с различни ваксини при деца и възрастни са документирани в научната литература. Злокачествени тумори при белега от вариолната ваксина се описвани още от 40-те години на 20-ти век [1].

Поствакцинални злокачествени тумори при хора са меланоми, саркоми, плоскоклетъчни и базално-клетъчни карциноми. Доброкачествени са дерматофибром, псевдолимфом, кератоакантом, ангиом и т.н. Други локални (или някои придружени със системни изяви) поствакцинални образувания са грануломи, сърбежни нодули (възли), хипертрихоза

(патологично окосмяване) и пигментация на ваксинираното място, лихеноиден дерматит (лишеи), синдром на Sweet, келоиди, пиломатриком, мастоцитом, дерматологични лезии, абсцеси, atopична екзема, хемангиоми, лупус вулгарис и др. Някои доброкачествени постваксинални събития могат да прерастват в злокачествени.

Меланомите са от най-агресивните от всички злокачествени (малигнени) тумори (не само кожни), развиват се навсякъде, където има пигментни клетки. Наблюдавани са меланоми на ваксинираното място след вариолна ваксина (все още се използва при военните по света), БЦЖ и други [2-7].

Откриваните саркоми (също агресивни злокачествени тумори) на инжекционното място са дерматофибросарком протуберанс (DFSP), тумор на Беднар (рядък пигментиран вариант на DFSP), злокачествен фиброзен хистиоцитом. Наблюдавани са след ваксинация с вариолна ваксина, срещу чума, жълта треска, тетанус и други [1,4,8-13].

Плоскоклетъчните (сквамозни) карциноми се развиват сравнително бързо. Тези злокачествени тумори се появяват предимно при апликацията с БЦЖ и вариолна ваксина [3-6,14-16].

Базално-клетъчните карциноми (базалиоми/епителиоми, произхождащи от епителната тъкан тумори) са честа неоплазма с бавен растеж, която се свързва с експозицията към слънчева светлина. Неоплазмата метастазира рядко. Появяват се след ваксинация с вариолна ваксина, БЦЖ... [3-6,17-21].

Псевдолимфомът понякога може да прерасне в злокачествен тумор. Откриван е на ваксиналното място от различни ваксини, включително варицелната [22.23].

Дерматофибромът е доброкачествен повърхностен фиброзен хистиоцитом и се открива след вариолната и 5-компонентната ваксина срещу диф/тет/кок/полио/ХиБ [3,24,25].

Кератоакантом (доброкачествен/бенигнен кожен тумор) на мястото на инжектиране след пневмококова ваксина [26].

Хипертрихоза (патологично окосмяване) и пигментация на ваксинираното място след ваксина за дифтерия и тетанус, БЦЖ, вариолна, комбинирана 5-компонентна ваксина за диф/тет/кок/хеп В/ХиБ [27-31].

Синдромът на Sweet е остра фебрилна неутрофилна дерматоза с червени до пурпурни папули (пъпки) и възли, образуващи плаки; с възпаление на ставите; в около 20% преминава в злокачествено заболяване, напр. левкемия. Наблюдава се след пневмококова ваксина, БЦЖ, ваксина за грип [32-38].

Описани са множество случаи на грануломи, сърбежни нодули (кожни възли, напипващи се в дълбочина) на ваксинираното място, дължащи се на контактна алергия към алуминиевите ваксинални адюванти. При проучвания през 90-те години на 20-ти век се наблюдава висока честота на сърбежните възли при 77%, свързани с алергия към алуминий след прилагане на ваксини ДТК (диф/тет и безклетъчен коклюш) [42]. Сърбящите нодули често са утежнени от инфекции на горните дихателни пътища и локални промени в кожата. Понякога кожните симптоми продължават до 7 години. Средното време между ваксинацията и началото на симптомите е 1 месец. Грануломи и други се наблюдават след прилагане на различни ваксини с алуминиеви адюванти, включително многокомпонентните комбинирани [39-43].

Наблюдават се и други чести [29] грануломи, включително некروбиотични, на ваксинираното място от алуминиев адювант или други причини, например от моносодиевия глутамат в БЦЖ [48] или друго. Рискът се увеличава с броя на приложените ваксини [47]. Наблюдават се след различни ваксини, включително за хепатит Б, тетанус, пневмококова, комбинирани многокомпонентни и други [29,44-51].

Гранулома ануларе е от най-честите доброкачествени кожни дерматози (с пъпчици и пръстеневидни плаки) на ваксинираното място, но може да е и генерализирана реакция. Наблюдава се след различни ваксини – за хепатит Б, тетанус и т.н. [52-56].

