

**«Что делать приходскому священнику в условиях спорного отношения к вакцинопрофилактике? За или против?»**

*Протоиерей Сергей Филимонов - профессор, д.м.н., кандидат богословия, председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга им. свт. Луки (Войно-Ясенецкого)*

*Закревская А.В. - врач-вирусолог, к.м.н.*

*Романова М.А. - врач-инфекционист*

Действительно ли нужно защищаться от противников вакцинопрофилактики или, все-таки, следует задуматься и задать вопрос: «Почему постоянно будоражится эта тема и есть ли за этими вопросами конкретные проблемы, которые не разрешаются и от которых отгораживаются врачи, священники, церковь и почему на соответствующие вопросы не даются ответы.

В основе мнения «за» вакцинопрофилактику лежит, во-первых, национальная безопасность государства, а именно устойчивость к искусственно вызываемым эпидемиям.

Известно, что биологическое оружие существует не одно десятилетие, и в наши дни продолжает разрабатываться. Оно применялось во время холодной войны, об этом есть соответствующие материалы и соответствующие статьи. Применение его во время военных действий приводит к массовой гибели людей от инфекционных заболеваний. Если обратиться к истории медицины и к итогам Великой Отечественной войны, мы увидим, что в результате инфекционных заболеваний (в том числе и во время войны в Афганистате) санитарные потери за счет инфекционных заболеваний были в несколько порядков выше, чем за счет огнестрельных ранений. История Великой Отечественной войны и других локальных войн доказывают, что инфекционные заболевания играют большую роль во время военных конфликтов. Кроме того, искусственные эпидемии могут происходить и в мирное время. Поэтому, с одной стороны, на гриппы «куриный, свиной, собачий» можно смотреть с политической точки зрения, а с другой стороны, можно смотреть как на момент апробации: есть ли вакцина в стране, по какому сценарию будет проходить эпидемия в том или ином государстве, какая будет реакция. Поэтому здесь вопросы военные и политические и мы не можем расставить до конца все точки над «и».

**Вторым** важным основанием мнения «за» является профилактика инвалидности и смертности в результате особо опасных и основных тяжелых инфекций.

Статистика показывает, что в настоящее время 30-40% школьников заболевает инфекционными заболеваниями, до 20% из них госпитализируется. При этом частота осложнений составляет: отит - 18,5%, астма - 10,3%, крупп - 3%, пневмония - 3%. От заболевших детей заражается 17% родителей. В развитых странах во время эпидемии погибает до 30-40 тысяч детей.

Ежегодно в России, благодаря вакцинопрофилактике, сохраняется жизнь и здоровье около 3-х млн. человек.

В таблице 1 представлен национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации (от 2002 года с изменениями от 30.10. 2007 года).

Таблица 1.

Возраст	Профилактируемые заболевания и вакцины
Новорожденные (в первые 24 часа жизни)	Гепатит В
Новорожденные (3 -7 дней)	Туберкулез (БЦЖ-М, БЦЖ)
Дети: 3 месяца	Гепатит В, дифтерия, коклюш, столбняк (АКДС), полиомиелит (ИПВ)
4,5 месяца	Дифтерия, коклюш, столбняк (АКДС), полиомиелит (ИПВ)
6 месяцев	Гепатит В, дифтерия, коклюш, столбняк (АКДС), полиомиелит (ИПВ)
12 месяцев	корь, краснуха, эпидемический паротит
18 месяцев	Ревакцинация: АКДС, ИПВ
20 месяцев	Ревакцинация: ИПВ
6 лет	Ревакцинация: корь, краснуха, эпидемический паротит
6-7 лет	Ревакцинация: дифтерия, столбняк (АДС-М)
7 лет	Ревакцинация: БЦЖ
14 лет	Ревакцинация: АДС-М, БЦЖ, ИПВ
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация: АДС-М каждые 10 лет



Одним из наиболее ярких примеров успеха массовой вакцинопрофилактики является история победы над **натуральной оспой**:

- В XVIII веке от натуральной оспы в России умирал каждый 7-ой ребенок;
- В XX веке вирус унес жизни 300—500 миллионов человек;
- В конце 1960-х оспа поражала 10-15 млн. непривитых людей;
- В 1967 г. ВОЗ принимает решение об эрадикации натуральной оспы с помощью массовой вакцинации человечества;
- В 1977 г. в Сомали был описан последний случай заражения натуральной оспой естественным путем;
- 8 мая 1980 года XXXIII Генеральная ассамблея ООН заявила о полной победе человечества над натуральной оспой.

