

ДЕНИС ИВАНОВ



ОЧЕ COVID НЫЙ

ОБМАН

АФЕРА НА ЗДОРОВЬЕ

Денис Викторович Иванов

ОчеCOVIDный обман.

Афера на здоровье

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=66659584

Д. В. Иванов. ОчеCOVIDный обман. Афера на здоровье: ООО

«Издательство Родина»; Москва; 2022

ISBN 978-5-00180-398-0

Аннотация

К моменту написания книги за плечами автора опыт преподавания в медицинском институте более 9-ти лет, многочисленные выступления на международных конференциях. Также Д. В. Иванов в течение 4-х лет представлял российскую медицинскую науку в Китайской Народной Республике. Правительством КНР он признан специалистом высшей категории – категории А. Бесценный опыт, полученный благодаря работе с китайцами, позволил изучать образ жизни, культуру, традиции данной страны, а также дал автору возможность уже в феврале 2020 года сделать чёткие выводы о происходящем в Китае, мире и в России – в связи объявленной пандемией covid-19...

«Не удивлюсь, если для кого-то данные материалы будут знакомы, а для некоторых они могут стать полным откровением.

Зато после прочтения, как говорится, все пазлы должны сложиться в общую картину!», – уверяет автор, добавляя, что составление книги было построено с учётом клинического опыта, научной и преподавательской деятельности.

Рассчитана на широкий круг читателей.

Содержание

Пролог	8
Часть I. Подготовка к событиям	13
1. О ВОЗ	14
История создания ВОЗ	14
Основные задачи и направления деятельности ВОЗ	18
Подчинённость и функции Всемирной организации здравоохранения	21
Структура ВОЗ	24
Отношения ВОЗ и России	27
Полномочия и возможности ВОЗ	31
Финансирование ВОЗ	32
Структуры, которые оказывают влияние на политику ВОЗ	41
О главе ВОЗ	47
Подготовка к событиям 2020	50
2. Международные медико-санитарные правила	57
Возможности и ответные меры в области эпиднадзора	60
ММСП и ЧСОЗМЗ в действии	69
3. Изменение понятий, определений	71
4. Репетиции	81

5. Финальный прогон	95
Интересный документ	107
Пару слов о ПЦР	114
Часть II. Спектакль 2020	119
1. Занавес открывается	120
2. Динамика развитий	133
Публикации в соцсетях	138
Интересные графики	156
3. Адекватность терапии	183
О фармакологии	188
Терапия без лекарств	203
4. К вопросу о смертности	212
5. Цензура и ложь	228
Доклад из палаты представителей	236
Свидетельства очевидцев	242
6. Спасительный эликсир	251
Как нужно проводить исследования	261
Вакцинация продолжается	267
Письмо учёных к ЕМА	274
Письмо Босше	276
Подтверждение опасений учёных	282
Необходимость, эффективность, безопасность?	288
7. Последствия принятых мер	302
Здоровье семьи	304
Нарушения психического здоровья	313

Здоровье и психика детей	324
Процессы в обществе	346
Часть III. Что делать?	359
1. Социальные проблемы и их решение	359
Нужна ли так ВОЗ?	361
2. Вопросы образования	371
3. Место науки	382
4. Какая должна быть медицина	390
Размышления о здоровье	390
Русский врач	397
5. Человек и его роль в мире	406
Эпилог	422

Денис Иванов
ОчеCOVIDный обман.
Афера на здоровье

© Иванов Д. В., 2022

© ООО «Издательство Родина», 2022

* * *

Пролог

К моменту написания данной книги за плечами автора опыт преподавания в медицинском институте более 9 лет, многочисленные выступления на международных конференциях с докладами на научные темы. Одно дело читать лекционный материал или выступать с докладом перед узкоспециализированными специалистами, и совсем другое дело доносить информацию до человека далёкого от медицины и науки. В понятие «донести» вкладывается не физическое действие – передать напечатанный материал, а процесс познания. Это в реальном общении с человеком можно спросить: «А что вы поняли из услышанного?» Когда реального общения нет и читатель погружается в изучение материала, то задача резко усложняется. Необходимо изложить факты и написать так, чтобы были понятны суть и содержание любому читателю, вне зависимости от того, какое у него образование – техническое или гуманитарное. В этом автору помог уже более чем 30-летний опыт общения с пациентами. Чрезвычайно важно объяснить пациенту, почему он должен следовать именно твоим рекомендациям, чтобы поправить изменения в своём состоянии здоровья. Приведу простой пример. Очень часто молодые врачи, приступая к работе, говорят своим пациентам: *«Вам нужно регулярно заниматься спортом»*. На этом разъяснения заканчиваются, и

пациент остаётся в некотором недопонимании, что ему делать в реальности и зачем. А ведь это необходимо разъяснить с учётом образования, возраста, профессии и т. п. Человеку с техническим образованием я говорю таким образом: *«Вам необходимы ежедневные дозированные физические нагрузки в виде прохождения 4000 шагов в среднем темпе, чтобы ваш мотор (сердце) прокачивал кровь»*. А для человека с гуманитарным мышлением надо говорить иначе: *«Вы знаете, вам нужно каждый день осуществлять прогулки хорошим темпом не менее 40 минут, чтобы убрать гормоны стресса из организма»*. Тогда пациенту становится более понятно, что он должен делать.

Составление книги было построено с учётом клинического опыта, научной и преподавательской деятельности. Крайне тяжело заинтересовать ребёнка высшей математикой, если ему сразу рассказывать об интегралах, когда он даже не знает таблицы умножения. Мозг просто заблокирует восприятие информации, и интерес к данному предмету будет потерян на некоторое время, а возможно и навсегда. Так и в данной книге. Если сразу процитировать выводы, то читатель не поймёт логику или, ещё хуже, посчитает заключение просто бредом. Перед написанием данной книги автор прошёл несколько стадий, когда менялось его восприятие событий после получения новой информации. Всё началось в феврале 2020 года. Для читателя хочу акцентировать внимание, что мне посчастливилось представлять российскую ме-

дицинскую науку в Китайской Народной Республике в течение 4 лет. Правительством КНР я признан специалистом категории А – это высшая категория. Бесценный опыт, полученный в течение 4 лет работы с китайцами, позволил мне изучить *немного* образ жизни, культуру, традиции данной страны. Я пишу «немного», потому что невозможно понять и изучить жителей Поднебесной! Таким образом, полученные знания позволили мне уже в феврале 2020 года сделать чёткие выводы о происходящем в Китае, мире и в России...

Стадии трансформации осознания происходящего и соответственно образа действий менялись поэтапно. Первая реакция на информацию похожа более на шоковую – что случилось? что происходит? На данном этапе возникает некоторая растерянность, недопонимание, несоответствие с твоими знаниями, нарушение привычного образа жизни, мировоззрения. На следующем этапе трансформации возникает уже осознание того, что происходит и как на это реагируют другие, в частности, политики, чиновники, организаторы здравоохранения. И тут уже появляется чувство, напоминающее раздражение, злость, и практически постоянно задаёшь вопросы: «Что они делают? Что они творят?» Появляется понимание, как надо делать, и тут возникают новые эмоции и восклицания – это ошибка, эти действия неверные, так будет только хуже! Когда твои возгласы и призывы остаются не услышанными и создаётся впечатление, что ты остался один, наступает следующая стадия. Это стадия безразличия,

равнодушия, разочарования, апатии. Здесь более характерно высказывание по типу «Да делайте, что хотите!», «Меня это не касается», «А что я могу изменить?», «Я же не принимаю решения». Радует, что каждая из описанных выше стадий временна и они проходят. Вопрос только в том, как быстро пройдёт каждая из вышеперечисленных стадий. Описанные изменения проходят все люди, только каждый в своё время и длительность каждой стадии сугубо индивидуальна. И наконец наступает очередная стадия, на которой эмоции, чувства, переживания, сомнения отступают на второй план и доминантой становится фаза действий. Появляется осознание, что так продолжаться больше не может. Возникает мысль: «Надо что-то делать!» И оказывается, что ты не один, что вокруг много людей, разделяющих твои взгляды. Происходит переход к решительным действиям. Если читатель попытается проанализировать написанное в этом абзаце, то он наверняка очень отчётливо вспомнит, что с ним так уже было в его жизни. Так действительно и происходит.

Черода последовательных решительных действий привела меня к написанию данной книги. И как автор я должен выразить слова глубокой благодарности моим наставникам, родным и близким, кто поддерживал меня и помогал в создании данной книги. Без помощи моих коллег вряд ли был бы написан данный материал. Не удивлюсь, если для кого-то данные материалы будут знакомы, а для некоторых они могут стать полным откровением. Зато после прочтения, как

говорится, все пазлы должны сложиться в общую картину!

Ну что ж, время начинать, вперёд!

Часть I. Подготовка к событиям

Никакие злодеи и преступники не натворили в мире столько зла, не пролили столько человеческой крови, как люди, хотевшие быть спасителями человечества.

С. Франк

Любой экспромт должен быть хорошо подготовлен. Действительно, если хочешь добиться успеха или получить результат, надо хорошо и тщательно готовиться. Иногда подготовка занимает многие годы. В этой главе будут представлены материалы, которые позволят читателю понять, как шли изменения в определённых международных структурах и для чего это всё делалось.

1. О ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – один из ведущих центров мирового управления. Эта организация сыграла и играет одну из ключевых ролей в текущей ситуации, связанной с так называемой «пандемией» и вакцинацией.

Вопрос «почему наши власти продолжают настаивать на применении мер против коронавируса, в то время когда очевидна их неэффективность» выводит нас на проблему международного, мирового управления.

Но ВОЗ здесь является лишь инструментом определённых сил. Постараемся разобраться, что это за силы. Для этого сначала кратко рассмотрим, что из себя представляет эта организация, и затем рассмотрим механизмы, с помощью которых она управляет ситуацией в России.

История создания ВОЗ

На состоявшейся в 1945 году встрече по поводу создания *Организации Объединённых Наций (ООН)* дипломаты, помимо прочего, обсудили также вопрос о создании глобальной организации здравоохранения. Идея очень логичная, чтобы всем вместе решать проблемы. Вопрос только – в чьих руках оказывается данная идея и какие реальные цели она пресле-

дует. Этот вопрос будет неоднократно подниматься в этой книге в том или ином аспекте.

Первым органом, занимавшимся межнациональным сотрудничеством в вопросе общественного здравоохранения, был Константинопольский высший совет здравоохранения, образованный в 1839 году. Его основными задачами были контроль за иностранными судами в турецких портах и противоэпидемические мероприятия по предупреждению распространения чумы и холеры. Позднее подобные советы были созданы в Марокко (1840 год) и Египте (1846 год).

В 1851 году в Париже прошла I Международная санитарная конференция, в которой участвовали 12 государств, в том числе и Россия. Итогом работы этого форума предполагалось принятие Международной санитарной конвенции, которая определила порядок морского карантина в Средиземном море. Однако достигнуть этого результата удалось только в 1892 году в отношении холеры, а в 1897 – в отношении чумы.

В начале XX века были основаны ещё две межправительственные организации здравоохранения: в 1902 году Пан-американское санитарное бюро (Вашингтон, США), в 1907 году – Общественное бюро гигиены в Европе (Париж, Франция). Главной их функцией было распространение информации об общих вопросах медицины (особенно об инфекционных заболеваниях). После Первой мировой войны, в 1923 году стала функционировать Международная организация

здравоохранения Лиги Наций (Женева, Швейцария), а по окончании Второй мировой войны – в июле 1946 года – в Нью-Йорке в соответствии с решением Международной конференции по здравоохранению было решено создать ВОЗ.

ВОЗ была основана 7 апреля 1948 года со штаб-квартирой в Женеве (Швейцария). Осуществляет свою деятельность в соответствии с Уставом организации, утвержденном на Международной конференции здравоохранения в Нью-Йорке, проходившей с 19 по 22 июля 1946 года. Под этим документом поставили свои подписи представители 61 государства. Устав ВОЗ вступил в силу 7 апреля 1948 года, и с этого же дня организация приступила к своей деятельности. С 1950 года 7 апреля ежегодно отмечается как Всемирный день здоровья. В настоящее время в состав ВОЗ входит 194 государства (в том числе Россия).

Первое, с чего начали работу, – это создание международной классификации болезней. Потом они длительное время занимались различными программами по ликвидации инфекционных болезней. В 1974 году на Всемирной ассамблее здравоохранения принимают резолюцию разработки расширенной программы иммунизации для получения доступа к основным вакцинам для детей. ВОЗ разработала данную программу с помощью ЮНИСЕФ, ГАВИ, Альянса по вакцинам и других партнёров. Далее в течение двенадцати лет, с 1967 по 1979, занималась искоренением оспы и считает это своим серьёзным достижением. В 1978 году прохо-

дит международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, которая определяет свою историческую цель – «здоровье для всех». Хорошая цель, действительно благородная. В 1990 году исключает гомосексуализм из списка психических заболеваний. В 2003 году ВОЗ принимает рамочную конвенцию по борьбе против табака. В 2005 году они пересматривают международные медико-санитарные правила. На рассмотрении этих правил остановлюсь в следующей главе.

К началу 2000-х годов ВОЗ становится инструментом создания **НОВОГО МЕДИЦИНСКОГО ПОРЯДКА**. Глобальным заказчиком здесь выступает Big Pharma. Это условное название ряда крупнейших фармацевтических компаний. Что данная группа начинает продвигать:

1. Единый подход в медицинской науке. В науке могут рассматриваться только заданные концепции и никакие другие. Например, Международная классификация болезней (именно с создания данной классификации начала свою деятельность ВОЗ), позволяющая всем странам использовать общие стандарты для регистрации болезней и определения тенденций в этой области (<https://www.who.int/ru/about/what-we-do/who-brochure>).

2. Единые протоколы лечения. С одной стороны, это замечательно, что есть стандарты; но не всем они подходят и к тому же есть свои национальные, исторически сложившиеся методы и подходы к лечению и профилактике заболеваний.

3. Единый набор лекарств. Должен сказать, что есть большое разнообразие лечебных средств, а не только «единый набор», которые дают лечебный эффект и зарекомендовали себя в излечении болезней, однако широко они не освещаются и их назначают небольшое количество докторов.

4. Единые медицинские технологии. Новые медицинские технологии – это прогресс и постоянное развитие, при этом надо учитывать, что не всем странам они доступны. Да что там страны, даже в больницах Москвы кардинально разнятся применяемые технологии.

Основные задачи и направления деятельности ВОЗ

Какие задачи ставит перед собой ВОЗ, а если быть точнее – что декларирует данная организация:

1. Предоставление международных рекомендаций в области здравоохранения. Здесь я бы акцентировал внимание на слове «рекомендации». Принимать или не принимать рекомендации должны страны с учётом национальных особенностей и возможностей.

2. Установление стандартов здравоохранения. С моей точки зрения, идея отличная, но снова мы подходим к вопросам возможности воплощения данных стандартов в реальных условиях той или иной географической области, читай – страны.

3. Сотрудничество с правительствами стран в области усиления национальных программ здравоохранения. Интересная задача, только вот формулировка позволяет делать всё что угодно.

4. Разработка и передача соответствующих технологий, информации и стандартов здравоохранения. В очередной раз необходимо акцентировать внимание на том, как красиво звучит, вот только сразу появляется большое количество вопросов – что, бесплатно? А плата или, точнее, расплата за это какая будет?

Мне, как профессионалу, понятно, что не может быть одинаковых методов и методик в лечении болезни в Африке, где жара за 50 градусов, и в Якутии, где морозы опускаются ниже 50 градусов. По одной простой причине, что не едят в Якутии змей, пауков и такое количество растительной пищи, как в Африке. А в Африке не едят строганину, потому что её там просто нет.

Это небольшие заметки на основные задачи, которые декларирует ВОЗ, и они могут стать обширным материалом для рассмотрения в отдельной книге.

Какие же сферы деятельности ВОЗ обозначает?

1. Укрепление и совершенствование национальных служб здравоохранения.
2. Предупреждение неинфекционных и инфекционных заболеваний и борьба с ними.
3. Охрана и оздоровление окружающей среды.

4. Охрана здоровья матери и ребёнка.
5. Подготовка медицинских кадров.
6. Развитие медико-биологических исследований.
7. Санитарная статистика.

Читая все эти пункты, невольно начинаешь восхищаться данной организацией, которая в своих сферах деятельности видит актуальные вопросы. Вот только при анализе написанного, в свете происходящих событий, появляются очередные вопросы об истинных целях. Ну взять хотя бы последний пункт – статистика. Вот уж точно напоминает игру «напёрсточника». Далее мы более подробно будем рассматривать вопросы об играх с цифрами статистики и интерпретации значений.

Уставными задачами ВОЗ являются:

1. Борьба с особо опасными болезнями и их ликвидация.
2. Разработка международных санитарных правил.
3. Улучшение санитарного состояния внешней среды.
4. Контроль качества лекарственных препаратов и т. д.

В статье 1 устава ВОЗ целью организации является: *«Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов»* (<https://www.who.int/ru/about/governance/constitution>). Термин «здоровье» трактуется в преамбуле устава достаточно широко, что позволяет ВОЗ заниматься не только борьбой с болезнями, но и многими проблемами социального характера. Деятельность

ВОЗ направлена на решение триединой задачи: предоставление услуг в международном масштабе, оказание помощи отдельным странам и поощрение медицинских исследований. Предоставляемые всем странам услуги ВОЗ – это публикация обобщенных статистических данных о рождаемости, болезнях, эпидемиях, травматизме, причинах смерти и т. д.

Оказываемая отдельным странам по их просьбе помощь включает стипендии для обучения за границей, помощь в ликвидации редких, но опасных заболеваний и в улучшении специальных служб.

Подчинённость и функции Всемирной организации здравоохранения

ВОЗ входит в структуру ООН и по статусу считается её техническим агентством. Схема представлена на рисунке 1. В структуре ООН ВОЗ относится к специализированным учреждениям совместно с Всемирным банком, МВФ, ЮНЕСКО и ЮНИСЕФ.

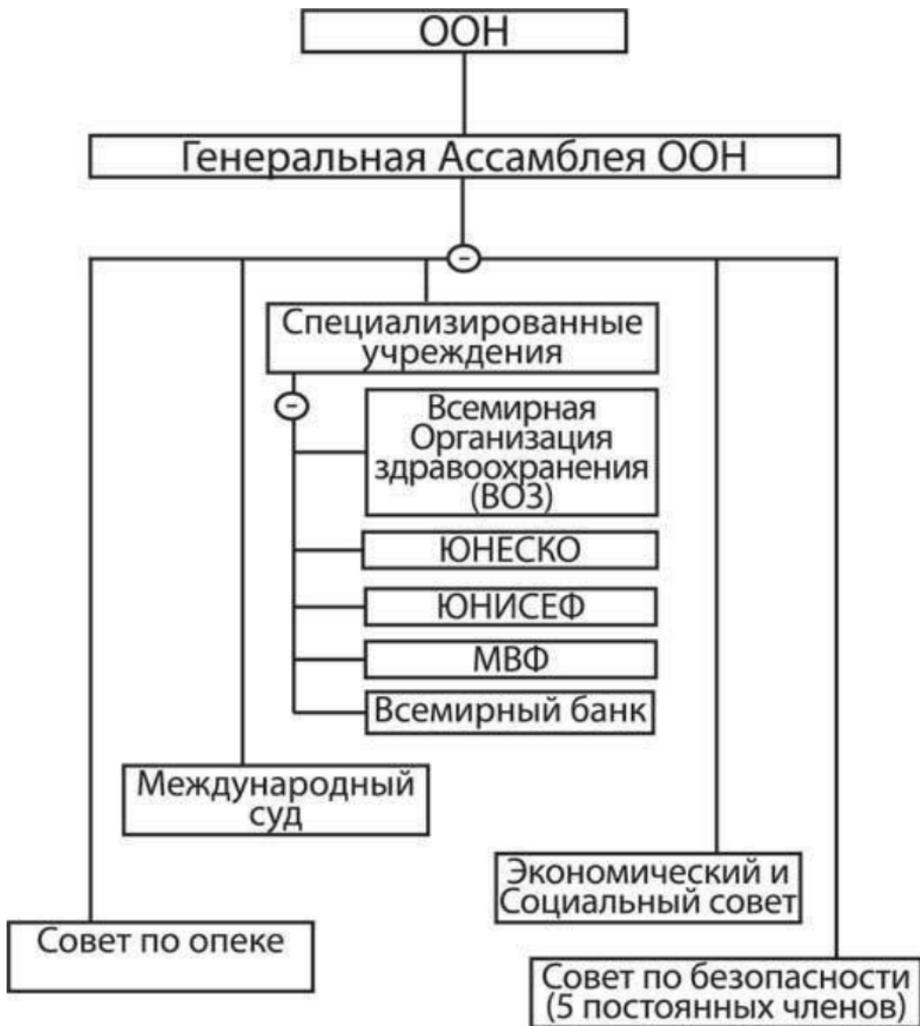


Рис. 1. Структура ООН

Небольшая информация о *Международном валютном фонде* (МВФ). МВФ предоставляет займы с выдвигением

ряда требований – на свободу передвижения капиталов, выполнение приватизации (в том числе естественных монополий – железнодорожный транспорт, коммунальные услуги и т. п.), минимизация или даже ликвидация правительственных расходов на социальные программы (образование, здравоохранение, удешевление жилья, общественный транспорт и т. п.). На этом не останавливаются – отказ от защиты окружающей среды; сокращение зарплат, ограничение прав трудящихся; усиление налогового давления. Вспоминаете череду событий в России в течение последних 25 лет? А в августе 2021 года Россия получает от МВФ в виде специальных прав заимствования 18 млрд долларов. Специальные права заимствования (Special Drawing Rights, SDR) – искусственно созданное средство платёжных расчетов МВФ, не имеющее физической формы. Валютный курс SDR ежедневно определяется на основе обменных курсов корзины валют – доллара, евро, иены, британского фунта и юаня (<https://www.rbc.ru/economics/23/08/2021/611fae449a7947f85c2beb26>).

Подводим короткое резюме вышенаписанному:

ВОЗ является направляющей и координирующей инстанцией в области здравоохранения в рамках системы Объединенных Наций.

Она несёт ответственность за обеспечение ведущей роли при решении проблем глобального здравоохранения, составление повестки дня для научных исследований в области здравоохранения, установление норм и стандартов, раз-

работку политики на основе фактических данных, обеспечение технической поддержки странам, а также контроль за ситуацией в области здравоохранения и оценку динамики её изменения (<http://www.unrussia.ru/ru/agencies/vsemirnaya-organizatsiya-zdravookhraneniya-voz>).

Структура ВОЗ

Рассмотрим внимательно структуру ВОЗ. Данная организация состоит из трёх основных органов: Всемирной ассамблеи здравоохранения, Исполнительного комитета и Секретариата (рис. 2).

Высшим руководящим органом ВОЗ является Всемирная ассамблея здравоохранения, созданная по аналогии с Генеральной Ассамблеей ООН. Ее главная функция – определение общих политических направлений деятельности ВОЗ. Она же назначает Генерального директора ВОЗ по представлению Исполнительного комитета.



Рис. 2. Структура ВОЗ

Всемирная ассамблея здравоохранения собирается на ежегодные сессии, которые проводятся, как правило, в мае в Женеве во Дворце Наций ООН. Положения и статус Ассамблеи закреплены в пятой главе Устава ВОЗ.

Руководящим органом Всемирной организации здравоохранения является Исполнительный комитет, осуществляющий управление деятельностью организации в перерывах между сессиями ВОЗ. Исполнительный комитет включает 34 члена. Сессии Исполнительного комитета ВОЗ проводятся не реже 2 раз в год. Статус и положения Исполни-

тельного комитета ВОЗ закреплены в шестой главе Устава ВОЗ. В мае 2020 года в исполнительный комитет ВОЗ входит министр здравоохранения России М. А. Мурашко (<https://news.rambler.ru/other/44213800-mihail-murashko-voshel-v-sostav-ispolnitelnogo-komiteta-voz/>).

В соответствии со статьей 44 Устава ВОЗ в период с 1949 по 1952 год организованы региональные бюро ВОЗ:

Европейское региональное бюро – в Копенгагене (Дания);

Региональное бюро для стран Америки – в Вашингтоне (США);

Региональное бюро для стран Восточного Средиземноморья – в Каире (Египет);

Региональное бюро для стран Юго-Восточной Азии – в Дели (Индия);

Региональное бюро для стран Западной части Тихого океана – в Маниле (Филиппины),

Региональное бюро для стран Африки – в Браззавиле (Конго).

Кроме того, ВОЗ имеет 149 местных отделений (офисов) в странах, территориях или районах. Страны, не имеющие бюро ВОЗ, сотрудничают с ближайшим местным отделением или соответствующим региональным бюро.

Россия входит в Европейский регион ВОЗ вместе с другими 53 государствами-членами ВОЗ.

Отношения ВОЗ и России

Отношения с ВОЗ у нашей страны были непростые и неоднозначные. Вскоре после создания ВОЗ Россия вышла из состава этой организации!

В 1949 году, в период правления Сталина, СССР, а также Белорусская и Украинская ССР вышли из состава ВОЗ, вернувшись туда лишь после 1955 года, уже при Хрущёве. Последовав нашему примеру, в 1949–1950 гг. из организации вышли Албания, Болгария, Чехословакия, Венгрия, Польша и Румыния – этот исход был вызван недовольством проамериканской политикой ВОЗ.

«Задачи, связанные с международными мерами по предупреждению и контролю заболеваний и распространению медицинских научных достижений, не выполняются Организацией удовлетворительно. В то же время поддержание раздутых административных структур Организации предполагает расходы, нести которые слишком тяжело для государств-членов. Всё это показывает, что направление, которое приняла деятельность Организации, не соответствует задачам, поставленным перед ней...» – текст из письма представителя СССР, замминистра здравоохранения Николая Виноградова. Он написал тогда, что мы «не удовлетворены работой ВОЗ».

Однако в 1955 году Россия вновь вошла в состав ВОЗ.

В 1998 году в России открывается офис ВОЗ и появляется её представитель. С марта 2017 года это – Мелита Вуйнович. «Тёмная» личность. Попробуйте найти про неё информацию в Интернете. Наберите в поисковиках её фамилию и имя – кроме как скудных данных о том, что она закончила медицинский факультет Белградского университета и работала представителем ВОЗ в Казахстане, Сербии и России, особо ничего нет. Однако очень много данных о том, как она призывала россиян строго выполнять все рекомендации, которые идут из ВОЗ. Также позволяла себе крайне неоднозначные высказывания в государственных структурах.

В 2009 году РФ и ВОЗ заключили Соглашение о сотрудничестве (https://www.mid.ru/foreign_policy/international_contracts/2_contract/-/storage-viewer/bilateral/page-146/45448).

В статье 1, п. 2, указано, что «компетентным органом по реализации настоящего Соглашения Правительство определяет Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

В статье 3 Соглашения указано:

«Сотрудничество, осуществляемое в соответствии с настоящим Соглашением, может включать в себя:

а) предоставление ВОЗ по согласованию с Правительством РФ услуг советников в целях оказания консультативной помощи российским государственным учреждениям (далее – уполномоченные органы);

d) подготовку и выполнение проектов, испытаний, экспериментов или исследований».

В статье 2, п. 3, указано:

«Правительство РФ оказывает содействие ВОЗ в сборе и обработке информации, необходимой для проведения ВОЗ анализа и оценки результатов реализации программ технического и консультативного сотрудничества».

После скандала 2009 года о коррупционном сговоре Всемирной организации здравоохранения с фармацевтическими компаниями в России была предпринята попытка инициации выхода из состава данной организации.

Член комиссии Госдумы РФ по законодательному обеспечению противодействия коррупции единоросс Игорь Баринов поставил вопрос о необходимости провести тщательное всестороннее расследование коррупционного сговора ВОЗ. «Если информация подтвердится, в этом случае нужно ставить вопрос о целесообразности участия России в работе ВОЗ, вплоть до приостановления членства», – сказал он (<https://www.newsru.com/russia/27Nov2009/vozz.html>).

По факту, до настоящего времени вопрос так и остался пока открытым. Я не случайно добавляю слово «пока».

2014 году ВОЗ и Минздрав РФ подписали «*Стратегию странового сотрудничества (ССС) Всемирной организации здравоохранения и Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2014–2020 годы*» (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179824/>

ccs_rus_ru.PDF?sequence=1&isAllowed=y)&. ССС была подписана с целью увязки Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и политики Европейского региона ВОЗ «Здоровье–2020».

«ССС – это широкомасштабное руководство по организации работы на страновом уровне, в соответствии с политической „Здоровье–2020“ содержащее рекомендации по планированию, финансированию, выделению ресурсов и формированию партнёрских связей».

В соответствии с этим документом Россия рассматривается «в качестве набирающего силу выдающегося игрока на арене глобального здравоохранения».

В разделе 4.1.5 «Готовность, эпидемиологический надзор и ответные действия» определены государственные органы РФ, которые взаимодействуют с ВОЗ:

«Чтобы оперативно и эффективно реагировать на события международной важности в области общественного здравоохранения, ВОЗ сотрудничает с: Министерством по чрезвычайным ситуациям Российской Федерации (МЧС), также принимающим участие в глобальных программах ВОЗ по противодействию чрезвычайным ситуациям в качестве донора. Совместно с Министерством здравоохранения они работают над повышением готовности страны к чрезвычайным ситуациям».

Теперь становится достаточно ясным и понятным, почему в апреле 2020 г. в ФЗ № 98 «О внесении изменений в от-

дельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» были внесены изменения, а именно: *«часть первую статьи 1 после слова „катастрофы“ дополнить словами „распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих“»* (<https://rg.ru/2020/04/03/fz98-chs-dok.html>), и почему эвакуация, а также «правила поведения при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации» становятся обязательными для граждан и организаций РФ (<https://sozd.duma.gov.ru/bill/1120845-7>). Более подробно информация о связи ВОЗ и ЧС раскрыта в главе, посвящённой международным медико-санитарным правилам.

Полномочия и возможности ВОЗ

Давайте рассмотрим, какими полномочиями и возможностями обладает ВОЗ. Как и любая юридическая организация, данная организация действует в соответствии с Уставом. В соответствии с его ст. 21, Ассамблея здравоохранения ВОЗ имеет полномочия устанавливать права, касающиеся санитарных и карантинных требований, номенклатур болезней, стандартов диагностических методов исследования и пр.

При этом в ст. 22 говорится, что «правила, принимаемые в соответствии со ст. 21, становятся обязательными для всех членов после того, как будет сделано должным образом опо-

вещение об их принятии Ассамблеей здравоохранения, за исключением тех членов Организации, которые известят Генерального директора в указанный в оповещении срок об отклонении их или оговорках в отношении них».

Таким образом, правила, установленные ВОЗ, не носят автоматически обязательного или приказного характера, и принятие или отклонение их зависит от согласия самих государств-членов.

Россия к таким странам не относится – она полностью согласна с ВОЗ, хотя именно в функционале Роспотребнадзора в соответствии с п. 5.16 его Положения он «взаимодействует в установленном порядке с органами государственной власти иностранных государств и международными организациями в установленной сфере деятельности». Но, напомню, проект Постановления о внесении уточнений в этот пункт так и не был принят.

Финансирование ВОЗ

Источники и объёмы финансирования ВОЗ публичны, и их спокойно можно найти в Интернете. Общий годовой бюджет ВОЗ в 2019 году составил около \$2,5 млрд, а в 2020–2021–\$9 млрд.

Возникает вопрос – откуда эта организация получает деньги, кто её содержит? ВОЗ получает финансирование из двух основных источников:

1. *Обязательные взносы (ОВ)*, выплачиваемые государствами-членами (членские взносы стран); ОВ покрывают менее 20 % от общего бюджета.

2. *Добровольные взносы (ДВ)* составляют 80 % от общего бюджета и выплачиваются государствами-членами ВОЗ и другими партнёрами.

Обязательные взносы рассчитываются в процентном отношении к *валовому внутреннему продукту (ВВП)* страны (процентная доля, устанавливаемая Генеральной Ассамблеей ООН). Государства-члены утверждают размер взносов раз в два года на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

А сколько же платит Россия? Здесь кстати упомянуть о финансировании ВОЗ со стороны России. В соответствии с Распоряжением Правительства РФ от 22.5.2020 Россия в течение 3 лет перечислит ВОЗ 9 млн долларов (666 877 500 рублей) как государство-член ВОЗ и 96 млн руб. (1 295 040 долларов) для реализации совместного проекта по ускорению достижения целей устойчивого развития (<http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202005250017?index=0&rangeSize=1>)&. Ниже приводится фотография данного документа, подписанного М. Мишустиним.



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 22 мая 2020 г. № 1381-р

МОСКВА

1. Выделить средства из федерального бюджета:

а) на уплату добровольного целевого взноса во Всемирную организацию здравоохранения на реализацию мер по оказанию содействия странам по повышению качества медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, с целью снижения смертности матерей, новорожденных и детей и ускорения достижения задач здравоохранения в рамках Целей устойчивого развития в 2020 - 2022 годах в размере до 9 млн. долларов США, из них:

до 3,5 млн. долларов США - в 2020 году;

до 3,4 млн. долларов США - в 2021 году;

до 2,1 млн. долларов США - в 2022 году;

б) Минздраву России на финансирование расходов федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, связанных с реализацией совместного проекта Российской Федерации и Всемирной организации здравоохранения по повышению качества медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, с целью снижения смертности матерей, новорожденных и детей и ускорения достижения задач здравоохранения в рамках Целей устойчивого развития в 2020 - 2022 годах в размере до 96 млн. рублей, из них:

до 41,9 млн. рублей - в 2020 году;

до 40,7 млн. рублей - в 2021 году;

до 13,4 млн. рублей - в 2022 году.

2. Минздраву России совместно с МИДом России и Минфином России проинформировать Всемирную организацию здравоохранения о принятом решении.

3. Минфину России совместно с МИДом России согласовать со Всемирной организацией здравоохранения порядок перечисления средств, указанных в подпункте "а" пункта 1 настоящего распоряжения.

4. Минфину России обеспечить финансирование расходов, указанных в пункте 1 настоящего распоряжения, за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных Минфину России в федеральном бюджете на соответствующий финансовый год по подразделу "Международные отношения и международное сотрудничество" раздела "Общегосударственные вопросы" классификации расходов бюджетов.

Председатель Правительства
Российской Федерации



М.Мишустин

Добровольные взносы поступают в основном от государств-членов, а также других организаций системы ООН, межправительственных организаций, благотворительных фондов, частного сектора и из других источников. Здесь картинка получается более интересная. Прошу внимание читателя сделать акцент на 2 пункте (рис. 3 на стр. 32) в списке спонсоров бюджета ВОЗ. Это фонд Билла и Мелинды Гейтс. Добровольные взносы (ДВ) далее подразделяются на категории в зависимости от того, насколько гибко ВОЗ может

распоряжаться этими средствами:

1. Основные добровольные взносы (ОДВ).
2. Средства тематического и стратегического взаимодействия.
3. Целевые добровольные взносы.

Топ-15 спонсоров бюджета ВОЗ по состоянию на 2018-2019 годы

В процентах от общего бюджета ВОЗ и в абсолютных цифрах

1	США	15.9%	\$893M
2	Bill & Melinda Gates Foundation	9.4%	\$531M
3	Великобритания	7.7%	\$435M
4	GAVI Alliance	6.6%	\$371M
5	Германия	5.2%	\$292M
6	Управление по координации гуманитарных вопросов ООН	3.4%	\$192M
7	Япония	3.2%	\$182M
8	Rotary International	2.5%	\$143M
9	Всемирный юанк	2.4%	\$133M
10	Европейская комиссия	2.3%	\$131M
11	National Philanthropic Trust	1.9%	\$108M
12	Центральный фонд реагирования на чрезвычайные ситуации ООН	1.5%	\$87M
13	Норвегия	1.5%	\$86M
14	Китай	1.5%	\$86M
15	Кувейт	1.2%	\$70M

Рис. 3. Главные спонсоры бюджета ВОЗ

Рассмотрим более подробно предназначение каждой категории.

Основные добровольные взносы – это полностью не ограниченные условиями (гибко используемые) средства, что означает, что ВОЗ имеет полную свободу действий в отношении того, каким образом эти средства могут использоваться для финансирования программной деятельности организации. Они составляют 3,9 % от всех добровольных взносов. Поступление средств за 2018 и 2019 годы представлено на рис. 4.

Доноры средств счета основных добровольных взносов, 2018-2019 гг.

Донор	Получено средств, млн долл. США
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии	64,7
Швеция	35,4
Норвегия	27,3
Австралия	18,2
Нидерланды	10,0
Бельгия	8,0
Дания	7,6
Швейцария	5,1
Люксембург	3,6
Франция	0,9
Наследственный фонд г-жи Эдит Кристины Фергюсон	0,3
Испания	0,2
Наследственный фонд покойной Марджори Миллер Томсон	0,1
Монако	0,1

Рис. 4. Поступление средств в основные добровольные взносы

Средства тематического и стратегического взаимодействия (СТСВ) (частично гибко используемые) предназначены

ны для удовлетворения потребностей доноров в получении отчётов и докладов и допускают определённую гибкость в распоряжении ими. Эти средства обеспечивают более эффективное целевое финансирование, позволяя ВОЗ в большей степени сосредотачивать внимание на результатах, одновременно решая приоритетные задачи доноров. Они составляют 6 % от всех добровольных взносов.

Благодаря основным донорам тематических средств – Германии, Европейской комиссии и Японии – в 2019 г. ВОЗ получила 190 млн долл. США тематического финансирования против 137 млн долл. США в 2018 г. Данные средства обеспечивают определённую степень гибкости, которая позволяет ВОЗ более эффективно распределять средства, сосредоточив внимание на результатах выполнения совместных приоритетных задач.

Целевые добровольные взносы (ЦДВ) составляют 90,1 % от всех добровольных взносов. Они выделяются целевым образом на деятельность в определённых программных областях и/или в определённой географической местности и должны быть израсходованы в течение установленного срока.

Теперь давайте немного проанализируем полученную информацию, подведём промежуточный итог и посмотрим, что у нас получается.

Добровольные взносы составляют более 75 % бюджета ВОЗ. 90,1 % из них выделяются под конкретные проекты до-

норов (!) ВОЗ. ВОЗ обязана, принимая эти взносы, выполнять поставленные донорами задачи в установленные сроки. Здесь уже уместнее говорить слово «инвестор». И как вы знаете – любой инвестор желает не только вернуть инвестиции, но и заработать, иначе зачем ему вкладывать деньги?!

Таким образом, очевидна подконтрольность ВОЗ частным инвесторам. Почти пятая часть бюджета ВОЗ находится в руках частных лоббистов, преследующих собственные интересы. Например, средства *Фонда Билла и Мелинды Гейтс* (BMGF), ведущего мирового вакцинно-фармацевтического лоббиста, и созданного ими вакцинного альянса GAVI в совокупности составили в 2018–2019 финансовом году 16 % бюджета ВОЗ.

Это больше, чем доля США. Для сравнения – доля России в бюджете ВОЗ в том же году составила всего 0,48 %. С моей точки зрения, это положительный момент. Просто у нас в России очень много других проектов, в которые необходимо вкладывать деньги.

При тщательном изучении структуры взносов обращает на себя внимание тот факт, что среди доноров ОДВ и СТСВ не указана ни одна структура Б. Гейтса. А это позволяет сделать вывод, что через свои структуры Билл Гейтс делает только ЦДВ – его взносы носят строго целевой характер.

И в завершение – о политической воле и понимании процессов. В 2020 году президент США Дональд Трамп заявил, что приостанавливает внесение взносов в

бюджет Всемирной организации здравоохранения, потому что она «не справилась со своей основной обязанностью и должна нести ответственность» (<https://www.bbc.com/russian/news-52289102>). ВОЗ не раз обвинялась в работе в интересах Китая, консерваторы в США неоднократно заявляли, что Китай финансирует ВОЗ через посредников (переводит через различные фонды и организации большие деньги в ВОЗ) (https://www.gazeta.ru/politics/2020/04/14_a_13048333.shtml).