На мястото на инжекцията с различни ваксини са установени и много други сериозни локални кожни, вътрекожни и съдови реакции – лихеноиден дерматит и атопична екзема след пневмококова и други ваксини; грануломатозни реакции; келоиди, улцерозен лупус вулгарис (кожен лупус), пилломатриком (доброкачествена кожна неоплазма) и други след БЦЖ; кожни реакции след грипна ваксина; Синдром на Churg-Strauss (васкулит); генерализирана гранулома ануларе, мастоцитом и лихеноидна реакция след хепатит Б ваксина; дерматологични лезии и много други реакции след вариолна ваксина; нодули след ДТК и тетанусна ваксина; абсцеси след 4-компонентна (ДТК/полио), БЦЖ и други; саркоидоза; ангиом и т.н. [57-87].

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12734474>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4723522>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4296119>
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16796628>
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5667224>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19514697>
7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7286358>
8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22799750>
9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5487039>
10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6269571>
11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/533295>
12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10025857>
13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13919964>
14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18477155>
15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21506968>
16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17535414>
17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/932293>
18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3050329>
19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22530332>
20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5661633>
21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5017293>
22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18032948>
23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19889051>
24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27721753>
25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3805387>
26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6841788>
27. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27601863>
28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/48319>
29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/509769>
30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/675380>
31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5726879>
32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2383758>

33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23351017>
34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12353722>
35. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2430413>
36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1156550>
37. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21074662>
38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15692491>
39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26539576>
40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23052615>
41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5214894/>
42. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16044278>
43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21854416>
44. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8494110>
45. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25152179>
46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11373585>
47. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24752308>
48. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16843115>
49. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10233605>
50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8470766>
51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6207779>
52. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11395655>
53. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23373894>
54. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9729059>
55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12428851>
56. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25160110>
57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15735410>
58. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3610434>
60. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26988991>
61. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20964574>
62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2976497>
63. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17643066>
64. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7065666>
65. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22084942>
66. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6382966>
67. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16487123>
68. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14387477>
69. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23445742>
70. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18166508>
71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9709187>
72. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12218234>
73. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9951594>
74. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9293664>
75. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10200042>
76. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5835332>
77. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16796647>
78. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10733638>
79. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12617510>
80. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8470766>
81. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25241575>
82. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4683319>
83. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1008571>
84. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11012612>
85. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23238237>

86. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12734491>

87. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22084942>

Алуминиевите адюванти във ваксините – рисковете и тиражирани заблуди за „безопасност“

Адювантът се използва във ваксините, за да усили имунния отговор на организма. Има го в инактивираните и антиотоксичните ваксини. Във ваксините като адюванти се използват алуминиев оксихидроксид или алуминиев фосфат.

Съдържащите алуминиеви адюванти ваксини могат да имат пряко токсично действие върху имунната система, както и потенциално да задействат хронични автоимунни и възпалителни процеси.

В някои случаи инжектираните с ваксината частици от алуминиевото съединение могат да останат неразградени в тези имунни клетки (макрофаги) в продължение на години (Gherardi et al., 2001).

В опити е установено, че инжектираните частици се откриват в мускула, дрениращите лимфни възли, далака, черния дроб и мозъка (Eidi et al., 2015).

Тиражираните неоснователни хипотези за сравнение на количеството алуминий в кърмата и ваксините, целящо оправдание за „безопасност“ на вторите, както и определянето като „безвредно“ количество на ваксиналния алуминиев адювант, се позовават на некоректни данни за недопустимо съпоставяне между несравнимото перорално и парентерално (инжекционно) приемане на алуминий, при което чрез прием с храна в организма остават само под 0,3% от приетия алуминий, докато чрез инжектиране на същото количество алуминий в организма остава цялото (100%), като немалка част от него може да бъде установена в различни части на тялото дори години след ваксинацията със съответните неблагоприятни последствия. Иначе казано, количеството алуминий от 500 мкг (0.5 мг) в една доза ваксина е еквивалентно на алуминия, който би попаднал в организма след поемането на 7122 литра кърма, което очевидно противоречи на тиражираните неверни хипотези, че в кърмата има повече алуминий, отколкото във ваксините.

Същото важи за неадекватното сравнение между несравнимите според физичните им, химични и биологични, в това число токсикокинетични свойства на водоразтворимия алуминиев цитрат (който се дава за пример в статии за безопасност и бързо отделяне от организма) спрямо водонеразтворимия **ваксинален** алуминиев хидроксид – наличен в почти всички бебешки ваксини, като данните за едното съединение не могат да се екстраполират спрямо другото вещество. Това пояснение е важно, защото експертите на статуквото се позовават на статии, в които отделянето на алуминия от организма е изчислено абсолютно неадекватно от авторите, които са използвали **некоректно** данни за отделянето на интравенозно приложен *водоразтворим* алуминиев **цитрат** (за който се знае, че се отделя бързо от организма), а не за интрамускулно приложен *водонеразтворим* алуминиев **хидроксид**.