**Рис. 2** – девочка из Бангладеш, пораженная оспой, 1977 г.

**Полиомиелит** - высокозаразное заболевание, характеризующееся поражением серого вещества спинного мозга. В одном из 200 случаев инфицирования развивается необратимый паралич: обычно ног, 5-10% парализованных умирают в результате иммобилизации дыхательных мышц. Полиомиелит поражает, в основном, детей в возрасте до пяти лет.

График заболеваемости полиомиелитом представлен на рисунке 3.

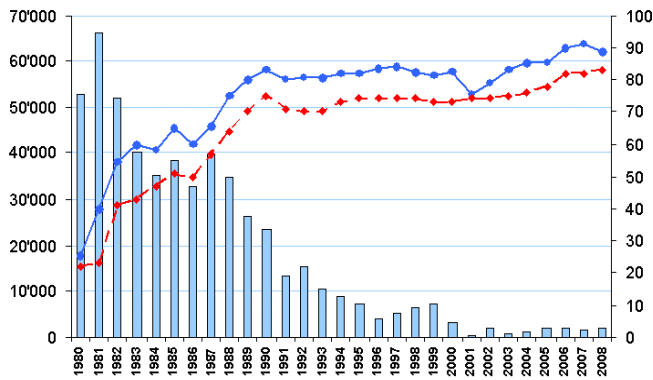


Рис. 3

Число случаев  
 Охват вакцинацией (%)

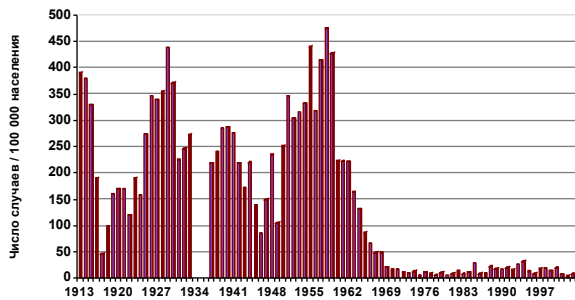


Рис. 4 - Полиомиелит поражает, в основном, детей в возрасте до пяти лет.

В 1988 году началась программа по ликвидации полиомиелита, в 2008 год зарегистрирован 1731 случай заболевания. Количество заболеваний пошло на убыль.

Рисунок 5 отражает заболеваемость **коклюшем** в СССР/России в 1913-2003 гг. (на 100 тыс. населения).

Рис. 5



Из графика видно, что с 1961 года после начала массовой вакцинации происходит резкий спад заболеваемости.

**Столбняк** – острое инфекционное заболевание, характеризующееся сильнейшими спазмами скелетной мускулатуры, причиняющими невыразимое страдание.