Большая часть бюджета ВОЗ находится в руках частных лоббистов, преследующих собственные интересы. Возникают вопросы: чьи интересы обслуживает ВОЗ? Будет ли она действовать в интересах России и других независимых государств?

Структуры, которые оказывают влияние на политику ВОЗ

Давайте рассмотрим более подробно те организации, которые вносят вклад на принятие решений ВОЗ.

Основной организацией является Фонд Билла и Мелинды Гейтс (BMGF). BMGF – одна из самых влиятельных сил в сфере глобального здравоохранения и за последние два десятилетия вложила более \$50 млрд в борьбу с бедностью и болезнями.

Главной целью фонда является поддержка и улучшение

системы здравоохранения, а также преодоление голода в бедных странах. Средства фонда направлялись на программу по предупреждению и лечению ВИЧ/СПИДа и туберкулёза, на борьбу с малярией, в проекты по иммунизации детей в Индии и Африке, в том числе в рамках Альянса GAVI. Об этом также можно написать отдельную книгу.

В январе 2020 года фонд Билла и Мелинды Гейтс анонсировал пожертвование в размере 10 млн долларов на борьбу с COVID-19. В феврале 2020 года фонд объявил о повышении этой суммы до 100 млн долларов, 60 млн долларов из них потратят на создание вакцины.

В 2018 году Фонд основал филиал – Медицинский исследовательский институт Билла и Мелинды Гейтс – Bill & Melinda Gates Medical Research Institute (<https://www.gatesmri.org>). Зайдя на официальную страницу данного учреждения, становится немного не по себе из-за преобладания чёрного цвета. Даже не указали место расположения данного заведения.

В разделе «Миссия» написано, что медицинский научно-исследовательский институт Билла и Мелинды Гейтс – это некоммерческая биотехнологическая организация, основанная с целью внедрения технологий и стратегий для решения основных проблем со здоровьем малообеспеченных слоёв населения. Далее указано, что институт планирует работать над конкретными биотехнологическими проектами, такими как вакцины.

Фонд всё пристальней присматривается к медицинской отрасли, отказываясь от активов из других отраслей. Так, Фонд Билла и Мелинды Гейтс обнаружил данные о своих сделках за четвертый квартал 2020 года:

Фонд полностью продал свои доли в

- Uber Technologies Inc (SPB: UBER),
- Alibaba Group Holding Ltd (SPB: BABA) и Boston Properties, Inc. (SPB: BXP).

Также фонд значительно сократил свою долю в таких компаниях, как:

- Apple (SPB: AAPL) (−50 %),
- Amazon (SPB: AMZN) (−50 %)
- Alphabet (SPB: GOOGL) (−50 %)
- Berkshire Hathaway (−11 %)

Зато Фонд Билла и Мелинды Гейтс значительно увеличил свою долю в медико-биологической компании Schrödinger, увеличив свою долю в компании на 41 %. Так что же это за фаворит такой? Schrödinger, Inc. (SPB: SDGR) – американская медико-биологическая и материаловедческая компания. На своём сайте она пишет: «Наша миссия: улучшить здоровье и качество жизни человека с помощью открытия новых материалов и терапии» (<https://www.schrodinger.com/our-story>). Она разрабатывает программное обеспечение для вычислительной химии и имеет ряд совместных и внутренних программ по поиску новых лекарств. Программные продукты Schrödinger включают программы молеку-

лярного моделирования и LiveDesign – корпоративное приложение, предназначенное для облегчения взаимодействия между междисциплинарными исследовательскими группами. Компания Schrödinger, основанная в 1990 году, насчитывает более 450 сотрудников и работает с клиентами и сотрудниками более чем в 70 странах. Штаб-квартира компании находится в Нью-Йорке, а региональные штаб-квартиры – в Мюнхене, Токио и Бангалоре.

Следующая структура, заслуживающая внимания для внимательного изучения – это GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) – Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (далее по тексту – ГАВИ. – *Прим. авт.*). Альянс по вакцинам ГАВИ был учреждён в 2000 году. Основатель альянса – также Фонд Билла и Мелинды Гейтс. На создание ГАВИ в 1999 году Фонд Гейтса выделил 750 млн долларов. А за весь период существования Альянса Фонд пожертвовал около 4,1 млрд долларов. Кроме фонда Билла Гейтса, ГАВИ тесно сотрудничает с ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирным банком, государствами и частным сектором (<https://www.gavi.org/investing-gavi/funding/donor-profiles/bill-melinda-gates-foundation>).

Какие же цели декларирует данный альянс?

- Обеспечение равноправного доступа к новым и недостаточно используемым вакцинам для детей в беднейших странах мира.
- Укрепление системы здравоохранения и иммунизации

в странах.

- Внедрение инновационных методов вакцинопрофилактики.

Прошу обратить внимание не на развитие физической культуры, доступности образования, а именно – вакцинами.

Фонд Билла и Мелинды Гейтс является ключевым партнёром альянса ГАВИ в формировании рынка вакцин.

В альянсе ГАВИ участвуют: правительства некоторых развитых стран, ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирный банк, компании-разработчики и производители вакцин из разных стран, исследовательские и технические агентства, общественные организации, различные фонды, включая Фонд Билла и Мелинды Гейтс.

ГАВИ, совместно с Фондом вакцин, поставляет вакцины более чем в 70 стран, в их числе – многие страны Африки, азиатские страны (включая Китай, Индию, Пакистан) и некоторые другие. За время своей работы ГАВИ оказал поддержку в иммунизации для 326 миллионов детей.

ВОЗ является одним из четырёх постоянных членов Совета ГАВИ.

Задачи ВОЗ в целях партнёрства с ГАВИ:

- Выработка вариантов политики в отношении применения вакцин, в том числе для обеспечения странам максимального доступа к ним.

- Содействие исследованиям и разработкам в сфере вакцин, установлении стандартов и регулировании качества

вакцин.

- Поддержка ГАВИ в целом ряде других вопросов, от контроля вакцин до организации обучения и анализа результатов применения вакцин.
- Оказание помощи национальным органам здравоохранения в подготовке заявок на получение поддержки от ГАВИ и в разработке планов действий по внедрению вакцин.
- Техническая поддержка в осуществлении программ иммунизации, в том числе в сфере хранения вакцин и организации их перевозок, а также в проведении мониторинга и оценки.

При анализе деятельности этих структур очевидно, что они заинтересованы в продвижении своей продукции и оказывают значительное влияние на политику ВОЗ для достижения собственных целей.

Действуют фармкомпании не открыто, а через:

- своих представителей в комиссиях экспертов ВОЗ, которые после того, как проходят службу в ВОЗ, возвращаются в эти компании;
- через добровольные, целевые взносы на конкретные проекты.

Неповоротливая бюрократическая структура ВОЗ, созданная с целью координации совместной работы разных стран мира в области здравоохранения, давно уже изменила своей изначальной цели «достижения всеми народами возможно высшего уровня здоровья».

Она совершенно не справляется с этой задачей. Более того, получая деньги от России и других государств-членов, она навязывает им интересы «ЛГБТ» и секспросвет, поддерживает антисемейные идеологии и продвигает абORTы во всех странах мира.

Сегодня чиновники от здравоохранения, вместо реальной работы, нередко просто копируют рекомендации и указания ВОЗ.

С точки зрения автора, российская медицина должна заботиться о здоровье россиян, а не о сомнительных мнениях и советах международных «экспертов», преследующих интересы фармкомпаний. По сути, ВОЗ является исполнительным комитетом фармкомпаний. А далее по цепочке – Роспотребнадзор также является исполнительным комитетом этих фармкомпаний.

О главе ВОЗ

Хочется сказать немного о главе ВОЗ. Дальше будут приводиться факты, которые позволят серьёзно задуматься. Тердос Аданом Гебрейесус с 2017 года является главой Всемирной организации здравоохранения. Что же было до этого периода? В 1986 г. окончил бакалавриат Университета Асмэры по специальности «биология». Подчеркну – всего лишь бакалавриат. У него нет медицинского образования. Факт номер ОДИН. Тердос Гебрейесус является прежде все-

го не врачом, а эфиопским политиком. Как поговаривают злые языки, весьма хитрым политиком, и состоял он в партии коммунистов под названием «Народный фронт освобождения Тыграй».

Марксизм-ленинизм был основной идеологией указанной партии, которая участвовала в гражданской войне в Эфиопии. Затем, после победы в гражданской войне, идеология партии поменялась. Имеется тесная связь Тедроса с фондом семьи Клинтон, а также с вездесущим фондом Билла и Мелинды Гейтс, который замечен в финансировании не самых, честно сказать, «миролюбивых» мероприятий. Деньги фондов выделялись на борьбу с эпидемиями Эболы, малярией, туберкулёзом ведомствам, которыми руководил Тедрос. С 2012 по 2016 год он был министром иностранных дел, а до этого, с 2005 по 2012 год, – министром здравоохранения Эфиопии. Тедрос был обвинен в сокрытии информации о вспышках холеры в 2006, 2009 и 2011 гг. в Эфиопии. Эти факты легко найти в Интернете, пока они ещё находятся в открытом доступе. Эфиопия, как развивающаяся страна, стала плацдармом для продвижения экономических и политических интересов Китая в Африке.

Напомню, что предыдущим главой ВОЗ была Маргарет Чан из Гонконга с 2006 по 2017 г. Очень интересный факт: Маргарет Чан вела активную борьбу с эпидемией птичьего гриппа и была на посту 2 срока.

Немного зная логику китайцев, можно предположить –

чтобы не привлекать излишнее внимание к Китаю, они сделали якобы рокировку. Пост ставленника Китая сменился в 2017 году кандидатом из Эфиопии Т. А. Гебрейесусом, но при этом с «прокитайскими» взглядами и опытом совместной работы. Именно Китай активно лоббировал кандидатуру Тедроса на пост главы ВОЗ в 2017 году, и он победил, с большим отрывом обогнав своих конкурентов. Правда становится интересно – как так, кандидат, который не был врачом и никогда до этого не работал ни в одном медицинском учреждении, одерживает победу. Почему? Или точнее – для чего?!

И вот оно: «Гендиректор ВОЗ высоко оценил противоэпидемические меры Китая», – пишет «Российская газета» в конце января 2020 года (<https://rg.ru/2020/01/28/gendirektor-voz-vysoko-ocenil-protivoepidemicheskie-mery-kitaia.html>). В Пекине 28 января состоялась встреча министра иностранных дел Китая Ван И и главы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Тедроса Аданом Гебрейесуса. Китай проявил поразительную волю и готовность сдержать распространение заболевания. ВОЗ в свою очередь намерена укрепить сотрудничество с китайской стороной, готова предоставить всю необходимую помощь. Визит главы ВОЗ в Китай демонстрирует поддержку со стороны международного сообщества и стимулирует дальнейшее сотрудничество Китая и ВОЗ. После этой встречи в Китае стали происходить удивительные вещи, а именно

– тщательно подчищалась из сети Интернет информация о распространении заболевания в Китае, блокировались публикации в соцсетях. Вспомните безумства «Социального мониторинга», пропускной системы в Москве с QR-кодами, которая, как вирус, расплзлась по всей стране. Графики прогулок, штрафы за нарушение режима, стандарт масочного режима. Кто был законодателем мод, догадываетесь? Верно, Китай. И ещё один из фактов: доля взносов в фонд Всемирной организации здравоохранения увеличилась до 52 % за последние 6 лет – до 86 млн долларов США с 2014 по 2019 год.

Подготовка к событиям 2020

Как же готовилась Всемирная организация здравоохранения к 2020 году? Ведь главная цель ВОЗ – обеспечение высокого уровня здоровья всех народов планеты Земля. Именно так они декларируют в своих документах.

Но в реальности, если посмотреть на деятельность ВОЗ и её результаты, особенно в последние десятилетия, видно, что под прикрытием обеспечения здоровья ВОЗ осуществляла проекты, противоположные этой цели. По сути своей, ВОЗ занимается политической, юридической и лоббистской деятельностью, продвигая интересы крупных фармацевтических компаний.

Почему автор так заявляет? Какие были признаки, что

так можно позволить себе писать? Явные факты появились в 2005 и 2009 годах, во время эпидемий «птичьего» и «свиного» гриппа. ВОЗ, пыталась преувеличить опасность и масштаб этих заболеваний, говорила о необходимости закупать вакцины. Объявив пандемию «свиного» гриппа в мире, на первом этапе настоятельно рекомендовала всем странам использовать для борьбы с вирусом препарат «Тамифлю» швейцарского производства (<https://www.newsru.com/russia/27Nov2009/vozz.html>).

В декабре 2004 года на сайте ВОЗ появилась статья «Оценка воздействия следующей пандемии гриппа: повышение готовности», посвящённая оценке будущей пандемии гриппа.

В ней говорилось: «Даже в самых лучших сценариях следующей пандемии от 2 до 7 миллионов человек умрут, а десяткам миллионов потребуется медицинская помощь... ВОЗ считает, что появление H5N1, который сейчас широко распространён в Азии, сигнализирует о том, что мир приблизился к следующей пандемии. Хотя невозможно точно спрогнозировать масштабы следующей пандемии, мы знаем, что большая часть мира не готова к пандемии любого размера». Вот интересно, откуда такая уверенность – «мы знаем»? Если основываться на научном подходе, то формулировки были бы «мы предполагаем», «возможно», «по нашим предварительным расчётам» и т. п. Высказываться с убеждённо-стью могут позволить говорить себе те, кто действительно

делает.

Кстати, вскоре эта статья исчезла с сайта ВОЗ, но осталась её архивная копия (https://web.archive.org/web/20050407090950/http://www.who.int/csr/disease/influenza/preparedness2004_12_08/en/).

Правительства многих стран по рекомендации ВОЗ стали закупать большие объёмы «Тамифлю», создавая запасы на случай пандемии гриппа.

С началом эпидемии «свиного» гриппа в 2009 году эти запасы увеличились ещё больше, в огромных объёмах также стали закупаться вакцины. В 2009-м 85 стран закупили 220 млн упаковок «Тамифлю» на общую сумму около 18 млрд долларов. В США на закупки этого препарата было потрачено около 1,5 млрд долларов. Великобритания закупила «Тамифлю» и «Реленза» на 560 млн долларов. Россия поддалась панике в меньшей по сравнению с другими странами степени.

Число умерших от «птичьего» гриппа составило 360 человек, а огромные дозы вакцин, которые были закуплены странами, не знали куда девать. История повторилась в связи с ситуацией вокруг «свиного» гриппа в 2009 году, который в Совете Европы охарактеризовали как «медицинскую аферу» (https://www.newsru.com/world/12jan2010/cochon_flu.html). Надо отметить, что уже тогда ВОЗ настаивала на массовой иммунизации населения (<https://>

www.vesti.ru/article/2120056).

ВОЗ объявила «свиной» грипп пандемией под давлением группы советников этой организации во главе с голландским доктором Альбертом Остенхаусом, который получал зарплату в нескольких компаниях, производящих вакцину против «свиного» гриппа (<https://www.newsru.com/world/25nov2009/ah1n1afera.html>).

Вдумайтесь в эти факты – только в России на закупку вакцины от несуществующей пандемии было потрачено 4 млрд рублей. В США невостребованными оказались 138 млн доз вакцины. В ЕС прибыль фармацевтов достигла 7 млрд евро. По оценке инвестиционного банка JPMorgan, продажи вакцин от гриппа H1N1 в 2009 году должны были принести производителям прибыль в размере 7–10 млрд долларов.

ВОЗ заподозрили в сговоре с фармацевтами Roche Holding – разработчиком «Тамифлю», так как сотрудник ВОЗ, возглавлявший отдел по исследованию вакцин, был связан с этой фармацевтической компанией (<https://www.kommersant.ru/doc/4343708>).

В декабре 2009 года пандемия пошла на спад. И громче зазвучали голоса тех, кто засомневался в том, а была ли пандемия.

Парламентская ассамблея Совета Европы (ПАСЕ) призывала ВОЗ к ответственности, обвинив эту организацию в сговоре с фармацевтическими компаниями. Председатель комитета здравоохранения ПАСЕ Вольфганг Водарг (немец-

кий врач, эпидемиолог) 18 декабря 2009 года подал предложение о расследовании последствий действий ВОЗ и фармацевтических компаний, в том числе – раздувание психоза вокруг «птичьего» и «свиного» гриппа. «Фальшивые пандемии – угроза здоровью!» – было подписано ещё 13 делегатами ПАСЕ. В данном заявлении говорится: *«Чтобы продвигать свои запатентованные лекарства и вакцины против гриппа, фармацевтические компании оказали влияние на учёных и официальные учреждения, отвечающие за стандарты общественного здравоохранения, чтобы встревожить правительства во всём мире. Они заставили их растрачивать ограниченные ресурсы здравоохранения на неэффективные стратегии вакцинации и напрасно подвергли миллионы здоровых людей риску неизвестных побочных эффектов недостаточно протестированных вакцин».*

«Кампания „Птичий грипп“ в сочетании с кампанией „Свиной грипп“, похоже, нанесла большой ущерб не только некоторым вакцинированным пациентам и бюджетам общественного здравоохранения, но и доверию и подотчётности важных международных агентств здравоохранения. Государства-члены Совета Европы должны потребовать немедленного расследования последствий как на национальном, так и на европейском уровне» (<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=12720&lang=en>).

Парламентарии начали расследования о влиянии фарма-

цевтической промышленности на ВОЗ.

К выводу, что пандемия «свиного» гриппа может оказаться самой грандиозной коррупционной аферой нашего времени, пришли и журналисты датской газеты Information, изучившие связи экспертов ВОЗ с ведущими мировыми фармацевтическими компаниями, обогатившимися на продаже препаратов против этой болезни (<https://www.newsru.com/russia/27Nov2009/vozz.html>).

Также важно отметить, что за десять лет до пандемии «свиного» гриппа, в 1999 году, на рынок США были выведены два новых лекарственных препарата: осельтамивир компании Roche (торговая марка «Тамифлю») и занамивир компании Glaxo Wellcome, впоследствии вошедшей в состав GlaxoSmithKline (торговая марка «Реленза»). Вслед за США препараты были разрешены в Европе. Оба лекарства относятся к ингибиторам нейраминидазы, и я уже писал о них чуть ранее.

На сайте *Европейской научной рабочей группы по гриппу* (ESWI) сообщается, что организация существует за счёт грантов Евросоюза, проведения раз в три года конференций по гриппу и грантов от производителей противогриппозных вакцин и противовирусных препаратов. Вот названия этих компаний: Hofmann-La Roche (входит в холдинг Roche), AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Seqirus, Sanofi Pasteur, Mylan, Janssen (<https://eswi.org/home/about-eswi/resources>).

В документе ВОЗ о связи ESWI с фарминдустрией не бы-

ло сказано ничего! Также в нём не упоминалось, что доктор Рене Снакен из Министерства здравоохранения Бельгии писал статью для рекламного буклета компании Roche, а начальник отдела вирусных болезней ВОЗ Даниэль Лаванши выступал в 1998 году на симпозиуме, спонсируемом Roche (<https://www.kommersant.ru/doc/4343708>).

Готовя благоприятную почву для объявления пандемии, ВОЗ весной 2009 года изменила внутреннюю классификацию пандемии. Теперь определение пандемии звучит так: *«Пандемия – это распространение нового заболевания в мировых масштабах»*. А ведь до 2009 г. ВОЗ давала следующее определение пандемии: *«Пандемия возникает, когда появляется новый вирус, против которого человеческая популяция не имеет иммунитета, что приводит к одновременному возникновению нескольких эпидемий по всему миру с огромным количеством смертей и болезней»*.

Новое определение пандемии было переформатировано на вероятность возникновения заболевания, а клиническая тяжесть пандемического заболевания перестала учитываться. Поэтому «свиной» грипп уже можно было объявлять как пандемию.

Подготовка к событиям 2020 года шла активно, постоянно и за многие годы до самого события.

2. Международные медико-санитарные правила

Опять начну с понятийного аппарата. Так что же такое *международные медико-санитарные правила* (ММСП)?

ММСП (2005) – это соглашение между 196 странами, включая все государства-члены ВОЗ, направленное на совместную работу во имя глобальной безопасности в области здравоохранения. ММСП – это международный договор, который устанавливает глобальные правила в области общественного здравоохранения и с целью усиления медико-санитарной безопасности на национальном, региональном и международном уровне.

Цель ММСП – предупредить международное распространение болезней, проводя профилактические и противоэпидемические мероприятия. Они нацелены на укрепление коллективной защиты здоровья населения от многочисленных и разнообразных рисков в современном глобализированном мире, которые могут быстро распространяться в глобальном масштабе в результате увеличивающихся объёмов международных поездок и торговли. Этот договор стал инструментом, играющим ключевую роль в обеспечении глобальной безопасности в области здравоохранения (<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vDrfgLIDd8AJ:https://>

infopedia.su/23x136e3.html&hl=ru&gl=ru&strip=1&vwsrsrc=0.

Дело в том, что старые правила рассматривали только три болезни (холера, чума, жёлтая лихорадка), теперь же они распространились на новые болезни, включая острые патологические состояния, вызванные неинфекционными болезнетворными агентами.

В силу новой правовой основы ММСП обеспечивают быстрый сбор информации, общее понимание того, что могут представлять собой *чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение* (ЧСОЗМЗ), а также возможность оказания странам международной помощи.

Новая процедура оповещения о таких событиях направлена на ускорение потока своевременной и точной информации, направляемой в ВОЗ о потенциальных ЧСОЗМЗ.

ВОЗ, формально являющаяся нейтральным органом, обладает необходимыми техническими знаниями и ресурсами, а также широкой сетью коммуникаций и может дать соответствующую оценку информации, рекомендовать проведение тех или иных конкретных действий, а также, когда это необходимо, способствовать или помогать координации технической помощи с учётом изменяющейся ситуации. Согласно ММСП 2005 г., государства должны уведомить ВОЗ о всех событиях, которые могут представлять собой ЧСОЗМЗ, а также отвечать на запросы относительно подтверждения информации, относящейся к таким событиям.

Наличие национального координатора по ММСП и контактных пунктов ВОЗ по ММСП, через которого должны передаваться уведомления и сообщения государств-участников, стало важным новшеством нового договора.

Что касается России, то здесь функции национального координатора по ММПС выполняет Роспотребнадзор (https://www.rospotrebнадзор.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=7940).

Однако вопрос о полномочиях этого органа в качестве координатора остаётся открытым. Дело в том, что в целях их уточнения 20 февраля 2019 г. в РФ был опубликован проект постановления правительства РФ «О внесении изменений в Положение о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека», но он так и не был принят.

Проект касается п. 5.16 Положения, по которому Роспотребнадзор «взаимодействует в установленном порядке с органами государственной власти иностранных государств и международными организациями в установленной сфере деятельности».

Этот порядок так и не был определён, и имеется только пояснительная записка к указанному проекту «Роспотребнадзор как национальный координатор реализации Международных медико-санитарных правил», в которой предусматривается уточнение полномочий Роспотребнадзора по взаимодействию в установленном порядке с органами госу-

дарственной власти иностранных государств и международными организациями в установленной сфере деятельности в части вопросов внедрения и реализации ММСП 2005 г. (<https://dpo-ilm.ru/laboratory-news/2002192>)

Здесь указано, что ММСП 2005 г. являются международным правовым механизмом, обязательным для всех государств-членов ВОЗ, и универсальным юридически-обязывающим инструментом реагирования на кризисные ситуации в общественном здравоохранении, в том числе санитарно-эпидемиологического характера. Роспотребнадзор реализует функции Национального координатора в РФ по выполнению положений ММСП, доступного в любое время для связи с контактными пунктами ВОЗ по ММСП.

Возможности и ответные меры в области эпиднадзора

Радикальным новшеством ММСП 2005 г. является требование о том, чтобы каждая страна развивала, укрепляла и поддерживала основные ресурсы общественного здравоохранения, необходимые для обеспечения должного эпиднадзора и принятия ответных мер, используя для этой цели существующие национальные ресурсы, такие, например, как национальные планы повышения готовности к пандемии гриппа.

Ключевые санитарные и медико-санитарные службы и ин-

фраструктура также должны быть развиты в международных аэропортах, портах и наземных транспортных узлах, назначенных для этой цели государствами-участниками.

Реагирование ВОЗ на ЧСОЗМЗ будет включать предоставление временных рекомендаций относительно надлежащих мер общественного здравоохранения и может включать рекомендуемые меры, которые должны быть приняты государством-членом, в котором развилась данная ситуация, а также другими государствами и международными перевозчиками. Эти временные рекомендации разрабатываются ВОЗ на ограниченной во времени и адаптированной к конкретным рискам основе в духе реагирования на ЧСОЗМЗ. В данном контексте хочу немного забежать вперёд и сказать читателю, что с 2020 года Министерство здравоохранения начало штамповать «Временные методические рекомендации по лечению COVID–19» со скоростью практически раз в месяц. Мы рассмотрим их в других главах.

ММСП в редакции 2005 г. включают процедуры получения независимых технических рекомендаций, относящихся к выполнению ММСП. Например, речь может идти о процессе создания комитета по чрезвычайным ситуациям (!), который будет помогать Генеральному директору ВОЗ в установлении того, является ли то или иное конкретное событие чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, а также давать советы по любым надлежащим временным рекоменда-

циям.

Что касается ЧСОЗМЗ, то таковым может быть **любое** необычное событие в сфере общественного здравоохранения, которое представляет риск для здоровья населения других государств в результате международного распространения заболевания и потенциально требует принятия скоординированных международных действий. То есть мы видим, что здесь всё расплывчато и неопределённо, что открывает путь к произвольному решению вопроса о ЧС.

Что касается правового статуса ММСП, то в соответствии с Уставом ВОЗ они автоматически становятся обязательными для всех государств-членов ВОЗ, если они активно и в течение ограниченного периода времени не заявили о своём несогласии с ММСП. Однако ни одно государство-член ВОЗ не вышло полностью из-под действия этих Правил, и только две страны сделали по ним определённые оговорки. Правила вступили в силу для государств, сделавших оговорку, с учётом этой оговорки.

Очень важно указать на следующие моменты. ММСП не включает в себя какого-либо механизма, контролирующего их обязательное выполнение, однако в отношении государства, которое не будет их выполнять, могут последовать коллективные меры стран-членов ВОЗ. По-видимому, самыми сильными стимулами к соблюдению Правил являются давление со стороны других государств-членов и общественная информированность.

ММСП в редакции 2005 г. вступили в силу в июне 2007 г. 196 стран признали, что определённые инциденты в области здравоохранения, выходящие за рамки болезни, должны быть обозначены как *«Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение (PHEIC)»*, поскольку они представляют значительную глобальную угрозу.

Первое полное применение было сделано в ответ на пандемию «свиного» гриппа в 2009 г.

Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение, или PHEIC, значится в ММСП от 2005 года как *«чрезвычайное событие, которое определено как представляющее риск для здоровья населения других государств в результате международного распространения болезни и потенциально требующее скоординированных международных ответных мер»*. Это определение подразумевает ситуацию, которая:

- серьёзная, внезапная, необычная или неожиданная;
- имеет последствия для общественного здравоохранения за пределами национальной границы пострадавшего государства;
- может потребовать немедленных международных действий.

С 2007 года Генеральный директор ВОЗ объявлял чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение, в ответ на следующие

щие:

2009—вирус гриппа А (H1N1) – пандемия «свиного» гриппа;

2014—неудачи в усилиях глобальной ликвидации полиомиелита;

2013–2016—эпидемия вируса Эбола в Западной Африке;

2016—вспышка вируса Зика;

2018–19—эпидемия Эболы в Киву;

2019–20—пандемия COVID–19.

Итак, приняв ММСП от 2005 года, страны взяли на себя обязательство по укреплению своих возможностей по выявлению и оценке событий в области общественного здравоохранения. В результате государства-участники ММСП (2005 г.) обязаны:

1. Назначить национального координатора по ММСП.
2. Проводить оценку событий, происходящих на их территории, и оповещать ВОЗ обо всех событиях, которые могут представлять собой ЧСОЗМЗ.
3. Отвечать на запросы, касающиеся проверки информации относительно событий, которые могут представлять собой ЧСОЗМЗ.
4. Принимать меры для устранения рисков для здоровья населения, которые могут распространиться в международном масштабе.
5. Разрабатывать, усиливать и поддерживать ключевые ре-

сурсы, необходимые для обнаружения, уведомления и реагирования на любые события, представляющие угрозу для здоровья населения.

6. Обеспечивать и постоянно поддерживать материально-технические условия и службы, а также проведение инспекций и контрольных мероприятий в назначенных международных аэропортах, портах и наземных транспортных узлах в целях предупреждения международного распространения болезней.

7. Направлять в ВОЗ любые фактические данные об идентифицированных за пределами их территории рисках для здоровья населения, которые могут вызвать международное распространение болезни и которые проявились в результате вывоза или завоза случаев заболевания людей, переносчиков инфекции или неинфекционных болезнетворных агентов, а также контаминированных товаров.

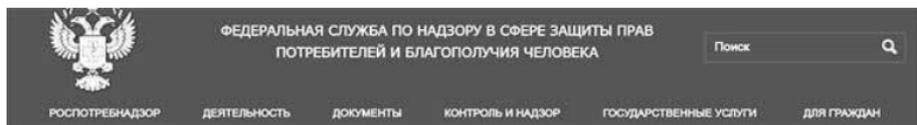
8. Прилагать все усилия для проведения мер, рекомендуемых ВОЗ.

9. Сотрудничать с другими государствами-участниками и ВОЗ в целях выполнения ММСП (2005 г.).

Смотрите, как ненавязчиво и аккуратно вписан в перечень пункт номер 8, который практически обязывает выполнять всё, что рекомендует ВОЗ. И все наши чиновники рьяно стали выполнять все рекомендации, которые полетели из данной коммерческой организации с 2020 года.

ММСП – единственный международно-правовой дого-

вор, в обязанности которого входит предоставление Всемирной организации здравоохранения полномочий действовать в качестве главной глобальной системы эпиднадзора. Роль ВОЗ заключается в обеспечении координации применения ММСП. Деятельность ВОЗ по координации осуществления ММСП ведет Департамент по глобальному потенциалу в области предупреждения и ответных действий (GCR). В свою очередь департамент GCR тесно сотрудничает с региональными бюро ВОЗ и уполномоченными национальными координаторами по ММСП в каждой стране. В РФ функции национального координатора по ММСП выполняет Роспотребнадзор (РПН), о чём написано на сайте РПН (рис. 5). Обратите внимание, что документ на рисунке датирован февралём 2017 года.



О совещании Национальных координаторов по Международным медико-санитарным правилам (2005 г.)

26.02.2017 г.

20-21 февраля в г. Санкт-Петербурге состоялось совещание Национальных координаторов по Международным медико-санитарным правилам ВОЗ (ММСП) (2005 г.). Совещание в Санкт-Петербурге, организованное Всемирной организацией здравоохранения при участии Роспотребнадзора, собрало более 100 экспертов из 45 стран Европейского региона ВОЗ, включая страны постсоветского пространства.

ММСП являются юридически обязывающим международным соглашением, направленным на своевременное выявление и реагирование на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера, в том числе связанные со вспышками особо опасных инфекций, (лихорадка Эбола, чума, сибирская язва и др.), имеющими потенциал трансграничного распространения.

В Российской Федерации функции национального координатора по ММСП выполняет Роспотребнадзор.

В ходе встречи состоялись дискуссии и обмен практиками в области обеспечения готовности, осуществления санитарно-эпидемиологического надзора и принятия ответных мер на вспышки опасных инфекций в соответствии с ММСП. Значительное внимание было уделено укреплению партнерских отношений между странами Европейского региона ВОЗ и представляющими их национальными координаторами по ММСП. Участники подвели итоги процесса осуществления ММСП за 10 лет, прошедших после их вступления в силу.

Рис. 5. Сообщение на сайте Роспотребнадзора

Как мы уже поняли, одна из важнейших задач ММСП от 2005 г. – это улучшение коммуникации между ВОЗ и государствами. Назначение национальных координаторов по ММСП даёт ВОЗ прямой доступ к тем должностным лицам в государстве, которые обладают полномочиями, позволяющими им предупредить и уведомить ВОЗ о событиях, попадающих под её функционал. Фактически это легализирует статус «агента влияния ВОЗ». Согласно ММСП от 2005 г., государства должны уведомить контактный пункт ВОЗ по ММСП в штаб-квартире или на региональном уровне о любом таком событии, которое имело место на их территории. ВОЗ также будет иметь возможность обратиться к государствам с просьбой проверить точность сообщений, полученных от источников, не представляющих государственные органы. Государство, действующее через национального координатора по ММСП, обязано сотрудничать в процессе проверки поступившего сообщения.

Новые требования об уведомлении, совместно с требованием ВОЗ о необходимости проверить неофициальные сообщения о событиях, которые могут иметь международные последствия, соблюдение принципов конфиденциальности при обработке полученной информации и возможность оперативного получения от *Глобальной сети оповещения о вспышках болезней и ответных действий (GOARN)* помощи при оценке данного события и принятии ответных мер – всё

это создает хорошие условия и стимулы для большей открытости. После того, как ВОЗ установила, что то или иное конкретное событие представляет собой ЧСОЗМЗ, согласно ММСП от 2005 г. и по получении соответствующего запроса ВОЗ должна безотлагательно принять ответные меры.

С учётом конкретного характера каждой чрезвычайной ситуации Генеральный директор ВОЗ будет рекомендовать меры, которые должны быть проведены пострадавшим государством, а также другими государствами.

Эти рекомендации, действие которых ограничено во времени, доводятся до сведения государств и впоследствии до сведения общественности. С учётом вновь поступающих фактических данных рекомендуемые меры могут впоследствии быть модифицированы или отменены. Комитет по чрезвычайным ситуациям будет консультировать Генерального директора ВОЗ относительно характера этих рекомендаций.

В отношении лиц, совершающих поездки, государства могут предъявлять требование предоставить информацию о своём состоянии здоровья и документы о прохождении прививок, а также требование пройти базовое медицинское обследование.

Согласно ММСП от 2005 г., ВОЗ следует в обязательном порядке уведомлять о всех случаях следующих четырёх болезней: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, тяжёлый острый респираторный синдром (ТОРС) и че-

ловеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса.

В мае 2016 г. в целях усиления полномочий ВОЗ государства-члены дали согласие на одно из самых глубоких преобразований в истории организации, учредив новую Программу по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения (<https://www.who.int/ru/news/item/25-05-2016-world-health-assembly-agrees-new-health-emergencies-programme>).

ММСП и ЧСОЗМЗ в действии

30 января 2020 года генеральный директор ВОЗ после созыва комитета ММСП по ЧСОЗМЗ объявляет, что вспышка COVID-19 отвечает всем критериям ЧСОЗМЗ. А 31 января 2020 года в России, когда ещё не было ни одного заболевшего в России, принимается Постановление Правительства РФ № 66 о внесении в перечень опасных заболеваний коронвирусной инфекции. После этого стали применяться меры, необходимые при ЧСОЗМЗ.

Причём сообщение Генерального директора ВОЗ звучало очень расплывчато: *«ситуация с коронавирусом может быть охарактеризована как пандемическая»*.

Итак, ММСП от 2005 г. являются международным правовым механизмом, обязательным для всех государств-членов ВОЗ, и универсальным юридически-обязывающим инструментом реагирования на кризисные ситуации в общественном здравоохранении, в том числе санитарно-эпидемиоло-

гического характера. Роспотребнадзор реализует функции Национального координатора в РФ по выполнению положений ММСП, доступного в любое время для связи с контактными пунктами ВОЗ по ММСП.

Напомню, что радикальным новшеством ММСП от 2005 г. является **требование** о том, чтобы каждая страна развивала, укрепляла и поддерживала основные ресурсы общественного здравоохранения, необходимые для обеспечения должного эпиднадзора и принятия ответных мер, используя для этой цели существующие национальные ресурсы, такие, например, как национальные планы повышения готовности к пандемии гриппа.

Надеюсь, теперь читателю становится более ясным и понятным, почему вдруг глава Роспотребнадзора А. Ю. Попова, до 2020 года мало кому известная, стала диктовать, что надо делать? В определённый момент даже сложилось впечатление, что произошла смена власти в России – президента не было видно и слышно и только во всех средствах массовой информации была глава Роспотребнадзора.

3. Изменение понятий, определений

В предыдущих главах уже было написано об изменении формулировки основополагающего термина «пандемия». Готовя благоприятную почву для объявления пандемии 2020 года, ВОЗ заранее, уже весной 2009 года, изменила внутреннюю классификацию пандемии. С того времени определение пандемии звучит так: «Пандемия – это распространение нового заболевания в мировых масштабах». Данное определение практически в корне отличается от существовавших ранее определений. Акцент делался на «одновременном возникновении нескольких эпидемий по всему миру с огромным количеством смертей и болезней» – то есть в разных странах должны были возникнуть эпидемии и тогда можно было бы говорить о пандемии. Однако к концу августа 2021 года в России так и не было зафиксировано эпидемии новой коронавирусной инфекции по одной простой причине – не был пройден эпидемический порог. Таким образом, если бы не было изменения понятий в 2009 году, то ни о какой «пандемии» в 2020 и 2021 году и не говорили бы.

Важно акцентировать внимание читателя, что новое определение пандемии было переформатировано на вероятность возникновения заболевания, а клиническая тяжесть пандемического заболевания перестала учитываться. Поэтому «свиной» грипп уже можно было объявлять, как пандемию.

Чтобы объявить пандемию «свиного» гриппа, Всемирная организация здравоохранения не только изменила её определение, но начала сеять панику, сильно преувеличив масштабы опасности. На её решения влияли эксперты, связанные финансовыми интересами с крупными фармацевтическими компаниями, заработавшими на борьбе с пандемией миллиарды долларов. Огромные деньги были потрачены на бесполезные лекарства.

Пандемия «свиного» гриппа была официально объявлена Всемирной организацией здравоохранения 11 июня 2009 года – через три месяца после первой вспышки в Мексике заболевания, вызванного новым штаммом вируса гриппа А H1N1. И через месяц после того, как в текст на сайте ВОЗ была внесена небольшая поправка.

С 2003 года на сайте ВОЗ на странице «Готовность к пандемии» можно было прочесть следующий текст: «Пандемия гриппа – это глобальная эпидемия, вызываемая новым вирусом гриппа, против которого в человеческой популяции нет исходного иммунитета, что приводит к нескольким одновременным эпидемиям по всему миру с огромным числом умерших и заболевших» (<http://web.archive.org/web/20030202145905/http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/>).

4 мая 2009 года текст был исправлен – после указания корреспондента CNN на возможную неточность определения. «Это была ошибка, мы приносим

свои извинения за недоразумение. Это было написано уже давно, получается довольно мрачная и пугающая картина», – заявила тогда пресс-секретарь ВОЗ Натали Боду (<http://edition.cnn.com/2009/HEALTH/05/04/swine.flu.pandemic/index.html>). В новом определении исчезли «пугающие» слова про огромное количество умерших и заболевших и требование, чтобы эпидемии происходили по всему миру.

С этого момента для того, чтобы объявить пандемию, достаточно было, чтобы вспышки болезни были зарегистрированы как минимум в двух из шести регионов, на которые ВОЗ делит мир в своих документах.

Корректировка определения оказалась крайне своевременной. Ещё 30 апреля на пресс-брифинге ВОЗ было объявлено, что «уровень предупреждения о пандемии» поднят с 4 до 5. При этом было отмечено, что «на данный момент нет оснований полагать, что мы перейдём к фазе 6». Фаза 6 – это и есть пандемия.