Masson JD, Crépeaux G, Authier FJ, Exley C, Gherardi RK. [Critical analysis of reference studies on aluminium-based adjuvants toxicokinetics]. Ann Pharm Fr. 2017 Jul;75(4):245-256. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28576261>

Въпреки масово тиражираните опити за убеждаване на обществото в „безвредността“ и „незначителното“ количество алуминий във ваксините, базирайки се на некоректни и неадекватни хипотези, става ясно, че научните данни и факти не ги подкрепят. Освен това, според друго ново изследване се оказва, че именно най-ниските ваксинални количества адювант се явяват най-невротоксични и рискови за достигане и задържане в различни части на тялото, включително мозъка, заради малкия размер на частиците адювант.

Иначе казано, невротоксичността на ваксиналния алуминиев адювант не се подчинява на общовалидното правило „дозата прави отровата“.

Crépeaux et al. Non-linear dose-response of aluminium hydroxide adjuvant particles: Selective low dose neurotoxicity. *Toxicology*. 2017 Jan 15;375:48-57.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300483X16303043>

Алуминият няма каквато и да било известна функция в биохимията на човека.

Друг научен доклад от тази година препоръчва употребата на алуминиевите адюванти във ваксините да се преустанови, както и да се предприемат стъпки за намаляване до минимум на експозицията на алуминий от околната среда. Коментират се механизмите, по които значителни количества алуминий, въведени чрез ваксинация, могат да предизвикат хронична невропатология при генетично чувствителни деца. Авторите описват и механизмите, чрез които алуминият може да допринесе за развитието на много специфичния модел на невропатология при болестта на Алцхаймер, както и потенциалното му влияние при синдромите от аутистичния спектър.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28752219/>

Автоимунният/възпалителен синдром, индуциран от адюванти (ASIA), обхваща състояния, свързани със съдържащи алуминиев адювант ваксини. В имунизационния календар повечето са такива. Най-често ASIA се проявява от ваксините за ЧПВ, грипната, хепатитната, но и след други ваксини. Клиничната картина на автоимунните заболявания е много хетерогенна - от леки до тежки прояви, включително смърт. Някои от тези болести са първична овариална /яйчникова/ недостатъчност (POF), макрофаген миофасцит, синдром на Гилен-Баре и други невропатии, например системен лупус еритематозус (SLE), васкулит, имунна тромбоцитопенична пурпура (ITP) и автоимунен хепатит; други заболявания са диабет тип 1, множествена склероза, недиференцирана болест на съединителната тъкан (UCTD), антифосфолипиден синдром (APS) и т.н. Ендокринни заболявания като тиреоидит на Хашимото (HT), болест на Грейвс и др. също могат да бъдат задействани от адюванти. Предразполагащ фактор е фамилната обремененост. Периодът на поява е много различен за различните заболявания и може да е от няколко дни до много години след ваксинацията.

Различни проучвания и систематични обзори разглеждат тези взаимовръзки.

От 2011 до 2016 г. са идентифицирани 4479 случая на ASIA, от които 305 са изпълнили произволни критерии за тежко заболяване, включително 11 смъртни случая. По-голямата част от тежките случаи на ASIA са свързани с ЧПВ ваксина и грипна ваксина, но са съобщени и други. Интервалът от експозицията до тежката проява е от 2 дни до 23 години. Акцентира се на ЧПВ ваксината, провокираща широк спектър заболявания ASIA, особено POF и се набляга на това, че клиничните изпитвания на ваксината по отношение на фертилитета са непълни, в кратък период, и половината от изследваните пациенти са загубени за проследяване; има несъобразени други особености, които могат съществено да повлияят на резултатите; освен това контролната група е третирана също с алуминиев адювант вместо плацебо. Кохортно проучване за оценка на риска от новопоявило се автоимунно заболяване при млади жени, изложени на

ЧПВ ваксина с алуминиев адювант, съобщава за увеличена честота на автоимунния тиреоидит.