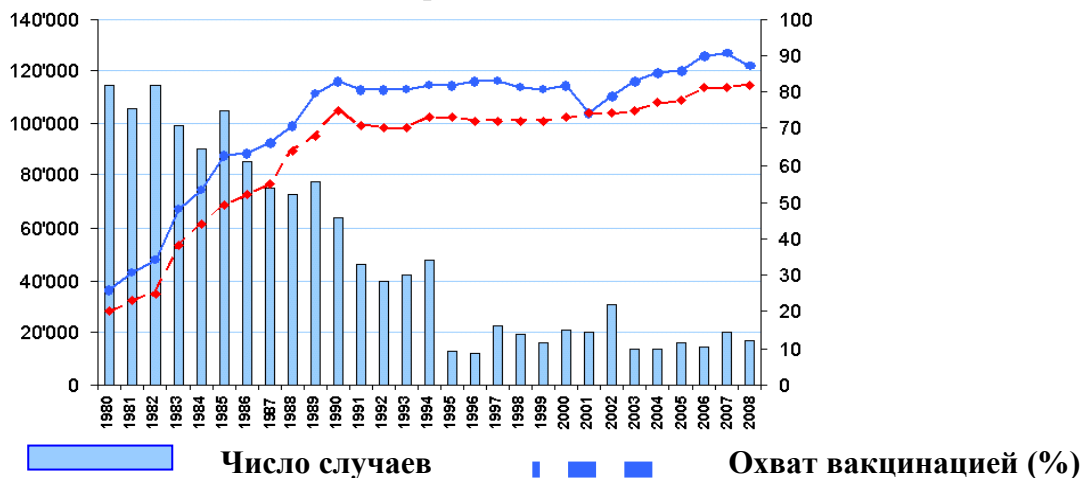
Летальность при заболевании столбняком очень высока. Даже при применении современных методов лечения умирает 30—50 % заболевших. Болеют преимущественно новорожденные, у которых инфицирование происходит через пуповину и дети, чаще мальчики до 15 лет, в связи с повышенным травматизмом в этом возрасте.

Абсолютное количество случаев заболевания столбняком в мире и охват вакцинацией за 1980 – 2008 гг. представлено на рисунке 7.



**Рис. 6** - Столбняк – острое инфекционное заболевание, характеризующееся сильнейшими спазмами скелетной мускулатуры, причиняющими невыразимое страдание.

**Рис. 7**



**Таблица 8.** Количество случаев заболеваний столбняком в России с 1991 г по 2008 г.

год	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2008
число случаев	74	96	70	53	49	33	31	35	15	11

**Дифтерия** – заболевание, характеризующееся токсическим поражением организма, преимущественно сердечно-сосудистой и нервной систем, а также образованием фибриновых пленок в месте входных ворот инфекции. Болеют преимущественно дети. Асфиксия при дифтерии гортани чаще развивается у детей, т.к. у них более узкий просвет гортани, по сравнению со взрослыми. На ранних сроках дифтерию зева довольно сложно дифференцировать от банальной ангины, вследствие чего противодифтерийная терапия часто назначается несвоевременно, когда уже развиваются осложнения: миокардит (который, как правило, протекает крайне тяжело), парезы и параличи периферических нервов и др.

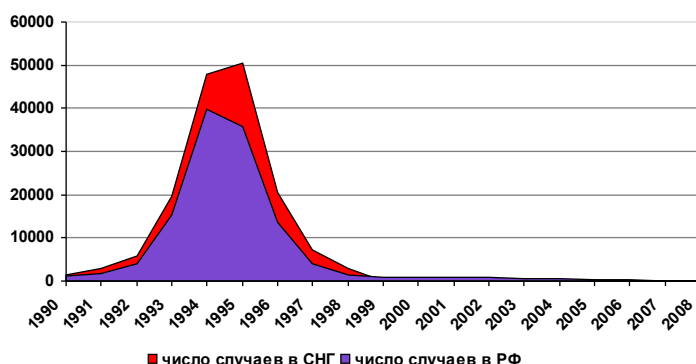


**Рис. 9** - Сопор, «бычья шея» при токсической дифтерии.

В Санкт-Петербурге была вспышка дифтерии в середине 90-х годов, с высокой смертностью. С 1990 по 1999 гг было зарегистрировано 158 тыс случаев дифтерии и 4 000 случаев летальных исходов. Об этом следует помнить. После охвата вакцинацией 90% детей и 83% взрослых вспышка была ликвидирована и в 2008 году в РФ было зафиксировано 54 случая.