2 июня 2009 года главный государственный санитарный врач России, глава Роспотребнадзора Геннадий Онищенко заявил журналистам, что нет оснований говорить о возможности пандемии гриппа А H1N1.

А уже 11 июня ВОЗ объявила о наступлении фазы 6.

В 2010 году пресс-секретарь ВОЗ Грегори Хартл в интервью медицинскому сайту Medscape заявил, что старое определение пандемии с *«огромным числом умерших и забо-*

левших» было описанием, а не официальным определением. *«Это не определение, но мы признаём, что оно могло быть так воспринято. Мы виноваты в путанице между определениями и описаниями»*, – сказал господин Хартл.

Ещё до официального объявления пандемии в Мексике населению уже раздавали бесплатные медицинские маски и листовки с правилами профилактики новой инфекции.

О том, что пандемия гриппа рано или поздно случится, и ВОЗ, и медики предупреждали задолго до 2009 года, и прогнозы были крайне пессимистичными.

Дело в том, что на второй месяц пандемии «свиного» гриппа, 16 июля 2009 года, ВОЗ объявила об изменениях в требованиях к отчётности по вирусной инфекции пандемического гриппа. Вот что говорилось в этом сообщении: *«Пандемия гриппа 2009 года распространяется в международных масштабах с беспрецедентной скоростью. Во время предшествующих пандемий такое широкое распространение вирусов гриппа происходило более чем за шесть месяцев, а в случае с новым вирусом H1N1 это произошло меньше чем за шесть недель.*

С возрастанием числа случаев заболевания во многих странах при устойчивой передаче инфекции на уровне местных сообществ странам становится крайне сложно или даже невозможно проверять и подтверждать эти случаи путём лабораторного тестирования. Более того, в таких странах подсчёт числа индивидуальных случаев заболевания более не

имеет важного значения для мониторинга как уровня, так и характера риска со стороны пандемического вируса, а также для принятия наиболее подходящих ответных мер.

На сегодняшний день для пандемии характерны лёгкие симптомы у подавляющего большинства пациентов, которые обычно выздоравливают даже без медицинской помощи в течение недели с момента появления симптомов...

Стратегия, направленная на выявление, лабораторное подтверждение и расследование всех случаев заболевания, включая случаи лёгкой болезни, является крайне ресурсоёмкой. В некоторых странах эта стратегия поглощает значительную часть лабораторного потенциала и потенциала для принятия ответных мер, оставляя мало возможностей для мониторинга и расследования тяжёлых случаев заболевания и других необычных событий». Это было написано в 2009 году.

Обычно в подобных бюрократических документах есть главная фраза, ради которой написано всё остальное. Вот она: *«По всем этим причинам ВОЗ более не будет выпускать глобальные таблицы с количеством подтверждённых случаев заболевания во всех странах»*. (Не исключено, что скоро и в России не будет публиковаться статистика и нас просто будут заставлять поверить в то, что говорят по средствам массовой информации о страшной болезни – новой коронавирусной инфекции. – *Прим. автора.*)

Так что неудивительно, что точных данных о числе за-

болевших и умерших в мире в результате пандемии не существует. По оценке американских Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), в США за время пандемии заразились от 43,3 млн до 89,3 млн человек, были госпитализированы от 195 086 до 402 719 человек, умерли от 8868 до 18 306 человек (<https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/2009-h1n1-pandemic.html>). Число смертей во всём мире за первый год пандемии, по оценке CDC, – от 151 700 до 575 400 человек. По данным ВОЗ, лабораторно подтверждённых смертей в 2009-м было 18 449 (в том числе в России – 14).

Так и хочется спросить – зачем эти игры с определением пандемии? Уже становится ясно, что это не медицинские, а политические шаги, имеющие конкретную цель. А цель эта проста и кроется в основной мере против пандемии – это проведение вакцинации по рекомендациям ВОЗ! А потому, чтобы эту самую вакцинацию рекомендовать повально и повсеместно – и нужно было всё это организовать и начать с новых определений. Теперь уже не нужно оценивать реальные факты и последствия того или иного заболевания (число смертей и распространение заболевания) – теперь уже достаточно мнения главы всемирной организации, человека не имеющего медицинского образования, который просто объявит: «похожа на пандемию», а далее предложит единственное спасение от неё – это вакцины. А что же в России? Игра в слова ВОЗ теперь на поверхности, возможные её мотивы

– тоже.

Давайте снова обратимся к понятийному аппарату. Эпидемия – это распространение какой-либо инфекционной болезни, **значительно** превышающее уровень обычной заболеваемости на данной территории. Пандемия – это эпидемия, характеризующаяся распространением инфекционного заболевания на территорию всей страны, территорию сопредельных государств, а иногда и многих стран мира. Однако для регламентирования работы структур в нашей стране пока ещё нужны чёткие количественные критерии того, что считать эпидемией, а что – нет. И такие критерии у нас есть. Есть Приказ *Министерства чрезвычайных ситуаций* (МЧС) от 08.07.2004 № 329, где в разделе «Биолого-социальные ЧС» мы находим критерии эпидемии: *«Уровень смертности или заболеваемости по территориям субъектов РФ превышает годовой среднестатистический в 3 раза и более»*.

То есть в нормативных документах РФ имеется ещё здравый смысл и есть количественные критерии объявления эпидемии – это учёт статистических данных. Что вполне себе логично. Любой может обратиться к статистическим данным вашего региона и посчитать хотя бы уровень смертности на вашей территории за год и сравнить его с предыдущими периодами. И узнать много интересного. Но почему-то структуры, к которым обращаются последнее время некоторые активные граждане, всё чаще получают ответы, согласно которым *«эпидемии на территории того или иного субъекта за*

2020 и 2021 годы не регистрировались», однако «согласно определению пандемии ВОЗ и в России наблюдается пандемия».

Спрашивается – где логика? Количественные критерии объявления эпидемии согласно нормативным документам в России не превышались, следовательно, и эпидемии не регистрировались. Причём в разных регионах. Однако в России якобы регистрировалась пандемия – это распространение якобы эпидемии (которой не было), но которая как бы была. Здесь, наверно, у читателя в голове может случиться полная мешанина. Как можно говорить о пандемии, которая зависит от наличия эпидемии, которой нет?! Что происходит?! А происходит процесс системного, методического одурманивания населения. Теперь для оценки не нужно думать и считать, а достаточно послушать, что скажет глава ВОЗ. Хочется напомнить простые истины – можно долго обманывать одного человека, можно обманывать много людей короткое время, но обманывать много людей долгое время невозможно! Примерно, видимо, так и обстоит реальная ситуация. Однако чиновники в России, вероятно, думать не желают, когда они рисуют свои ответы, и не хотят задуматься: а зачем им такие вопросы задают – имеется в виду вопрос «имеется эпидемия на данной территории или нет?».

В завершение очередная подмена понятий. На сайте ВОЗ 9 июня 2020 года было дано определение коллективному иммунитету.

Что такое «стадный иммунитет»? Стадный иммунитет – это косвенная защита от инфекционного заболевания, которая происходит, когда популяция обладает иммунитетом либо благодаря вакцинации, либо иммунитетом, выработанным в результате предыдущей инфекции. Это означает, что даже люди, которые не были инфицированы или у которых инфекция не вызвала иммунного ответа, защищены, потому что окружающие их люди, обладающие иммунитетом, могут действовать как буферы между ними и инфицированным человеком. Порог установления стадного иммунитета для COVID–19 пока не ясен.

А уже 13 ноября 2020 года формулировка принципиально другая.

Что такое «стадный иммунитет»? «Стадный иммунитет», также известный как «популяционный иммунитет», – это концепция, используемая для вакцинации, при которой популяция может быть защищена от определённого вируса, если достигнут порог вакцинации. Стадный иммунитет достигается путём защиты людей от вируса, а не путём его воздействия. Оставим на совести тех, кто именуется коллективный иммунитет словом «стадный», приравнивая человека к скоту. Возможно, таким образом те, кто придумывает данные термины, и показывают своё отношение к проживающим на земле людям.

Американская компания, издатель справочников и лексических словарей, Merriam-Webster, Inc. (филиал

Encyclopaedia Britannica, Inc.) также по-тихому изменила определение термина «вакцина», включив в него *«компоненты инъекции мРНК COVID-19»*, то есть определение вакцины было специально изменено из-за антиковидной вакцины. Согласно традиционному определению, вакцина – это *«препарат из убитых микроорганизмов, живых ослабленных организмов или полностью живых вирулентных организмов, который вводят для выработки или искусственного повышения иммунитета к определённому заболеванию»*. Такое определение сохранялось до самого последнего времени.

Однако 6 февраля 2021 года компания добавила к этому определению, который стал лишь пунктом «а», ещё пункт «b». Теперь вакцина, по словарю Merriam-Webster, это также *«препарат генетического материала (например, нить синтезированной мессенджерной РНК), который используется клетками организма для получения антигенного вещества»* (<https://www.merriam-webster.com/dictionary/vaccine>).

Честно играть с шулерами не получится. Вы всегда проиграете, потому что шулер и не думал никогда играть с вами честно, он хочет всегда выиграть и забрать свой приз. И если ему надо для выигрыша сделать подлог, он не задумается ни на секунду.

4. Репетиции

*Для торжества зла необходимо только одно условие – чтобы хорошие люди сидели сложа руки.
Эдмунд Бёрк*

В 1999-м ВОЗ опубликовала «План подготовки к пандемии гриппа: роль ВОЗ и руководство для национального и регионального планирования». Это был первый в истории организации документ, в котором говорилось о грядущей пандемии гриппа. В разделе «Выражаем признательность» говорится: «Р. Снакен, Л. Р. Хаахейм, А. П. Кендал, Дж. Дж. Лайтарт и Д. Лаванши подготовили этот документ для Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в сотрудничестве с Европейской научной рабочей группой по гриппу (European Scientific Working Group on Influenza (ESWI))» (<https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/whocdscsredc991.pdf>).

Как уже говорилось, в документе ВОЗ о связи ESWI с фарминдустрией не было сказано ничего. Также в нём не упоминалось, что доктор Рене Снакен из Министерства здравоохранения Бельгии писал статью для рекламного буклета компании Roche, а начальник отдела вирусных болезней ВОЗ Даниэль Лаванши выступал в 1998 году на симпозиуме, спонсируемом Roche (<https://www.kommersant.ru/doc/4343708>).

В состав ESWI в то время входили также профессор Карл Николсон из Лестерского университета (Великобритания) и профессор Аб Остерхаус из Университета Эразма (Нидерланды). Ведущий голландский вирусолог Аб Остерхаус по прозвищу «Доктор Грипп» подозревался в конфликте интересов не только в связи с ВОЗ и «Тамифлю» (о данном препарате было написано ранее), но и в связи с рекомендацией властям Нидерландов закупить вакцину производства компании ViroClinic, в которой ему принадлежало 10 % акций.

Оба участвовали в рандомизированном контролируемом исследовании противовирусного препарата осельтамивир (в России известен под торговой маркой «Тамифлю») компании Roche. Результаты исследования были опубликованы в журнале TheLancet в 2000 году ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)02288-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)02288-1/fulltext)). Это одно из наиболее серьёзных исследований, доказывающих эффективность препарата. Журнал TheLancet стал известен широкому кругу населения России в 2020 году благодаря постоянным рассказам о том, что там опубликован материал о российском препарате от НИЦ Н. Ф. Гамалеи, называемый «Спутник V».

В 2004 году ВОЗ выпускает очень интересный документ – «Руководство по использованию вакцин и противовирусных препаратов при пандемии гриппа» (https://www.who.int/influenza/resources/documents/11_29_01_A.pdf?ua=1). Приложение с рекомендациями по использованию противови-

русных препаратов для этого руководства написал Фред Хайден, получавший в то время деньги за лекции и консультации от компаний Roche и GlaxoSmithKline. Согласно одной из рекомендаций, странам следовало иметь большой запас противовирусных препаратов на случай пандемии. Автором приложения по вакцинации в условиях пандемии был профессор Арнольд Монто из Мичиганского университета. Он декларировал получение гонораров, выплат за консультации и помощи в проведении исследований от Roche, GlaxoSmithKline и ViroPharma. Карл Николсон, написавший приложение «Пандемический грипп», ездил на семинары за счёт Roche и GlaxoSmithKline, получал гонорары за консультации от Wyeth, Chiron и Berna Biotech.

В 2002-м в штаб-квартире ВОЗ в Женеве прошла встреча экспертов по гриппу. На ней присутствовали представители фармкомпаний Roche и Aventis Pasteur, а также трое учёных, имена которых встречаются в маркетинговых материалах по осельтамивиру («Тамифлю»): Карл Николсон, Аб Остерхаус и Фред Хайден из Виргинского университета.

В декабре 2004 года на сайте ВОЗ появилась статья, посвящённая оценке будущей пандемии гриппа. В ней говорилось: «Даже при самом оптимистичном сценарии следующей пандемии умрут от 2 млн до 7 млн человек, десяткам миллионов потребуется медицинская помощь. Если штамм вируса, вызвавшего следующую пандемию, будет очень вирулентным (Вирулентность – это

способность вируса вызывать заболевание или гибель организма. – *Прим. автора.*), число смертей может быть намного выше». После пандемии «свиного» гриппа статья исчезает с сайта, однако сохраняются её архивные копии (https://web.archive.org/web/20050407090950/http://www.who.int/csr/disease/influenza/preparedness2004_12_08/en/). Джон Барри из Центра биоэкологических исследований университетов Тулейн и Ксавье писал в 2005 году: *«Практически любой эксперт по гриппу убеждён, что следующая пандемия практически неизбежна, что она убьёт миллионы людей, а может убить десятки миллионов, вирус же, подобный вирусу 1918 года, H1N1, может убить сотни миллионов и даже больше, а также что эта пандемия вызовет экономические и социальные потрясения огромного масштаба».*

В 2006 году группа исследователей во главе с Кристофером Мюрреем, профессором из Гарварда, опубликовала в журнале TheLancet свою оценку: если пандемия будет развиваться подобно пандемии испанки в 1918 году, то погибнут около 62 млн человек ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60826-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60826-6/fulltext)).

Во время вспышки «птичьего» гриппа в 2005 году правительства многих стран по рекомендации ВОЗ стали закупать большие объёмы «Тамифлю» и «Реленза», создавая запасы на случай пандемии гриппа. С началом эпидемии «свиного» гриппа в 2009-м эти запасы увеличились ещё боль-

ше, в огромных объёмах также стали закупаться вакцины. В 2009 году 85 стран закупили 220 млн упаковок «Тамифлю» на общую сумму около 18 млрд долларов. В США на закупки этого препарата было потрачено около 1,5 млрд долларов. Великобритания закупила «Тамифлю» и «Реленза» на 560 млн долларов. Майкл Остерхольм, профессор из Университета Миннесоты, советник министра здравоохранения и социальных служб США, в 2005 году опубликовал в журнале *The New England Journal of Medicine* статью «Готовимся к будущей пандемии» со своим прогнозом: от 180 млн до 360 млн погибших (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058068>). Как показала история, данный специалист очень сильно ошибся в своих расчётах.

Так сколько же людей в итоге переболели «свиным» гриппом и сколько умерли? Перефразируя классиков, можно сказать, что статистика знает всё, но ответа на этот вопрос она не знает. Это останется тайной за «семью печатями».

Вакцинацией против гриппа H1N1 были охвачены десятки миллионов человек. Через ВОЗ в страны, не имеющие собственного производства вакцины, было поставлено 78 млн доз. В США было вакцинировано около 75 млн человек (25 % населения), в Канаде 13,5–15 млн человек (40–45 % населения), в Финляндии – просто всё население.

Россия, по сравнению с другими странами, поддалась панике в меньшей степени. В том числе потому, что для борьбы с гриппом россиянам рекомендовалось использовать отече-

ственные препараты. Тем не менее в России, по данным центра маркетинговых исследований «Фармэксперт», продажи «Тамифлю» в 2009 году выросли на 1000 % по сравнению с 2008-м.

По оценке инвестиционного банка JPMorgan, продажи вакцин от гриппа H1N1 в 2009 году должны были принести производителям прибыль в размере 7–10 млрд долларов.

После окончания пандемии огромное количество вакцин и лекарств было уничтожено в связи с истечением срока действия. Так, Великобритания первоначально подписала контракты о закупке 120 млн доз вакцин против «свиного» гриппа. Из-за низкого числа заболевших закуплено было всего 44 млн доз. Из них к апрелю 2010 года было использовано только 6 млн доз, еще 3,8 млн было передано структурам ВОЗ в Африке.

В декабре 2009 года, когда пандемия уверенно шла на спад, уменьшилось количество больных и пришло понимание обмана, европейские парламентарии стали об этом говорить. Активная критика в сторону ВОЗ пошла от комитета здравоохранения ПАСЕ. Как заявил Вольфганг Водарг, председатель комитета, в своём докладе, ключевую роль в принятии решений по эпидемии сыграла именно ВОЗ. Депутат утверждает, что «изменение ВОЗ определения „эпидемии“, которое было сделано в мае прошлого года, позволило „трансформировать“ грипп средней степени в эпидемию, распространяющуюся по всему миру, и позволило фарма-

цевтической промышленности превратить эту возможность в звонкую монету посредством контрактов, которые, преимущественно, были секретными». Он привёл данные, что на борьбу с эпидемией было потрачено около 18 млрд долларов по всему миру.

«Миллионы (людей) были привиты без каких-либо оснований. И ещё не известно, имеет ли вакцина позитивный эффект, так как ещё не была клинически протестирована. С моей точки зрения, ВОЗ предприняла непонятные меры, которые не могут быть оправданы научными доказательствами. Совет Европы должен провести расследование в отношении того, как ВОЗ может проделывать такого вида опасные нонсенсы» (<https://www.interfax.ru/business/120696>).

24 июня этого же года ПАСЕ подавляющим большинством голосов приняла резолюцию № 1749 и рекомендацию № 1929. В них говорилось о необходимости большей открытости ВОЗ.

С обвинения начинается статья «ВОЗ и „теории заговора“ в связи с пандемическим гриппом», опубликованная 3 июня 2010 года The BMJ, еженедельным рецензируемым научным журналом по медицине с более чем полуторавековой историей. *«Ведущие учёные, дававшие советы ВОЗ по планированию действий во время пандемического гриппа, выполняли оплачиваемую работу для фармацевтических компаний, которым были выгодны подготавливаемые рекомендации. Об*

этом конфликте интересов ВОЗ никогда публично не заявляла» (<https://www.bmj.com/content/340/bmj.c2912>).

Статья стала итогом совместного расследования, проведённого редактором журнала Деборой Коэн и журналистом Филипом Картером из лондонского Бюро расследовательской журналистики (The Bureau of Investigative Journalism).

Выступая 24 марта 2010 года с лекцией в штаб-квартире CDC (центр по контролю и профилактике заболеваний США, <https://www.cdc.gov>. – Прим. автора.) в Атланте, госпожа Чан (глава ВОЗ до 2017 года) заявила: *«ВОЗ предвидела пристальное внимание к её решениям, но мы не могли предвидеть, что некоторые европейские политики обвинят нас в том, что мы объявили фальшивую пандемию по совету экспертов, имеющих связи с фармацевтической индустрией и получивших персональную выгоду от выросших прибылей этой индустрии... это подорвало доверие к необходимости вакцинации в ряде стран, в том числе в нескольких развивающихся странах... Нам уже приходилось раньше сталкиваться с теориями заговора...»* (http://origin.who.int/dg/speeches/2010/koplan_20100324/en/). Работая над статьей в BMJ, авторы посылали запросы в ВОЗ по поводу возможного конфликта интересов, но ответов не получали. Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чан устно и письменно отвергала все обвинения в том, что на решения организации могли влиять финансовые интересы фармацевтических компаний.

Надо остановиться на персоне Маргарет Чан в виде краткой справки. В 2003 году она начала свою работу в ВОЗ в качестве директора Департамента по охране окружающей человека среды. В июне 2005 года назначена директором Департамента по эпиднадзору за инфекционными болезнями и ответным действиям, а также Представителем Генерального директора по пандемическому гриппу. В сентябре 2005 года стала Помощником Генерального директора по кластеру инфекционных болезней. 9 ноября 2006 года избрана на пост Генерального директора. Её полномочия истекли в июне 2012 года. На 65-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2012 года избрана Генеральным директором ВОЗ на второй срок, который завершился в 2017 году.

Решения по ситуации со «свиным» гриппом Маргарет Чан принимала на основе рекомендаций чрезвычайного комитета, состоявшего из 16 человек. Имена этих людей ВОЗ не раскрывала. Пресс-секретарь организации Грегори Хартл объяснял это так: *«Наш главный принцип – защитить комитет от постороннего влияния»*. Было известно только имя главы комитета – профессор Джон Маккензи. Члены тайного комитета давали рекомендации по объявлению фаз развития пандемии, дат её начала и окончания, мер по борьбе с ней. При этом имена других консультантов ВОЗ, например членов Стратегической консультативной группы экспертов по иммунизации, никогда не были секретом. Видимо, счита-

лось, что на них никто не может оказать влияние.

10 августа 2010 года ВОЗ объявила об окончании пандемии «свиного» гриппа. В тот же день был обнародован список членов тайного комитета, а также сведения о доходах тех из них, кто сотрудничал с фармацевтическими компаниями.

Надо назвать их имена. Профессор Арнольд Монто консультировал по пандемическому и сезонному гриппу компании GlaxoSmeethKline, Novartis, Roche, Baxter и Sanofi. От каждой из них он получил за консультации менее 10 тыс. долларов. Он также проводил исследование сравнительной эффективности противогриппозных вакцин на грант от компании Sanofi Pasteur.

Доктор Джон Вуд занимался работами с противогриппозными вакцинами по договорам с Sanofi Pasteur, CSL, IFPMA, Novartis и Powdermed. В лаборатории профессора Марии Замбон велись работы, финансируемые производителями вакцин, в том числе Sanofi, Novartis, CSL, Baxter и GlaxoSmithKline. Профессор Нил Фергюсон консультировал компании Roche и GlaxoSmithKline Biologicals (до 2007 года), получив за все консультации менее 7 тыс. долларов.

1 октября 2010 года документ ВОЗ был дополнен упоминанием о том, что профессор Нил Фергюсон сотрудничал также с компанией Novartis. Тем, кто внимательно следит за ситуацией с нынешней «пандемией» коронавируса, имя Нила Фергюсона может быть знакомо. В феврале 2020 года Фергюсон и его команда использовала статисти-

ческие модели, чтобы оценить, что случаи COVID-19 были значительно недооценены в Китае. Он является членом британской группы реагирования на COVID-19 Имперского колледжа. Господин Фергюсон был сторонником введения жёсткого карантина и ушёл в отставку 5 мая 2020 года, после того как стало известно, что сам он грубо нарушал условия карантина: к нему в гости приезжала любовница (<https://www.kommersant.uk/articles/professor-nil-fergyuson-pridumal-lokdaun-i-sam-zhe-ego-narushil-radi-zhenschiny-istoriya-lyubvi-kotoraya-mozhet-stoit-kariery>).

Разумеется, на критику в свой адрес у ВОЗ нашлись ответы. Вскоре после публикации расследования в BMJ генеральный директор ВОЗ Маргарет Чан заявила: *«Никогда, ни на одну секунду коммерческие интересы не влияли на принятые мной решения»*. Официально опровергнуты были и остальные обвинения. Старое определение пандемии никогда не было официальным. ВОЗ не преувеличивала угрозы пандемии. *«Голословные утверждения о том, что ВОЗ объявила пандемию для того, чтобы увеличить прибыли фармацевтической промышленности, возникли в связи с тем, что ВОЗ использовала услуги экспертов-консультантов, и в связи со способом получения от этих экспертов деклараций об отсутствии интересов. В ходе последних расследований не было выявлено ни одного конкретного случая нарушений»* (http://www9.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100610/ru/).

Международная некоммерческая организация Cochrane, занимающаяся независимой оценкой эффективности лекарств и медицинских методик с позиций доказательной медицины, неоднократно изучала вопрос об эффективности использования осельтамивира («Тамифлю») и занамивира («Реленза») для лечения и профилактики сезонного и пандемического гриппа. Вот некоторые выводы из последнего обзора Cochrane, опубликованного в 2014 году: *«Мы обнаружили, что оба лекарства сокращали продолжительность симптомов гриппоподобного заболевания (неподтверждённый грипп или „грипп“) менее чем на один день»* (<https://www.cochrane.org/news/tamiflu-and-relenza-getting-full-evidence-picture>).

«Осельтамивир на основании данных от всех людей, включённых в клинические испытания по лечению осельтамивиром, не влиял на число госпитализаций... Клинические испытания по профилактике заболевания показали, что осельтамивир и занамивир снижали риск симптоматического гриппа у отдельных лиц и в семье. Не было доказательств влияния на бессимптомный грипп или на не грипп, на гриппоподобные заболевания, но проблемы в проведении испытаний препятствуют любому определённому заключению. При применении осельтамивира для профилактики гриппа отмечались такие побочные явления, как тошнота, рвота, головные боли, почечные и психиатрические события».

Отсутствие качественных доказательств, демонстрирующих влияние на осложнения гриппа, согласуется с осторожными выводами по обоим лекарствам, сделанными *Администрацией по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами США (FDA)*. FDA разрешила сделать заявления только по эффективности обоих лекарств в профилактике и лечении симптомов гриппа, но не по другим эффектам (в том числе прерывание распространения вируса от человека к человеку или профилактика пневмонии). FDA описала эффективность обоих препаратов в целом как «скромную». Очень интересный факт – Томас Джефферсон из Центра доказательной медицины Оксфордского университета, чьё имя стоит первым в списке авторов обзора Cochrane 2014 года, ранее консультировал компанию Roche именно по «Тамифлю». То есть когда-то он консультировал компанию Roche по препарату «Тамифлю», а сейчас ведёт с ней судебную тяжбу от имени Соединённых Штатов.

В сентябре 2019 года Томас Джефферсон от имени правительства США и 29 штатов подал судебный иск к компании Roche, обвинив холдинг в ложных заявлениях об эффективности «Тамифлю» в случае пандемии, из-за которых федеральные власти и власти штатов потратили около 1,5 млрд долларов на закупку неэффективного препарата. Истец требует взыскать с компании эту сумму. В случае признания судом вины компании грозит штраф в размере 4,5 млрд долларов (это тройная сумма нанесённого ущерба) плюс опла-

та судебных издержек. По закону осведомитель может получить до 30 % от суммы взыскания. Таким образом, Томас Джефферсон может легко стать мультимиллионером. Представители компании Roche попросили суд отклонить иск, так как господин Джефферсон «игнорирует реальность», правительство США проводило собственные исследования эффективности «Тамифлю» и продолжает хранить препарат в стратегическом запасе лекарств. Судя по тому, что ранее похожий иск Томаса Джефферсона в течение пяти лет отказывалось поддержать Министерство юстиции США, перспективы у нынешнего иска невелики. Тем более что ведущая его юридическая фирма закрыта на карантин, а на фоне новой пандемии старая стала уже менее актуальной.

Подвожу небольшое резюме написанному в данной главе. При каждой новой «пандемии» те, кто инициировал их, отработывали технологии и подходы, учитывали ошибки, готовились к новым «пандемиям». Многие события, которые мы видели в 2020 году и видим сейчас, в 2021 году, происходили при ранних пандемиях. Несмотря на выявленные связи производителей лекарств с ВОЗ, ни один чиновник из этой организации до сих пор не находится в местах лишения свободы. Создаётся впечатление, что якобы им и в этот раз удастся избежать уголовного наказания. Посмотрим, время всё расставит по своим местам.

5. Финальный прогон

Перед премьерой любого спектакля существует завершающая репетиция или финальный прогон. Так же и организаторы событий 2020 решили, что необходимо сделать последнюю репетицию и провели событие 201 (<https://www.centerforhealthsecurity.org/event201/>). Так что же это за финальный прогон? Где он проходил?

Событие 201 (англ. Event 201) – пандемические учения, проведённые университетом Джонса Хопкинса 18 октября 2019 года в Нью-Йорке при участии Фонда Билла и Мелинды Гейтс и Всемирного экономического форума.

В ходе учений проиллюстрированы области, в которых партнёрство государственного и частного секторов будет необходимо во время реагирования на тяжёлую пандемию, чтобы уменьшить масштабные экономические и социальные последствия.

Участниками учений стали видные деятели мирового бизнеса, правительства и общественного здравоохранения. Им было поручено возглавить политический ответ на вымышленный сценарий вспышки в ходе настольных учений по «пандемии Событие 201».

Автор модели симуляции пандемии – американский учёный Эрик Тонер, старший научный сотрудник Центра безопасности в области здравоохранения при университете

Хопкинса. В настоящее время вся информация по новой коронавирусной инфекции собирается именно в этот институт. И именно на этот институт идут постоянно ссылки как на экспертное учреждение.

В ходе игры моделировался процесс распространения пандемии нового зоонотического коронавируса, передаваемого сначала от летучих мышей к свиньям и далее к человеку. Очагом инфекции признавались фермы Бразилии. В человеческой популяции заражение осуществлялось воздушно-капельным путём, а также при рукопожатиях и других тактильных контактах. Туристы переносят болезнь через океаны. Особенностью вируса было отсутствие эффективной вакцины и избирательная смертность населения, в основном связанная с лицами, у которых ослаблен иммунитет. Гипотетический вирус должен быть похож на вирус гриппа или ОРВИ. За 18 месяцев он должен уничтожить 65 миллионов человек по всему миру (На момент подготовки материала к данной книге прошло 18 месяцев и, по официальной статистике, умерших было 4,5 млн. – *Прим. автора.*). Пандемия начинает замедляться из-за уменьшения числа восприимчивых людей. Пандемия будет продолжаться до тех пор, пока не появится эффективная вакцина или пока не будет заражено 80–90 % населения планеты. С этого момента она, скорее всего, станет эндемическим детским заболеванием. Вирус влияет не только на здравоохранение. В игровой модели вирус становится причиной глобального экономическо-

го кризиса. Мировой ВВП снижается на 11 %, а биржи по всему миру теряют от 20 до 40 % стоимости компаний.

Приведу сценарий Event 201 полностью: «Возникает вспышка нового зоонотического коронавируса, передаваемого от летучих мышей свиньям и далее к людям, который в конечном итоге становится эффективно передаваемым от человека к человеку, что приводит к серьёзной пандемии. Патоген и болезнь, которую он вызывает, в основном моделируются на основе SARS (атипичной пневмонии), но он в большей степени передаётся в сообществе людей с лёгкими симптомами.

Болезнь начинается на свинофермах в Бразилии, сначала тихо и медленно, но затем она начинает распространяться быстрее в медицинских учреждениях. Когда эпидемия начинает эффективно распространяться от человека к человеку в малообеспеченных, густонаселённых районах некоторых мегаполисов Южной Америки, эпидемия взрывается.

Сначала он экспортируется воздушным транспортом в Португалию, Соединённые Штаты и Китай, а затем во многие другие страны. Хотя поначалу некоторые страны могут контролировать его, он продолжает распространяться и вновь вводится, и в конечном итоге ни одна страна не может сохранить контроль.

Вакцинация не может быть доступна в течение первого года. Существует вымышленный противовирусный препарат, который может помочь больному, но не способен существен-

но ограничить распространение болезни.

Поскольку вся человеческая популяция подвержена этому заболеванию, в первые месяцы пандемии общее число заболевших увеличивается экспоненциально, удваиваясь каждую неделю. И по мере того, как накапливаются случаи заболевания и смерти, экономические и социальные последствия становятся всё более серьёзными». Вот так сидели и «играли» за столом видные деятели, практически выработывая сценарий того, что сейчас происходит. Вот только уже многое пошло не по сценарию. В частности, со смертностью промахнулся. Вместо 65 миллионов человек смогли «натянуть» только на 4,5 миллиона. О том, как формируется статистика по смертности, мы будем рассматривать чуть позже. И читателю станет ясен скептицизм автора.

Следует заметить, что недавно Центр по безопасности здоровья университета Джонса Хопкинса сделал официальное заявление, в котором отрицает связь Event 201 с новой вспышкой коронавируса в Китае и утверждает, что в ходе этого мероприятия не делался прогноз. В заявлении говорится, что была смоделирована вымышленная пандемия коронавируса, а также то, что «сейчас мы не прогнозируем, что вспышка nCoV-2019 убьёт 65 миллионов человек».

Согласитесь, что как-то слишком много совпадений в данной ситуации, которые со временем сложатся в целостную картину. Если есть желание посмотреть всё в оригинале, то это очень просто – достаточно набрать в Интернете *Event 201*

Pandemic Exercise: Highlights Reel.

Ниже будет приведён краткий перевод этого видео. Я не ставил перед собой цель досконально всё перевести, мне надо передать основную суть того, как это происходило. Не удивлюсь, что многие моменты сейчас для вас покажутся чрезвычайно знакомыми. Акцентирую внимание, что это разыгрывалось за 5 месяцев до объявления «пандемии»!

Это началось среди выглядящих здоровыми свиней. Месяцы назад, может быть – годы. Новый коронавирус тихо распространился среди поголовья. Постепенно фермеры стали заболевать. Инфицированные люди демонстрировали симптомы респираторных заболеваний – от умеренных, похожих на грипп, до тяжёлых воспалений лёгких. Тяжёлым больным требовалась реанимация, многие умерли. CAPS – Coronavirus Associated Pulmonary Syndrome – Коронавирус, связанный с лёгочным синдромом (Тогда название было CAPS, сейчас дали название SARS. – *Прим. автора.*). Вирус передавался по воздуху. Эксперты соглашались, что вирус должен быть быстро взят под контроль, иначе это может привести к жестокой пандемии в мировом масштабе, если он распространится по земному шару и поразит людей повсюду. Срочное заседание по поводу пандемии CAPS было созвано, чтобы обсудить рекомендации по действиям в этих условиях.

Анита Цицero, университет Джона Хопкинса, Центр охраны здоровья: Комиссия состоит из высококвалифициро-

ванных специалистов из области бизнеса, здравоохранения и гражданского общества.

Доктор Кэтлин Риверс: Мы предполагаем удвоение случаев заболеваний в течение недели и шестнадцатикратное в конце месяца, если мы не сможем остановить распространение. Предполагается полмиллиона заболевших и рост заболеваний по экспоненте. В течение трёх месяцев может заболеть 10 миллионов человек.

Том Инглесби, университет Джона Хопкинса: Это будет тяжёлая пандемия, и она может быть остановлена только совместной работой глобального бизнеса и правительства.

Ябани Белло, иммунолог: Мы знали о SARS-вирусах животных и человека десятилетия. Но не были успешны в изготовлении лицензированной вакцины. Конечно, новые технологии могут помочь, но это будет сложно. У меня нет оптимизма по поводу изготовления действующей вакцины во время этой пандемии.

На времени 2:02—Антивирусные препараты и необходимые медикаменты должны распределяться глобально.

Том Инглесби, университет Джона Хопкинса: Как должны правительства, бизнес, международные организации выделять и распределять медикаменты людям, которые в них нуждаются больше всего?

Адриан Томас, бизнесмен, фирма «Джонсон и Джонсон»: ...для глобальных фондов иметь централизованный механизм финансово, финансово иметь возможность от имени

стран... и во-вторых, для бизнес-сектора и производителей важно знать, что нужно и где это нужно, и кто принимает решения (говорит он очень неразборчиво. – *Прим. автора.*).

София Борджес, ООН: Я думаю, что страны, наиболее пострадавшие, как страны со средним и низким доходом, с неравным доступом к технологиям и финансам, страны, в которых ООН работал.

Кристофер Элиас, фонд Билла и Мелинды Гейтс: Правда в том, что у нас нет логистических возможностей даже с помощью ООН. Привезти всё это в одно место и действовать. Я думаю, здесь важна кооперация между организациями и частным сектором, который производит необходимое каждый день. Нужно понимать, где необходимо производится и куда его надо доставить для людей, которым это нужно больше всего.

Эдуардо Мартинез, фонд UPS: Подчеркну тот момент, что кооперация между поставщиками или бизнесами, которые производят необходимое, может сделать эффективным весь процесс...

Аврилль Хайнес, экс-советник по национальной безопасности США: Вопрос в том, может ли этот международный механизм действительно содействовать (пропагандировать) обязательства делать всё настолько быстро, насколько возможно, чтобы дать людям ощущение, что если они вложатся больше, то смогут лучше защитить своё собственное население.

Джейн Халтон, ANZ Bank: Чтобы быть понятыми совершенно точно, большинство этих производств уже обязались и будут исполнять контракты. Не бывало такого, чтобы производители продукта не имели потребителя для своих товаров. Поэтому первое, что должно быть сделано... страны (правительства стран не могут это отрегулировать)... правительства должны ввести чрезвычайное положение и кооперироваться с существующими производителями товаров.

Стефан Редд, US CDC (Центр защиты от эпидемий и заболеваний): Я думаю, маловероятно, и я согласен с тем, что страны вряд ли станут вносить большой вклад по части необходимых запасов глобально, без того, чтобы оставить большие порции необходимого для своего населения...

На моменте 4:46 CNN специальное сообщение, диктор Чен Хуанг: Организации по защите здоровья выносят рекомендации для путешественников. Некоторые страны имеют плохой уровень (безопасности) из-за существования сильных очагов заражения. В результате туристический сектор несёт потери – минус 45 % бронирования, многие авиарейсы отменены. Государства, в которых сектор туризма очень большой, – несут потери. Запрет на путешествия и ограничения в торговле имеют огромное (негативное) влияние.

Том Инглесби, университет Джона Хопкинса: Национальные лидеры, бизнес и международные организации балансируют на грани риска ухудшения болезни, которая распространяется, потому что люди непрерывно перемещаются по

миру, несмотря на запреты на торговлю, (они перемещаются) поскольку иначе это грозит огромными экономическими потерями.

Тим Эванс, экс-World Bank Group: Если вы думаете, что ООН может всё это воплотить, то я боюсь, что мы страдаем от бредового расстройства по поводу мощи ООН. Чрезвычайно важно заставить эти производства и торговые организации, которые децентрализованы, но имеют коллективную ответственность и подотчётны, их нужно поддержать публичным лидерам.

Мартин Кнуфель, Люфтганза: Это важно – определить необходимые путешествия и менее важные, мы должны чётко определить это. Иначе, если наша бронь билетов упадёт на 25 % в течение долгого времени, авиалинии разорятся.

Кристофер Элиас, фонд Билла и Мелинды Гейтс: Очень много проблем в этом крайне зависимом друг от друга мире. Мы должны измерить предел гибкости, чтобы всё продолжало работать. Я думаю, что только частный сектор способен это сделать. ООН может координировать, но только производители знают – как, где и сколько, скорость (решений) важна во время кризиса.

Джордж Гао, CDC (Китай): В момент, когда нам нужны деньги – где эти деньги? Государство может обеспечить некоторое количество, частный сектор – некоторое количество, но теперь вам нужна настоящая координация! Централизация!

Латойя Эббот, Мэриотт Интернешнл (гостиничный бизнес): Гостиницы несут сокрушительные потери из-за запретов путешествий... Гостиничный бизнес делает 5 % GDP (GDP – валовый национальный продукт. – *Прим. автора.*).

Стефан Редд, US CDC: Правительства должны делать вещи, которые вне их исторических традиций... Мы, выражаясь фигурально, должны быть на тропе войны...

Бред Коннет, «Генри Шайн»: Мы не должны недооценивать силы предпринимательства. Мы должны усилить субсидии от правительств для производства, всё может произойти быстро, поэтому нужен план как бы военного времени... Военное положение, которое стимулирует изменения очень быстро.

По ролику время 8:14, CNN специальное сообщение: Страны реагируют очень по-разному, особенно надо понять, как регулировать. Захлёстывающий уровень дезинформации и ложной информации из Интернета. В некоторых случаях отключения Интернета делаются для того, чтобы прекратить панику. Дезинформация подрывает усилия по контролю паники во время пандемии.