Други ваксини се свързват с увеличение на диабета. Такива са ваксините за хепатит Б и за хемофилус инфлуенце тип Б (ХиБ). Изследванията показват, че особено след ваксинацията ASIA и ендокринопатията могат да бъдат свързани.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27412294>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5256113/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28059022>

Още преди почти 20 години учени алармират за повишен риск от диабет след ваксината за хемофилус инфлуенце тип Б (ХиБ) и че на обществото трябва да се каже, че ваксините могат да имат дългосрочни нежелани ефекти. Диабетът не трябва да се счита за рядко потенциално нежелано събитие след ваксината. Честотата на много други хронични имунологични заболявания, включително астма, алергии и имуно-медирирани ракови заболявания се повиши бързо и може да бъде свързана и с ваксинацията.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114674/>

Възрастните, имащи хепатитна ваксина, са имали значително повишен риск от множествена склероза, включително зависимост между броя на ваксинациите и множествената склероза, настъпваща 1 и 2 години по-късно.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16206512>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266455/>

Проучване за ASIA сред 300 пациенти установява, че артралгия, миалгия и хронична умора са най-често съобщаваните симптоми и периодът от излагането на адюванти до развитието на автоимунни заболявания варира между 3 дни и 5 години.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28741088>

Недиференцираната болест на съединителната тъкан (UCTD) и фибромиалгията са увеличени след ваксинацията с тетанусна и хепатитна ваксина, в сравнение с контролите.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28332072>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28368979>

Макрофаген миофасцит (ММФ) е имуно-медирирано заболяване, съобщено за първи път през 1998 г. Характеризира се с локално увреждане на мястото на ваксинацията (делтоиден мускул) и системни прояви. Те включват миалгия, артралгия, изразена астения, мускулна слабост, хронична умора и треска. Изследванията показват, че локалната лезия се дължи на персистиране в продължение на години на алуминиевия ваксинален адювант в инжекционното място. В някои случаи ММФ може да бъде диагностициран дори 10 години след ваксинацията. Може да бъде задействан предимно при генетично предразположени пациенти.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20882368/>

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300483X16303043>

В този обзор може да се види графика кои ваксини с кои автоимунни заболявания се свързват. Не са описани всички взаимовръзки, посочени в други научни публикации.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1043661815001711>

Животинките също страдат от ваксини с алуминиеви адюванти - при котки, кучета и порове адювантите причиняват локални хронични грануломатозни лезии, които могат да прогресират до злокачествени фибросаркоми.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12887620>

Замърсени ваксини

Чрез замърсени живи вирусни ваксини бебетата получават не само ваксиналния щам, но и други живи вируси.

Такъв е случаят с ротавирусните ваксини - през 2010 г. учени откриват замърсяване със свински цирковирус. Днес, 7 години по-късно ваксините още са с това замърсяване и е установено, че ваксинираните бебета отделят вируса "бонус" с изпражненията. Замърсявания от различен характер се намират в доста използвани детски ваксини. Подробности:

През 2010 екип от учени установява замърсяване на Ротарикс със свински цирковирус тип 1 на всички етапи на производство на ваксината, и в Ротатек със свински цирковирус тип 2 (1-5). Започва разследване от производителя и регулаторните органи в Европа и САЩ. Европейската агенция по лекарствата заявява, че няма проблеми за безопасността и не спира ваксината, докато американската Агенция по храни и лекарства я спира от употреба на 22.3.2010, но на 14.5.2010 възобновява употребата. Успокояват, че вирусът се изолира при възрастни чрез употребата на месо и че при децата нямало клинични симптоми на заболяване. Ваксината обаче се прилага при 6-седмични бебета на кърма и е странно регулаторните органи да намират за „нормално“ животински вируси, чието място не е в бебешкия организъм, да се получават „бонус“ от ваксините. Същевременно, за свински цирковирус тип 2 е установено, че може да причини заболяване при хората, но регулаторните органи твърдят, че е в минимално количество в другата ротавирусна ваксина и пак „нямало“ опасност.

През всичките 7 години от откриването на замърсяването със свински цирковирус в ротавирусните ваксини, та до днес се открива отделяне на вируса в изпражненията на ваксинираните бебета (3,6) в период от 1-2 седмици след ваксинацията с пик около 5-тия ден, предполагащо и репликация (размножаване) на вируса.

Паралелно с това, с изпражненията от ваксинирани здрави деца се отделят и ваксиналните живи ротавирусни щамове с пик между 3 и 8-ми ден след ваксинацията, като може да продължи до около 28-ми ден (3,7-9).

При имунодефицитни бебета обаче се наблюдава продължително отделяне на ваксиналния ротавирус, което може да продължи до 7,5 месеца след ваксинацията и в част от тях е съпроводено с диария, вiremия и дисеминирана ротавирусна инфекция (10-15). Може да се предположи по-продължителното отделяне и на свинския цирковирус при имунодефицитни бебета.

Както и в други случаи, и тук имунодефицитът е откриван след ваксинацията.