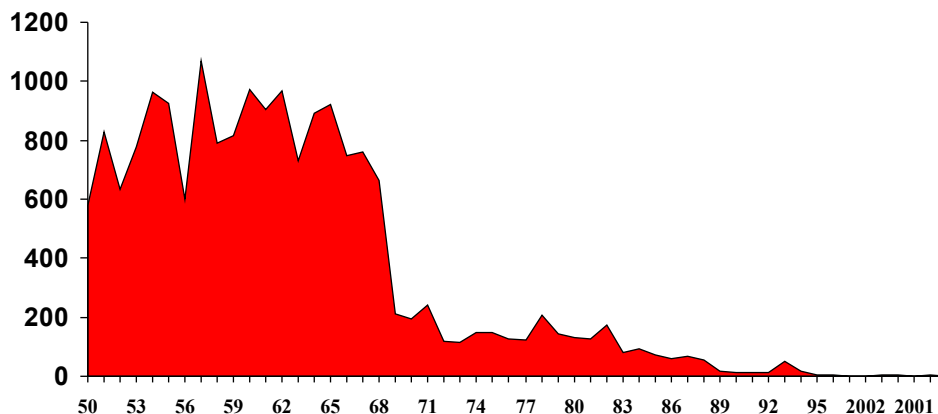
На рисунке 10 представлено число зарегистрированных случаев дифтерии во время эпидемии в России и странах СНГ в 90-е годы.

**рис. 10**



Плановая вакцинация против **кори** была начата в 1968 г., плановая ревакцинация - в 1986 году, в 2008 году в России зарегистрировано всего 27 случаев кори (рисунок 11).

**Рис. 11.** Заболеваемость корью в СССР-России в 1950 – 2003 гг. (на 100 тыс. населения)



**Вирусный гепатит В** - инфекционное заболевание, при хроническом течении которого высока вероятность развития цирроза и рака печени, так как вирус гепатита В онкогенен. У новорожденных и детей раннего возраста из-за неадекватного иммунного ответа гепатит В, как правило, переходит в хроническую форму и течет агрессивно (вероятность хронизации у новорожденных > 90%, у взрослых – 5-7%). Можно заразиться при использовании чужих бритв, зубных щеток, в салоне красоты (маникюр, педикюр, пирсинг, тату и др.), в кабинете стоматолога и других специалистов, половым путем (при гепатите С - крайне редко), в быту, от матери во время беременности, родов. Группа риска: все человечество. Сейчас в мире два миллиарда человек инфицировано вирусом гепатита В (почти 1/3).

**Рис. 12**



\*2000 год - начало массовой вакцинации против гепатита В

Начиная с 2000 года количество заболеваний падает и к 2008 году наблюдается снижение заболеваемости в 10 раз, то есть результат - достаточно эффективный.

По данным ВОЗ с 1990 года 2007 год отмечается значительный рост заболеваемости **туберкулезом** на большей части территории России: в среднем с 25-49 случаев до 100-299 случаев на 100 тысяч населения.

Основным аргументом **противников вакцинации** являются осложнения и инвалидность детей в результате вакцинопрофилактики.

Необходимо отметить, что такие явления действительно присутствуют и **на них нельзя закрывать глаза ни врачам, ни священникам**. В связи с этим, следует подробнее остановиться на терминологии.

**Вакцинальные реакции** - клинические и лабораторные изменения, отражающие процесс формирования поствакцинального иммунитета, не влияющие на состояние здоровья и не требующие медицинского вмешательства. То есть, это естественная реакция, которая возникает в результате введения прививки.

Различают:

- местные вакцинальные реакции: уплотнения тканей, гиперемия диаметром до 2 см и/или незначительная болезненность в месте введения вакцины;
- общие проявления: повышение температуры до 37,4° С, отсутствие аппетита, раздражительность, слабость.

**Побочное действие вакцин** – это непредвиденная отрицательная реакция организма человека, связанная с медицинским применением вакцины в дозе, указанной в инструкции по применению препарата.

Побочные действия вакцинации разделяются на поствакцинальные реакции и поствакцинальные осложнения.

**Поствакцинальные реакции** - клинические и лабораторные изменения, отражающие процесс формирования поствакцинального иммунитета, не влияющие на состояние здоровья и не требующие медицинского вмешательства.