Том Инглесби, университет Джона Хопкинса: Как много контроля над информацией должно быть, и кто должен контролировать, и как можно эффективно победить ложную информацию? И что если ложная информация идет от компаний или правительств?

Хаста Тагхи, NBC Universal: Я считаю очень важным, что-

бы была сжатая и эффективная связь со всеми медицинскими организациями, где лечат и наблюдают пациентов, чтобы не было массовой паники.

Мэтью Херрингтон, «Эйдельман»: Это момент, когда все платформы социальных сетей должны выйти и участвовать в аккуратном освещении, стать партнёрами в научном и медицински правильном освещении, засунуть джинна дезинформации обратно в бутылку, – это возможно сделать.

Лаван Тхиру, ответственный финансист Сингапура: Вещь, о которой мы ещё не сказали, и я думаю, что время об этом поговорить пришло, – что силовые меры правительств против фальшивых новостей.

Джейн Халтон, ANZ Bank: Лично я не думаю, что силовое затыкание информационных ресурсов практически или желательно. У нас есть несколько стратегий, которые должны работать. Первая – это массивная информация: полагаться на ресурсы, достойные доверия, и снабжать их необходимым оборудованием и фактами, чтобы они транслировали их. И мы также должны думать о технологических аспектах этого. (Двусмысленность: может иметь в виду, что включатся технологии подавления информации, без объявления карательных государственных мер. – *Прим. автора.*)

Эпилог данного сценария. Результаты пандемии 201 были катастрофой. 65 миллионов человек умерло в первые 18 месяцев (полтора года). Эпидемия не была большой вначале и казалась легко подавляемой, но потом она начала распро-

страняться в бедных районах и гигантских городах. С этого момента пандемия стала взрывной. В течение 6 месяцев заболевание существовало практически в каждой стране. Глобальная экономика упала. Валовой национальный продукт упал на 11 %. Фондовые биржи в мире регистрировали падение от 20 % до 40 %. Бизнесы не брали кредиты, банки не давали кредиты. Каждый надеялся хотя бы пережить шторм. Экономисты предрекали десятилетия отрицательного эффекта от пандемии. Потеря доверия к правительствам и СМИ может продолжаться ещё дольше. Мы хотим спросить: должно ли это быть таким ужасным? Что можно что-то сделать, чтобы уменьшить катастрофические потери? Мы верим, что можно. Готовы ли мы, как мировое сообщество, к тяжёлой работе по подготовке к новой пандемии?

Симуляция позволила Тонеру выделить и одно направление работы, которое может остановить вымышленный вирус – это быстрая разработка вакцины. «Если бы мы могли разработать вакцину за месяцы, а не за годы или десятилетие, – это бы изменило всё, – подчёркивает он. – Но так же важно её не только протестировать, но и организовать производство и распространение по всему миру».

С этим связан и главный вывод учёного: необходимо изменить всю систему разработки и дистрибуции вакцин, переработав каждое её звено с учётом необходимой периодической мобилизации. Иначе тревожные новости о новых вирусах и болезнях будут появляться снова и снова. «Это часть

современного мира. Мы живём в эпоху эпидемий», – уверен Тонер. (Ну вот и появляются чёткие очертания, для чего всё задумывалось! – *Прим. автора.*)

Актуальность данного «События 201» резко возросла после начала «пандемии» коронавируса в 2020 году.

Интересный документ

Вернёмся снова немного в историю. В 2010 году выходит документ Фонда Рокфеллера с описанием 4 сценариев будущего мирового развития. Один из сценариев пошагово описывал «Паническую пандемию», в том числе «масочный режим», «измерение температуры» и её результаты и т. д. Обложка данного документа представлена на рис. 6.

В Интернете его найти практически невозможно, всё вычищено. Однако те, кто пользуется правилом «увидел – сохрани», успели сделать себе копии из Интернета. Далее я сделаю некоторые выдержки из данного документа, который был создан ещё в 2010 году!



Scenarios for the Future of Technology and International Development

THE
ROCKEFELLER
FOUNDATION

GBN Global Business Network
A member of the Weather Group

Рис. 6. Обложка документа с описанием сценариев будущего мирового развития

Итак, основные идеи документа. В нём представлены четыре сценария развития мира после глобального финансового и экономического кризиса 2007–2009 гг. Первый из них в целом совпадает с тем, что мы сегодня наблюдаем, этот сценарий получил в докладе название Lock Step (переводится как «приставной шаг»).

Далее просто цитирую документ (он написан на англий-

ском языке). «В 2012 году разразилась крупнейшая пандемия, которую мир ждал в течение многих лет. В отличие от H1N1 2009 (вирус «свиного» гриппа 2009 года. – Прим. автора.), этот новый штамм гриппа, распространяемый дикими гусями, оказался крайне опасным. Даже некоторые страны, которые подготовились к появлению такой пандемии, оказались поражёнными заболеванием, а в масштабах планеты вирус поразил около 20 % населения. 8 миллионов умерли в первые 7 месяцев после появления нового штамма. И большинство погибших – здоровые молодые люди...» Сразу хочу сказать, что отмечается положительный для читателя момент. «Пандемия» началась на 8 лет позже, то есть в 2020 году. Это говорит о том, что не получается у них всё сделать, как они планируют! Планировали гусей, а потом решили, что будут летучие мыши – меньше затрат и тяжелее докопаться до истины. Планировали, что вирус затронет молодых, а оказалось, что в первую очередь пострадали пожилые и с ослабленным здоровьем. Хотя у них были попытки в первой половине 2020 года преподнести всё, как будто больше умирает молодых. Вероятнее всего, нашёлся кто-то разумный и просто задал вопрос: а если из строя выйдут молодые и работоспособные, кто будет работать? Если обратили внимание, то сейчас по СМИ призывают сделать «спасительные уколы» в первую очередь пожилым и больным людям. Даже нет противопоказаний для онкологических больных.

Некоторые эксперты ВОЗ предположили, что Covid-19

может поразить две трети населения планеты. Канцлер Германии Ангела Меркель прочила, что коронавирусом будет заражено 70 % населения Германии. Думаю, она исходила из тех же секретных графиков проведения операции. Далее ещё буду делать акценты на высказывания политиков в России в начале 2020 года.

В докладе говорится о влиянии вируса на все стороны общественной жизни. В частности, на экономику: *«Пандемия также оказала поражающее воздействие на экономику: международное перемещение людей и товаров остановилось, что привело к ослаблению таких отраслей, как туризм, и разрыву глобальных цепочек поставок. Даже на местах привычно шумные магазины и офисные здания месяцами пустовали, без сотрудников и клиентов»*. Позволю себе отнестись внимание читателя на несколько страниц назад, когда я цитировал «игрища» на Событие 201. Практически один в один все слова совпадают. Случайность? Не уверен.

Далее пишется о том, что привычно отдыхающее государство вдруг проснётся и начнёт активно бороться с пандемией. И будет делать это жёстко, нарушая привычные представления о демократии и правах человека: *«Во время пандемии национальные лидеры во всём мире усилили свои полномочия и установили строжайшие правила и ограничения – от обязательного ношения масок на лице до проверки температуры тела на въездах в общественные места, такие как вокзалы и супермаркеты. Даже после того как пандемия прошла,*

этот более авторитарный контроль и надзор за гражданами и их деятельностью остались и даже усилились. Чтобы защитить себя от распространения всё более глобальных проблем – от пандемий и транснационального терроризма до экологических кризисов и растущей нищеты, – лидеры во всем мире стали править более жёстко».

Ещё раз акцентирую внимание: документ уже был опубликован 10 лет назад! И что мы видим – нарушение прав человека, ношение масок, ограничения, кое-где сопровождаемые формальным введением чрезвычайного положения (как в США), а где-то и без таких формальностей. Некоторым может казаться, что через несколько месяцев «пандемия» закончится и всё станет по-прежнему. Ан нет. Из документа следует, что возврата к прежней жизни не будет. Будет объявлено, что мир входит в полосу страшных угроз (климатические изменения, международный терроризм, вирусные пандемии, загрязнение окружающей среды...), поэтому надо забыть о демократии, свободе, правах человека, к которым приучали десятилетиями, забыть о прежнем уровне жизни. Безопасность требует жертв.

В докладе Фонда Рокфеллера и Глобальной сети бизнеса подчёркнуто, что впереди всех в деле борьбы с пандемией окажется Китай: *«Оперативный приказ и обеспечение обязательного карантина китайским правительством для всех граждан, а также мгновенное и почти герметичное закрытие всех границ спасло миллионы жизней, остановив рас-*

*пространение вируса намного раньше, чем в других странах, и сделав намного более быстрым восстановление после пандемии». Так ведь так оно и было! Уже к марту 2020 года в Китае объявили, что победили «пандемию». Китай уже заявил, что купировал распространение пандемии, что карантины потихоньку снимаются и к середине 2020 года экономическая жизнь страны полностью восстановится. ООН, ВОЗ и другие международные организации **очень рекомендуют** правительствам других стран изучать китайский опыт, намекая, что самое главное в этом опыте – жёсткая дисциплина, твёрдая власть и высокая ответственность каждого. Делается однозначный посыл на то, что модель управления в стране, руководимой Коммунистической партией Китая, – наиболее жизнеспособная модель в условиях глобальных вызовов. Уже сегодня то представление об «идеальной модели» государства, какое мы видим в романе Джорджа Оруэлла «1984», насаждается широко, с самого верха. О. Хаксли назвал такое общество «новым дивным миром».*

В этом «новом дивном мире» придётся напрочь забыть не только о демократии и правах человека, но и о привычных представлениях о «рыночной экономике». Будет установлен жесточайший надзор не только над людьми, но и над предприятиями: «В развитых странах этот усиленный надзор принимал разные формы: например, биометрические идентификаторы для всех граждан и более жёсткое регулирование ключевых отраслей, стабильность которых считалась

жизненно важной для национальных интересов. Во многих развитых странах принудительное сотрудничество с набором новых правил и соглашений медленно, но неуклонно восстанавливало как порядок, так и, что важно, экономический рост».

Авторы данного доклада предполагают, что особых проблем у властей не будет: *«Сначала понятие более управляемого мира получило широкое признание и одобрение. Граждане охотно отдали часть своего суверенитета – и свою частную жизнь – более патерналистским государствам в обмен на большую безопасность и стабильность».* Вероятнее всего, что такая уверенность создателей данного документа вытекает из учёта опыта борьбы США с «международным терроризмом». После событий 11 сентября 2001 года в Америке был принят PatriotAct, лишивший американцев многих прав и свобод, и граждане «с пониманием» отнеслись к этим мерам.

Впрочем, пройдёт некоторое время, и гражданам надоест жёсткий контроль. Люди опять захотят прав, свобод, благосостояния. Авторы доклада предупреждают, что переход к новой модели общества вызовет большие перегрузки и для низов, и для верхов. Намёк на это содержится в самом названии сценария – LOCK STEP (здесь можно даже дать второе значение как «блокировка шага»). Продвижение к новой модели, отмечается в докладе, означает *«более жёсткий государственный контроль сверху вниз и более авторитар-*

ное руководство, с ограниченными инновациями и растущим отпором граждан». В принципе, о данном документе можно также написать отдельную книгу, сопоставляя, как было написано и как это было реализовано в жизни. Многое мы уже видели и продолжаем наблюдать...

В начале мая 2021 года выходит документ из Фонда Рокфеллера «Onefor All: An Action Plan for Financing Global Vaccination and Sustainable Growth» («Один для всех: план действий по финансированию вакцинации и устойчивому росту». – *Прим. автора.*). В июне последовал ещё один доклад: «One for All: An Updated Action Plan for Global Covid–19 Vaccination» (Один за всех: обновленный план действий по глобальной вакцинации от COVID–19. – *Прим. автора.*). Вот выдержка с первой страницы: *«Пандемию невозможно сдержать, и восстановление не может начаться полностью, пока вирус не будет остановлен в каждой стране. По этой причине мы должны действовать быстро, чтобы к концу 2022 года достичь глобального показателя вакцинации до 70 процентов».*

Пару слов о ПЦР

В заключение ещё хотелось бы обратить внимание читателя на следующий факт.

Сейчас для «диагностики» инфекции COVID–19 используют *полимеразную цепную реакцию* (ПЦР-тест); науке уже

давно было известно, что ПЦР-тесты не подходят для этой цели. Локдауны и санитарно-эпидемиологические меры во всем мире основаны на количестве случаев и показателях смертности, созданных с помощью так называемых тестов SARS-CoV-2 RT-PCR, используемых для выявления «положительных» пациентов. При этом «положительный» обычно приравнивается к «инфицированному», что абсолютно неверно и, более того, даже преступно. Но если внимательно присмотреться к фактам, то можно сделать вывод, что эти ПЦР-тесты не имеют смысла в качестве диагностического инструмента для определения предполагаемой инфекции предположительно новым вирусом под названием SARS-CoV-2.

На брифинге для СМИ по COVID-19 16 марта 2020 генеральный директор ВОЗ Тедрос Аданом Гебрейесус сказал: *«У нас есть простое послание для всех стран: тестируйте, тестируйте, тестируйте»*. Сообщение было распространено заголовками по всему миру, например агентствами Reuters и BBC. Еще 3 мая 2020 года модератор журнала Heute – одного из самых важных новостных журналов на немецком телевидении – передавал своей аудитории мантру этой догмы: *«Тестировать, тестировать, тестировать – это кредо на данный момент, и это единственный способ действительно понять, насколько быстро распространяется коронавирус»*. Это указывает на то, что вера в достоверность тестов ПЦР настолько сильна, что соответствует

религии, которая практически не терпит противоречий.

Кэри Муллис (Kery Mullis) изобрёл ПЦР-тест в 1983 году и получил Нобелевскую премию за это в 1993 году. Он неоднократно говорил, что этот тест не должен использоваться для диагностики каких-либо заболеваний у человека.

Кэри Муллис всегда говорил, что *«тест ПЦР – это инструмент для научных исследований, что он просто делает множественные копии заложенного в него образца. ... Я не думаю, что вы можете злоупотреблять ПЦР. Эти результаты – интерпретация этого. Если они вообще могут найти этот вирус в тебе – а с ПЦР, если ты сделаешь это хорошо, ты сможешь найти почти что угодно в любом человеке»*. Это его слова из видео от 12 июля 1997 года. Данное видео с остервенением удаляется из Интернета, и найти его можно только по рассылке от тех, кто успел скачать.

Ван Чен, президент Китайской академии медицинских наук, признал в феврале 2021 года, что тесты ПЦР *«точны только на 30–50 процентов»*, в то время как Син Ханг Ли из Милфордской лаборатории молекулярной диагностики 22 марта 2020 г. отправил письмо группе реагирования на коронавирус ВОЗ и Энтони С. Фаучи, заявив, что: *«в социальных сетях широко сообщалось, что тест-наборы RT-qPCR (количественная ПЦР с обратной транскриптазой. – Прим. автора.), используемые для обнаружения РНК SarsCoV-2 в образцах человека, дают много ложноположительных результатов и недостаточно чувствительны для выявления неко-*

торых реальных положительных случаев». Получается, что даже если мы теоретически предположим, что эти ПЦР-тесты действительно могут обнаружить вирусную инфекцию, тесты будут практически бесполезными и вызовут только необоснованный страх среди «положительных» людей. Всё это согласуется с тем фактом, что CDC и FDA, например, признают в своих файлах, что так называемые «тесты SARS-CoV-2 RT-PCR» не подходят для диагностики SARS-CoV-2. В «CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) в режиме реального времени RT-PCR Диагностическая панель» (файл от 30 марта 2020 года. – Прим. автора.) говорится: «Обнаружение вирусной РНК может не указывать на наличие инфекционного вируса или на то, что 2019-nCoV является возбудителем клинических симптомов». А также: «Этот тест не может исключить заболевания, вызванные другими бактериальными или вирусными патогенами». И FDA признаёт, что «положительные результаты не исключают бактериальную инфекцию или коинфекцию другими вирусами. Обнаруженный агент может не являться определённой причиной заболевания».

Другая важная проблема заключается в том, что многие тесты ПЦР имеют значение «количественной оценки цикла» (Cq) более 35 циклов, а некоторые, включая «тест Drosten PCR», даже имеют Cq 45. Значение Cq указывает, сколько циклов репликации ДНК требуется для обнаружения реального сигнала от биологических образцов. «Значе-

ния C_q выше 40 являются подозрительными из-за предполагаемой низкой эффективности и, как правило, не должны сообщаться», – говорится в рекомендациях MIQE. MIQE означает «Минимум информации для публикации количественных экспериментов ПЦР в реальном времени» – набор руководящих принципов, которые описывают минимальную информацию, необходимую для оценки публикаций по ПЦР в реальном времени, также называемую количественной ПЦР или qPCR (<https://academic.oup.com/clinchem/article/55/4/611/5631762>).

Кэри Муллис работал с главой CDC А. Фаучи и хорошо знал, кто это, называя его мошенником. Изобретатель умер прямо перед «пандемией», в августе 2019 года, в возрасте 74 лет. По официальной версии – от пневмонии. Случайность? Не уверен.

Часть II. Спектакль 2020

*Весь мир – театр,
мы все – актёры поневоле,
Всесильная Судьба распределяет роли,
И небеса следят за нашей игрой!*
(Пьер де Ронсар)

Каждый раз, когда мы приходим в театр, то с нетерпением ждём открытия занавеса, чтобы насладиться искусством актёров, режиссёра, всей театральной труппы. Перед спектаклем, как правило, мы успеваем получить программку и короткое описание фабулы. Вроде бы мы знаем что-то, но нет целого представления, спектакля мы не видели и не знаем, как всё пройдёт. Так и здесь в книге: мы уже знаем о ВОЗе, об изменениях во многих документах, о проведённых подготовках и репетициях, но мы не знаем – как это будет в реальной жизни.

1. Занавес открывается

Начиная чтение лекций, я часто прибегаю к историческому аспекту. Вот уж действительно без прошлого нет будущего. Итак, давайте рассмотрим исторический аспект – что нам известно о коронавирусе? Он действительно появился сейчас? Неужели человечество никогда его не знало?

Коронавирус – один из респираторных вирусов, известных ещё с 60-х годов XX века. Он имел мутационный всплеск, вспышку заболеваемости в 2002 году – серотип SARS-CoV (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), вызывающий тяжёлый острый респираторный синдром, и в 2012 году – MERS-CoV (*Middle East Respiratory Syndrome*), вызвавший респираторный синдром на Ближнем Востоке. Таким образом, это абсолютно известный респираторный вирус с очередным всплеском сезонной заболеваемости.

Коронавирусы представляют собой семейство вирусов диаметром 80–229 нм, включающее около 37 видов возбудителей в двух подсемействах, которые поражают человека, кошек, птиц, собак, крупный рогатый скот и свиней. Впервые вирус выделили в 1965 г. у пациента с острым ринитом. У человека известно четыре типа коронавирусов: 229E, OC43, NL63, HKU1, которые часто ассоциируются с лёгкой инфекцией верхних дыхательных путей. В настоящее время считается, что коронавирусы вызывают от 3 до 20 % всех слу-

чаев ОРВИ и проявляются, по большей части, поражением верхних дыхательных путей. В последнее время отмечены коронавирусные гастроэнтериты (острые воспаления желудочно-кишечного тракта. – *Прим. автора.*), что существенно меняет представление о тропности этих вирусов (Смирнов В. С., Зарубаев В. В., Петленко С. В. Биология возбудителей и контроль гриппа и ОРВИ. // Монография – СПб., «Гиппократ», 2020. – С. 336). На момент подготовки материала к статье проведённый сравнительный анализ летальности от вирусных инфекций показал, что сезонный (обычный) грипп приводит к смертности 0,01 %, у пожилых пациентов – до 2 %, SARS-CoV (тяжёлый острый респираторный синдром 2002–2003 года) – 10 %, MERS-CoV (Ближневосточный респираторный синдром 2012 года) – 34 %, «свиной» грипп 2009–2010 годов – 0,02 %, новая вспышка SARS-CoV-2 (Уханьский коронавирус) – 2–3,5 %. В структуре ОРВИ госпитализированных больных коронавирусная инфекция составляет в среднем 12 %. Иммуитет после перенесённой болезни непродолжительный, как правило, не защищает от реинфекции. О широкой распространённости коронавирусов свидетельствуют специфичные антитела, выявленные у 80 % людей. Эти данные вы легко можете найти в открытых источниках, например в Википедии.

Позволю себе процитировать выдержки из документа, который подписала А. Ю. Попова, когда только приступила к деятельности в Роспотребнадзоре. Документ звучит так –

«Неспецифическая профилактика гриппа и ОРВИ», постановление Главного санитарного врача от 18 ноября 2013 года № 63 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3117–13 „Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций“». В частности, в нём написано, что «острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) представляет собой группу острых вирусных заболеваний, передающихся воздушно-капельным путём и характеризующихся катаральным воспалением верхних дыхательных путей с симптомами инфекционного токсикоза. ОРВИ – самая распространённая группа инфекционных болезней с широким спектром инфекционных агентов. ОРВИ преимущественно вызывают вирусы, относящиеся к шести семействам: ортомиксовирусы (вирусы гриппа), парамиксовирусы (респираторно-синцитиальный вирус, метапневмовирус, вирусы парагриппа 1–4), коронавирусы, пикорнавирусы (риновирусы), аденовирусы, парвовирусы (бокавирус)». Не могу не отметить и следующего факта в данном документе – это пункт 12.12, он гласит: «Санитарно-гигиенические и оздоровительные мероприятия предусматривают: формирование здорового образа жизни, закаливающие процедуры, физическое воспитание, оздоровление условий труда и быта и другие». В 2020 году, а уж тем более в 2021 году она полностью забыла об этом документе и начала говорить, что только «вакцинация» может помочь.

Считается, что первая вспышка COVID–19 произошла

в декабре 2019 года в Китайской Народной Республике с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2. Всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 г. дала официальное название новому инфекционному заболеванию – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»).

11 марта 2020 года глава ВОЗ обронил на брифинге в марте 2020 года: «То, что происходит, очень может характеризоваться как пандемия!» Следующее его изречение: «Мы убеждены, что хотя это и первый коронавирус, который был объявлен пандемией, это будет также первый коронавирус, который можно сдержать и контролировать», – подчеркнул глава ВОЗ. Тут же возникает вопрос – какой смысл вкладывался в слово «контролировать»? Сразу победить, не дать распространения или же возобновлять, когда это нужно и необходимо? Ответ на данный вопрос пусть даст каждый читающий.

И тут началось! На следующий день в унисон все страны запели: «У нас пандемия!» Вкупе с незаконным постановлением правительства необъявленная официально пандемия послужила фундаментом для ограничения всех прав граждан и оправданием сотен тысяч, если не миллионов, сверхнормативных смертей по всему миру. Далее мы будем рассматривать, к чему всё это привело.

В России по средствам массовой информации практически по всем каналам всё было посвящено только одной теме – новой коронавирусной инфекции. Начали рассказывать страшные вещи о событиях, которые происходили в мире и особенно на севере Италии. Мне посчастливилось познакомиться с человеком, который был непосредственно в районе Бергамо. Это небольшой город на севере Италии, он находится в области Ломбардия, в 50 км от Милана, в предгорьях Альп. Население чуть больше 120 тыс. человек. О своих наблюдениях за развитием событий весной 2020 года на севере Италии очевидец сделала доклад на международной междисциплинарной научно-практической конференции, которая проходила в апреле 2021 года в Санкт-Петербурге. Это конференция называлась «Сохранение здоровья населения как глобальная проблема современности».

Итак, изложим всё по порядку. 21 февраля 2020 года советник по безопасности в Ломбардии объявил о так называемом нулевом пациенте, который был госпитализирован в госпиталь Кодоньо в провинции Лоди (это был 38-летний мужчина), в тот же день объявляют о других 15 «заразившихся» и об «очаге заражений» в городке Во Эуганео, что в провинции Падуа. В регионе Венето умирает первый 78-летний пациент, первый из многих...

22 февраля «растёт» число заразившихся, и правительство принимает решение о «специальных мерах». Закрывают Лоди и Во, туда нельзя было ни въезжать, ни покидать

поселения, наказания были штрафами и арестами.

4 марта – число «заражений» растёт, число умерших превышает 100 человек, и правительство Джузеппе Конте подписывает указ о закрытии школ и университетов до 15 марта по всей Италии.

Ломбардия остаётся печальным лидером по количеству смертей, особенно это коснулось провинции Бергамо. После того как 23 февраля в госпитале «Альцано Ломбардо» были обнаружены двое первых заразившихся, которым были сделаны тесты, в больнице закрыли отделение скорой помощи и структуру изолировали полностью. Хочется заметить, что к тому времени уже закрыли красную зону в провинции Лодди, но здесь решили действовать по-другому. Этим двух пациентов перевезли в большой госпиталь в Бергамо, который прославился потом на весь мир, как центр по лечению «пациентов ковид». Многие свидетели рассказали, что в госпитале Альцано не проводилось никаких особых мер по санитарной обработке структуры. 24 февраля пришла новость: в госпитале Бергамо скончался 84-летний Эрнесто Равелли – один из пациентов, перевезённых в Бергамо из Альцано. Интересный факт: трое сыновей умершего сетовали на то, что им не дали попрощаться с отцом; такие истории, как вы знаете, произошли потом с тысячами других семей. Персонал госпиталя объявил, что у пациента были и другие патологии. Всю неделю после этого случая местные власти думали, что же сделать, чтобы не навести панику и чтобы за границу не

просочилась новость о заражениях коронавирусом. И тогда вышло видео под названием «Бергамо продолжает жить», в котором они призывали людей ходить на работу, на ужин в рестораны, на аперитивы с друзьями и т. д. Инициативу сразу же поддержали мэры городов по всей Ломбардии. Мэры городов делали селфи из ресторанов в больших компаниях, призывая всех выходить на улицы и ничего не бояться, уверяя жителей и предпринимателей, что не будет красной зоны, как в Кодоньо.

2 марта ситуация изменилась, потому что прибыли результаты тестов (сделанных непонятно кому) и выявлены 508 позитивных в провинции Бергамо; институт здоровья стал решать вопрос о закрытии Нембро и Альцано в «красную зону». Но эту идею не одобрили власти, в этих зонах находится огромное количество предприятий. В то время как количество заражений росло и всё больше пациентов поступало в госпиталь Бергамо, где отделение интенсивной терапии было переполнено, в ночь с 7 на 8 марта начали перекрывать некоторые дороги и направлены полицейские и военные (всего 300) в эти 2 населённых пункта. Мэр Альцано пишет на Фейсбуке, что красной зоны не будет. Правительство издаёт указ, в котором сообщает об отказе от красной зоны и объявляет Ломбардию «оранжевой зоной», что запрещает перемещения по всей Ломбардии и другим 14 регионам. В ту ночь люди в панике покидали Ломбардию, беря на бордаж все поезда. Царили хаос и безумие, люди были

словно испуганные животные.

11 марта правительство неожиданно объявило *всю* Италию красной зоной, это был большой шок для людей, потому что в южных регионах не было никаких заражений. Вся Италия оказалась под «домашним арестом».

Нужно добавить, что на улицах круглосуточно дежурили полицейские и военные, которые жёстко контролировали любое перемещение граждан. Нельзя было покидать жилище и отходить от дома более чем на 250 метров без уважительной причины. Это было посягательство на свободу человека и начало установления диктатуры.

Что касается моей зоны Валь Сериана (Нембро, провинция Бергамо), далее сообщала очевидец, делающая доклад, здесь проводился психологический терроризм, который невозможно объяснить: 24 часа в сутки мы слышали вой сирен машин скорой помощи, детские площадки были перевязаны изолентой, ссоры и драки в супермаркетах, так как люди хватали в панике всё подряд и мгновенно опустошали прилавки, в то время как Конте вещал из телевизора, что всё будет хорошо и нужно потерпеть всего 2 недели.

12 марта объявляют о 13 000 заразившихся и более 1000 умерших.

18 марта: СМИ кричат во весь голос, что на кладбищах в Бергамо нет больше места, и запускают в эфир кадры, ставшими знаменитыми на весь мир, тех самых военных грузовиков, «перевозивших трупы», и скопления гробов.

Все телевизионные и радиоканалы вещали исключительно о переполненных больницах и трупах и призывали всех сидеть по домам, были случаи, когда люди шли гулять или на пробежку и их избивали их же сограждане или арестовывала полиция. Теперь каждый вышедший из дома человек стал «опасным врагом для общества».

В людях поселился страх, который нельзя было больше контролировать.

Из-за наведённого психоза люди даже при температуре 37°C в панике звонили в скорую помощь, особенно это касалось пожилых людей, которые при малейших симптомах простуды были уверены, что больны смертельным вирусом. Но очень часто им просто не отвечали, это было всё спланировано, чтобы навести ещё больше страха на народ, а люди, страдающие действительно серьёзными заболеваниями, не могли получить медицинскую помощь, многие умирали дома от инфаркта или других заболеваний, но когда забирали их тела, всем подряд ставили диагноз «ковид».

Тех же, кого всё-таки забирали в больницы, ждала печальная участь: если они попадали в стационар с любым заболеванием, им делали тест, и если он оказывался положительным, человека увозили в ковидное отделение, отбирали все личные вещи и телефоны, не давая ни малейшей возможности пациентам выходить на связь с родственниками в течение нескольких дней; людям приходили звонки о том, что они потеряли близкого человека. Это было очень подло и же-

стоко, люди даже не могли попрощаться со своими родными, родственники получали черные пакеты, а после кадров с грузовиками и новости о «переполненных кладбищах» все тела стали кремировать. Таким образом нагоняли на людей ещё большую панику и отчаяние.

На экранах телевизоров то и дело появлялись видео «переполненных» отделений интенсивной терапии, и началось активное построение так называемых «полевых госпиталей», многие фабрики перевели свои производства на изготовления трубок для ИВЛ или масок, перчаток и антисептиков. Вся страна активно участвовала в борьбе с «этой страшной пандемией».

Со временем людей стали больше привозить в стационары и всё больше людей умирало в течение нескольких дней, сценарий был всегда один и тот же. Всех поступавших пациентов без разбора подключали к ИВЛ. Правительство Конте издало распоряжение, запрещающее делать вскрытия, врачи разводили руками, но продолжали следовать протоколам лечения ВОЗ, несмотря на то, что все, кого подключали к ИВЛ, умирали в течение 2–3 дней.

Есть сведения о некоторых медиках, покончивших с собой, так как не справлялись с этим стрессом, а многие заболели, и их изолировали дома, поэтому была ещё и нехватка персонала.

В то время как в социальных сетях назревали возмущения родственников погибших. Люди писали, что всем под-

ряд ставили диагноз «ковид», даже когда умирали от рака или других патологий, и все как один жаловались, что не смогли попрощаться со своими близкими. В ответ они получали лишь агрессию от своих же сограждан, а люди с серьёзными заболеваниями не могли получить медицинскую помощь, про них просто забыли, даже беременных женщин не осматривали.

Первое вскрытие сделали 23 марта и обнаружили причину смерти – тромбоз.

Многие «очаги» заболеваний были именно в домах престарелых, где пациенты находились уже со многими патологиями. Одна из причин – массовая вакцинация осенью 2019 года, которая прежде всего проводилась в домах престарелых.

Провинции Бергамо и Брешиа – лидеры по числу жертв. Именно в этих двух провинциях осенью 2019 года прошла массовая вакцинация от гриппа (было сделано 195 тысяч доз). А в январе 2020 года, после объявления СМИ двух случаев заражения менингитом в Сарнико (15 км от Бергамо), была наведена паника на людей, и они стояли в огромных очередях за менингококковой вакциной; по официальным данным, было сделано примерно 40 тысяч доз данных вакцин.

В Сети стали также появляться разоблачения лживых СМИ, которые использовали старые фотографии 2013 года после трагедии возле острова Лампедуза, представляя их как

скопление гробов в Бергамо. Внимательные зрители заметили, что видео из интенсивной терапии Бергамо на самом деле было госпиталем Нью-Йорка и ту же самую картинку использовали и другие страны. В сетях появлялось всё больше «разоблачений» журналистов и СМИ, но всё подвергалось жёсткой цензуре, а запуганные смертью люди в один голос кричали, что это всё фейки, так что донести правду до людей стало невозможным.

Люди сразу же разделились на 2 лагеря: тех, кто верил в смертельный вирус, и тех, кто понял, что это афера. Последних стали резко блокировать на соцсетях, как, например, Памелу Морриган, владелицу похоронного агентства из Бергамо, давшую интервью одному независимому каналу, в котором она разоблачила СМИ в обмане о количестве смертей и ложном скоплении гробов. Национальное телевидение приглашало каких-то непонятных людей, которые провозглашали себя «вирусологами» и «эпидемиологами» и несли полный бред, день ото дня меняя идеи и тактики психологического воздействия на людей. Что касается выделения вируса, здесь тоже очень много вопросов, о выделении вируса в Римском институте Спаланцани объявили 2 февраля 2020 года, эту новость показали по всем каналам, демонстрируя на широкую итальянскую публику фотографии экзосомов, выдавая их за вирус.

В Китае в марте уже всё шло к завершению, и 29 марта власти Китая официально заяви-

ли, что они «победили» вспышку новой коронавирусной инфекции (https://ria.ru/20200329/1569310147.html?rcmd_alg=collaboration2&rcmd_id=1569307401).

А ведь спектакль во всём мире только начинался...

2. Динамика развитий

31 января 2020 года является знаковым событием в свете рассмотрения вопроса о нашей стране. М. В. Мишустин в этот день подписывает Постановление Правительства РФ от 31 января 2020 г. № 66 «О внесении изменения в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (<http://base.garant.ru/73492109/#ixzz6dmGQoI00>). Напомню, что он вступил в должность премьер-министра 16 января 2020 года (<http://government.ru/gov/persons/151/events/>). И буквально через 2 недели с момента своего назначения на должность инфекцию, относящуюся к ОРВИ, вносит в список опасных инфекций наряду с чумой, холерой, сибирской язвой и т. п. Что же такое опасные инфекции? На сайте ФБУЗ «Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора (<http://cgon.rospotrebnadzor.ru/content/63/2367/>) дано определение: «Особо опасными инфекциями называются заболевания инфекционной природы, представляющие чрезвычайную эпидемическую опасность для окружающих. Особо опасные инфекции появляются внезапно, распространяются молниеносно, охватывая значительную часть населения в кратчайшие сроки. Такие инфекции протекают с ярко выраженной клинической картиной, как правило, имеют тяжёлое течение и высокую летальность. Перечень особо опасных инфекций для России:

чума, холера, натуральная оспа, жёлтая лихорадка, сибирская язва, туляремия и т. д. Общие признаки особо опасных инфекций: повышение температуры тела до 40°C и выше, озноб, резкая головная боль, покраснение лица, тошнота, рвота, боли в животе, сыпь, кровоизлияния, кровотечения из внутренних органов, увеличение лимфоузлов».

М. В. Мишустин имеет инженерное образование и не владеет медицинскими знаниями, чтобы понимать, к какому классу заболеваний относится новая коронавирусная инфекция. Не имея профильного образования, перед принятием решения в вопросах о здоровье населения страны на государственном уровне, необходимо получить как минимум экспертное заключение от научных работников и медицинских специалистов по данному вопросу. Однако не было обнаружено ни одного документа, выпущенного Правительством РФ, о создании рабочей группы из научно-медицинского сообщества для получения экспертного заключения о новой коронавирусной инфекции (<http://government.ru/docs>).

Также не обнаружено ни одного заключения, которое было получено правительством от научного и медицинского сообщества о новой коронавирусной инфекции, её опасности и алгоритме действий для ограничения её распространения. Только что назначенное правительство России, не успев обжиться в кабинетах, принимает постановление № 66 (ещё одной шестёрки только и не хватает для полноты картины! –

Прим. автора.) о внесении в список опасных заболеваний ковида. Шестнадцатым пунктом после чумы! С 2004 года никто не изменял этот список, в который болезни должны вноситься как минимум спустя год с момента их появления после сбора статистики. Акцентирую внимание читателя, что в России на тот момент не было ни одного заболевшего! В Китае всего 9500 инфицированных на численность населения страны в 1,5 миллиарда и 213 умерших. Для информации: по многолетним наблюдениям, в КНР (по официальной статистике. – *Прим. автора.*) ежедневно умирает 27 тысяч человек. То есть 9500 заболевших китайцев послужили главной причиной начала нарушения прав и отмены всех свобод в России!

А между тем именно в эти месяцы по стране гуляет вирусная пневмония. В ряде регионов объявлена даже эпидемия. Есть официальные сводки Роспотребнадзора, возглавляемого А. Ю. Поповой, об этом. И как только эпидемия вирусной пневмонии затухает в марте, тут же московский градоначальник С. С. Собянин объявляет локдаун по ковиду, когда пациентов всего несколько человек. Появляется новое словечко «локдаун», до марта 2020 года не известное русскому человеку и явно присланное нашими «заморскими друзьями». Данное словечко появилось из доклада 2010 года, написанного фондом Рокфеллера, доклада, уже упомянутого в данной книге. В России было абсолютно простое и понятное слово «карантин». Но карантин не вводят и не объявля-

ют. Акцентирую ваше внимание, что введение «локдауна» делает не директор Департамента здравоохранения Москвы, а именно чиновник, далёкий от медицины!

Вернёмся к понятийным вещам. Эпидемия – категория интенсивности эпидемического процесса, характеризующаяся уровнем заболеваемости определённой инфекционной болезнью, значительно превышающим обычно регистрируемый на данной территории за аналогичный период. В обиходе универсальным эпидемиологическим порогом считается заболевание 5 % жителей территории или иногда 5 % какой-либо социальной группы. Однако многие медицинские ведомства рассчитывают собственные эпидемические пороги для обычных заболеваний, исходя из среднестатистического уровня этого заболевания в течение многих лет. Такие эпидемические пороги могут быть равны, например, 1 %. Пандемия – (*pandemia*; греч. *pan*demos – всеобщий, всенародный) категория интенсивности эпидемического процесса, характеризующаяся массовым распространением инфекционной болезни, когда ею охвачено население страны, нескольких стран или континентов.

Несмотря на отсутствие эпидемиологического порога по заболеваемости, 5 марта 2020 года вводятся по г. Москва меры, которые отчасти напоминают карантинные, при этом не вводится карантин и не вводится режим чрезвычайной ситуации (Указ мэра Москвы от 5 марта 2020 года № 12-УМ «О введении режима повышенной готовности»). Появляется

новый термин «режим самоизоляции».

И несмотря на то, что у нас имеется непосредственная граница с КНР, курсируют самолёты в феврале (в КНР активно уже борются с инфекцией), только в марте закрывают границы с Китаем! А ведь новую коронавирусную инфекцию Мишустин уже внёс в список опасных, и самое простое – это закрыть приезд «возможно инфицированных» из данной страны. Но этого не делается, зато уже через месяц, в апреле, из Центра Гамалея, как искусный фокусник, достают «свежеиспечённый эликсир». Даже здесь уже появляются первые ощущения, что именно ради вакцин всё это и затевалось в мировом масштабе.

И ещё раз насчёт опасности. 17 марта прошлого года в Дальневосточном федеральном университете прошёл учёный совет, где выступил Михаил Юрьевич Щелканов, доктор биологических наук, профессор, заведующий лабораторией экологии микроорганизмов ШБМ ДВФУ, заведующий лабораторией биоразнообразия наземной биоты Восточной Азии ДВО РАН. В своём докладе он рассказал о фейках, связанных с вирусом, о том, что вирус появился не на рынке Уханя, и о методах защиты. *«Через предметы не передаётся. Контагиозность низкая. Смертность 2 процента. Из-за чего истерика?»* Выступление можно найти, набрав «Новый коронавирус SARS-CoV-2: факты и фейки» от 17 марта 2020 года (https://www.youtube.com/watch?v=i_U0_pVY7wU). Мы ещё будем ссылаться на данное вы-

ступление.