Различните замърсявания във ваксините не са прецедент, а практика – замърсявания през годините са откривани в живата полиоваксина с маймунски вирус SV40; обратна транскриптаза, замърсяване с птичи ретровирус в МПР ваксината; бактериофаги в живите вирусни ваксини; и други (5,16). Отделно от това са установени нанозамърсявания с различни метали в 44 от най-използваните в Европа детски ваксини (17). Според неофициална информация от бг учени това всъщност е замърсяване с... прах (същият като по улиците или в дома).

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20375174>
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21569811>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27936349>
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24056737>
5. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1045105614000748>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24104203>
7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24076325>
8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477676>
9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22008819>
10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20674876>
11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25742082>
12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19660805>
13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20109754>
14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20107217>
15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18922486>
16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20375174>
17. <http://medcraveonline.com/IJVV/IJVV-04-00072.pdf>, статията на български - <http://www.vaksinite.com/wp-content/uploads/2017/02/nano-vax-1.pdf>

Ветеринарни ваксини

Доказана е причинно-следствената връзка между ваксините и злокачествени кожни тумори - саркоми при котките. Саркомите водят до метастази в други органи в 1/4 от случаите. Установени са и други тежки нежелани реакции при кучета, котки и други животни. Липсата на ефикасност на ваксините също се счита за неблагоприятен резултат от ваксинацията. Проучванията показват, че няма ваксини без риск.

Връзката между ваксините и развитието на саркоми при котки е предложена за първи път през 1991 г. Оттогава резултатите от епидемиологичните изследвания и хистологичните оценки подкрепиха причинно-следствената връзка между инжекциите и развитието на саркоми. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5404116/>

Саркомите при котките са злокачествени кожни тумори, развиващи се най-често от ваксини за бяс или котешка левкемия. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5513368/>

До една четвърт от котките с това тежко състояние (сарком) имат метастатично белодробно засягане. Основният елемент на лечението е агресивната хирургия, но дори в случаите, когато се постига пълно изрязване с чисти граници, се очаква туморният рецидив да бъде в около една трета от случаите. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23603504>

Проучванията показват също, че няма ваксини без риск.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22916856>

Саркомите при котки са сериозни нежелани реакции, дължащи се на тяхната инвазивност и висока честота на рецидиви. Липсата на ефикасност на ваксините също се счита за неблагоприятен резултат от ваксинацията.

Други тежки нежелани реакции при кучета, котки и други животни заради ветеринарните ваксини са: алергични, неврологични, възпалителни, кожни, имуно-медиирани/автоимунни - тромбоцитопения, хемолитична анемия; и други.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4572830/>

Норки са пострадали тежко с некротизиращ дерматит след ваксина и хубавата им козинка вече не е така хубава...

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27917544>

При котки, кучета и порове алуминиевите ваксинални адюванти причиняват локални хронични грануломатозни лезии, които могат да прогресират до злокачествени фибросаркоми.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12887620>

Медицински доводи срещу несъстоятелните твърдения на привържениците на задължителния статут на ваксините

Все по-често експертите оправдават неефикасността на ваксините с това, че поне ще помогнат за „по-лекото“ преболедуване на съответната болест. Има немалко научни публикации, оборващи тези твърдения, например за тежко боледуващи ваксинирани с пневмококовата, ваксината за хепатит Б, тетанусната ваксина, БЦЖ, коклюшната, паротитната.

Ако някой твърди, че ваксините са предназначени, за да се изкара по-леко болестта, никой няма право да претендира за задължителност, защото ако ваксините не предпазват от болест и съответно от разпространение на заболяването, няма как да се реализира "колективен имунитет чрез ваксини" и следователно няма обществен интерес, който да служи като мотив за задължителност.

Същевременно, твърдение, че някой би изкарал „по-леко“ заболяване ако е ваксиниран, е спекулативно и недоказуемо, тъй като никой по никакъв начин не знае и не може да установи в бъдеще време как конкретен човек би изкарал заболяването неваксиниран и дали изобщо би се заразил, още повече има различни фактори влияещи на това. Например, преди да е измислена ваксината, повечето деца са преболедували леко морбили или рубеола, и това заболяване се е приемало за нормално детско, демонизираха го след въвеждане на ваксината.

Механизмът на действие на имунната система и ваксините не е ясен изцяло и за учените. Но това не пречи на „експерти“ на статуквото с престъпна самоувереност да баламосват хората, че ваксините „пазят“ и са "безопасни" и това на база на недоказани научно еквилибристики, натъкмени резултати от изпитвания или корелации, които също не са научно доказателство за нещо си.