Местные поствакцинальные реакции:

- гиперемия и (или) инфильтрат более 2 см в Ø;
- лимфангит;
- лимфаденит.

Общие поствакцинальные реакции:

- повышение температуры тела  $\geq 37,5^\circ$ ;
- другие проявления интоксикации (головная боль, нарушение сна, аппетита).

**Поствакцинальное осложнение (ПВО)** – клиническое проявление тяжелых и/или стойких (более 3 месяцев) патологических изменений в организме пациента, связанное с вакцинацией, которые вне зависимости от вида вакцин:

- требуют госпитализации или ее продления;
- приводят к временной или выраженной нетрудоспособности, или инвалидности;
- приводят к пороку развития;
- приводят к другим тяжелым или необратимым последствиям

К числу наиболее тяжелых, хотя и редко встречающихся осложнений, следует отнести синдром Стивенса – Джонсона (рис. 13) – острое тяжелое токсико-аллергическое заболевание, сопровождающееся генерализованными высыпаниями на коже и слизистых оболочках. Возможен отек Квинке (рис. 14).





**Рис. 13** - Синдром Стивенса – Джонсона



**Рис. 14** - отек Квинке.

**Медицинские проблемы вакцинопрофилактики, влияющие на возникновение и стимулирующие активность антипрививочного движения:**

- развитие поствакцинальных реакций и осложнений, которые могут привести к болезни здорового ребенка и смерти;
- использование вакцинных препаратов, которые часто вызывают прививочные реакции и могут приводить к серьезным осложнениям;
- формальный подход к иммунопрофилактике, при котором не учитываются индивидуальные особенности ребенка;
- отсутствие полноценного информирования до прививки, из-за чего родители ребенка не получают объективную информацию о необходимости вакцинации, последствиях отказа от нее, возможных реакциях и осложнениях;
- административные методы решения медицинских вопросов, в частности регламентирование уровня охвата прививками.

В основании аргументов противников вакцинации лежит **ряд объективных причин**, которые имеют место быть и дискредитируют вакцинопрофилактику, как таковую:

- низкое качество вакцин (содержание иммуногенных примесей, вызывающих аллергизацию у детей, нарушение условий доставки и хранения вакцин, нарушение техники введения);
- мошенничество при сертификации (недобросовестная работа ряда лабораторий на территории РФ, которые подтасовывают результаты исследований и выдают сертификат соответствующего качества, а качество вакцины не соответствует тому, что указано в сертификате);
- интересы бизнеса;

*Примером* этому может служить, широко и повсеместно рекламируемая, четырехвалентная вакцина ГАРДАСИЛ® американской компании «Мерк», используемая для профилактики предраковых состояний. Компания делает деньги на проблемах людей, на их переживаниях. Вакцина разрешена к широкому использованию FDA в июне 2006. В России эту вакцину уже активно предлагают многочисленные коммерческие и медицинские учреждения для вакцинации девочек и женщин от 9 до 26 лет. Широко пропагандируемая недостаточно изученная вакцина, применяется лечебными учреждениями и стоит около 30 000 рублей за полный курс вакцинации;

- экспериментальный характер некоторых вакцин;
- несоблюдение медработниками правил вакцинации;

*Пример* - массовая вакцинация в детском саду без предупреждения и согласия родителей, учета состояния ребенка (например, недавно перенесенного ОРВИ).

*Перед медработниками поставлен план о необходимости провести вакцинацию, и они даже не оповещают родителей и не то, что не говорят о том, какие осложнения имеет вакцина, а приходят в садик, вакцинируют детей и родители получают провакцинированных детей. Конкретный случай, который был у нас в приходе, когда одна из мам отдала ребенка в садик, после выздоровления (была температура до 39, ребенок переболел ОРЗ) и через 2 дня без*

*предупреждения ребенок был провакцинирован. Естественно, температура поднялась до 40 и дело почти дошло до госпитализации, чудом ребенок избежал осложнений. И это не единственный случай, когда нарушаются элементарные правила. Сказано всех привить, и никто не вникает: больной ли ребенок, с ослабленным ли иммунитетом, согласны ли родители. Это является грубым нарушением правил вакцинопрофилактики;*

- упрощенный подход руководства детских учреждений к вакцинации и боязнь наказания со стороны органов Роспотребнадзора (важен процент охвата прививками, а не состояние здоровья детей).