Меня чрезвычайно впечатляло, что вся мировая, и российская в частности, пресса встала по стойке «смирно», даже не пытаясь разобраться в причинах и следствиях. Был объявлен бойкот всем, кто имеет неофициальную точку зрения на процессы, которые начались во всём мире весной 2020 года. И забегая вперёд, уже в апрель 2021 года. Впервые в новейшей российской истории 2,5 тысячи человек (автор данной книги в их числе и выступал на данном суде. – *Прим. автора.*) подали иск в Верховный суд с требованием отменить постановление правительства № 66 от 31.01.2020 года. Ни одного журналиста в зале не было. Ни одного! И естественно, в средствах массовой информации не было ни одного слова. Ведь только представьте себе – когда десятки миллионов человек узнают правду, что тогда начнётся!

Не хотят, чтобы люди знали правду...

Публикации в соцсетях

В данном разделе я просто опубликую тексты, которые я размещал на своей странице в Фейсбуке в конце марта. Позже я вынужден был удалить свой аккаунт из-за нападок со стороны бывшей администрации университета, в котором я преподаю. Чтобы не быть обвинённым в однополярности взгляда на происходящее, я вставлю также и взгляд журналиста на происходившее весной 2020 года.

Моя публикация под названием «Вирус, изменивший психику» на странице Фейсбука была опубликована 26 марта в 13:22 (<https://www.facebook.com/doctor.ivanov/posts/10158211723152351>).

В последний месяц занимался практически одним и тем же – ежедневно объяснял своим пациентам, знакомым и близким, что в данной «пандемии» очень мало медицины. Это очень сильно отвлекало от других более актуальных дел. Я сам прошёл 3 стадии отношения к данной ситуации. Первая – это злость. На действия, которые предпринимаются, – как специалист понимал, что они чрезмерны, необоснованны, а местами крайне пагубны. После этого наступила вторая стадия – раздражения, потому что объяснял одно и то же много раз, причём людям с интеллектом, но которые почему-то верят откровенным ложным новостям и с большим скепсисом относятся к доказательным и обоснованным высказываниям профессионалов в области здравоохранения. Раздражали популистские и по большей части пиарные высказывания, решения, действия от чиновников и других крайне далёких от медицины людей. И наконец наступила третья стадия – безразличия, когда уже спокойно и равнодушно наблюдаешь за происходящим безумием и уже ничему не удивляешься и не эмоционируешь. Выходит на первый план выражение: да делайте, что хотите!

Всё это заставило меня написать для широкой аудитории, которая прочтёт данные строки. Поэтому пишу как врач, ко-

торый постоянно занимается с пациентами, как преподаватель, который читает лекции и занимается со студентами-медиками, как научный работник, который постоянно занимается научными исследованиями. Своё повествование разделю на 3 части. Что было или что произошло? Что происходит сейчас? Что будет?

Что произошло?

Мне посчастливилось в жизни поработать в Китае и представлять там нашу российскую медицину и медицинскую науку. Поэтому я знаю, во всяком случае отчётливо понимаю, как устроена система здравоохранения в КНР, и знаю их возможности в научных разработках. Выступления на конференциях были совсем маленькой частью моей основной работы, которая большей частью проходила в общении в стационарах как традиционной китайской медицины, так и в клиниках по европейской модели. Для информации: стандартный приём педиатра в Пекине за рабочую смену – 120 пациентов. Сам сначала долго не мог поверить в такую цифру, но это так. Это обычный день, а не кризисная или эпидемическая ситуация.

Продолжая общение с китайским коллегами, был немного шокирован тем фактом, что с конца 2019 года у них введены ограничения из-за вспышки ОРВИ в одном регионе. Для КНР нормальное явление, когда с ноября по март включи-

тельно все ходят и шмыгают носом, кашляют, чихают. Это расцвет ОРВИ. Для информации – в домах, общественных помещениях, офисах у них в основном воздушное отопление, поэтому сыро и холодно, что особенно чувствуется в период ноябрь – март. Периодически я отслеживал ситуацию и был удивлён столь кардинальным методом – жёстким карантинном.

В начале февраля мне прислали на рецензирование статью академика А. А. Хадарцева «**БИОФИЗИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ КОРОНАВИРУСОВ (обзор литературы)**». Далее я просто скопирую выдержки из моей рецензии: «В направленной на рецензирование статье проводится обзор на крайне актуальную не только для РФ, но и для всего мира тему, посвящённую коронавирусу. Казалось бы, для кого-то покажется, что количество источников не столь велико, всего 55 ссылок, однако все они являются чрезвычайно важными для ответа на многие вопросы, которые стоят перед научным сообществом всего мира на сегодняшний день... При ознакомлении с данными, представленными в обзоре, необходимо акцентировать особое внимание на данные, представленные ФГБУ „Научно-исследовательский институт гриппа имени А. А. Смородинцева“ МЗ РФ, которые опубликованы на их сайте. По полученным данным за неделю февраля 2020 года (с 10.02 по 16.02) в 61 городе РФ, заболеваемость гриппом и ОРВИ в среднем по населению составила 945 случаев на

100 тыс. населения. В Китае, при пересчёте представленных в статье данных, заболеваемость коронавирусом составляет 300 пациентов на 100 тыс. населения. Представленные цифры отчётливо говорят о гиперболизации эпидемии коронавирусной инфекции». Обращаю ваше внимание, что коронавирус известен с конца прошлого столетия и вызывает проявления, которые мы называем ОРВИ (острая респираторно-вирусная инфекция). На момент написания рецензии в КНР был пик заболеваемости, но он был ниже в несколько раз заболеваемости гриппом и ОРВИ в РФ, где не было объявлено эпидемии и не было никаких суперкарантинных мероприятий! Типичная ситуация для России в данный период времени. Для меня, знавшего плотность населения в КНР, их образ жизни, становилось очевидно, что доля медицины в данном вопросе всё меньше и меньше. На момент написания данного эссе известно, что в КНР лёгкая форма была более чем у 70 процентов заболевших, то есть как банальная форма ОРВИ, которой большинство из читающих болеют ежегодно.

Что происходит сейчас?

Ситуация динамично меняется, и, конечно, возникает вопрос: «А что же происходит сейчас?» Вся информация, которая приводится здесь, получена мною из официальных источников – министерств здравоохране-

ния России, Германии, Австрии, Испании. Очень приятно, что наконец-то появляются в Интернете комментарии от специалистов. Кто интересуется, можете ознакомиться по данной ссылке: https://www.youtube.com/watch?v=i_U0_pVY7wU&feature=youtu.be, это ссылка на выступление профессора М. Ю. Щелканова в ДВФУ. А теперь немного сухих цифр статистики. В России на данный момент выполнено свыше 197 тыс. исследований на коронавирус, заболевших 658 человек на всю(!) Россию. Акцентирую ваше внимание, что «пандемия» уже более месяца существует в РФ и заболеваемость от неё составила 0,47 человек на 100 тыс. населения (расчёт ведётся исходя из численности населения России – 140 млн). За этот же самый промежуток времени (1 месяц) заболеваемость гриппом и ОРВИ составляет – цитирую с сайта НИИ гриппа (https://www.influenza.spb.ru/.../epidemic.../situation_on_a_flu/): «Заключение: на этой неделе показатель заболеваемости гриппом и ОРВИ (в 61 городе) в среднем по населению в целом составил 865,0 случаев гриппа и ОРВИ на 100 тыс. населения, что выше недельного эпидемического порога (824,0) на 5,0 % и выше постэпидемической базовой линии для гриппа и ОРВИ (636,2) на 36,0 %. Заболеваемость ОРВИ по населению в целом составила 862,2 случаев (на 100 тыс. населения), что выше постэпидемической базовой линии (603,0) на 43,0 %. Заболеваемость гриппом составила 2,6 случаев на 100 тыс. населения, что выше постэпи-

демической базовой линии (0,68) в 3,8 раза. Частота госпитализации с гриппом и ОРВИ от численности населения составила 20,62 на 100 тыс. населения, что выше её постэпидемической базовой линии (14,4) в 1,4 раза». Перевожу на понятный язык: заболеваемость гриппом и ОРВИ в 1840(!) раз выше, чем коронавирусом, – и что??? Где информация об этом на каждом углу? Где истеричные крики о том, что надо остановить эпидемию гриппа, захватившую Россию? Их нет и не будет, потому что это нормальная ситуация, в которой мы живём многие десятилетия. Теперь, надеюсь, вам становится более-менее понятно скептическое отношение медиков-профессионалов к «пандемии» с коронавирусом.

Теперь о других странах. Подчеркну, что данные приводятся из официальных источников министерств здравоохранения. За время «пандемии» в Австрии выполнено 32 407 исследований, выявлено 5560 больных, умерло – 31 человек, что составляет 0,56 % из числа заболевших, что не превышает порог смертности при сезонном гриппе. Германия: 33 593 заболевших, из них 149 умерших, что составляет 0,44 %, что также не превышает смертность при сезонном гриппе. Испания. Здесь уже интересней. 47 610 заболевших, из них 3434 умерших, что составляет 7,2 %. С одной стороны, цифра начинает конкурировать со смертностью от сезонного гриппа. А с другой стороны – давайте посмотрим распределение по возрастным группам и увидим, что в группе 90+ смертность составляет 22,3 %. В группе 80–89–15,6 %. Да, смертность

в данных группах высока, но столь ли удивительно в данном возрасте? А сколько мужчин или женщин в России доживает до 90 лет??? У меня не стоит задача давать аналитику и всё анализировать по всем странам, мне надо просто показать, что истерику поднимать не надо, нет для неё оснований. И ещё немного полезной информации: смертность от «птичьего» гриппа составляла 52 %, «свиного» гриппа 17 % – и что? Кто объявлял о закрытии границ? Неужели вас принудительно сажали на самоизоляцию, когда были эти вспышки? Ведь нет же! Вы жили и работали спокойно. Крайне смешно и нелепо выглядят люди, которые носят на улице одноразовые маски, спустив их с носа. Маска работает на больных людях, позволяет им не распространять вирус, который вылетает из носа при чихании, и воздушно-капельную взвесь изо рта при кашле. В остальных случаях она неэффективна. Я не ставлю себе задачу комментировать действия по организации медицинской помощи при данной ситуации, остаётся радоваться, что ничего не случилось действительно страшного. Меры профилактики и защиты от вируса остаются старыми, то есть прошедшими испытание временем. Это гигиена, питание, образ жизни – по этому поводу надо писать отдельную лекцию.

Что дальше?

Я не рассматриваю вопросы экономические, социальные,

политические, только медицинские. Теперь важно думать, как поступать и что нас ждёт в скором будущем. Надо признать факт, что данная ситуация в корне изменила психику населения. Даже самая устойчивая психика не сможет выдержать ежечасной информационной нагрузки по всем средствам массовой информации. Нарушается нормальный повседневный режим и образ жизни. Вынужденная самоизоляция, без реальной опасности, только усугубляет общую картину.

Я читаю курс лекций по клинической патофизиологии, дисциплине, которая объясняет причины возникновения заболеваний. Так вот, у каждой клетки нашего организма есть типовые реакции на воздействия. Причём не принципиально воздействие физическое, химическое, вирусом, бактерией или информацией. Помните пословицу: «если человеку долго говорить, что он дурак, он и станет дураком». Или ещё одну – слово материально! Поэтому негативное воздействие на нервные клетки и нервную систему будет однозначно и выражено. Нервные клетки нарушат свои функции и плохо будут отдавать, передавать и обрабатывать импульсы, что приведёт к сбою работы нервной системы. Начнёт проявляться это в сниженном и подавленном настроении, отсутствии желания что-либо делать, потере интереса. Пойдут нарушения сна, будут проявляться нарушения и в других физиологических процессах. И всё это наступит не сейчас, а через некоторое время, может месяцы. Поэтому надо

сейчас использовать появившуюся возможность для занятия любимым делом, закончить начатые раньше дела, гулять, высыпаться, больше читать, смотреть любимые фильмы. И пожалуйста, не смотрите или постарайтесь ограничить себя от бесконечного просмотра новостей и сообщений об этой банальной инфекции, поберегите свою психику. С инфекцией спокойно справятся профессионалы медики, и скоро об этом никто и не вспомнит, как не вспомнят и о вспышках птичьего, свиного, ближневосточного (верблюжьего) гриппов. Просто спокойно живите, радуйтесь и воспринимайте данное время как очередные каникулы!

Так я писал в надежде, что всё действительно восстановится, несмотря на неадекватные, с точки зрения медицины, мероприятия. Тогда я не мог даже предполагать, что процесс так затянется и столько людей пострадает в этой информационной войне, которая продолжается уже второй год...

30 марта в 23:58 я публикую новую статью на своей странице с названием: «И снова об истерии с вирусом».

Вынужден продолжить тему публикаций по поводу ОРВИ, вызываемую коронавирусом. Особенно те мероприятия, которые проводятся, и тот жуткий ажиотаж, который усиливается с каждым днём. Позвольте не останавливаться на действиях властей, которые не выполняют реальных противоэпидемических мероприятий, а только вносят панику среди населения. Поймите, вирус не разбира-

ется ни во времени, ни в национальностях. Поэтому устанавливать комендантский час с 20 часов до 8 утра с точки зрения медицины бесполезно. А теперь вернёмся снова к цифрам. Вся информация получена мной с официальных сайтов. В частности: Италия (<http://www.salute.gov.it/.../dettaglioNotizieNuovoCoronavirus...>), Испания (https://www.mscbs.gob.es/.../do.../Actualizacion_60_COVID-19.pdf), Австрия ([https://www.sozialministerium.at/.../Neuartiges-Coronavirus-\(...\)](https://www.sozialministerium.at/.../Neuartiges-Coronavirus-(...))), Россия (https://www.rosпотреbnadzor.ru/.../news_time/news_details.php... https://covid19.rosminzdrav.ru/https://www.influenza.spb.ru/.../epidemic.../situation_on_a_flu/).

Сразу хочу оговориться, что информация противоречивая и различается на всех сайтах. И более того, она крайне скудна, что в ситуации панического ажиотажа и нагнетания только усугубляет ситуацию. Еще раз процитирую сайта НИИ гриппа: «Заключение. На этой неделе (с 23.03 по 29.03. – *Прим. автора.*) показатель заболеваемости гриппом и ОРВИ (в 61 городе) в среднем по населению в целом составил 865,0 случаев гриппа и ОРВИ на 100 тыс. населения, что выше недельного эпидемического порога (824,0) на 5,0 %, и выше постэпидемической базовой линии для гриппа и ОРВИ (636,2) на 36,0 %. Заболеваемость ОРВИ по населению в целом составила 862,2 случаев (на 100 тыс. населения), что выше постэпидемической базовой линии (603,0) на 43,0 %. Заболеваемость гриппом составила 2,6 случаев на 100 тыс. на-

селения, что выше постэпидемической базовой линии (0,68) в 3,8 раза.

Частота госпитализации с гриппом и ОРВИ от численности населения составила 20,62 на 100 тыс. населения, что выше её постэпидемической базовой линии (14,4) в 1,4 раза. Частота госпитализации с диагнозом „грипп“ составила 2,1 случаев на 100 тыс. населения, что выше постэпидемической базовой линии (0,58) в 3,6 раза. Превышение эпидпорогов выявлено по населению в целом в 14 городах и ещё в 23 городах в отдельных возрастных группах. На этой неделе, по сравнению с предыдущей, увеличилась заболеваемость ОРВИ, а заболеваемость гриппом уменьшилась. Частота госпитализации с диагнозом ОРВИ увеличилась, отмечается тенденция снижения показателя госпитализации с диагнозом „грипп“. Географическое распространение гриппа по территории России и в отдельных округах соответствует региональному уровню. Таким образом, ситуация по гриппу остаётся эпидемической». Перевожу на доступный язык – только за последнюю неделю в России с диагнозом «грипп» госпитализировано 2940 человек. Динамика сохраняется с января 2020. Получается, что только за март с диагнозом «грипп» госпитализировано более 11 000 человек! Где крики о введении самоизоляции?! Где закрытия городов?! Где самоизоляция со штрафами?! Этого нет и не будет. Это стандартная ежегодная ситуация в России. За 1 месяц так называемой «пандемии коронавируса» заболевших

только 1836, что в 6,5 раз меньше заболеваемости гриппом. Только не питайте иллюзий, что от гриппа меньше осложнений или смертности. Смертность от гриппа составляет до 10 %. А теперь о криках «о высокой смертности» и другой «страшной» информации. В Австрии за период «пандемии» выполнено всего 49 455 тестов, что в 7 раз меньше, чем в России (свыше 343 тыс.), заболевших 9377 и умерших 108 человек, что составляет 1,15 %. Ничего сверхстрашного нет, и отмечаю сразу, что официальные медицинские власти сразу оговариваются, что в статистику смертности относятся пациенты, у которых был прижизненно или посмертно выявлен коронавирус, но он не всегда являлся причиной смерти. В отношении той же Италии – 101 739 заболевших и 11591 умерших, что составляет 11,4 %. Высокая смертность обусловлена не столько вирусом, сколько дефектами в организации оказания медицинской помощи и записывание в посмертных диагнозах основной причиной смерти «коронавирус». Всем известный факт, что в Италии проживает около 20 % людей в возрасте от 80 лет.

Испания. Общее количество заболевших 85 195, умерших 7344, что составляет 8,6 %. Если мы посмотрим статистику, которую даёт Министерство здравоохранения Испании (информации там представлено намного больше, и она достаточно подробная), то при анализе смертей получается, что смертность в группе 90+ составляет 24,3 %. А в группе 80–89 лет она составляет 19,4 %. То есть каждый 4–5-й пациент,

который попал в стационар в данных возрастных группах, погибает. Как вы понимаете, к этому периоду жизни количество заболеваний органов и систем очень богато и любая инфекция может вызвать летальный исход.

А теперь про Китай. Количество заболевших составило 82 447 человек и это в 1,5-миллиардной стране! Из заболевших умерло (за весь период эпидемии) 3311 человек, что составляет 4,02 %. Плотность населения в КНР значительно выше, чем в РФ. Таким образом, количество заболевших за весь период инфекции составило 0,005 % населения Китая. Мизерная цифра!

В США при общем количестве заболевших 122 653– смертность составляет 1,7 % (2112 человек). Ещё раз подчеркну, что львиная доля из смертей – это пациенты с тяжёлой соматической патологией, то есть с заболеванием сердца, сосудов, сахарным диабетом и т. д. Не так страшен вирус, как из него пытаются сделать страшилку! Корь, ВИЧ, онкология, туберкулёз намного страшнее и опаснее и каждый год уносят в 100 раз больше жизней. Для информации – ежедневно от туберкулёза в мире умирает более 4000 человек! Однако никто не закрывает страны и города по причине этих заболеваний и не передаёт ежечасно сводки во все средства массовой информации! Я хочу закончить на позитивной ноте. Нет поводов для страхов и истерии. Страшного ничего нет. Коронавирус – это один из вирусов, который вызывает ОРВИ. Мир переболеет им, и через некоторое время

все про него забудут, как про птичий, свиной, верблюжий грипп и многие другие вспышки. Изменить подход властей мы не сможем, но зато можем изменить своё отношение к происходящему. Займитесь делами, на которые у вас не хватало времени в повседневной рутине, побудьте с родными и близкими и получите максимум удовольствия из вынужденного временного периода ограничений ваших свобод! Всем крепкого здоровья!!!

Сейчас, перечитывая данные строки, в очередной раз переживаю те эмоции, которые наполняли меня в тот период. Я ещё продолжал наивно верить в торжество разума.

Теперь я понимаю, что те, кто организовал весь этот мировой кошмар, не имеют разума, они безумцы...

Далее идёт текст, который опубликовала на своей странице 7 апреля 2020 года Мария Лядская (https://www.facebook.com/maria.lyadskaya?__tn__=%2CdC-R-R&eid=ARAIlrpf0P1n4rtCoqAWhuZ59Z7nNyzWRh6UBTDH

COVID-19. Москва. Наши дни. Ситуация тревожная. И тревожная она не потому, что не хватает задействованных под борьбу с коронавирусом мощностей стационаров, а потому, что эти мощности как-то странно распределены. И как-то странно выстроена маршрутизация службы СМП, доставляющей пациентов с пневмонией в сильно ограниченный круг стационаров. Такой вывод мне приходится делать

на основании информации из различных источников. Да, у каждого журналиста есть источники. И тем источникам, от которых получена данная информация, я доверяю, как себе. По закону о СМИ я, как журналист, имею право не раскрывать свои источники. Поэтому прошу моих подписчиков мне верить и буду благодарна за перепост. Итак, ситуация такова – больницы со статусом COVID-центр недозагружены, а клиники, куда направлены потоки пациентов с подозрением на пневмонию – это пять стационаров (для взрослых пациентов), где ранее, согласно Приказу ДЗМ 300 (он в прикрепленных файлах), были выделены мощности именно под внебольничную пневмонию, – уже переполнены, и поток пациентов лишь нарастает. Это ГКБ им. Мухина, ГКБ им. Плетнёва, ГКБ им. Юдина, ГКБ № 52 и ГКБ им. Демихова. Результат – больницы перегружены, отказать в госпитализации не могут, а потому койки, как рассказывают мои визави, размещают в помещении столовых и буфетов, приспособливают «под палаты» иные хоть сколько-нибудь подходящие помещения. В приёмном покое – очередь из бригад СМП, пристраивающих увезённых из дома пациентов («скорики» тоже, кстати, без СИЗ), у ворот – вереница машин СМП. Эти фото обошли вчера соцсети, но я прикреплю их к посту. Они настоящие.

Есть точка зрения, что все пневмонии нельзя везти в COVID-центры. А вдруг это не коронавирус? Резонно. Но давайте посмотрим с другой стороны. А все пневмонии, в

том числе с подозрением на коронавирус, в рядовые больницы везти можно? В больницы, где и средств индивидуальной защиты медперсоналу не хватает, и число помещений ограничено, да и палаты в основном рассчитаны не на 1–2 пациентов, а на 3–6 и более человек. Да и создать условия для минимизации перекрёстного заражения пациентов невозможно. Недаром ведь они не были названы COVID-центрами?

Знакомлюсь с документами ДЗМ. 27 марта был подписан Приказ ДЗМ № 300. В нем были обозначены четыре учреждения, которые принимают больных с пневмонией, – ГКБ им. Юдина, ГКБ им. Мухина, ГКБ № 52 и ГКБ им. Демикова. На мой взгляд, на тот момент это было правильным решением – пока мало COVID-центров, мало больных, можно создать некий фильтр, чтобы в специализированные центры поступали только подтвержденные пациенты с коронавирусом. Но ситуация развивается стремительно. И то, что было актуально неделю-две назад, сегодня может обернуться неприятностями. Едем дальше. В тот же день, 27 марта, был подписан Приказ ДЗМ № 303, регулирующий маршрутизацию пациентов, оказывающим специализированную медицинскую помощь больным с внебольничными пневмониями. Предписано разделение потоков, меры санэпидконтроля и т. д. Читаем дальше. Приказ № 349 от 5 апреля. О мероприятиях по оказанию медицинской помощи пациентам с подозрением на коронавирус. По сути, здесь говорится о расширении сети COVID-центров за счёт присоединения учрежде-

ний федерального подчинения и частных клиник. То есть ситуация уже более чем критическая, раз подключают такие мощности! С 6 числа, то есть со вчерашнего дня, коечный фонд в Москве за счёт этого увеличится на 3853 койки. С 13 апреля коечный фонд увеличится ещё на 5628 единиц. А с 15 апреля – ещё на 836. И в результате 15 апреля мы будем иметь дополнительный коечный фонд в размере 10 317 коек. Однако... Пропускать все внебольничные пневмонии по-прежнему будем через бутылочное горлышко больниц со значительно меньшим коечным фондом, отсутствием возможности изоляции и защиты пациентов и врачей? Потому как в приказе № 35, вышедшем днём позже – 6 апреля, – описывается алгоритм действий врача при поступлении в стационар больного с подозрением на внебольничную пневмонию предположительно коронавирусной этиологии. И здесь – ни слова о том, какие стационары имеются в виду. Если рассуждать логически, то те же самые ГКБ Юдина, Демихова, 52-я и Мухина, потому как в COVID-центры могут быть отправлены только подтверждённые по коронавирусу пациенты. А от сбора мазков до получения результата проходит, мы все знаем, дня три. То есть все эти три дня пациент, находящийся в условиях ненадлежащей изоляции, представляет угрозу и для своих соседей и для медицинского персонала. Более того, по имеющейся у меня информации, даже с подтверждённым коронавирусом больные не переводятся в центры, а остаются на лечении в тех самых задышающихся и

героических больницах.

Я бы очень хотела ошибаться. Я бы очень хотела получить разъяснения от Департамента здравоохранения Москвы и убедиться, что всё не так. Что будут предприняты все меры, чтобы расширить бутылочное горлышко, увеличить пропускную способность «фильтрующей» системы стационаров, ускорить получение результатов тестирования и избежать трагических жертв.

Этот пост писал человек далёкий от медицины. Многие видели, что происходит, но не многие понимали, что происходит...

Интересные графики

Вспышка новой коронавирусной инфекции в 2020 году заставила пересмотреть многие вопросы в организации и системе оказания медицинской помощи. Это коснулось не только России. Во всех странах мира начались практически тотальные изменения в оказании медицинской помощи. Что характерно, все алгоритмы действий инициировались из Всемирной организацией здравоохранения. Даже в 2021 году основной информационный поток связан с новой коронавирусной инфекцией, и системы здравоохранения практически во всех странах не вернулись к прежним режимам. Более того, продолжают вводиться новые «противопандемиче-

ские» мероприятия практически во всех странах. Представляется важным провести анализ данных для оценки эффективности результатов «противопандемических» мероприятий с использованием фрактального анализа. Используются данные для исследования с сайтов drdo.ru, gogov.ru/articles/covid-v-stats, ourworldindata.org, www.ecdc.europa.eu, <https://www.rosпотреbnadzor.ru>, stopкоронавирус.рф.

Одним из моих соратников с первых дней «пандемии» начал собирать статистическую информацию. Он создал алгоритм, и информация автоматически вносилась ежедневно, затем проводился анализ с использованием выстроенной модели на основе фракталов. Фрактальный анализ позволяет принимать оптимальные решения с минимальными затратами времени. Ведь зная будущее на 95 %, можно успешно подготовиться к нему и просчитать все ситуации заранее. Для практического здравоохранения необходима модель простого и наглядного анализа поступающего большого количества данных, что является чрезвычайно актуальным при массовых заболеваниях, чрезвычайных ситуациях, стихийных бедствиях, военных операциях. Фрактальное прогнозирование отвечает точно на два вопроса прогноза: когда? и сколько? или, говоря с математических позиций, имеет две независимые характеристики: значение прогнозной величины и горизонт прогнозирования (предельный срок, в пределах которого прогноз выполняется с заданной точностью). Прогнозирование (греч. Προγνώσεις – Prognosis –

предвидение) – это предсказание будущего поведения изучаемой системы, исходя из прошлого и настоящего её развития, при заданных начальных (текущих), внешних и внутренних состояниях системы. Точное предвидение будущего повышает эффективность процесса принятия решения. В частности, в медицине это подразумевает прекращение вспышки инфекции, уменьшение количества заболевших, оптимальную загрузку стационаров без нарушения логистики передвижения пациентов. Фрактальное прогнозирование с успехом может применяться в ситуационно-аналитических центрах управления, где важны: постоянный мониторинг состояния ситуации, прогнозирование развития ситуации на основе анализа непрерывно поступающей информации, принятие множества управленческих решений.

Сначала существовавшие как плод воображения математиков, фракталы были найдены в реальных объектах окружающего мира. Фракталы – это природа (космос, рельеф ландшафтов, облака, растения и др.), весь мир, вселенная и сам человек.

Получаемые ежедневно данные по 150 странам мира в течение 18 месяцев позволили собрать достаточное количество фактической информации. В данной книге я не смогу осветить данные по всем странам из-за формата публикации. Я лишь остановлюсь на некоторых, наиболее важных с моей точки зрения. Например: выбор данных по Белоруссии был связан с тем, что её расположение, ментальность, уровень

медицинской помощи, генетические и историко-социальные особенности близки к российским. Данных для анализа по другим странам было достаточно много.

Теория «нулевого пациента» не объясняет одновременность ковидных вспышек сразу по многим странам мира, в России – на отдельных изолированных территориях, в закрытых воинских учреждениях при строгом соблюдении противоэпидемических режимов. На четырёх американских авианосцах и одном французском авианосце в длительном плавании вдруг внезапно обнаружили сотни заражённых моряков (<https://www.kp.ru/daily/27112.4/4188871/> (Available at 31.08.20). В самом Китае, по признанию министра иностранных дел, появление большого количества ковид-больных случилось не по нарастающей, а сразу на разных территориях.

Непрерывность пандемического роста опровергается материалами Университета Джона Хопкинса (если помните, данный институт был организатором События 201). Первая волна заражённых стран возникла в декабре-январе, закончившись к началу февраля. Затем был 2-недельный разрыв, превышающий инкубационный период. А с конца февраля – вдруг новая мартовская волна.

Представляется интересным изучение графика развития новой коронавирусной инфекции в мире, представленного на рис. 7.

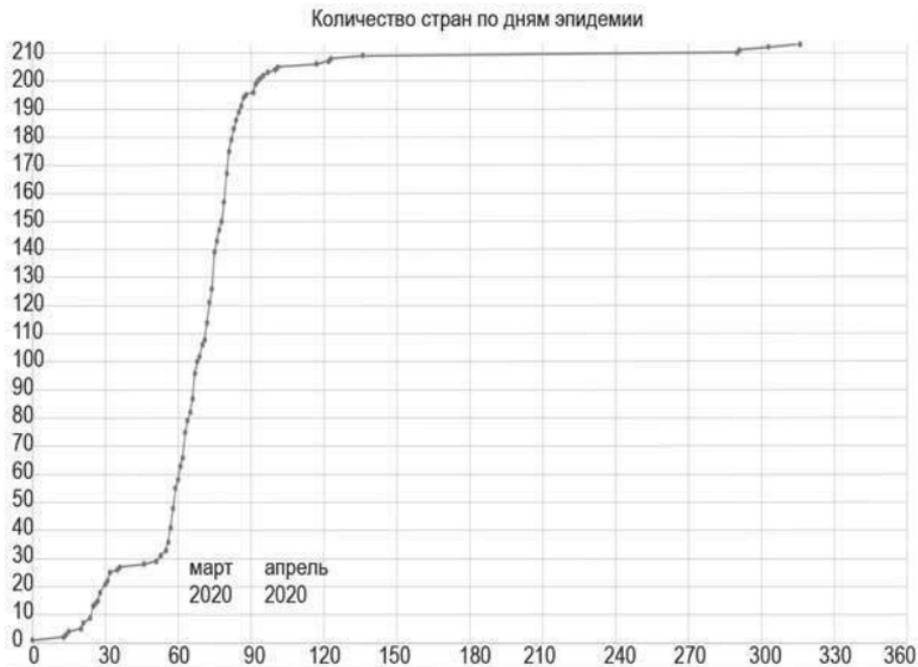


Рис. 7. Динамика развития вспышки новой коронавирусной инфекции в мире

Давайте рассмотрим данный график внимательно. Точка отсчёта у нас 31 декабря 2019 года. На абсциссе (горизонтальная линия) отмечены дни от начала «первого пациента». Они идут с шагом 30 дней. На оси ординат (вертикальная линия) отмечается количество стран. Суть такова: если инфекция появилась, она попадёт во все страны мира, которых у нас 214. То есть сам график, в данной системе построения, неминуемо пойдёт кверху. Вопрос только, с какой ди-

намикой и как это будет выглядеть. Что мы видим на графике: в марте линия становится практически вертикальной. То есть зафиксирован чрезвычайно резкий рост выявленных заболевших в 138 странах мира. Этот рост произошёл в марте, и его начало связано с первой декадой, когда, по оценке главы ВОЗ, – «ситуация может характеризоваться как пандемия». Практически сразу после этого график меняет свой тренд. Получается, что в 4–5 разных странах за сутки выявлялись новые заболевшие коронавирусной инфекцией! Причём страны находились на разных континентах, разных полушариях, с разным временем года. Появление заболеваний в одно и то же время на разных континентах, в странах, которые не являются географически близкими, представляется чрезвычайно сомнительным.

Для этого есть две теории объяснения. Первая теория – это целенаправленное распространение инфекционного агента, и вторая – к этому готовились заранее. Данное предположение основывается на том, что инкубационный период COVID–19 на начало 2020 года составлял от 2 до 14 дней (Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID–19. Министерство здравоохранения Российской Федерации. // М., 2021. – С. 224). Подтверждением гипотезы об искусственном распространении инфекционного процесса служит и тот факт, что диагностика осуществлялась с помощью ПЦР-тестов. Для того чтобы они были до-

ставлены в 138 стран, необходимо было их привезти, осуществить процесс сертификации, получить разрешительную документацию, а также данные тесты должны быть прокалиброваны на стандартном образце. Перед калибровкой, доставкой, сертификацией эти тесты должны быть просто изготовлены. Таким образом, получается, что все они поступили намного раньше во все страны, чем была обнаружена инфекция. Все эти факты подтверждают преднамеренную подготовку к объявлению вспышки новой коронавирусной инфекции, которую до настоящего времени называют пандемией.

Как же должен был выглядеть график, если он имеет природный характер? Он был бы более пологий. Объясняю: инфекция пришла, к примеру, в Германию; пациент, который приехал домой, не знает, что он болен. Он общается в течение недели со своими друзьями из Франции. Те уезжают в Париж, и тут у немца начинает развиваться клиника, а у его французских друзей ещё нет. Проходит ещё одна неделя, то есть всего полмесяца, и только тогда можно говорить, что есть заболевшие в Германии и Франции – появляются 2 новые точки на графике. Инфекция ещё не ушла из Европы, а время идёт, график располагается практически параллельно оси абсцисс. Потом инфекция перемещается в другие страны, и график чуть кверху пошёл, затем на другой континент – и снова чуть вверх. Так пандемия развивается при естественном, природном характере, а график, который мы видим, носит не естественный, а искусственный характер. При-

чём сейчас мы можем говорить об этом убеждённо, потому что знаем, что инфекция не так вирулентна (заразна), как нам старались приподнести.

Давайте рассмотрим и другие графики. Они сгруппированы по развитию новой коронавирусной инфекции, проценту выздоровевших и смертности. На некоторых графиках отчётливо видны разрывы между данными. Плавность линий нарушена. Это связано с тем, что поступали недостаточно достоверные данные.

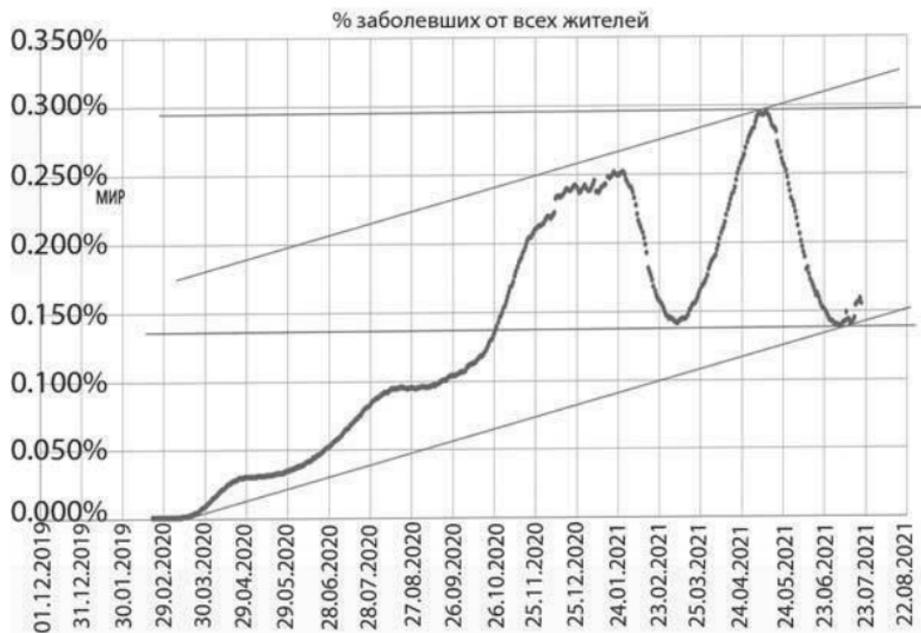


Рис. 8. Динамика развития новой коронавирусной инфекции в мире (в процентах от численности населения земного

шара)

Особенно это видно при внимательном изучении материалов, опубликованных Израилем, в которых отмечается (с разницей в сутки) как резкий рост выздоровевших, так и резкий рост смертности.

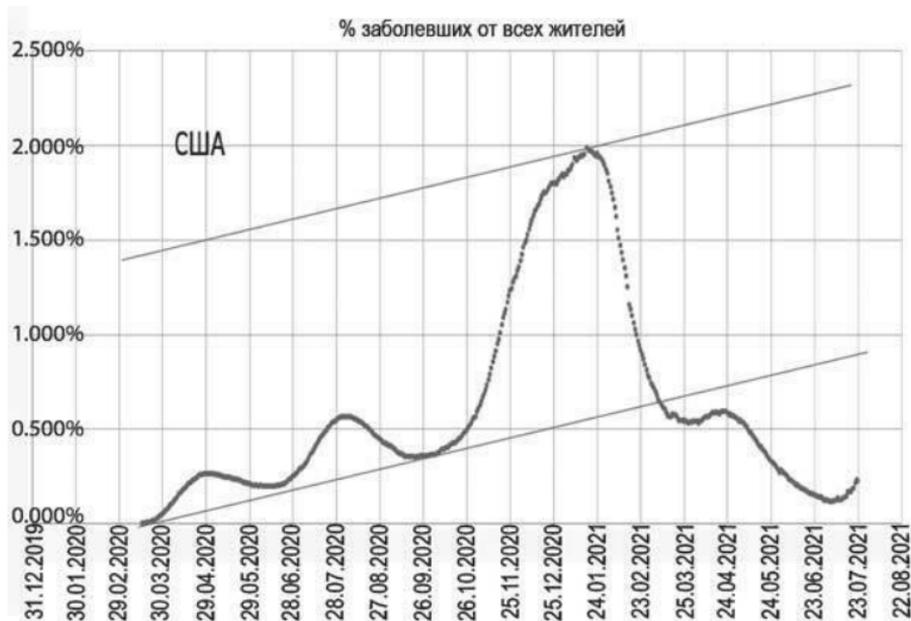


Рис. 9. Динамика развития новой коронавирусной инфекции в США (в процентах от численности населения страны)

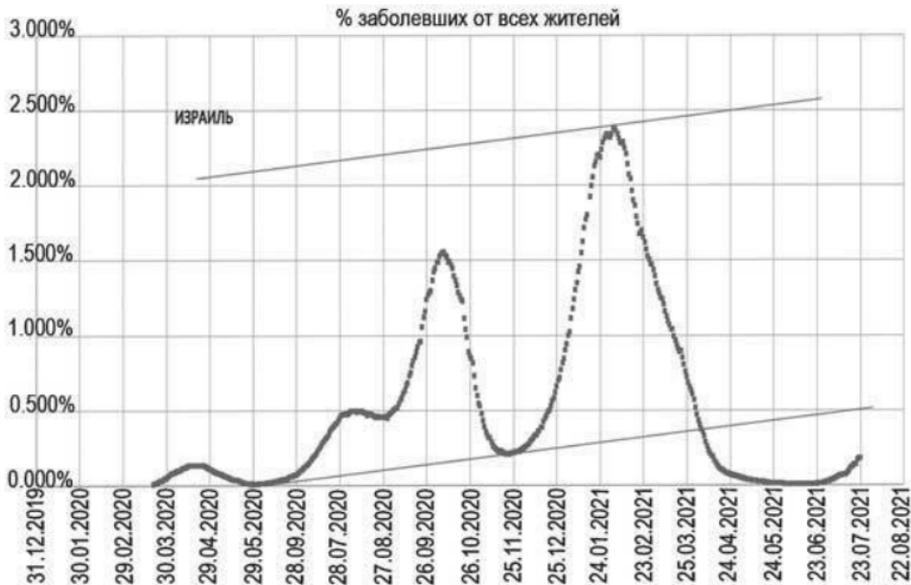


Рис. 10. Динамика развития новой коронавирусной инфекции в Израиле (в процентах от численности населения страны)

На графиках (рис. 8–10), показывающих количество заболевших от общего количества населения, видна общая закономерность. Она проявляется в том, что увеличение и снижение происходит волнообразно, с временным лагом от 4 до 8 месяцев, что в среднем составляет 6 месяцев. Также обращает на себя внимание закономерность, что самый высокий пик заболеваемости не превышал и 3 % от общего количества населения в мире (рис. 8). Этот факт говорит о том, что мы не можем относить данную инфекцию к опасным, с

высокой патогенностью. Причём самое большое количество заболевших выпало на май 2021 года, когда во многих странах чиновники отчитывались о высоких показателях вакцинации. При анализе данного факта уже возникает вопрос об эффективности выпущенных препаратов и появляется предположение о возможности стимулирования инфекционного процесса данными препаратами. Говоря простым языком, появляется версия, с высокой долей реальности, что «спасительные уколы» вызывают увеличение количества больных. В настоящее время ни в одной стране мира не закончены исследования эффективности препаратов против новой коронавирусной инфекции. Более того, не изучены отдалённые результаты препаратов, которые называют «вакцинами» против новой коронавирусной инфекции.