Няма как да повярваме на епидемиологичните корелации, опитващи се да ни внушават това, че ваксините са причината за намаляване на заболяемостта (например от дифтерия, тетанус, туберкулоза, коклюш), тъй като липсват адекватно подбрани контролни групи, спрямо които да се докаже ефекта от ваксините.

Научно доказателство би било, ако се сравни заболяемостта от дадено заболяване сред две досатъчно големи групи хора - ваксинирани и неваксинирани (групата от неваксинирани служи за контрола, без каквато нито един биомедицински експеримент няма смисъл). Двете групи хора трябва да бъдат поставени при еднакви други условия (възраст, хранителен режим и др.), включително условия за заразяване и да се проследи честотата на заболяемостта в двете групи. За да се докаже ефикасност на ваксината, честотата на заболяемост сред ваксинираната група трябва да е по-малка от тази сред неваксинираната, ако всички гореописани условия са спазени. Очевидно, такъв експеримент не може да се проведе по етични съображения. Поради тази причина, научни доказателства за ефикасността на ваксините, които да са получени спазвайки принципите на научния метод, просто няма.

Корелация е математически термин, с който в общ смисъл се означава мярка за вероятностна зависимост между случайни величини. Корелацията между две величини не предполага задължително наличие на причинно-следствена връзка между тях и тези проучвания не могат да служат за доказване на ефективност на ваксина или реализиране на колективен имунитет. Например, през 40-те години е установена корелация между увеличаване на случаите на полио-инфекция при увеличаване на консумацията на сладолед. На базата на тази корелация е препоръчано жителите да не консумират сладолед като предпазна мярка срещу полио. Любителите на експертите от статуквото примери с намаляване на случаите на дадено „вакسينопредотвратимо“ инфекциозно заболяване с увеличаване на ваксиналното покритие, също са корелации. Заболеваемостта от дадено заболяване може да корелира още с какво ли не – подобрени условия на живот, калорично съдържание в храните, дори и с консумацията на алкохол...

Как тогава да повярваме на експертите, че намаляването на някои болести е свързано с ваксините, след като никога не е проведен експеримент по научния метод? Освен това, как те обясняват намаляването на болести, за които никога не са съществували ваксини?

Експертите обичат да се измъкват, че ваксинираните заболели са единични случаи, но в реферираниите и индексирани научни списания има проучвания за високи проценти ваксинирани заболели по време на епидемии и епидемични взривове при висок ваксинален обхват, те се явяват и разпространители на инфекциите. Тук се пропуква несъстоятелната хипотеза за „вакسينо-индуциран колективен имунитет“.

Колективният имунитет чрез ваксини е мит, защото:

- Ефикасността на ваксините се определя по изградените титри на антитела, но това не означава на всяка цена неразболяване при среща с патогена.
- Имунитетът от ваксините не е напълно ефективен, нито е доживотен, нито наподобява имунния отговор при естествена инфекция. Това се дължи на различни фактори: неадекватният разбалансиран имунен отговор при адювантните инактивирани ваксини, който обикновено е поляризиран към хуморалния имунитет (изграждане на антитела) и недостатъчно ефективен клетъчно-медиран имунитет; спадане на титрите на антителата с времето; при ваксиниране и естествена инфекция се получават различни съотношения субкласове антитела; ефикасността на ваксините може да е различна в различните региони на света, влияние имат още генетичните фактори, възраст, подмяна на патогенни серотипове в популацията, мутации на патогена и

други; при инжекционните ваксини се преодоляват естествени „входни врати“ за инфекциите, каквито често са мукозните повърхности на дихателната и храносмилателната системи, и така се създава неефективен имунен отговор и вероятност за инфекция при среща с патогена.

- При немалко хора не се изграждат антитела след ваксиниране, тъй наречените нонреспондери. Например при морбилната ваксина е установено, че между 2 и 10% от ваксинираните с 2 дози не изграждат антитела.

- В други случаи е установено, че заболели ваксинирани са изградили към ваксиналните антигени високи титри на антитела, но въпреки всичко се разболяват или са безсимптомни преносители. Като такива, те са разпространителни на инфекцията сред популацията, като могат да заразят ваксинирани и неваксинирани.

- Наблюдават се мутационни процеси в патогените и масовите ваксинации могат да селектират нови мутантни ваксина-резистентни патогени, които са друга причина за понижена ваксинална ефикасност и фактор за заболяване при среща с патогена.

- Един от обществените проблеми е, че цели поколения възрастни хора нямат ваксините, които се използват понастоящем в календара за децата и съответно дори теоретично не могат да се достигнат нарочените за „защитни“ обявяваните проценти ваксинирани.