То есть, одна проблема порождает преступный подход к этому профилактическому вмешательству в природу человека. Однако, именно такая система, из-за удобства с организационной точки зрения, продолжается пропагандироваться среди врачей и чиновников здравоохранения, причастных к вакцинопрофилактике. Первоочередной задачей медицинских работников должно быть сохранение здоровья детей, а не прибыль от процента охвата прививками и до настоящего времени прививки в роддомах делают без предупреждения родителей. Это грубейшее нарушение правил вакцинопрофилактики. Это факты вопиющие, они имеют место.

Таким образом, на антипрививочную пропаганду необходимо в настоящее время смотреть через призму промысла Божия: с одной стороны, через нее раскрываются слабые места современного здравоохранения, с другой стороны - доверие людей этим идеям свидетельствует об их менталитете.

Синод РПЦ 1803 года, и высказывания Святейшего Патриарха Кирилла относительно вакцинопрофилактики, МЧС говорят о том, что церковь благословляет проведение вакцинопрофилактики, если при этом не наносится вред здоровью человека. Решения Синода 1803 года никто не отменял, поэтому каждый священнослужитель призывается к тому, чтобы разъяснять населению и своим прихожанам, что вакцинопрофилактика необходима и для национальной безопасности, и для их здоровья, и для профилактики осложнений и смертности.

Опыт других стран с развитой научно-технической базой (Америки, Китая, Японии, стран Европы) также свидетельствует о преобладающей пользе вакцинопрофилактики.

Поскольку контекст изменился и ситуация с качеством вакцин резко ухудшилась, то священник не может благословить своего прихожанина на вакцинопрофилактику, если знает, что уже есть серьезные осложнения от этой вакцины у кого-то из его прихожан, то есть священник идет как бы в разрез с общецерковными и медицинскими постановлениями.

Нерешенная проблема вакцинопрофилактики формирует область для разногласия и раскола в православной среде.

Священник оказывается в «патовой ситуации». Сложность заключается в том, что *с одной стороны*, священник не может оставаться равнодушным к проблемам своих прихожан и их семей, и обязан исполнять благословение священноначалия, Синода, Святейшего Патриарха, а *с другой стороны*, не имеет права вмешиваться в сферу, в которой он некомпетентен. Как быть священнику в такой ситуации?

Для того, чтобы разумно из нее выйти, необходимо изменить сам подход к этому вопросу. Необходим индивидуальный подход с рассуждением к каждому ребенку, к каждой семейной паре, к каждой конкретной ситуации, с молитвой к Богу.

Насколько мне известно, в развитых странах Европы имеет место тенденция, чтобы вакцинопрофилактика была селективной. Например, если военных отправляют в район боевых действий, им прививают вакцину от натуральной оспы, если военные отправляются в Афганистан или Австралию, или еще куда-то, им прививают определенные необходимые вакцины, с учетом эпидемической ситуации в регионе.

Групповой, массовый подход устарел, необходима селективная (избирательная, индивидуальная) вакцинопрофилактика. Если священник знает, что в данной поликлинике, где наблюдаются его прихожане, *уже были осложнения от этой вакцины* или *ребенок в настоящее время болеет*, то он может не благословить на вакцинацию, и в таком случае отступить от церковных и медицинских постановлений.



Священники на местах должны иметь возможность гибко решать вопрос о благословении на прививки, нельзя говорить о том, что один священник прав, что он благословляет, а другой не прав, что не благословляет вакцинопрофилактику. Должен быть индивидуальный подход, нужно отходить от старого правила «группового охвата».