Однако нам представляется интересным сравнение динамики процесса развития новой коронавирусной инфекции в России и Белоруссии (рис. 11, 12).

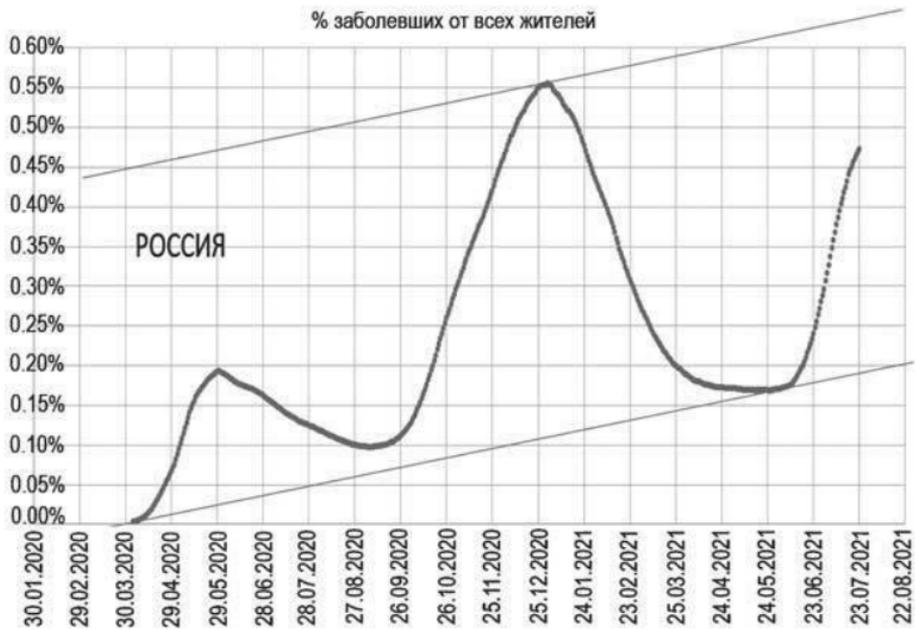


Рис. 11. Динамика развития новой коронавирусной инфекции в России (в процентах от численности населения страны)

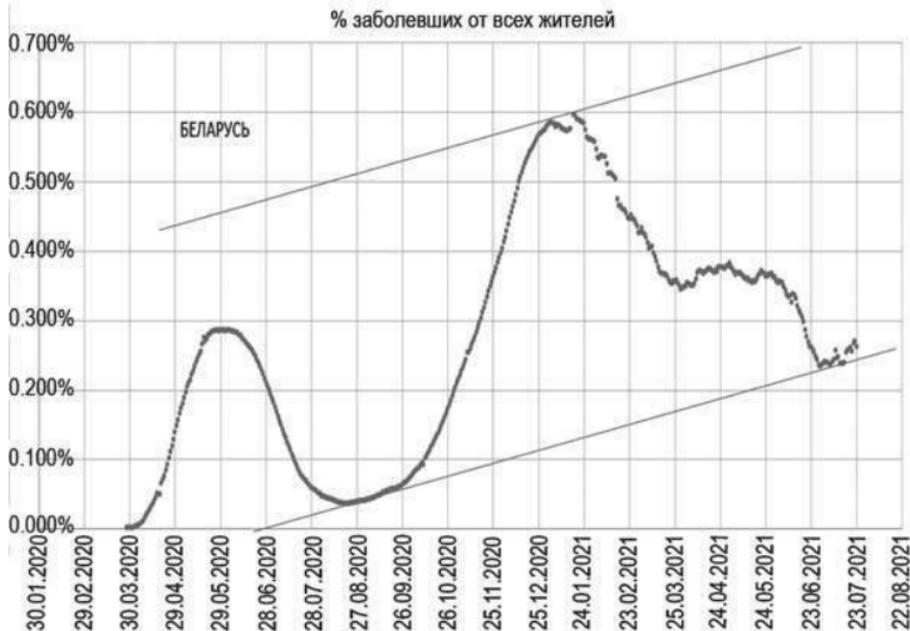


Рис. 12. Динамика развития новой коронавирусной инфекции в Белоруссии (в процентах от численности населения страны)

Необходимо обратить внимание, что и там и там количество заболевших на максимальном пике в декабре 2020 года. В Белоруссии данный показатель составил 0,6 % заболевших от численности населения страны, а в России он был меньше практически на 10 % и составлял 0,55 % от численности населения. При этом дальнейшая динамика развития инфекционного процесса в Белоруссии более свойственна природному течению инфекционного процесса, нежели в Рос-

сии. Характер инфекционного процесса идёт по затухающему тренду, в России – по нарастающему. Увеличение количества новых случаев связано с серединой июня 2021 года, когда в России была объявлена массовая вакцинация. Этот факт также заставляет задуматься о целесообразности применения экспериментальных препаратов, называемых «вакцинами», против новой коронавирусной инфекции. В очередной раз возникает убеждение о потенцировании инфекционного процесса этими препаратами. Вероятнее всего при получении новых данных после осенне-зимнего сезона 21–22 годов будет понятно, насколько уменьшилась заболеваемость и уменьшило ли её вообще использование в профилактических целях на большом количестве населения России не прошедших полные клинические испытания экспериментальных препаратов. Стремление поставить экспериментальные препараты более 60 % населению страны при заболеваемости в самый пик 0,55 % от численности населения представляется крайне неразумным и с точки зрения организации медицинской помощи, и с финансово-экономической стороны. Идёт инвестирование бюджетных средств на мероприятия, которые имеют недоказанную эффективность влияния на здоровье населения страны, поэтому на необходимую помощь их будет не хватать.

При изучении динамики выздоровевших на конкретную дату графики показывают практически один и тот же тренд с начала 2021 года (рис. 13–17).

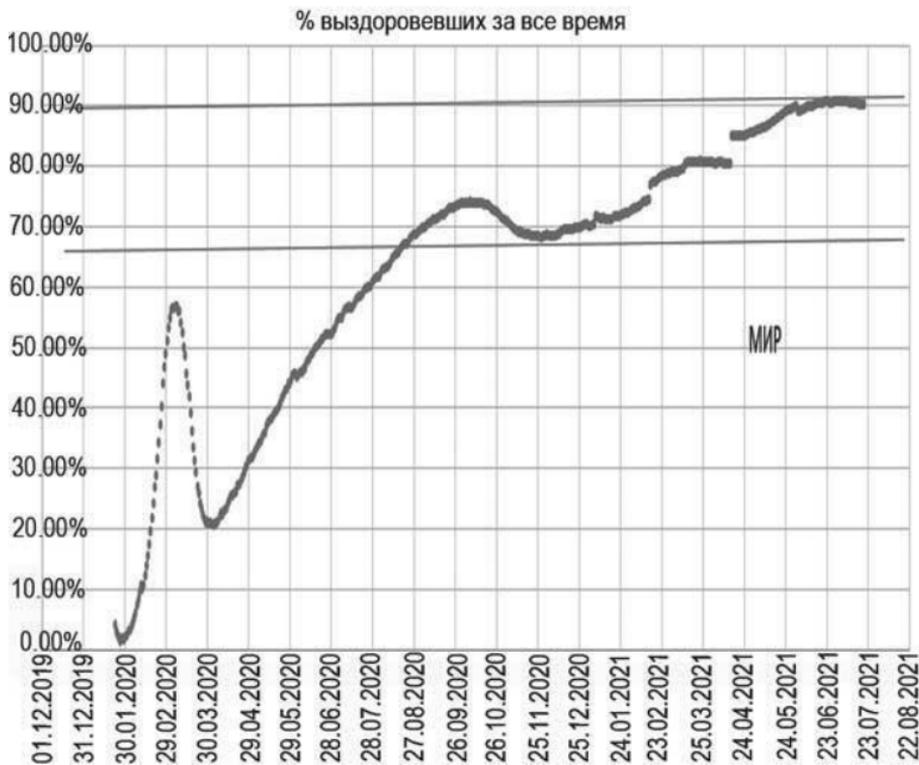


Рис. 13. Динамика выздоровевших в мире за период наблюдения (в процентах от числа заболевших)

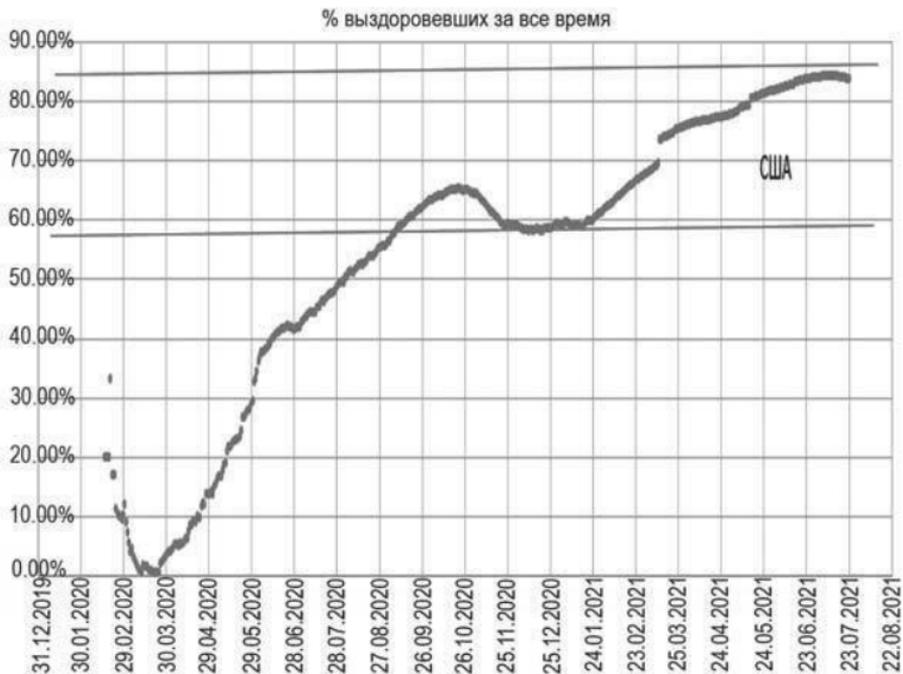


Рис. 14. Динамика выздоровевших в США за период наблюдения (в процентах от числа заболевших)

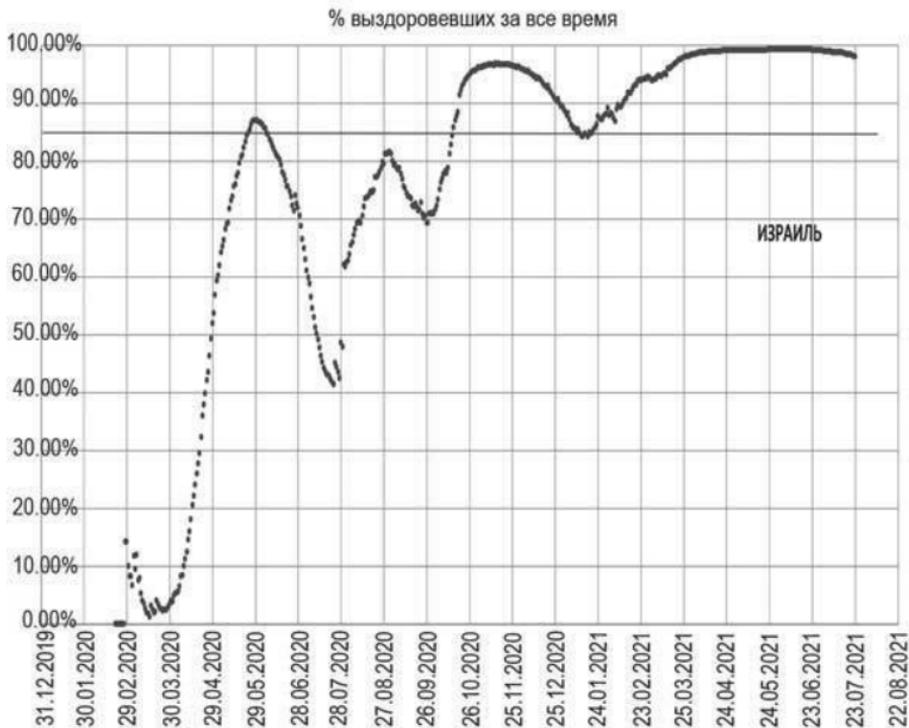


Рис. 15. Динамика выздоровевших в Израиле за период наблюдения (в процентах от числа заболевших)

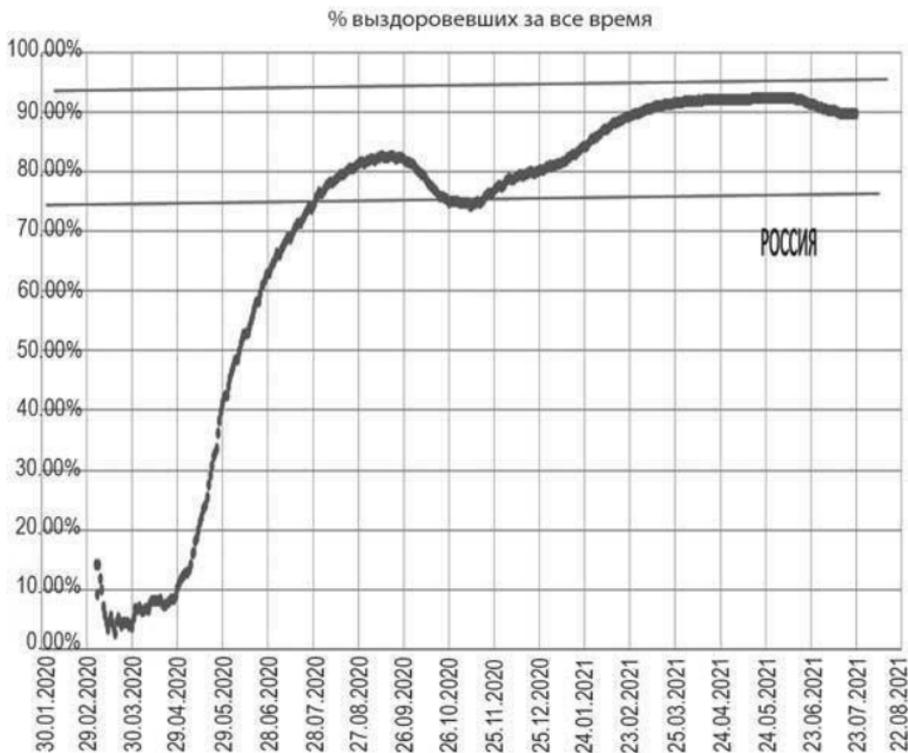


Рис. 16. Динамика выздоровевших в России за период наблюдения (в процентах от числа заболевших)

Практически везде количество выздоровевших более 90 % от общего количества заболевших. Надо обратить внимание, что менее 10 процентов – это не смертность, это те, кто проходит лечение. Наиболее высокий процент выздоровевших (практически около 100 % от числа заболевших) показывает Белоруссия. Изучение опыта организации меди-

цинской помощи при вспышке новой коронавирусной инфекции в данной стране требует дополнительного изучения. Вероятнее всего он будет рассмотрен в последующих работах, особенно в сравнении с опытом организации медицинской помощи в России. Одно из предположений – положительным моментом была добровольность и отсутствие массового использования экспериментальных препаратов, называемых вакцинами, против новой коронавирусной инфекции.

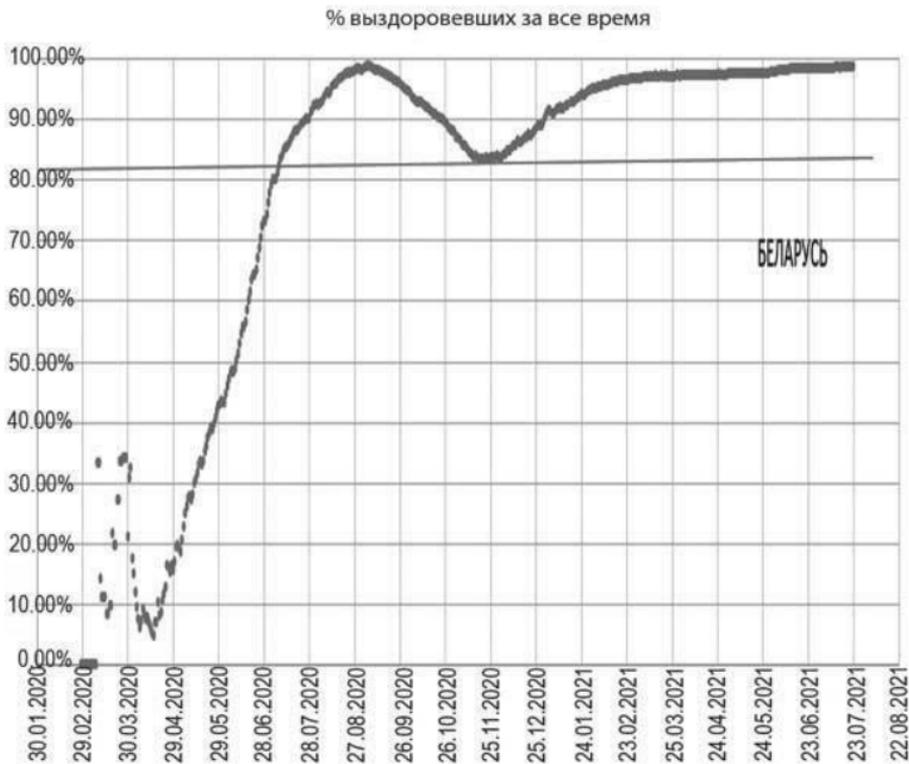


Рис. 17. Динамика выздоровевших в Белоруссии за период наблюдения (в процентах от числа заболевших)

По статистике смертности при новой коронавирусной инфекции уже были сделаны публикации, в которых были рассмотрены причины смертности, проведён анализ, выполнено сравнение по годам (Иванов Д. В. К вопросу о причинах смертности в 2020 году. // Сохранение здоровья населения как глобальная проблема современности. Материалы

международной междисциплинарной научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 9–10 апреля 2021 г. – СПб., «Русь», 2021. – С. 83–87). В данной книге при анализе динамики смертности в сравниваемых странах есть общие закономерности. В частности, обращает на себя внимание тот факт, что имеются общие тренды снижения смертности, исключение составляет Россия (рис. 18–22).

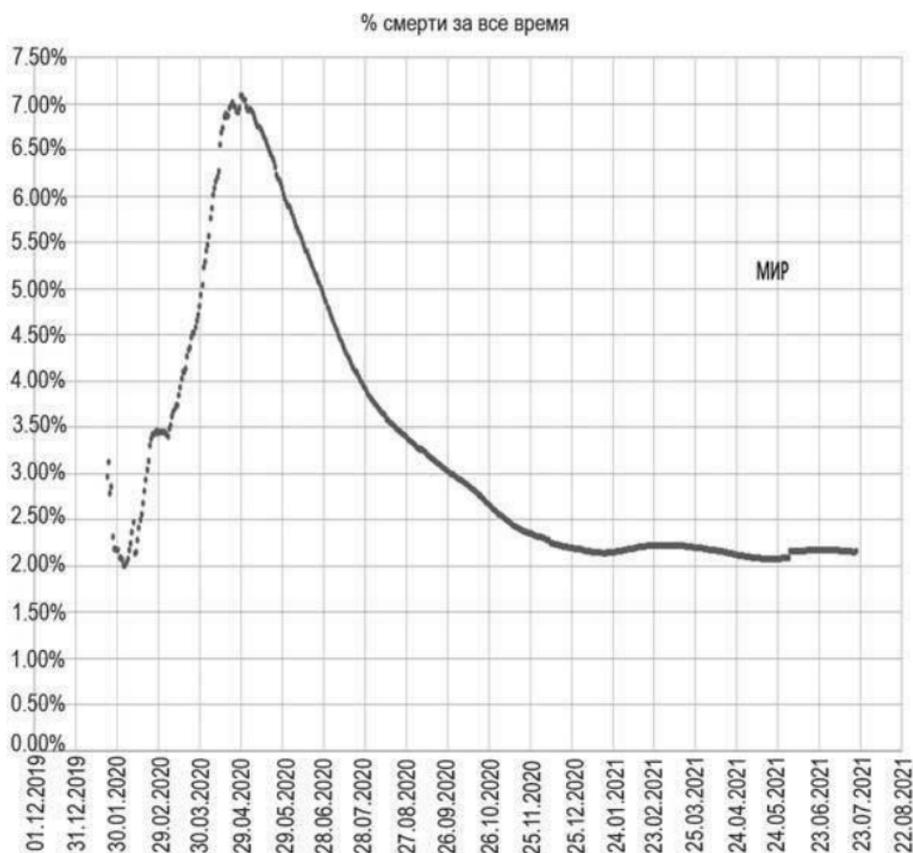


Рис. 18. Динамика смертности от новой коронавирусной инфекции в мире за период наблюдения (в процентах от численности заболевших)

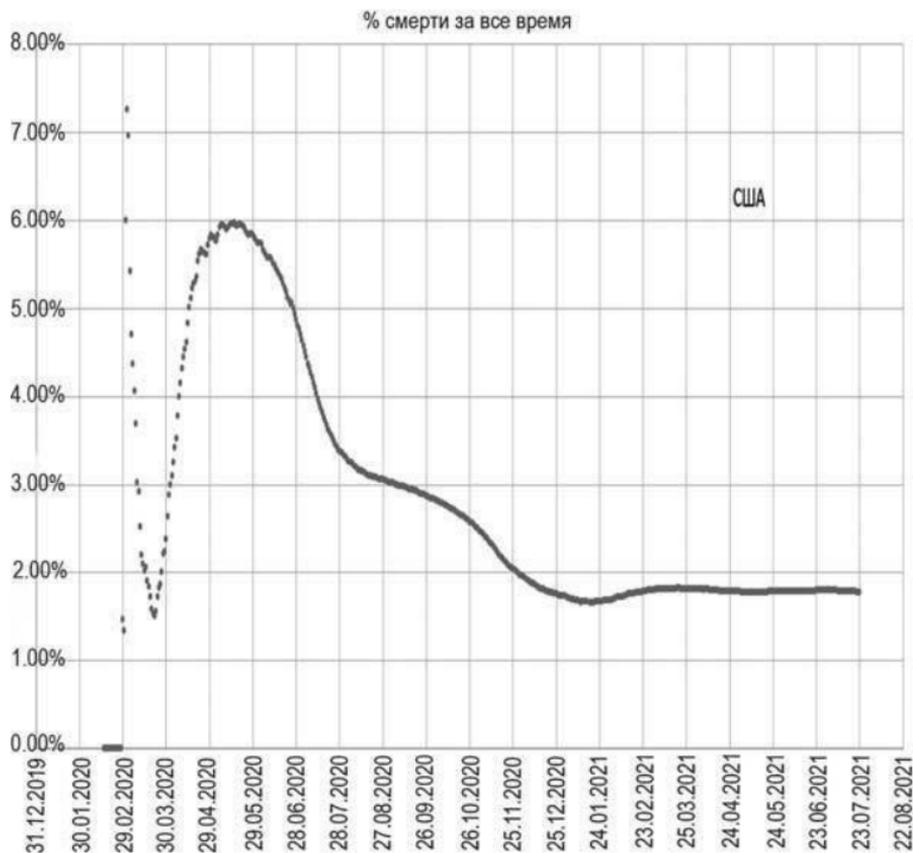


Рис. 19. Динамика смертности от новой коронавирусной инфекции в США за период наблюдения (в процентах от численности заболевших)

Общее количество умерших от числа заболевших стабилизировалось в конце 2020 года и составило около 2 %, исключение опять составляет Россия, где уровень смертности имеет тренд к увеличению и к концу июля достигает 2,5 % от числа заболевших. В отличие от России, в Белоруссии уровень смертности составляет менее 0,8 %, что также говорит о необходимости изучения опыта оказания медицинской помощи. Уровень заболеваемости в самый пик в Белоруссии был выше на 10 %, чем в России (составлял 0,6 % против 0,55 % в России), однако смертность в 3 раза ниже.

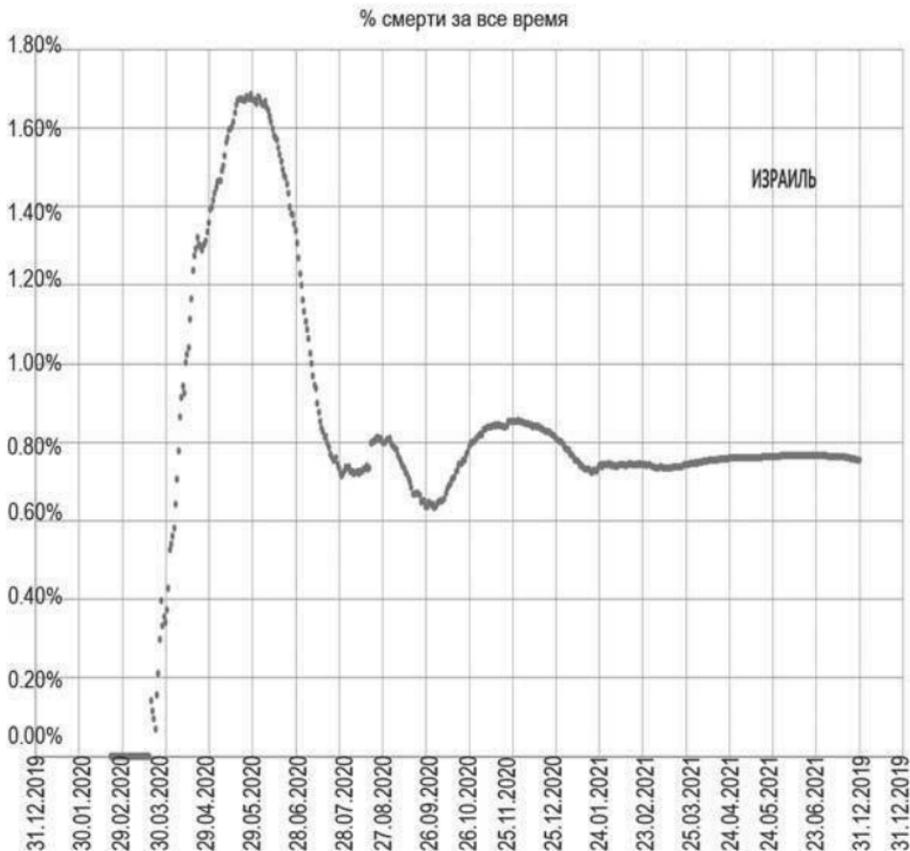


Рис. 20. Динамика смертности от новой коронавирусной инфекции в Израиле за период наблюдения (в процентах от численности заболевших)

При изучении графиков отчётливо видно, что на развитие инфекционного процесса, процесс выздоровления, смертность оказывают влияние множество факторов, включающие климатические, географические, национальные, эко-

номические особенности. Данные особенности необходимо учитывать при планировании организации медицинской помощи при лечении как новой коронавирусной инфекции, так и любых других инфекций. Уже говорилось о том, что не могут везде быть одинаковые меры и методы.

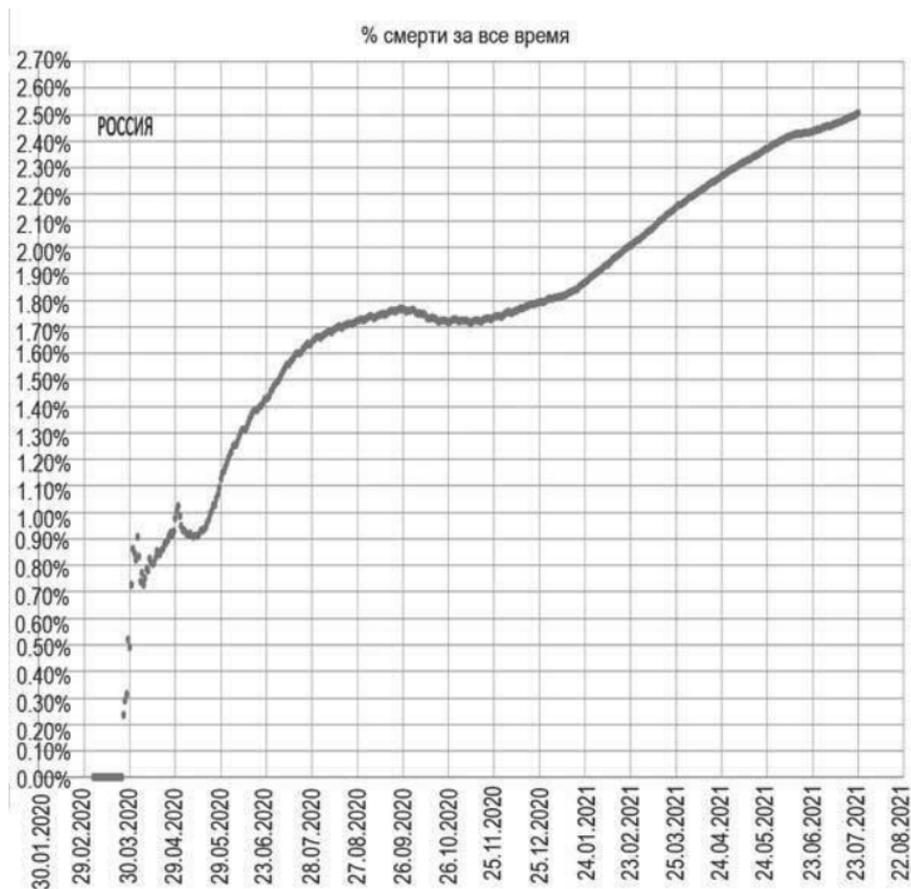


Рис. 21. Динамика смертности от новой коронавирусной

инфекции в России за период наблюдения (в процентах от численности заболевших)

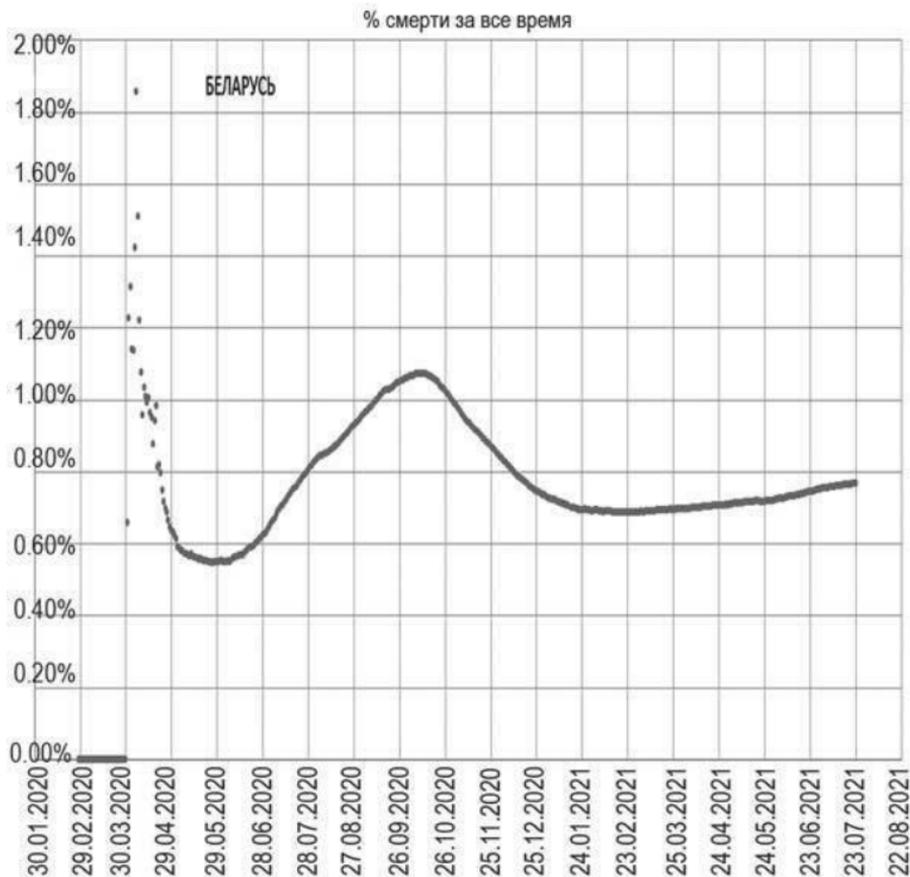


Рис. 22. Динамика смертности от новой коронавирусной инфекции в Белоруссии за период наблюдения (в процентах от численности заболевших)

Полученные данные по смертности показывают, что человеческая популяция, так же как и вирус, адаптировались друг к другу. Медицинское сообщество научилось справляться с данной инфекцией, то есть врачи научились лечить данную инфекцию. Вирус же в свою очередь также стал менее губительным, он тоже хочет долго существовать. Необходимо признать, что имеются свои особенности в протекании инфекции, однако имеются вопросы и к проводимому лечению. Насколько целесообразно использовать одни и те же схемы лечения и подходы в разных странах? Рассмотрим в следующей главе.

3. Адекватность терапии

Ubi pus, ibi incisio.

Недаром в начале этой главы стоит эпиграф, который написан на латыни и известен всем медикам – где гной, там разрез!

Вот уже полвека в помощь докторам по всему миру разрабатывают клинические рекомендации. Обычно это делают профессиональные медицинские организации, объединяющие врачей отдельных специальностей, опираясь на надёжные научные доказательства. Идея создания «доказательных клинических рекомендаций» пришла и в Россию, даже была недавно закреплена в федеральном законе о здравоохранении (<https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravagrossii-ot-28022019-n-103n-ob-utverzhenii/>). Бывшая министр здравоохранения Вероника Скворцова с гордостью докладывала о сотнях клинических рекомендаций, разработанных в кратчайшие сроки. Вот всё у нас делается в «кратчайшие сроки», а потом десятилетиями разгребаем последствия наспех сделанного. Конечно, многие из них несовершенны, но важно, что многие российские профессиональные общества – разработчики рекомендаций – ориентированы на лучшие мировые образцы, а координирующий работы центр под руководством профессора Виталия Омеляновского со-

издал вполне современные методические документы для разработчиков.

Ошеломительный «удар пандемии» COVID–19 застал всех врасплох, хотя некоторые прекрасно знали, что будет происходить. В стремлении помочь врачам правильно оказывать медицинскую помощь Минздрав уже в январе издал «Временные методические рекомендации». Меня с самого начала появления «рекомендаций» просто вводило в ступор от того, что там было написано, и я сомневался уже тогда, что они пишутся профессионалами. Да, здесь необходимо вспомнить, что одной из первых своих продекларированных задач ВОЗ ставила *«предоставление международных рекомендаций в области здравоохранения»*. Однако вернёмся к рассмотрению интересных фактов о данных рекомендациях. Почему они называются «методическими» – остаётся загадкой до настоящего времени. Законодательство вообще не предусматривает издания Минздравом документов такого типа, однако уже вышла 11-я версия. Растёт размер документа, растёт число имён в «рабочей группе», но остаётся неизвестной процедура разработки. Попробуй сейчас применить к тексту международный стандартный документ для оценки качества рекомендаций AGREE, и мы сразу получим очень низкую оценку. Достаточно сказать, что в числе составителей значатся люди, получающие деньги от производителей рекомендованных препаратов. Кстати, о конфликте интересов участников подготовки вы не найдёте в документе

ни единого слова. Правда же, знакомая ситуация по уже открывшимся фактам с ВОЗ? Некоторые из перечисленных составителей в личной беседе сообщили, что не участвовали в разработке и не несут ответственности за содержание, однако они вписаны в данный «буклет». Открыто заявить об этом люди, работающие в структурах, подчинённых Минздраву, не могут. Очень многим просто «закрыли рты».

Отсутствие методологии разработки приводит к печальным результатам: в частности, в тексте отсутствуют критерии диагностики заболевания. Составители рекомендаций знают, что для диагностики надо использовать тщательно разработанные инструменты. Например, они пишут, что *«у всех пациентов пожилого и старческого возраста, госпитализированных с COVID–19, (рекомендуется) проводить скрининг риска недостаточности питания с использованием валидированных инструментов»*. Но самого главного – диагностических критериев – не пишут. Одного этого достаточно, чтобы полагать, что методические рекомендации Минздрава негодны для использования по назначению.

За весь период выпуска рекомендаций в документе изменилось очень многое. Так, в самых первых выпусках Минздрав требовал *«при анамнестических данных, указывающих на вероятность инфекции..., независимо от степени тяжести состояния больного, ... госпитализировать в инфекционную больницу/отделение с соблюдением всех противоэпидемических мер»*. С точки зрения организации оказания ме-

дицинской помощи в случае массового поступления больных это как минимум глупо, а точнее преступно. Зачем везти в стационар пациента с лёгким протеканием инфекционного процесса? Для того чтобы он занимал койку и получал другую инфекцию? Уже в апреле 2020 года это требование было просто неисполнимо. Это вполне извинительная особенность. Непростительно другое. Документ содержит глупости и признаки коррупционно обусловленного наполнения.

Приведу примеры. Прерывание беременности – начиная с третьей версии документа, в нём содержится рекомендация: *«При тяжёлом и среднетяжёлом течении заболевания до 12 недель гестации в связи с высоким риском перинатальных осложнений рекомендуется прерывание беременности после излечения инфекционного процесса»*. Не было тогда, нет и теперь доказательств необходимости прерывания беременности у женщин, перенёсших COVID–19. Это довольно характерная черта российских акушеров – они препятствуют женщинам сделать аборт, когда они того желают, но рекомендуют прервать беременность в ситуациях, подобных этой. К девятой версии формулировка меняется: *«возможно прерывание»*. Вот как работающему врачу это понимать?! Это цинично дезориентирующая врача формулировка: прерывание всегда возможно. Вопрос в том, нужно ли его делать, полезно ли, рекомендовано ли специалистами? Подчеркну, что к октябрю 2020 года уже хорошо было известно, что эта инфекция не вызывает патологии плода, которая встречается

у перенёсших другие инфекции, например лихорадку Зика. Нет никаких *медицинских*(!) оснований понуждать женщину, перенёсшую COVID, к прерыванию беременности.