- Ваксинацията с неефикасна ваксина може да има редица неочаквани и нежелани последици – да повиши нивото на разпространение на патогените и евентуално да увеличи вирулентността им.

Всички лекарства също имат нежелани реакции, но всички те са по избор, за разлика от ваксините. Освен това, ваксините се прилагат на здрави деца, като така се създава риск за увреждането им, докато лекарствата се прилагат на вече болни лица с цел оздравяването им.

Няма как да има чиста наука в света на бизнеса по една проста причина, която се нарича конфликт на интереси.

Как тогава да повярваме на "резултатите" от "проучванията" на фармацевтичните производители, особено когато се опитват да ни внушат, че техният търговски продукт е "ефикасен" и "безопасен“.

Основен принцип в медицината е: „**Преди всичко не вреди**“. Този принцип, изглежда, в действителност не се спазва по отношение на ваксините, дори и да има теоретично желание за това.

За да има обективна информираност, както е предвидено в най-висшия ни закон – Конституцията, и за да са коректни лекарите към родителите, трябва да им обясняват за всички възможни нежелани реакции от ваксината, включително и най-тежките последствия, а това не се прави.

Прекият и непосредствен риск е този от ваксината, а не от нечий гадателски предположения за бъдещи болести и епидемии.

Правни доводи срещу задължителността на ваксините

В повечето европейски страни ваксините са по избор на родителите - там всеки преценява за детето си и в случай че откаже, не подлежи на санкции и ограничения. Някои бивши социалистически страни също се присъединиха към правовите страни в това отношение. България, със задължителния статут на ваксините, е на опашката и все още гледа към тоталитарното комунистическо минало.

Колкото и да не се харесва на някои медицински специалисти у нас, в правото няма колективна отговорност - тя винаги е лична. **Никакво несигурно събитие като евентуално спасяване на неизвестен брой хора с някаква вероятност в бъдеще време, не може да оправдае уврежданията или смъртта на нито един човек.** Затова единственият възможен и правилен път е **правото на избор с подписване на информирано съгласие преди ваксинация.** Хората, като субекти на правото, имат индивидуални човешки права.

За други медицински манипулации се иска писмено съгласие от всеки. В този случай никой не се интересува какво е образованието и здравната култура на даващия съгласие, когато се възползва от тях. Именно в това е лицемерието на здравните ни власти, според които за по-сериозни от медицинска гледна точка интервенции сме дорасли и няма значение здравната култура на обществото, но специално за преценка дали да се ваксинираме или не – „не сме способни“? Нима в цивилизованите европейски страни всички са професори, че на тях им е дадено право на избор, а на българите не?

Заразносител и евентуално опасен за обществото човек би бил единствено в момента, в който боледува от тежка инфекциозна болест и това се установи клинично и/или лабораторно, а не по принцип и предварително. Затова никой няма право да обижда здрави неваксинирани деца, като ги нарича „заразни“ и да заплашва родителите и да им оказва натиск и тормоз.

Настъпването на бъдещо несигурно събитие, каквото е потенциалното заболяване на който и да е член на обществото от каквато и да е болест, не е солиден аргумент на гражданите да им бъде отказан информиран избор относно ваксинациите.

Нормативна уредба и противоречия

Чл. 5 от Конвенцията за правата на човека и биомедицината (обн. ДВ, бр.32 от 12 април 2005 г.) гласи: *„Всяка интервенция, свързана със здравето, се извършва само със свободно и съзнателно изразеното съгласие на заинтересованото лице. Това лице получава предварително необходимата информация за целта и естеството на интервенцията, както и за произтичащите от нея последствия и рискове.“*

В §34 от обяснителния доклад към Конвенцията е посочено: *„34. Този член [5] се отнася до съгласието и утвърждава на международно ниво вече добре установено правило, което гласи, че никой не може да бъде принуждаван по принцип да се подлага на интервенция без неговото съгласие. Следователно човешките същества трябва да могат свободно да дават съгласието си или да отказват всяка интервенция, отнасяща се до тях. Това правило изяснява личната свобода на пациентите в техните взаимоотношения със здравните работници и ограничава патерналистичния подход, който пренебрегва желанието на пациента. Думата „интервенция“ се разбира в най-широк смисъл, както е посочено в Член 4 – а именно като включваща всички медицински действия и по-специално интервенции, извършвани с цел профилактика, диагностика, лечение, възстановяване или изследване.“*

Конституция на Република България: Чл. 5.(4) *Международните договори, ратифицирани по конституционен ред, обнародвани и влезли в сила за Република България, са част от вътрешното право на страната. Те имат предимство пред тези норми на вътрешното законодателство, които им противоречат.*