В то же время, необходимо дать возможность родителям думать и самим принимать решения. Мы не можем заставлять родителей делать прививки своим детям, это будет противозаконно и вызовет конфликты, скандалы и недоверие. Здесь наиболее остро встает вопрос о достаточном санитарном просвещении священнослужителей и родителей, информированности их об эпидемиологической ситуации в стране, возможных последствиях вакцинации и рисках отказа от нее. Здесь выход не в насилии, а в том санитарном просвещении, которое на данный момент разрушено и отсутствует.

Таким образом, если прихожанин или какая-либо семья обращаются с просьбой: «Благословите делать прививки», то священник может сказать: «Бог благословит. Но имейте в виду, что вы должны соблюдать правила вакцинопрофилактики, вы должны знать, что от прививок бывают осложнения, и поэтому должны принять решение - будете их делать или нет». Тогда семья сама делает выбор по своей доброй воле, в таком случае конфликта не возникает.

В противном случае, конфликт неизбежен, т.к. нет взаимного согласия – того, о чем говорят все биоэтические документы. Необходимо информированное согласие, а если его нет, то тогда пациенты, дети, родители не являются согласными с проводимыми мероприятиями.

Священник говорит: «Я помолюсь о вас Богу».

Священник, который не благословляет делать вакцинопрофилактику, тоже не согрешает. Если он все взвесил и видит состояние здоровья ребенка, видит состояние прихода, знает, какие вакцины используются, а также знает протест и нежелание родителей, он может сказать: «Благословляю не делать прививки. Я помолюсь за вас Богу, чтобы Господь вас хранил. Но имейте в виду, что если вы не будете делать прививки, то возможны такие-то осложнения. Вы должны понимать меру ответственности, которую несете за своего ребенка перед Богом и перед своей совестью». Может быть, пройдет какое-то время, и родители изменят свое решение.

В случае протеста, нежелания родителей выполнить вакцинацию священник не может насилловать их волю, навязывать свое мнение, иначе он станет не глашатаем воли Господа, а душеприказчиком.

Проблема прививок слишком сложна, чтобы допустить упрощенческого к себе отношения. В настоящее время необходима переоценка сложившихся представлений о вакцинации с позиций современной науки. Мы не должны уподобляться строю солдат, которым нужно выполнить задачу, несмотря ни на какие преграды. Это не армия! Родители должны знать законы, декларирующие их права на свободу и информированный выбор.

Однако, такой выбор возможен лишь в том случае, если у родителей есть доступ как к информации «за», так и к информации «против» вакцинации. Эта информация должна быть открытой, достоверной и доступной для всех заинтересованных лиц, тогда не будет почвы для тех людей, которые занимаются антипрививочной пропагандой.

Вакцинация в роддомах весьма опасна. Так, в первые часы и дни жизни ребенка не всегда можно выявить патологию периода новорожденности, а, следовательно, уменьшить негативные последствия вакцинации. В роддомах необходимо направить деньги не на вакцинацию новорожденных в первые 12 часов жизни, а тщательный скрининг проявления иммунодефицитных состояний, с целью установления тех или иных наследственных заболеваний. В западных странах уже несколько десятилетий проводится оценка иммунного статуса сразу после рождения ребенка.

Также необходимо изменить подход к вакцинопрофилактике. Надо переходить к индивидуальной и селективной вакцинации. Т.е. применение различных методов и средств вакцинации для создания иммунитета у каждого прививаемого человека. И в настоящее время есть все основания предполагать, что индивидуальный подход при вакцинации позволит избежать большинства поствакцинальных осложнений и негативных реакций на прививку.

Таким образом, священник должен полагаться на волю Божию, однако, объясняя прихожанам все, что может произойти в результате их выбора и решений. Он должен ориентироваться на конкретную ситуацию, в которой находятся его прихожане, а не смотреть через призму научных данных, опубликованных в тех или иных книгах. Т.е. человек должен встать на первый план, а все документы, которые имеют место быть, должны иметь серьезное, но вспомогательное значение.