Эта глупость понятна всем, кто хорошо учился в медицинском институте. В документе написано: *«При отказе пациентки от прерывания беременности необходима биопсия ворсин хориона для выявления хромосомных аномалий плода»*. Это крайне травматичная и опасная процедура, которая с высокой долей вероятности приведёт к нарушению беременности. Для читателя хочу сказать, что хромосомы и, соответственно, их аномалии (изменения) появляются в момент зачатия. И потом у плода и у человека хромосомы не меняются. Откуда акушеры-соучастники составления документа могли взять такую глупую идею – появление хромосомных аномалий при инфекции, да ещё и в повелительном тоне требовать травматичного исследования, – догадаться никому пока не удалось. В более поздних версиях документа уже появляется другая формулировка: *«необходима биопсия ворсин хориона или плаценты ... по желанию женщины»*. Это ещё одна особенность российских акушеров. Они объясняют пациенткам, что «необходимо делать», и получают «добровольное согласие», которое потом предъявляется как «желание женщины». Это касается не только акушеров, но и всех людей, надевших белых халаты, которые сейчас дают подписывать согласие на процедуру по уколам непроверенными препаратами, названными «вакцина». Удивитель-

но, что эта глупость и подлость была отмечена уже в марте 2020 года, но Минздрав продолжал воспроизводить её неоднократно, в том числе и в позднейшей версии документа.

О фармакологии

В первые месяцы «пандемии» весь медицинский мир был в растерянности в отношении лекарств для лечения COVID–19. Естественным образом взоры обратились прежде всего к существующим противовирусным средствам – используемым для лечения ВИЧ/СПИД. Составители рекомендаций в Москве были оригинальны только в том, что вписали в свой документ отечественные препараты – рибавирин и интерфероны. Никто в мире интерфероны не применяет, а методические рекомендации Минздрава России из версии в версию их предписывают использовать. Правда, для того чтобы снять с себя ответственность за эти безответственные рекомендации, составители изобрели следующий приём. Они сообщают что перечень *«препаратов для этиотропной терапии инфекции, вызываемой коронавирусом 2019-nCoV, приведён в таблице (Приложение 1. Список рекомендуемых лекарственных средств для лечения коронавирусной инфекции у взрослых)»*. Это выглядит как рекомендация – и это и есть рекомендация. Но далее следует указание: *«Согласно рекомендациям ВОЗ возможно назначение препаратов с предполагаемой этиотропной эффективностью off-label,*

при этом их применение должно соответствовать этическим нормам, рекомендованным ВОЗ, и осуществляться на основании Федерального закона ...», и перечисляются шесть российских и международных актов без уточнения соответствующих ситуации требований. Иначе как издевательством над врачом это не выглядит.

Хочу сразу сказать, что те стационары, в которых врачи поняли «неадекватность» данных рекомендаций и начали лечить внебольничную вирусную пневмонию по отработанным схемам, быстрее восстанавливали пациентов, и у них была низкая смертность в отделениях.

Сначала рекомендовались бета-интерфероны, теперь только альфа-интерфероны. Это почти исключительно российская причуда. В США Национальные институты здоровья прямо рекомендуют интерфероны не применять. В рекомендациях Минздрава присутствует список литературы. Из него следует, что составители опирались на данные об активности интерферонов против других вирусных инфекций и проигнорировали исследования 2020 года. Трудно сказать, объясняется ли это коррупцией или просто тем, что очередная версия документа готовится кем попало и как попало. Не могут же десятки составителей (список на несколько страниц) перечитывать текст более чем на 220 страниц ежемесячно. Здесь ещё важен один из аспектов, которые автор книги знает не понаслышке. Когда есть несколько авторов, принимающих непосредственное участие в написании работы,

все они стремятся не только написать свою часть, но и вычитать конечный результат. Иногда процесс внесения правок и работа над согласованием формулировок занимает длительное время. А тут Минздрав штампует новую версию практически через 1,5 месяца. Это говорит о том, что вписанные авторы даже не читают, что там написано, и многие из них вряд ли бы согласились с написанным.

Рассматривать сегодня ранние рекомендации по терапии без дрожи просто невозможно. Очень сильно изменились представления о том, как надо вести пациентов со средней тяжестью и тяжёлых больных COVID–19. Например, раздел патогенетической терапии, направленной на вторичные процессы в организме больного, в первой версии документа начинается с рекомендации ежедневного в течение недели вливания апротинина. Этот препарат подавляет протеолиз (разрушение белков) и применяется, чтобы помешать фибринолизину разрушать свёртки крови (белок фибрин) и таким образом предотвращать кровотечения. В апреле 2020 года врачам во всём мире станет понятно, что важнейшим убийственным для больных процессом при COVID–19 является именно внутрисосудистое свёртывание крови (рассеянное внутрисосудистое свёртывание – вообще типовой процесс при тяжёлых инфекциях). Поэтому при среднетяжёлом и тяжёлом течении заболевания важно применение антикоагулянтов, прежде всего фракционированного гепарина. Чем руководствовались составители первой версии российского

документа – трудно сказать. Во второй версии этой рекомендации уже нет, и нам неизвестно, как много больных успели полечить таким убийственным способом и как скоро прекратили эту практику.

В первой версии документа больным советовали давать препараты для лучшего свёртывания крови. В четвёртой, мартовской версии методических рекомендаций появляются препараты, ставшие всемирным заблуждением на несколько месяцев: хлорохин, гидроксихлорохин, ремдесивир и фавипиравир. Вместе с ними в документ заходит арбидол. Правда, заходит он под названием действующего вещества умифеновир. Сделано это, дабы не раздражать сильно врачей.

Ну что ж, а теперь давайте пробежимся по препаратам. В октябре 2020 года, когда я сделал эфир с рассмотрением препаратов, которыми лечат в России, Инстаграм тут же заблокировал мой аккаунт. Конечно же, я открыл новый, но теперь приходится постоянно переходить на «эзопов язык». Радует, что в России интеллектуальный уровень сохраняется у людей и они прекрасно понимают, что я говорю.

Начнём пожалуй с гидроксихлорохина. В отношении данного препарата у меня сразу было неприятие и неприятие. Мне вообще не понять логику назначения противомаларийного препарата при вирусном заболевании. В назначении каждого препарата должна быть логика, и её надо обосновывать, так же как и логику выбора способа и метода лечения любого заболевания. Да, у противомаларийных пре-

паратов есть свойство подавлять при некоторых заболеваниях иммунные реакции, повреждающие ткани человека. Это свойство широко используется, например, в лечении воспалительных заболеваний суставов. Идея применить этот препарат возникла в марте, когда стало понятно, что тяжёлое течение болезни связано с особенной, избыточной воспалительной реакцией организма, красочно-научно называемой «цитокиновым штормом» и уже известной всем. Препарат опробовали в различных местах, он произвёл на врачей хорошее впечатление. Его стали применять всё шире. Весной были начаты рандомизированные контролируемые испытания гидроксихлорохина. Первые показали, что он неэффективен, уже в июне. Некоторые продолжаются до сих пор, но все завершившиеся не обнаружили у гидроксихлорохина эффективности при лечении больных COVID-19, и лёгких и тяжёлых. Поэтому во всём мире от применения гидроксихлорохина уже в июне стали отказываться. В рекомендациях Минздрава он присутствует.

Осторожность в применении гидроксихлорохина и быстрый, почти повсеместный отказ от его применения связаны с тем, что у этого препарата есть ряд неприятных побочных эффектов, а один – даже смертельный. Препарат нарушает работу сердца, сильно увеличивая вероятность его внезапной остановки. Эта вероятность невелика, если его применяют для профилактики малярии здоровые люди под медицинским контролем, но увеличивается у пожилых. При мас-

совом применении – у миллионов людей и в условиях эпидемии, когда нет возможности делать периодически электрокардиограмму, применение препарата может вызвать массу смертей. Они выглядят как естественные: смерть от остановки сердца – дело обычное. Так за статистикой скрываются, в том числе, и смерти от побочных действий лекарств.

В России в соответствии с документами Минздрава принято разделять смерть от COVID–19 и смерть от других состояний и заболеваний у людей, инфицированных вирусом SARS-CoV–2. Смерти от остановки сердца попадают во вторую категорию, и поэтому их связь с инфекцией и применением гидроксихлорохина никогда не будет выявлена. Отчасти поэтому графики количества смертей от COVID–19, публикуемые на основе официальной статистики, не отражают истинного прироста смертности в эту «пандемию». Составители рекомендаций понимают, что достаточных оснований для применения гидроксихлорохина не существует, и применяют старый подлый приём. Они пишут: *«Решение вопроса о назначении гидроксихлорохина должно приниматься индивидуально на основе оценки соотношения пользы и риска для конкретного пациента»*. При этом они не дают указаний на то, каким должно быть отношение пользы и вреда, каким способом его оценить, перекладывая таким образом ответственность на врача. Более того, описав опасность гидроксихлорохина, составители рекомендаций приводят восемь условий его безопасного применения вне боль-

ницы. Почти все эти условия можно выполнить в обычных условиях, но совершенно невозможно при загрузке поликлиник в эту «пандемию». Так Минздрав в очередной раз умывает руки, сталкивая проблемы применения препарата на врачей, которые не смогут их разрешить. Кстати, ремдесивир и гидроксихлорохин не рекомендованы к применению ВОЗ.

Ремдесивир. Данный препарат разрабатывали для лечения других вирусных инфекций, и опробовать его против COVID–19 было естественным. В справочнике лекарственных средств стоит следующая формулировка: «*Данные о фармакокинетике у пациентов с COVID–19 отсутствуют*» (<https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2973>). Однако уже более 60 лет известно, что пробы на отдельных пациентах ведут к возникновению у врачей впечатлений, которые могут быть далеки от результатов научного изучения. Поэтому параллельно с использованием ремдесивира в надежде на его эффективность (вне зарегистрированных показаний по принципу off label) начали рандомизированное клиническое испытание. Компания-производитель препарата, как это обычно бывает, спланировала испытание так, чтобы получить результат быстрее и чтобы результат был положительный.

Всё получилось, как и планировали. Обнаружилось, что при лечении ремдесивиром больные (средней тяжести и тяжёлые) позднее переводятся на *искусственную вентиляцию лёгких* (ИВЛ). На основании таких данных препарат вскоре

получил от *американского Агентства по контролю над лекарствами и пищевыми продуктами (FDA)* ускоренное разрешение на использование в лечении COVID–19. Мировая медицинская общественность требовала от производителя изменить дизайн первого испытания так, чтобы были получены сведения о частоте смертельных исходов и частоте возникновения осложнений. Но это привело бы к удлинению испытания. Компания добилась своего: препарат получил разрешение, и большие продажи дорогого препарата на короткий срок были обеспечены.

Как и полагается, пострегистрационные исследования препарата его эффективности не подтвердили. Для российской медицины ремдесивир представлял теоретический интерес: он не был зарегистрирован в России и физически был недоступен. Упоминание его в мартовской версии рекомендаций Минздрава – нонсенс, ибо врачам принято рекомендовать только то, что доступно. Тем не менее во всех версиях рекомендаций Минздрава ремдесивир присутствует, вплоть до октябрьской девятой версии. В октябре исследования показали, что ремдесивир неэффективен, и в октябре же он был официально разрешён к применению в России. Вот как интересно получилось.

С марта 2020 года ВОЗ проводил исследование (SOLIDARITY), результаты которого были опубликованы в середине октября 2020. В данном исследовании приняло участие более 11 330 человек, из которых 2750 получили

ремдесивир, 954–гидроксихлорохин, 1411–«Калетру» (комбинацию лопинавира и ритонавира), 2063–интерферон-бета 1а, 4088–плацебо (т. е. «пустышку»).

Результат на сегодняшний день: ни одно из лекарств не показало превосходства над плацебо ни по смертности, ни по скорости излечения, ни по длительности госпитализации. Уже в июле стало понятно о неэффективности гидроксихлорохина, лопинавира/ритонавира и интерферона, тогда уже было остановлено дозирование ими в рамках исследования. А сейчас уже показано, что полученные данные о ремдесивире несовместимы с гипотезой значимого влияния препарата на смертность. Проще говоря, ремдесивир при ковиде малоэффективен (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.15.20209817v1>).

Вообще в данных рекомендациях, которые прилетели из ВОЗ и были воплощены Минздравом, меня удивляло использование антибиотиков с первых дней лечения вирусной инфекции. Вирусы антибиотиками не лечат! Они не для этого разрабатывались. К тому же последние десятилетия практически на каждой конференции терапевтов не просто говорили, а кричали, что мы получаем антибиотикорезистентную флору. Переводя на доступный язык: уже получили столько микробов, которые не реагируют на антибиотики, что чем лечить дальше – непонятно. Были призывы прекратить бесконтрольное применение антибактериальных препаратов, и вдруг – бац! пришёл 2020 год – и давай всем сра-

зу назначать антибиотики. А особую озабоченность вызывали рекомендации Минздрава использовать гидроксихлорохин вместе с азитромицином. Последний – отличный антибиотик с широким спектром действия. Но его противовирусная активность в лучшем случае чуть больше нуля. Почему составители рекомендаций упорно, начиная с марта 2020 года, рекомендовали его в комбинации с гидроксихлорохином, трудно понять. В последних рекомендациях антибиотиков уже нет, как и гидроксихлорохина. Это радует. Только надо посчитать, сколько людей погибло при использовании таких схем лечения. Дело в том, что азитромицин вызывает остановку сердца сам по себе, по той же причине, что и гидроксихлорохин. Комбинация этих двух препаратов очень опасна. Между тем эту комбинацию получили сотни тысяч россиян.

Эти два токсичных для сердца препарата во многих местах, в том числе в Москве, закупались централизованно и выдавались в том числе и бесплатно. Удивительно, но в Москве Евгением Никоновым с коллегами было проведено исследование применения гидроксихлорохина. Удивительно потому, что исследований лечебных и профилактических средств против COVID–19 в России проводится очень мало. Это исследование показало, что гидроксихлорохин бесполезен. То, что россиян продолжают лечить бесполезными и опасными препаратами на основании рекомендаций Минздрава, – это больше, чем глупость.

А теперь об одном из вреднейших препаратов, с моей точки зрения. Фавипиравир появляется в рекомендациях Минздрава в марте, т. е. задолго до его появления на рынке и разрешения применять этот препарат. Разработанный в США, этот препарат упорно называется в массовых средствах информации России японским. Там, в Японии, он был лишь впервые зарегистрирован. Эта регистрация была частью подготовки к возможному появлению нового убийственного гриппа. Такие работы велись во многих развитых странах: разрабатывались резервные мощности, и даже складировались лекарства, мы это рассматривали в предыдущих главах.

Фавипиравир не был одобрен в США по очевидной причине: он обладает эмбриотоксичностью. Что значит эмбриотоксичность? Эмбриотоксичность (от греч. слов *mbrión* – утробный плод и *toxícon* – яд) – это способность вещества при попадании в организм матери вызывать гибель или патологические изменения эмбриона. Эмбриотоксическое действие лекарственного вещества проявляется на самых ранних сроках беременности и чаще всего ведёт к гибели эмбриона и самопроизвольному выкидышу. Наиболее опасным в отношении проявлений тератогенности является первый триместр беременности (особенно период 3–8 недель), когда у эмбриона формируются основные органы. В первом триместре беременности (0–12 недель) рекомендуется вообще воздерживаться от приёма лекарств (за исключением состо-

ний, угрожающих жизни). Это касается всех препаратов и уж тем более «вакцин», которые сейчас делают чуть ли не возле туалета в торговом центре.

Неблагоприятное влияние на плод недопустимо для препарата, который может применяться в массовых масштабах, если, конечно, над человечеством не нависнет серьёзная угроза. В Японии фавипиравир не использовали при лечении гриппа, зато попробовали для пациентов с COVID-19. Уже в мае попытка зарегистрировать препарат по результатам испытания проваливается – его эффективность признаётся ничтожной по сравнению с опасностью побочных эффектов. В это же время российский Минздрав включает лекарство в свои рекомендации и начинается его организованное продвижение. В России лекарство начали продавать под торговыми названиями «Коронавир», «Ареплевир» и «Авифавир» по неоправданно завышенной цене – более 10 тысяч рублей за упаковку. Лекарство, не востребованное и не зарегистрированное в России, потерявшее патентную защиту в 2019 году, начинает одновременно продвигаться сразу тремя российскими компаниями, все три получают регистрацию в ускоренном порядке на основании крайне ограниченных данных об эффективности.

Сначала лекарство разрешают для применения только в больницах после контроля на наличие беременности, но в сентябре 2020 все три препарата разрешаются для амбулаторного применения, т. е. в специфических условиях рос-

сийского розничного рынка – для бесконтрольного использования. Все три производителя продвигают свои препараты как собственные разработки, а не дженерики, хотя не способны объяснить, в чём суть их интеллектуального вклада. Вероятно, это сделано, чтобы обосновать высокую цену.

Минздрав со своими рекомендациями оказался участником продвижения малоэффективного и токсичного лекарства. В нескольких версиях рекомендаций ведомства есть фраза: *«В Российской Федерации проведено масштабное клиническое исследование по оценке эффективности и безопасности препарата фавипиравир с участием 168 пациентов с лёгким и среднетяжёлым течением COVID–19...»* Непонятно, на кого рассчитано это анекдотическое утверждение. Такое количество пациентов и такие исходы, которые описаны в тексте, соответствуют маленькому исследованию низкого качества, дающему очень слабые основания для рекомендации препарата к использованию. Хочу напомнить читателю, что нынешний министр здравоохранения входит в Исполнительный комитет ВОЗ, а к данной организации слишком много вопросов, и особенно по продвижению фармакологических препаратов.

И ещё об одном чудодейственном препарате. Появление «Арбидола» в рекомендациях Минздрава под названием «Умифеновир» в марте 2020 года выглядит закономерным. В бытность Татьяны Голиковой министром здравоохранения и социального развития препарат царствовал на рознич-

ном рынке. Затем, вместе со сменой министра, место лидера надолго занял «Кагоцел», столь же странный препарат, не имеющий доказанной эффективности и потенциально опасный. С началом эпидемии производитель попытался рекламировать «Арбидол» как средство для лечения COVID-19, но был остановлен Федеральной антимонопольной службой. Формальные предпосылки для такой рекламы были – в процессе очередной перерегистрации «Арбидола» в его показаниях без всяких на то оснований появилась коронавирусная инфекция. «Умифеновир» (он же «Арбидол»), применяющийся только в РФ и КНР (только в этих двух странах он зарегистрирован), не доказал своё отличие от плацебо в эффективности против новой коронавирусной инфекции. Более того, отмечено, что пациенты, которые принимали данный препарат, находились в стационаре дольше на двое суток, и хуже всего, что те, кто принимал его с профилактической целью, тяжелее болели (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7182750>).

К марту препарат ввели в рекомендации Минздрава, несмотря на отсутствие оснований, и он парадоксально остаётся рекомендованным до сих пор (сохранялся в 11-й версии методических рекомендаций). Составители пишут, что доказательств его эффективности нет, но рекомендуют применять. В результате продажи арбидола подскочили. Его раскупают в аптеках. Его закупают килотоннами региональные власти и бесплатно раздают больным. Препарат пози-

ционируется производителем как средство для профилактического лечения и даже для профилактики после контакта с больным. За 10 месяцев производитель, которого связывают с вице-премьером Татьяной Голиковой (АО «Отисифарм» и другие компании миллиардера Виктора Харитонина), по данным DSM Group, заработал 6,7 млрд рублей. В конце августа 2020 года продавалось по 360 тыс. упаковок в неделю, а в середине октября уже 718 тыс. упаковок (<https://www.forbes.ru/milliardery/288203-zhizn-posle-arbidola-kak-viktor-kharitonin-zavoeval-rynok-farmy>). Татьяна Голикова возглавляет штаб по борьбе с коронавирусом аж с 27 января 2020 года (<http://government.ru/news/38865/>). И борется, и деньги зарабатывает.

Нельзя сказать, что Минздрав совсем никогда не отказывался от рекомендации неэффективных и токсичных препаратов. Например, от рекомендации применять препарат, используемый для лечения ВИЧ/СПИД, – комбинацию лопинавира и ритонавира («Калетра»), он отказался в июне. Впрочем, неэффективность этой комбинации была известна уже в апреле. Благодаря этой нерасторопности за 10 месяцев продажи препарата выросли в 10 раз к прошлому году (по данным DSM Group).

В обширном тексте рекомендаций рассматривается множество вмешательств и множество проблем, требующих взвешенного принятия решений. Некоторые из разделов написаны вполне в соответствии со знаниями сегодняшнего

дня. Другие отражают отставание составителей от современного состояния мировой науки, третьи – причудливые соотношения сил на российском рынке, и никак не соответствуют интересам оказания помощи. Огромные средства граждан и небогатых бюджетов здравоохранения тратятся на неэффективные и даже опасные препараты, и вина за это лежит именно на министерстве здравоохранения, которое должно обеспечить страну высококачественным обобщением научных доказательств. Многие из дефектов «методических рекомендаций» Минздрава не отражены в этой книге. Но написанного уже достаточно, чтобы показать, как тревожна сегодня ситуация с научной обоснованностью политики здравоохранения и конкретно с обоснованностью медицинской помощи, оказываемой больным COVID–19 в России.

Терапия без лекарств

Большое количество методических рекомендаций, которые выпустило Министерство здравоохранения, рассматривало только фармакологические аспекты лечения новой коронавирусной инфекции. Однако существуют хорошо себя зарекомендовавшие методы физиотерапевтического лечения. Следует предположить волновое распространение коронавируса, то есть квантово-механическую его природу. Поэтому решение проблемы нейтрализации поражаю-

щих факторов коронавируса зависит от наших возможностей коррекции этих факторов. Как самостоятельный и дополнительный метод лечения, физическое воздействие на организм электромагнитными излучениями различных длин волн и частот – представляется патогенетически обоснованным и практически доказанным. Возьмём для примера светотерапию прибором «Биоптрон». Его спектральный диапазон – 480–3400 нм – осуществляется воздействием видимого и *инфракрасного* (ИК) излучения. Продуцируются активные формы кислорода – супероксид-анион, перекись водорода, гидроксильный радикал и *окись азота* (NO). Они проводят световой сигнал от поверхности облученной клетки к её ядру, воздействуя на специализированные внутриклеточные механизмы проведения активационного сигнала. Оксид азота – NO, является важнейшей частью механизма расширения кровеносных сосудов и дезагрегации тромбоцитов. После ежедневных 5–10 облучений на 14–17 % возрастает количество циркулирующих в крови моноклеарных лейкоцитов – моноцитов и лимфоцитов. Через 30 минут после первого облучения происходят «исчезновение» из циркулирующей крови провоспалительных цитокинов – фактора некроза опухоли (ФНО- α), интерлейкинов – ИЛ-6, ИЛ-2, ИЛ-12. Интерлейкины принимают участие в развитии «цитокинового шторма». Так, при исходно повышенном содержании ФНО- α , оно падает в 30 раз, ИЛ-8 – в 4–6 раз, ИЛ-2 – в 4–10 раз и ИЛ-12 – в 12 раз, к концу курса возраста-

ет содержание в плазме крови противовоспалительных цитокинов – ИЛ–10 и трансформирующего фактора роста – ТФР– β 1, достигается быстрое 6-кратное увеличение в крови интерферона- γ (ИФН- γ). Важнейшей функцией этого цитокина является активация клеточного иммунитета (функционального состояния моноцитов, макрофагов, естественных киллеров и цитотоксических Т-лимфоцитов), повышающих противовирусную и противоопухолевую резистентность организма. Поскольку инкубационный период COVID–19–от 2 до 14 дней, то в это время симптомы отсутствуют. Уже с момента подозрения на коронавирусную инфекцию рекомендуется начать профилактическую физиотерапию светотерапией аппаратом «Биоптрон». Два раза в день, ежедневно, курс лечения 14 дней.

Сухие углекислые ванны «Реабокс». Сухие углекислые ванны – метод чрескожного лечебного действия углекислого газа на пациента, тело которого до уровня шеи находится в специально оборудованном боксе. Применение ванн «Реабокс» обеспечивает неинвазивное, т. е. не нарушающее целостность кожных покровов введение углекислого газа. Увеличение содержания *углекислого газа* (CO_2) в крови стимулирует дыхание как за счёт снижения рН, так и непосредственно действием самого CO_2 . Влияние CO_2 и ионов H^+ на дыхание опосредовано главным образом их действием на особые структуры ствола мозга, обладающие хемочувствительностью. Непосредственное (прямое) действие

углекислоты на дыхательный центр возбуждает дыхательный центр, вызывая повышение концентрации водородных ионов в клетках дыхательного центра. По 15 минут, 1 раз в день, курс лечения 14 дней.

КВЧ-терапия. Низкоинтенсивное миллиметровое излучение относится к неионизирующим излучениям, т. е. не может оказывать разрушающего вредного воздействия на биологические ткани организма, и потому безопасно. Специфической особенностью КВЧ-воздействия является его управляющее воздействие, т. е. КВЧ-излучение приводит в норму только отклонившиеся от неё физиологические параметры ряда состояний организма: увеличивает значения сниженных и уменьшает – завышенных величин. Параметры, находящиеся в норме, не реагируют на облучение организма миллиметровым полем. Используя излучатели – 4,9 мм (60,12 ГГц), 5,6 мм (53,33 ГГц) и 7,1 мм (42,19 ГГц) по 3 минуты на каждое поле 1 раз в день, ежедневно, курс лечения 14 дней.

При COVID–19 отмечается прямое цитотоксическое (разрушающее клетку) действие вируса на альвеолоциты (клетки в лёгких, где происходит передача углекислого газа взамен на кислород) 2-го типа, приводящее к коллапсу альвеол и нарушению газообмена с развитием «шокового лёгкого», называемого в литературе *острым респираторным дистресс-синдромом* (ОРДС). В последних временных методических рекомендациях от Минздрава (11-я версия от

07.05.2021 г.) написано, что с данным синдромом – 3–4 % пациентов от заболевших. Альвеолярное повреждение эндотелия с микрососудистым тромбозом свидетельствует об атипичности ОРДС при COVID–19, получившего название MicroCLOTS – микрососудистый COVID–19 лёгкого с обструктивным тромбовоспалительным синдромом. Это обуславливает включение в лечебный комплекс прямых антикоагулянтов (надропарин, клексан – эноксапарин, фраксипарин). *Серотонина адипинат* (СА) – единственный препарат, улучшающий газообмен в лёгких у больных, находящихся в критическом состоянии, кроме того, он повышает неспецифический иммунитет. Суточная доза СА носит индивидуальный характер и зависит от длительности полученного клинического эффекта и может достигать 900 мг СА в сутки. Стандартная терапия COVID–19 тяжёлого течения сопровождается респираторной поддержкой в виде кислородотерапии потоком от 6 до 15 л/мин – доза надропарина кальция «промежуточная», 0,6 мл 2 раза в сутки. Курс лечения – 10 дней. Первоочередной задачей при критических состояниях является устранение тотальной и локальной гипоксии (малое содержание кислорода в крови) с последующей нормализацией метаболизма в органах и тканях человека.

Низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ): активизирует практически все компоненты иммунной системы: цитокины, в том числе интерфероны, играющие ключевую роль в первой линии защиты от вирусов, формируя адаптивный

иммунитет, различные клетки иммунной системы (лимфоциты, макрофаги, нейтрофилы), иммуноглобулины, факторы роста; нормализует микро- и макроциркуляцию, улучшая трофическое обеспечение тканей, повышая устойчивость к внешним негативным влияниям; улучшает насыщение тканей кислородом, ускоряет метаболизм и клеточную пролиферацию (деление клеток и увеличение их количества), способствуя восстановлению повреждённых тканей. Способ реабилитации больных COVID-19 предполагает воздействие импульсным НИЛИ на область проекции патологического очага, лазерным излучением с длиной волны 904 нм, длительностью светового импульса 100 нс, импульсной мощностью 60–80 Вт, плотностью мощности 8–10 Вт/см², частотой 80 Гц. Экспозиция 1,5 мин на одну зону. На курс 12–15 процедур, ежедневно. Выбор параметров – длины волны, длительности светового импульса, частоты и плотности мощности, а также экспозиции для каждой из зон воздействия – определяется известными рекомендациями по оптимизации параметров НИЛИ при данной локализации воздействия, увеличение импульсной мощности НИЛИ позволяет равномернее распределять энергию лазерного света в объёме, более глубоко и эффективно воздействовать на внутренние органы. Локализация зон воздействия связана с особенностями патогенеза COVID-19.

Гелий-кислородная терапия (ГКТ) осуществляется при дыхании подогретой гелий-кислородной смесью (гелиоксом).

О данном виде терапии говорил на первой и последней конференции у В. В. Путина в марте 2020 года академик А. Г. Чучалин. Однако слова общепризнанного в мире специалиста были просто проигнорированы, как и мнение других известных медицинских профессионалов.

Инертный газ гелий обладает: высокой проникающей способностью (плотность в 7 раз меньше, чем у азота); теплоёмкостью в 5,8 раз выше, чем у азота; низкой растворимостью в жирах и воде – в 4,5 раза меньшей, чем у азота. Поскольку обновление крови происходит за 7 минут, в отличие от воздуха гелиокс, как дыхательная смесь, обеспечивает: нормализацию газового состава крови и кислотно-щелочного равновесия; увеличение объёмной скорости движения газовой смеси; уменьшение работы дыхательной мускулатуры и оптимизацию дыхательного центра, улучшает диффузию кислорода через клетки лёгких, снижает сопротивление дыханию, уменьшает вязкость мокроты, нагрузку на дыхательную мускулатуру. Показания к выполнению ГКТ: острое гипоксическое и/или гиперкапническое (высокое содержание углекислого газа в крови) состояние; заболевания, нарушающие доставку кислорода к альвеолам (острые и хронические обструктивные заболевания лёгких – бронхиты, бронхиальная астма, наследственные заболевания и пр.); заболевания, нарушающие альвеолокапиллярный газообмен (хронические неспецифические заболевания лёгких, эмфизема лёгких, ателектазы, плевриты, пневмотораксы, опухоли ор-

ганов дыхания, состояния после операций на легких); заболевания, нарушающие насыщение гемоглобина кислородом (анемии, интоксикации); заболевания, нарушающие доставку кислорода к органам (острые и хронические сердечно-сосудистые заболевания, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, и др.); заболевания с нарушением утилизации кислорода в органах и тканях (железодефицитная и гипопластическая анемия, анемия беременных); заболевания нервной системы (нарушения мозгового кровообращения, нейроинфекции, психоневрологические расстройства и др.); заболевания эндокринного генеза – тиреотоксикоз, сахарный диабет, нарушения обмена; заболевания голосовых связок с гипоксией. *Термический гелиокс* (t-He/O₂) показан при COVID–19 не только из-за его способности ускоренно проводить кислород до альвеол, но и в связи с чувствительностью коронавируса к высоким температурам. А гелиокс переносится легко при нагревании до 100°С, не вызывая ожогов слизистых. Что это значит? Смесь для дыхания, которая подаётся через маску, нагревается и попадает в лёгкие пациента. Высокая температура уничтожает вирусы и бактерии, пациент процедуру переносит абсолютно легко (он просто дышит), а лёгкие насыщаются кислородом. Излечение происходит в течение суток.

Возможно, человеку без медицинского образования и тяжело было читать данную часть книги. Однако я хотел показать, на небольшом перечислении некоторых немедикамен-

тозных методик, их эффективность в лечении COVID–19. Перелистывая «творение» объёмом более 200 страниц, которое называется «Временные методические рекомендации», там этого не найдёте. Если бы действительно хотели лечить и излечивать пациентов с данной инфекцией, то каждая новая версия содержала новые данные по методам лечения. Простите, но это как минимум смешно: выпуская 11-ю версию издания, ссылаться на китайский опыт, игнорируя свой собственный, переписывать про мизерное количество пациентов (168 человек), когда уже пролечили десятки тысяч. А на самом деле не смешно. Неуёмная жажда заработать на фармацевтатах оборачивается десятками тысяч смертей.

4. К вопросу о смертности

«Да, человек смертен, но это было бы ещё полбедеды. Плохо то, что он иногда внезапно смертен, вот в чём фокус!»

(Слова Воланда. «Мастер и Маргарита», М. А. Булгаков)

Уход из жизни любого человека, конечно, трагедия. Трагедия для его родных и близких, для медицинских работников, которые пытались спасти ему жизнь. Для медиков есть и ещё один важный аспект смерти пациента – это анализ причин, почему он ушёл. Что послужило причиной для завершения его жизненного цикла? Это было ожидаемо или внезапно? Что не сделали или что сделали не так? Все эти и другие вопросы крайне важны, и ответы на них позволяют развиваться медицинской науке и спасать или как минимум продлевать жизни других пациентов. Поэтому оценка причин смертности в медицине является важным аргументом в принятии корректных организационных решений. Давайте подробно рассмотрим, что же происходило со смертностью с начала 2020 года, когда по всему миру кричали об «ужасно смертельном вирусе».

Смертность в России за 2020 год резко возросла по сравнению с 2019 годом и практически приблизилась к смертности 2006 года. Основной причиной повышения смертности,

по средствам массовой информации, считалась вспышка новой коронавирусной инфекции. Однако при анализе данных установлено, что основные причины были не в самой инфекции, а в тех мероприятиях, которые были направлены на предупреждение распространения новой инфекции. Ниже приведена табл. 1 с данными по смертности с конца прошлого века. Привожу её специально, чтобы можно было увидеть цифры и уже более критично относиться к той информации, которая преподносилась из СМИ.

Табл. 1. Информация о смертности в России с 1999 по 2020 годы

1999	2 144 316
2000	2 225 332
2001	2 254 896
2002	2 332 272
2003	2 365 826
2004	2 295 402
2005	2 303 935
2019	1 800 677
2020	2 124 479

(<https://worldtable.info/gosudarstvo/smernost-v-rossii-pogodam-tablica.html>)

Обратите внимание на цифры смертности в 1999 году и

в 2020 году. А также на данные за 2019 год. За последние четверть века в 2019 году была самая низкая смертность в России. Но в 2020 году в Российской Федерации, как и во всём мире, проявилась вспышка новой коронавирусной инфекции. С начала марта 2020 года, когда в Российской Федерации появились первые заболевшие соотечественники, до 31 декабря 2020 года зарегистрировано около 3,1 млн случаев. Это за 10 месяцев инфекции. Подчеркну, что это данные, которые были получены на основании ПЦР-тестов, что не говорит о том, что человек был серьёзно болен или вообще болел. Напомню, что новая коронавирусная инфекция относится к разряду ОРВИ. Основанием для постановки диагноза новой коронавирусной инфекции является с 2020 года, по указанию ВОЗ, ПЦР-тест, а не клиническая картина. В декабре 2020 года ВОЗ официально признаёт ошибочность системы с использованием ПЦР-тестов в диагностике новой коронавирусной инфекции. Однако это не останавливает проведение диагностики таким способом. Более того, цена на данные исследования ощутимая и возможность сделать её бесплатно стремится с каждым днём к нулю.

По многолетним наблюдениям в РФ установлено, что эпидемический порог по гриппу и ОРВИ, то есть когда начинают официально говорить об эпидемии гриппа и ОРВИ, составляет свыше 4,2 млн заболевших в месяц. Повторю – в месяц! За 10 месяцев 2020 года (с марта по декабрь включительно) новая коронавирусная инфекция не смогла при-

близиться даже к месячному эпидпорогу по гриппу и ОРВИ, потому что с помощью ПЦР-тестов смогли набрать только 3,1 млн случаев. Даже при таком рассмотрении получается, что количество для объявления эпидемии меньше в 10 раз. Однако продолжают настаивать на том, что данная инфекция смертельно опасная! В этом случае представляется интересным проведение анализа смертности от новой коронавирусной инфекции за 2020 год. Чтобы не было возможности у оппонентов обличить в недостоверности сведений, был проведён анализ на основании данных, представленных на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики (<https://rosstat.gov.ru/>). Данные представлены в табл. 2.

Табл. 2. Суммарная таблица по естественному движению населения в России (в тыс. человек)

	январь-декабрь					
	2020 г.	2019 г.	2018 г.	2017 г.	2016 г.	2015 г.
Родившихся	1435,8	1484,5	1604,6	1689,9	1893,3	1944,1
Умерших	2124,5	1800,7	1827,8	1824,3	1887,9	1911,4
Естественная убыль (-)	-688,7	-316,2	-223,2	-134,4	5,4	32,7

Что же мы видим? Что средняя смертность за последние 5

лет в период с 2015 года по 2019 год включительно составляла около 5069 человек ежедневно. Расчёт средней ежесуточной смертности производим по формуле – количество смертей за год/количество дней в году. На примере 2017 года это выглядит так $1\ 824\ 300:365=4998$. Таким образом, получается, что ежедневно в России в день в 2017 году умирало 4998 человек. Анализ данных за последние 10 лет показывает, что ежедневно в России умирает около 5 тыс. человек. Количество умерших по годам плавно и умеренно снижалось от 2015 года до 2019 года. И это привело к тому, что в 2019 году смертность составила 4926 человек в сутки и за год была всего 1,8 млн человек. В данной таблице я также хочу обратить внимание на крайне негативный тренд по резкому росту естественной убыли населения. Расчёт данного показателя ведётся по разнице между родившимися и умершими. Таким образом, если получается отрицательный результат, то это говорит, что население страны вымирает. Это мы и наблюдаем начиная с 2016 года. И естественная убыль идёт практически в геометрической прогрессии. Люди не хотят или не могут рожать и больше умирают. К большому сожалению, но я вынужден уже сейчас констатировать, что 2021 год будет ещё хуже. Мы с огромной скоростью сваливаемся в бездну вымирания, и пока нет оснований надеяться на остановку естественной убыли населения России.

Предлагаю разобрать внимательно, как изменялась смертность среди населения России по месяцам. Для удобства ана-

литики разделили на 3 группы. Деление это вызвано тем, что в конце мая 2020 года было объявлено, что «мы победили инфекцию» – впереди был референдум по конституции. А с началом осени было выдвинуто обвинение населению, что из-за несоблюдения мер предосторожности началась новая волна, и начались очередные массовые запреты и ограничительные мероприятия.

Табл. 3. Суммарная таблица сравнения смертности по месяцам (в тыс. человек)

	01.01.–31.05 (5 мес.)	01.06–31.08 (3 мес.)	01.09.–31.12 (4 мес.)
2020	783,8	501,4	839,3
2019	781,3	432,2	587,2
прирост	2,5	69,2	252,1

Давайте немного проанализируем вместе, глядя на данные, представленные в таблице. Если мы посмотрим на данные в первом столбце, то видим, что прирост в 2020 году по сравнению с 2019 годом за первые 5 месяцев составил 2,5 тыс. человек. То есть получается, что в 2020 году, когда началась «страшно опасная инфекция», умерло на 2,5 тыс. людей больше. Это кажется с первого взгляда. Напомню, что по многолетним наблюдениям среднесуточная смертность, то есть каждый день, в России по тем или иным причинам умирает около 5 тыс. человек. И уже появляются сомнения в

«страшно смертельной болезни». Как же так, нам показывали в этот период стоящие вереницей скорые, врачей в противочумных костюмах, высокую смертность – и вдруг разница всего лишь в полдневную смертность. Прошу читателя не относиться к автору, как к человеку циничному и издевающемуся над смертью человека. Нет, я каждый раз переживаю за смерть каждого человека. Сейчас я рассматриваю это как организатор здравоохранения, с точки зрения, что надо делать, чтобы не страдали другие, или что надо делать, чтобы минимизировать человеческие потери.

В этот период начинают закрываться стационары, больницы, госпитали и перепрофилироваться для лечения ковидных больных. Отменяются плановые операции, появляются невероятные трудности с получением первичной и уж тем более высокотехнологичной медицинской помощи.

Но сейчас самое интересное. Дело в том, что 2020 год високосный. Посмотрите в календарь, и вы увидите, что появился один дополнительный день – 29 февраля. То есть получается, что смертность в 2020 году за первые 5 месяцев была меньше на 2,5 тыс. человек по сравнению с 2019 годом! Шокированы? Удивлены? Я просто вспомнил лица ординаторов (молодые врачи), с которыми я проводил занятия в сентябре 2020 года, когда показал им эти цифры. В аудитории была тотальная тишина.