Според чл. 30, ал. 1 от Конституцията *всеки има право на лична свобода и неприкосновеност.*

Чл. 41.(1) *повелява, че всеки има право да търси, получава и разпространява информация.*

Чл. 47.(1) *посочва, че отглеждането и възпитанието на децата до пълнолетието им е право и задължение на техните родители и се подпомага от държавата.*

Според Закона за здравето, чл. 87, ал. 1, *медицинските дейности се осъществяват след изразено информирано съгласие от пациента; ал. 4 - Когато пациентът е малолетен или недееспособен, информираното съгласие се изразява от негов родител или настойник, освен в случаите, предвидени със закон.*

Дотук добре - изглежда, че сме правова държава, както е записано в чл. 4, ал. 1 от Конституцията. Но какво се оказва на практика по отношение на ваксините?

Чл. 58 от Закона за здравето гласи, че за предпазване на гражданите от заразни болести се правят **задължителни** имунизации?! В тази част законът нарушава ратифицирани и влезли в сила у нас редица европейски законодателни актове (не само посочената горе), Конституцията, и противоречи сам на себе си в чл. 87.

При все че Конституцията повелява право на всеки да получава и разпространява информация, реалността у нас е доста по-различна и в това отношение – по темата за ваксините не се предоставя пълноценна и обективна такава – липсва информация за всички нежелани реакции, произтичащи след ваксинация, включително дългосрочните, както и се прави всичко възможно гражданите, ратуващи за общочовешко право на избор и конституционално-постановената неприкосновеност на личността, да нямат обществена трибуна, за да споделят за нарушените си права, притесненията си и липсата на цялостна информация по отношение на ваксините и ваксинопрофилактиката.

Формуляр за съобщаване на нежелани лекарствени (и от ваксини) реакции от немедицински лица:
<http://www.bda.bg/bg/>

Актуален имунизационен календар с имената на ваксините и листовките:
<https://www.vaksinite.com/imunizacionen-kalendar/>

Епидемиологичен бюлетин - сайт на НЦЗПБ:

- http://www.ncipd.org/index.php?option=com_biuletin
- http://www.ncipd.org/index.php?option=com_biuletin&view=view&month=44&year=2017&lang=bg
- http://www.ncipd.org/index.php?option=com_biuletin&view=view&month=44&year=2017&lang=bg
- http://www.ncipd.org/index.php?option=com_biuletin&view=view&month=44&year=2017&lang=bg
- http://www.ncipd.org/index.php?option=com_biuletin&view=view&month=44&year=2017&lang=bgmonth=44
- http://www.ncipd.org/index.php?option=com_biuletin&view=view&month=44&year=2017&lang=bg
- http://www.ncipd.org/index.php?option=com_biuletin&view=view&month=44&year=2017&lang=bg
- http://www.ncipd.org/index.php?option=com_biuletin&view=view&month=44&year=2017&lang=bg
- http://www.ncipd.org/index.php?option=com_biuletin&view=view&month=44&year=2017&lang=bglang=bg

Епидемиологичен бюлетин по седмици и месеци - сайт на НЦОЗА:

- http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content
- http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=171:zar-zab&catid=96&Itemid=640&lang=bg
- http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=171:zar-zab&catid=96&Itemid=640&lang=bgview=article
- http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=171:zar-zab&catid=96&Itemid=640&lang=bg
- http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=171:zar-zab&catid=96&Itemid=640&lang=bgid=171:zar-zab
- http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=171:zar-zab&catid=96&Itemid=640&lang=bg
- http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=171:zar-zab&catid=96&Itemid=640&lang=bgcatid=96
- http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=171:zar-zab&catid=96&Itemid=640&lang=bg
- http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=171:zar-zab&catid=96&Itemid=640&lang=bgItemid=640
- http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=171:zar-zab&catid=96&Itemid=640&lang=bg

→ http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=171:zar-zab&catid=96&Itemid=640&lang=bglang=bg

Наредба 15/05 за имунизациите в Република България:

<https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135504228>

Сайт с голяма база данни научна информация за рисковете от ваксините:

<http://medscienceresearch.com/>

Сайт на български с информация относно ваксините:

<https://www.vaksinite.com/>

Сайт с преведени на български филми и книги:

<http://vaksini.eu/>

Документът е изготвен от Фейсбук група „Ваксини и профилактика – информиран избор“.

<https://www.facebook.com/groups/161283897242551/>

Информацията е събрана благодарение на труда на много хора в България и други страни, сърцатостта и желанието им родителите по света да могат да се възползват от правото си на информиран избор относно ваксинопрофилактиката.