Следующий период, который выделен отдельно, это летний – с 1 июня по 31 августа. Снимаются некоторые ограни-

чения, уменьшается информационная нагрузка о новой коронавирусной инфекции. Создаётся впечатление, что начинается возврат к нормальной жизни, население начинает выезжать на дачи, отдыхать, путешествовать. Однако в этот период рост смертности по сравнению с аналогичным периодом 2019 году начинает увеличиваться, и разница составляет более 69 тыс. человек. Этот рост смертей обусловлен теми пациентами, которые вовремя не смогли получить медицинскую помощь в весенний период, и их ресурс здоровья просто закончился. Дополнительно к этому надо также понимать, что стационары продолжали работать с перегрузкой, так как другие болезни никто не отменял, и помимо новой коронавирусной инфекции их ещё более 50 тыс., а количество коек было резко уменьшено из-за того, что некоторые стационары оставались закрытыми в ожидании поступления больных с ковидом. Несусветная дурь – закрывать стационары на несколько месяцев, держать врачей и средний медицинский персонал без работы, то есть без пациентов, в ожидании наплыва «инфекционных пациентов» с новой коронавирусной инфекцией. К тому же продолжают увольнения медицинских работников, которые не выдерживали физически и морально из-за перегрузки работой, а также материально некомпенсированных переработок.

Когда я общался с коллегой, заведующим отделением реанимации в неврологии, то он просто говорил, что у нас «ад». В отделении неврологической реанимации, которое рассчи-

тано на 12 коек, находилось до 30 пациентов. А ведь это крайне тяжёлые больные с нарушением мозгового кровообращения (инсультами). Если не помочь такому пациенту, то он уже никогда не сможет быть социально адаптированным и станет огромной обузой для родных и близких. *«Мне даже некогда поддерживать пациента за руку, ужас сколько писанины»*, – говорил мой коллега. Количество бюрократических бумажек увеличилось просто на порядок в 2020 году. А дальше наступил момент, когда просто элементарно не хватало лекарств. А перегруз отделения случился потому, что соседняя больница была закрыта на «борьбу с ковидом». *«У нас забита реанимация тяжёлыми пациентами»*, – говорили в этой больнице. Правда, никто дальше не говорил, что в реанимации только 7 коек. Вот так и получалось, что смертность росла. Только она росла не от смертей больных с ковидом, а от бездарных действий по организации оказания медицинской помощи. Ну потому что один врач в неврологической реанимации (других просто посадили на 14 дней на «домашний арест» – самоизоляция – из-за положительного теста ПЦР) просто физически не может оказать в полном объёме помощь 25 тяжёлым неврологическим пациентам. Люди погибали.

Для нас представляется чрезвычайно интересным выделение третьего периода – с 1 сентября по 31 декабря 2020 года. В данный период начинается очередная массивная информационная нагрузка из средств массовой инфор-

мации о «второй волне», ужесточается «масочно-перчаточный» режим. Для акцентирования внимания сообщаю, что в России каждый год начинается сезонный рост заболеваемости ОРВИ и гриппом с конца сентября с пиком в конце октября – начале ноября, который плавно снижается к началу декабря. В 2020 году этого не произошло. Была противоположная тенденция. Вместо снижения заболеваемости происходил рост и удержание даже в декабре. Одной из доминирующих причин данного факта является усиление требований «масочного режима». В этот же период происходит значительный рост смертности по сравнению с аналогичным периодом 2019 года, и разница составляет более 252 тыс. случаев! Количество смертей от новой коронавирусной инфекции здесь незначительно. Увеличение смертности связано с истощением защитных сил у большей части населения. Отсутствие возможности двигаться для старшей возрастной группы населения привело к росту заболеваний, связанных с гиподинамией и стрессом, и соответственно к росту осложнений, которые в свою очередь привели к росту смертности. Отсутствие возможности или как минимум резкое ограничение в получении санаторно-курортного лечения, полноценного отдыха, длительное нахождение в условиях постоянного хронического стресса, резкое снижение доходов семьи, рост цен на основные продукты и услуги и как результат достоверное снижение качества жизни – все эти факторы напрямую или косвенно привели к повышенной смертности

населения Российской Федерации в 2020 году.

К концу 2020 года к смерти от новой коронавирусной инфекции было отнесено менее 80 тыс. случаев. Получается, что количество смертей от новой коронавирусной инфекции за 11 месяцев составляет всего 16-дневную ежегодную смертность в РФ по многолетним наблюдениям. Этот факт лучше рассматривать вместе с тем, как фиксируются смертные случаи от новой коронавирусной инфекции. В таблице, представленной на официальном сайте федеральной государственной статистики, случаи новой коронавирусной инфекции разделяются по 4 группам. По другим болезням таких делений нет.

Сведения о числе зарегистрированных умерших с установленным диагнозом коронавирусной инфекции распределяются по группам:

- COVID–19, вирус идентифицирован;
- возможно COVID–19, вирус не идентифицирован;
- COVID–19 не является основной причиной смерти, но оказал существенное влияние на развитие смертельных осложнений заболевания;
- COVID–19 не является основной причиной смерти и не оказал существенного влияния на развитие смертельных осложнений заболевания (<https://rosstat.gov.ru/>).

Все эти смерти сводятся в одну общую цифру «смертности от новой коронавирусной инфекции», хотя в действительности только от COVID–19 умирает не более 30 %. Та-

ким образом, показанные цифры на момент составления материала при детальном рассмотрении в реальности будут в 3 раза меньше! Большинство погибших имели сопутствующие заболевания, таким образом, нельзя уверенно сказать, что пациент умер от COVID-19, а не с COVID-19, даже если считать диагноз подтверждённым.

Общее число смертности за 2020 год составило 2124,5 тыс. человек, что превышает показатели смертности за аналогичный период 2019 года (1800,7 тыс. человек) более чем на 323,8 тыс. смертей. Даже если вычесть необработанные данные по смертности от новой коронавирусной инфекции (80 тыс. человек), то увеличение смертности за 2020 год по сравнению с аналогичным периодом составляет около 243,8 тыс. смертей, не связанных никоим образом с новой коронавирусной инфекцией. Я специально провёл сравнительный анализ смертности с 2019 годом по периодам. Почему были взяты именно такие периоды? Они связаны с определёнными событиями, происходящими в России. В частности, в конце мая – начале июня по всем средствам массовой информации было объявлено, что мы смогли «победить» новую коронавирусную инфекцию и начинается ослабление строгих мер, чтобы люди могли больше перемещаться и прийти на участки голосования. Поэтому первый период шёл с 1 января 2020 года по 31 мая 2020 года. Акцентирую внимание, что первые официально зарегистрированные больные россияне были в первых числах марта.

Далее начинается массивная информационная нагрузка по всем средствам массовой информации о «страшной инфекции», «повышенной смертности», «переполненных стационарах» и т. п.

За период с 1 января по 31 мая в 2018 году количество умерших было на 14,5 тыс. больше, чем в 2020 году. Однако об этом никто и нигде не сообщал в средствах массовой информации. Наоборот, преподносилось всё как резкое увеличение смертности именно в 2020 году. И даже в 2017 году количество смертей за аналогичный период было больше на 7,5 тыс. случаев.

Давайте подведём промежуточный итог. Проведённый нами анализ показал, что основные причины, которые привели к повышенной смертности в 2020 году, были связаны с мерами, которые принимались по «борьбе с новой коронавирусной инфекцией», а не с самим вирусом.

В РФ с января по июль включительно 2021 года по сравнению с тем же периодом 2019 года смертность выросла на 244 тыс. человек (январь – 47,3 тыс., февраль – 23,6 тыс., март – 40,0 тыс., апрель – 12,9 тыс., май – 9,2 тыс., июнь – 48,6 тыс., июль – 62,4 тыс.). Скачок смертности в июне и июле совпадает с резким ростом количества сделанных прививок в РФ. Так как массовая вакцинация от коронавируса началась и в ЕС, и в РФ с февраля 2021 года, то в ЕС с февраля по май включительно рост смертности составил 200 тыс. человек (300 млн доз на конец мая). В РФ с февраля по июль

включительно рост смертности составил около 200 тыс. человек (62 млн доз на конец июля). Таким образом, на 1 млн доз в ЕС приходится 666 смертей, а в РФ – 3225. Количество серьёзных побочных в среднем превышает смертность после вакцинации в десятки раз.

В завершение данной главы я хотел бы остановиться на одном очень интересном факте, на который обратили внимание единицы или десятки, но не миллионы россиян, это точно.

Когда я готовил материал для данной книги, то обратил внимание, что, по данным Росстата, количество умерших от новой коронавирусной инфекции за июль 2021 года свыше 50 тысяч (50 421). Но если сосчитать все данные региональных оперштабов за 31 день второго месяца лета, когда количество скончавшихся ежедневно колебалось в районе 800 человек, то получается меньше 24 тысяч (23 349 смертей по данным с сайта стопокоронавирус.рф).

По данным Росстата, коронавирус стал основной причиной смерти в 44 128 случаях. В качестве сопутствующего заболевания, повлиявшего на смертельный исход, инфекция была подтверждена у 6293 умерших. Уж слишком большая выходит разница между данными Росстата и оперштабом. Это не одна смерть, и не две, и даже не пять, а больше 25 тысяч! Так куда же все они делись? Забыли? Не учли? Сначала подсчитали примерно, а затем до конца?

Проблема даже не в том, что российская статистика «гибка и изменчива» – любая статистика благоволит тому, кто заказывает расчёты. Проблема в том, что те, кто рисует эти цифры, не стараются, чтобы «неточности» выглядели хоть сколь-нибудь правдоподобно. Эти люди даже не «ломают головы», как бы сделать так, чтобы всё сошлось хотя бы приблизительно. И это в эпоху Интернета и быстроты передачи информации, когда крайне важно каждое слово продумать прежде, чем говорить. Никто даже не задумывается над тем, что в конце концов существует таблица умножения, которой владеют все россияне старше 8–9 лет. Математику у нас ещё не объявили экстремистской наукой, и люди, умеющие считать, пока что не объявлены вне закона.

Между тем вице-премьер России Татьяна Голикова уже заявила, что смертность в России в июле 2021 года выросла на 18,6 % в сравнении с аналогичным периодом прошлого года.

Вот интересно у неё узнать – от какого количества она считала? От того, что 50 тысяч, или от того, что 24 тысячи? Кого и с кем складывала? А никого не удивило, что у нас в стране стабильно умирало за июль месяц около 800 человек? Разве у смерти могут быть такие чёткие границы, если бушует «смертельно опасная инфекция»?

И насколько нормально, что число заболевших в РФ в июле-августе 2021 года снижалось, третья волна шла на убыль, а смертность росла? Ведь, анализируя представлен-

ные ранее графики, видно, что во всём мире смертность от COVID–19 не превышала 2 %, и должно получаться, что при заболевших в районе 20 тысяч (подтверждённых ПЦР) в день, умерших должно быть не более 400? Не стоит ли тогда пересчитать процент смертности в России, соотнести его с соседским белорусским и разобраться – почему так происходит (за июль-август он увеличился в 2 раза) и что является основной причиной? А также выяснить – кто в этом виноват?

И вот только не надо всё сваливать на «безжалостный» дельта-штамм-плюс. Ведь у нас всё равно не выясняют, что за мутацию коронавируса подхватил больной.

Да, налицо сплошная ложь...

5. Цензура и ложь

*Во времена всеобщей лжи говорить правду – это экстремизм.
(Оруэлл)*

Жесточайшая цензура с самого начала пандемии поистине впечатляет. Из Интернета мгновенно исчезали сообщения врачей и учёных (автор данной книги оказался в их числе), которые высказывали иную точку зрения на «пандемию» или просто посмели задавать вопросы. Уже стало нормой – если появилось видео доктора с интересной информацией, его надо мгновенно раскидать друзьям с пометкой: «смотри, пока не удалили», а через несколько дней оно исчезнет. Некоторые мои интервью не смогли продержаться в Ютубе и нескольких часов. Про удаление своего аккаунта в Инстаграме я уже писал.

Впервые узнали о компетентных высокоэрудированных специалистах – «фактчекерах». Это сотрудники СМИ, которые должны выверять информацию на предмет её достоверности. Недостоверную информацию они объявляют ложью, или, как сейчас модно говорить, «фейком». Перевожу на человеческий язык: фейками объявляются любые новости, которые не совпадают с официальной версией. Фактчекеры – это наша новая реальность.

Но это абсолютно ненормально! Во времена кризиса или

кризисной ситуации нужны мнения специалистов и экспертов, чтобы на их основе найти наилучшее, оптимальное решение. Только в обсуждении разных позиций и информации возможно выстроить общую картину и найти адекватное решение. По-другому не бывает.

Теперь-то мы знаем источник происхождения этой цензуры. ВОЗ выпустила документ о противодействии «информационной эпидемии» касательно текущей «пандемии». Этот документ был принят Еврокомиссией, и с тех пор со свободой выражений было покончено. А ведь это – фундаментальное право человека. Докторам, учёным, экспертам больше не позволено выражать своё мнение, если оно расходится с официальным. Так медицинские дебаты были пресечены на корню. В результате большинство людей остались в полном неведении о реальной ситуации и верят на слово любому утверждению.

Ютуб недавно признал, что удалил 200 тысяч видео, авторы которых критиковали или задавали вопросы. И это не говоря о великом множестве постов, удалённых Фейсбуком и Твиттером.

Весной 2020 года политики в России стали говорить о запрете любых шуток по поводу новой коронавирусной инфекции и даже придумали наказание за распространение ложной информации. Обращаю внимание, что ранее ни по одной инфекции не было такой жёсткой цензуры. Ниже я привожу сканированную фотографию документа от Минздрава.

Если вы его постараетесь найти на официальном сайте, то не найдёте. Всё подчищается нажатием одной кнопки Delete на клавиатуре.

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

Минздрав России



ВР-1697009

МИНИСТР

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

27.10.2020 № 21-4312-16159

На № _____ от _____

**Руководителям учреждений,
подведомственных
Министерству здравоохранения
Российской Федерации**

**Главным внештатным
специалистам Минздрава России**

Министерство здравоохранения Российской Федерации доводит до сведения руководителей учреждений подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации и главных внештатных специалистов Минздрава России, что любые комментарии и публичные заявления по теме новой коронавирусной инфекции COVID-19 должны согласовываться в письменной или устной форме с пресс-службой Министерства здравоохранения Российской Федерации по электронной почте fednews@minzdrav.gov.ru или телефону +7 (495) 624-01-68.

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,
хранится в системе электронного документооборота
Министерства Здравоохранения
Российской Федерации.

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 0105D11042D61CA00000000122E0001
Кому выдан: Мурашко Михаил Альбертович
Действителен с 22.01.2020 до 22.01.2021

М.А. Мурашко

После появления данного скандального приказа от мини-

стра здравоохранения и широкого резонанса в соцсетях и среди медицинского сообщества чиновники были вынуждены объясняться. Минздрав объяснил приказ о высказываниях сотрудников по коронавирусу просто и примитивно, в стиле чиновников: вы нас не так поняли, мы не то имели в виду. *«В Минздраве уверяют, что ограничение на комментирование ситуации с коронавирусом без согласования не ограничивает врачей. В ведомстве с его помощью намерены справиться с потоком противоречивой информации от внештатных специалистов. Письмо Минздрава, в котором министерство потребовало от подведомственных учреждений согласовывать публичные комментарии по коронавирусу с пресс-службой, нацелено на то, чтобы добиться единообразия подходов к борьбе с эпидемией»*. Об этом заявил РБК помощник министра здравоохранения Алексей Кузнецов. Он пояснил, что после начала эпидемии в России *«информационное поле стало наполняться различными домыслами, прогнозами, рекомендациями – порой диаметрально противоположными»*. К примеру, эксперты расходились во мнениях относительно эффективности ношения перчаток, существования действующих лекарств от COVID-19, целесообразности применения антибиотиков для профилактики осложнений при коронавирусной инфекции. *«Различные организации и ассоциации стали публиковать свои методические рекомендации по лечению коронавирусной инфекции, не имеющие отношения к официальным рекомендациям Мин-*

здрави. В результате практикующие врачи оказывались в замешательстве – каким рекомендациям следовать. Гражданине должны иметь доступ к достоверной информации, а не к досужим домыслам», – пояснил Кузнецов. Он отметил, что «в большинстве случаев в названиях подведомственных учреждений и должностей внештатных специалистов указывается их принадлежность к Минздраву (например, главный внештатный инфекционист Минздрава). Из-за этого высказывания руководителей или сотрудников подведомственных Минздраву учреждений или главных внештатных специалистов трактуется и воспринимается как позиция самого министерства».

«Именно поэтому мы обратились к руководителям наших организаций и уважаемым главным внештатным специалистам с просьбой координировать с министерством свою активность по информированию граждан о мерах по профилактике и лечению новой коронавирусной инфекции», – заключил помощник министра. Кузнецов указал на то, что министерство не намерено таким образом ограничивать для врачей возможность давать публичные комментарии, в том числе и по проблемным вопросам. Письмо, в котором предлагалось согласовывать все комментарии с пресс-службой министерства, Минздрав разослал по подведомственным учреждениям. В министерстве указывали, что к ним не относятся, к примеру, больницы, находящиеся в ведении региональных властей (<https://www.rbc.ru/>

society/28/10/2020/5f999eb19a7947f5886502df?
nw=1603924239000).

Интересным представляется тот факт, что, по данным независимой организации GISAID (<https://www.gisaid.org/epiflu-applications/phylogenetics/>), в период с декабря 2019 года по ноябрь 2020 года было получено свыше 3370 геномных разновидностей hCoV-19 по всему миру из всех стран, включая Россию. Представляемые цифры не дают понимания, насколько они впечатляют, если не провести сравнения с данными по гриппу или по туберкулёзу, представленными той же независимой организацией. В частности, по туберкулёзу с января 1970 года по август 2018 года (48 лет!) получено 999 геномных разновидностей микобактерий туберкулёза (<https://www.gisaid.org/epiflu-applications/phylogenetics/>). По гриппу А с декабря 2013 года по сентябрь 2020 года (7 лет) выделено 1611 геномных разновидностей (<https://www.gisaid.org/epiflu-applications/phylogenetics/>). При сравнении полученных данных появляются предположения, что вирус SarsCov-2 обладает чрезвычайной изменчивостью или тест-системы калиброваны некорректно. Тому, что системы калиброваны неточно из-за отсутствия «эталона», есть подтверждение. Оно было опубликовано в июле 2020 года в документе CDC на сайте FDA (CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel CDC-006-00019, Revision: 05 CDC/DDID/NCIRD/ Division of Viral Diseases Effective: 07/13/2020. P.60): «Поскольку количе-

ственные изоляты вируса 2019-нCoV в настоящее время недоступны, анализы, предназначенные для обнаружения РНК 2019-нCoV, были протестированы с использованием охарактеризованных запасов полноразмерной РНК, транскрибированной *in vitro* (ген N; доступ в GenBank: MN908947.2) с известным титром (копий РНК/мкл), который добавляли в разбавитель, состоящий из суспензии человеческих клеток A549 и вирусной транспортной среды (VTM), чтобы имитировать клинический образец».

Получено подтверждение из опубликованных позже источников (CDC Influenza SARS-CoV-2 (Flu SC2) Multiplex Assay. Инструкция. CDC/DDID/NCIRD/Influenza Division. Сентябрь 2020. С.64) о том, что «комбинированный FluSC2PC состоит из РНК инактивированного вируса гриппа А, инактивированного вируса гриппа В вирус и синтетической РНК SARS-CoV-2 и нуклеиновой кислоты, экстрагированной из эпителиальных клеток лёгких человека A549. С помощью данного теста (Flu SC2-EUA), основанного на реал-тайм ПЦР-анализа, невозможно исключить заболевание, вызванное другими вирусами или бактериями. Таким образом, он может давать ложноположительные результаты, которые однозначно приведут к неадекватному лечению и неверным организационным решениям». Обращаю ваше внимание, что данные документы были написаны не позднее сентября 2020 года. То есть более чем полгода от начала «пандемии» не выделенным вирусом.

Доклад из палаты представителей

«Величайший заговор всех времён» – так называется доклад, опубликованный республиканцами из комитета по иностранным делам Палаты представителей. Они пришли к выводу, что COVID–19 возник в лаборатории Уханя. Данный доклад был опубликован в августе 2021 года. Это был уже третий и окончательный отчёт (<https://gop-foreignaffairs.house.gov/wp-content/uploads/2021/08/ORIGINS-OF-COVID–19-REPORT.pdf>).

Комитет собрал «перевес» доказательств, которые подтверждают, что лаборатория является источником вспышки, и ссылаются на настойчивые попытки вовлечённых сторон «уничтожить доказательства» в попытке скрыть своё участие в создании вируса. Это мнение сотрудников комитета меньшинств, основанное на преобладающей доступной информации; задокументированных попытках скрыть и уничтожить улики; отсутствии вещественных доказательств обратного.

«Теперь мы считаем, что пора полностью исключить рыбный рынок как источник распространения», – говорится в отчёте. После публикации отчёта представитель Техаса МакКол призвал Конгресс наложить санкции на учёных из лаборатории Уханя, а также на должностных лиц Коммунистической партии Китая за их роль в сокрытии важной

информации, в результате которой погибло более 4 миллионов человек в рамках *«величайшего заговора всех времён»*. Он также потребовал вызвать в суд Питера Дашака, учёного, участвовавшего в исследованиях и разработках коронавируса в США и Китае, за заведомо ложные утверждения. Дашак в публичном письме в начале года смехотворно заявил, что теория утечки из лаборатории является ксенофобной. Пару слов об этом человеке.

Питер Дашак (Peter Daszak) – британский и американский зоолог, эксперт по экологии болезней, в частности по зоонозу. Президент EcoHealth Alliance, некоммерческой неправительственной организации, которая поддерживает различные программы по глобальному здравоохранению со штаб-квартирой в Нью-Йорке. Он является исследователем, консультантом и общественным экспертом по вопросам СМИ на тему вирусных эпидемий.

Дашак был членом группы экспертов, которые собрались в ВОЗ в Женеве (Швейцария) в феврале 2018 года для проведения обзора болезней, угрожающих здоровью мира. Их отчёт включал предупреждение о возможности возникновения пандемии, которая может разразиться в ближайшем будущем в результате всё ещё неизвестного патогена, и заболеть Болезнью X. Это только одна из восьми болезней, которым следует уделять первоочередное внимание при проведении исследований и разработок, таких как поиск более эффективных методов диагностики и разра-

ботка вакцин (<https://www.nytimes.com/2020/02/27/opinion/coronaviruspandemics.html?searchResultPosition=1>).

«Настало время использовать все инструменты, которые есть у правительства США, чтобы продолжать искоренять всю ложь о том, как появился этот вирус. Это включает в себя вызов Питера Дашака в комитет по иностранным делам Палаты представителей, чтобы он ответил на многие вопросы, поднятые его непоследовательными, а в некоторых случаях прямо и заведомо неточными заявлениями. Это также включает принятие Конгрессом закона о санкциях против учёных WIV (Уханьского института вирусологии) и должностных лиц КПК (Коммунистической партии Китая), которые участвовали в этом сокрытии. Это было величайшее сокрытие всех времён, в результате которого погибло более четырёх миллионов человек по всему миру, и люди должны нести ответственность».

Также подтверждено, что опасное исследование увеличения функциональности, которое генетически изменяет вирус и может превратить его в биологическое оружие, проводилось в лаборатории в соответствии с неадекватными протоколами безопасности. Как только вирус покинул лабораторию, общественный транспорт распространил вирус по Уханю, и он быстро пробился за пределы Китая в связи с проведением Всемирных военных игр.

Несмотря на неприемлемые условия в лаборатории и исследование, запрещённое США, спорная практика финан-

сировалась доктором Фаучи и Национальным институтом здравоохранения на доллары налогоплательщиков США.

В отчёте также обнаружены доказательства того, что вирус распространился на людей намного раньше, чем предполагалось изначально. В настоящее время считается, что первые сотрудники лаборатории были инфицированы в конце августа или начале сентября 2019 года и распространили вирус в центральной части Уханя. На данный момент это самая ранняя дата вспышки. Ранее считалось, что вирус возник в ноябре 2019 года.

Выводы комитета подтвердили очевидное: Фаучи и другие коррумпированные чиновники здравоохранения более года лгали, чтобы преуменьшить роль коммунистического Китая в развязывании этой пандемии для всего остального мира.

«Происхождение вируса SARS-COV-2, источником которого, по мнению властей, является замороженное мясо летучих мышей из китайского рынка морепродуктов, что с биологической точки зрения невозможно. Утверждается, что COVID-19—это природный зооноз, который передаётся от человека человеку воздушно-капельным путём. Мы хотели бы ответить на это утверждение следующими научными фактами и результатами нашей экспертизы.

Во-первых, мы проанализировали генную последовательность вируса SARS-COV-2 и обнаружили, что она состоит из фрагментов генетического материала четырёх различных

биологических видов. Это фрагменты генетического материала человека, панголинов, летучих мышей – подковоносов и собачьего бета-коронавируса.

Во-вторых, природные зоонозы вирусной этиологии – это заболевания, которые передаются от животного человеку только тогда, когда возбудитель попадает в кровяное русло хозяина, то есть после укуса или укола.

В-третьих, в биологии существует закон межвидового барьера, согласно которому генетический материал таксономически удалённых друг от друга видов несовместим.

В-четвёртых, когда заражение передаётся от животного к человеку, происходит передача генетического материала одного биологического вида, а не четырёх, как в случае SARS-COV-2.

В-пятых, природные зоонозы не передаются от человека человеку.

Официальная модель заражения вирусом SARS-COV-2 опровергает все эти фундаментальные принципы биологии и построена на следующей гипотезе: *COVID-19 – это природный зооноз, который передаётся от человека человеку воздушно-капельным путём, возбудителем которого является вирус SARS-COV-2, который имеет генный материал четырёх различных биологических видов, который преодолевает межвидовой барьер четырёх различных биологических видов, а также имеет рецептор для его преодоления. И всё это имеет натуральное природное происхождение.* На на-

стоящий момент данная теория не подтверждена ни одним достоверным научным исследованием.

В нашем докладе мы приводим множество ссылок на научные публикации о лабораторном синтезе химерных вирусов и их биологических характеристиках, в том числе наличие в них генетического материала нескольких биологических видов, наличие механизма клеточной трансдукции, который позволяет преодолевать видовой барьер и проникать внутрь клеток. И обязательное условие – инфицирование через кровяное русло, то есть через укол или укус. Примером использования химерных вирусов можно назвать некоторые вакцины. Например, вакцина AstraZeneca использует вирус шимпанзе с рекомбинантным фрагментом, выращенным на различных животных и человеческих клеточных культурах, которые сейчас экспериментируются на людях.

Таким образом, мы пришли к однозначному выводу, что *вирус SARS-COV-2 – это продукт лабораторного синтеза, который не может свободно циркулировать среди населения, который не может вызывать заражение воздушно-капельным путём и который не является причиной болезни, называемой COVID-19. Мы говорим, что это невозможно ни с какой точки зрения биологической науки за исключением случаев, когда человек получил этот вирус через инъекцию».*

Тесты ПЦР – это единственное, на чём основывается диагностика COVID-19. Тем не менее известно, что эти те-

сты не способны обнаруживать жизнеспособных вирусных частиц, а обнаруживают только небольшие фрагменты РНК. То есть они не могут быть использованы в качестве диагностики. На сегодняшний день, вот уже более чем за год существования такой болезни, как COVID–19, не получено ни одной культуры с жизнеспособными вирусными частицами, которые показали бы, что человек действительно заражен вирусом SARS-COV–2. В Ухане было сделано почти 10 миллионов тестов ПЦР всему населению старше 6 лет. И ни из одного ПЦР-положительного случая не было выделено жизнеспособных вирусных частиц. На самом деле если бы действительно существовала связь между заболеванием COVID–19 и вирусом SARS-COV–2, её легко можно было бы доказать посредством культивирования выделений слизистых оболочек и смывов со слизистых верхних дыхательных путей (Сарагоса А. Пандемия коронавируса – главная афера XXI века. // Сохранение здоровья населения как глобальная проблема современности / Материалы международной междисциплинарной научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 9–10 апреля 2021 г. С. 184–189).

Свидетельства очевидцев

Доказательств в Интернете много, но явные факты моментально удаляются цензурой, всё вычищается. В россий-

ском сегменте Интернета идут точно такие же процессы – всё быстро и жёстко блокируется и удаляется, если это не совпадает с информацией, которая идёт с экрана телевизора. Очередные доказательства лжи и беззакония представила в конце августа 2021 года некоммерческая организация «Ирландские медсёстры за прозрачность и открытость» (INFTO) (<https://dailyexpose.co.uk/2021/08/23/doctors-and-nurses-reveal-covid-19-injections-have-been-given-to-disabled-patients-without-consent-and-that-covid-19-tests-were-carried-out-on-cancer-patients-moments-from-death/>). INFTO – это организация, созданная для обеспечения конфиденциальной платформы для медицинских работников, которая получила множество свидетельств от врачей и медсестёр, обеспокоенных по поводу побочных реакций на вакцины от COVID-19. Медработники сообщали, что ослабленным, беззащитным пациентам вводят экспериментальные инъекции без их согласия. Они также предоставили доказательства, что управленцы в здравоохранении кодируют смертные случаи от других болезней как COVID-19.

Необходимо отметить, что «Ирландские медсёстры за прозрачность и открытость» – это некоммерческая организация, созданная для обеспечения конфиденциальной платформы для всех медицинских работников, у которых есть проблемы, связанные с предоставлением медицинской помощи на всей территории Ирландии во время «пандемии COVID-19».

На официальном сайте организации написано, что её цель – «с состраданием и без осуждения выслушивать различные и реальные проблемы медицинских работников» и «предоставить всем медицинским работникам знания, поддержку и ресурсы, чтобы их опасения были услышаны, подтверждены и, при необходимости, полностью исследованы».

Во время «пандемии COVID–19» в Ирландии медсёстры и врачи массово связывались с организацией, чтобы выразить свою обеспокоенность по поводу тестирования ПЦР и фарса регистрации смертей от COVID–19 и, конечно, «вакцинации».

Дипломированная медсестра из Мюнстера, Ирландия, рассказала «Ирландским медсёстрам за прозрачность и открытость», что пациенты, которым она выполняет манипуляции, назначенные врачами, имеют физические и умственные отклонения и что они были свидетелями того, как их пациентам вводили «экспериментальные препараты» от COVID–19 без согласия пациента или их семей (По причинам репрессий в отношении медицинских работников, говорящих правду, указывается только имя и не называется место работы. – Прим. автора.)

«Я работаю в учреждении по уходу за пациентами с физическими и умственными недостатками, находящимися в стационаре длительный срок. Я была свидетелем того, как группа CNM прибыла в палату для введения пациентам инъекций; лучший способ описать то, что я видела, – это рой

насекомых вокруг пациента. Они вводили пациентам инъекции без их согласия или согласия ближайших родственников. Ни одна из инъекций не была записана в файлах или картах пациентов. Меня беспокоит продолжающаяся изоляция пациентов и невозможность предоставить пациентам доступ к надлежащим услугам и уходу».

Далее будут идти рассказы от медицинских работников. Старшая медсестра из Дублина рассказала организации, что они были свидетелями того, как у пациентов в момент смерти с таким заболеванием, как рак, брали мазки для ПЦР-тестирования на COVID-19 в отчаянной попытке зарегистрировать смерть как COVID-19.

«Я была свидетелем того, как у пациентов, находившихся в момент смерти с неизлечимыми заболеваниями, такими как рак 4 стадии, брали мазки и подвергали тестированию ПЦР – предположительно, чтобы пациент мог быть зарегистрирован как умерший от Covid. Я была свидетелем того, как пожилые пациенты, которых руководство описывало как „занимающие койки“, массово увозились из больничных палат для перевода в дома престарелых со вспышками COVID-19, в которых не было надлежащего персонала, средств индивидуальной защиты или протоколов ухода. Я считаю, что пожилые пациенты были отправлены в дома престарелых умирать».

При чтении данных сообщений у меня, как профессионального медика, по коже начинают бегать мурашки от того

кошмара, который происходит. С моей точки зрения, это уже не врачи – те, кто принимает такие безграмотные решения по переводу ослабленных, истощённых больных в инфекционные отделения, а убийцы, надевшие белые халаты.

Старшая хирургическая медсестра из Дублина сообщила, что у них есть серьёзные опасения по поводу количества пациентов с сердечными заболеваниями, такими как миокардит и перикардит. Эти два осложнения теперь указаны в инструкциях к препаратам мРНК от Pfizer и Moderna. Объясню читателю, что *миокардит* – это воспаление сердечной мышцы, а *перикардит* – это воспаление специальной оболочки, окружающей сердце.

«Меня серьёзно беспокоит количество ранее здоровых пациентов с такими сердечными заболеваниями, как миокардит и перикардит. Я была свидетелем истории болезни пациента, в которой изначально был указан диагноз „травма, вызванная вакцинацией“. Впоследствии сотрудник статистики больницы изменил этот диагноз. Не было признания вакцины в качестве потенциального причинного фактора заболевания, несмотря на то, что пациент ранее был в хорошей форме и был здоров. Теперь пациенту требуется пожизненное лечение этого состояния».

Медсестра отделения неотложной помощи из Мюнстера сообщила, что у них также были серьёзные опасения по поводу количества молодых пациентов, обращающихся с проблемами сердца и свёртывания крови.

«Я только что закончила смену медсестрой реанимации. Путь к лечению Covid закрыт. В свою смену я ухаживала за двумя пациентами с подозрением на Covid, которые лежали в открытых боксах вместе с пациентами, не инфицированными Covid. Эти пациенты с подозрением на Covid провели не менее 15 часов рядом с пациентом с нейтропенией и ослабленной иммунной системой. Меня серьёзно беспокоит количество молодых людей с проблемами сердца и свёртывания крови».

Дипломированная медсестра с юго-запада Ирландии рассказала организации, как они помогают пациентам, пострадавшим от инъекций COVID-19.

«Я дипломированная медсестра, но больше не работаю в больнице. Помогаю пациентам, пострадавшим от прививок. Некоторые мои пациенты страдают от тромбообразования и побочных реакций. Часто проблемы возникают на месте предыдущей травмы, когда пациент мог перенести операцию, или на месте ранее существовавших операций на ногах или других конечностях. Некоторые пациенты, которым я помогаю, вероятно, будут принимать лекарства до конца своей жизни. Я обращаюсь к INFTO с просьбой помочь в получении финансовой поддержки для одного из моих пациентов, чтобы он мог лично посетить кардиолога, а также помочь этому пациенту получить юридический совет, чтобы изучить возможности компенсации за травму, вызванную вакциной».

Медсестра из Ленстера, Ирландия, сообщила, что они выразили серьёзную обеспокоенность руководству по поводу информированного согласия, принуждения и дискриминации персонала в отношении инъекций COVID-19.

«На собраниях руководства я высказала ряд опасений по поводу информированного согласия пациентов, а также принуждения и дискриминации персонала. Ни одна из этих проблем не решена. Я также серьёзно обеспокоена получением от HSE указаний о том, что сотрудники, не решающиеся на вакцинацию, должны заполнять формы оценки рисков. Меня беспокоит, что если я попрошу своих непосредственных подчинённых заполнить эти формы, а затем они будут вынуждены пройти вакцинацию или подвергнутся дискриминации из-за их отказа, я могу оказаться соучастником. Я хотела бы получить юридическую консультацию по этому поводу, если INFTO может мне помочь».

44-летняя пациентка рассказывала «Ирландским медсёстрам за прозрачность и открытость» свою историю после тяжёлых побочных реакций на заражение COVID-19.

«Я 44-летняя ранее здоровая активная женщина и в настоящее время нахожусь в стационаре (больница удалена). Я принимала антибиотики в течение 3 недель, и мне всё ещё не стало лучше. Вакцина вызвала цепочку событий, которые потребовали, чтобы меня дважды госпитализировали, и у меня было два посещения неотложной помощи и несколько посещений врача. Мне поставили диагноз пневмония, плев-

ральный выпот, жидкость вокруг одной стороны сердца и синусовая тахикардия. У меня было несколько тестов, и они не знают, почему моё сердце так быстро бьётся, доктор и несколько медсестёр сказали, что это, скорее всего, вакцина, и мне, возможно, просто придётся научиться жить с ней. Они сказали, что здесь есть несколько человек с одинаковыми симптомами. Я сама разговаривала с несколькими людьми, которые, по всей видимости, пострадали от вакцины. В настоящее время я нахожусь в палате почти с 30 людьми, и, похоже, половина из них находятся здесь после вакцинации, у нескольких есть тромбы, у 16-летнего подростка с сильными головными болями и обмороками, у которого был первый Pfizer неделю назад. Две 19-летние девочки испытывают затруднённое дыхание и боль в груди в течение нескольких дней после вакцинации. Когда я была в отделении неотложной помощи в пятницу вечером, пришёл 23-летний парень, которого доставили в реанимацию с высокой частотой сердечных сокращений, ему в тот день была сделана вакцина Pfizer. Я разговаривала с несколькими другими людьми, которые серьёзно заболели в течение нескольких дней после вакцинации: у некоторых наблюдались судороги, у некоторых сгустки крови, у некоторых тахикардия. Врачи и медсёстры, кажется, знают о том, что происходит. Я просто хочу, чтобы лечение помогло мне поправиться и вернуться к нормальной жизни. Я сделала прививку добросовестно, пытаюсь поступить правильно, и потому что я

чувствовала давление и был напугана, но теперь я боюсь, что мне не станет лучше и я не получу необходимой помощи, а это ещё страшнее. Пожалуйста, поделитесь моей историей, я хотела бы поговорить с журналистом или с кем-нибудь, кто может помочь рассказать мою историю и предупредить других».

К большому сожалению, каждый день мне приходится слушать истории, подобные написанным. Мои попытки докричаться до людей, достучаться до их сознания больше похожи на крики о помощи в пустыне. Однако я не опускаю руки и, пока у меня будет возможность и силы рассказывать правду, я буду это делать. Жестокая цензура и ложь, которая идёт с 2020 года, ведёт нас к краю пропасти. А тем временем происходит принуждение людей к выполнению процедуры непроверенными препаратами...

6. Спасительный эликсир

Осенью 2019 года в Китае появилась новая болезнь – которая вскоре получила название COVID-19. В начале 2020 года она начала «распространяться» по всему миру. Это по официальной версии. По неофициальной – распространение началось ещё в 2019 году. Нам просто об этом так сильно и усердно не говорили. О происхождении этого китайского вируса до сих пор идут споры. Основных версий две – искусственное происхождение и естественное. Сам Китай, разумеется, отстаивает естественную версию происхождения вируса. Якобы на рынке в городе Ухань коронавирус подковоносых летучих мышей RaTG13 (который на 96,2 % схож с вирусом SARS-CoV-2) каким-то странным, волшебным образом внезапно мутировал до SARS-CoV-2.

Чуть ранее мы уже рассматривали, что от теории «природного» происхождения практически ничего не осталось. Во-первых, в естественной среде обитания для подобной мутации нужно гораздо больше времени. Для расширения кругозора – естественная среда обитания Юньнаньских подковоносых летучих мышей находится в тысяче километров от рынка в Ухане. Во-вторых, для подобной мутации в естественной среде обитания однозначно необходим промежуточный хозяин или даже несколько разных хозяев. К тому же это просто не может произойти через месяц, нужна сме-

на нескольких поколениях, а значит это годы. И ещё один факт не в пользу природности происхождения вируса – промежуточный хозяин до сих пор не идентифицирован. И это несмотря на завал научных публикаций по теме новой коронавирусной инфекции и несмотря на очень активные поиски. Немного странно, не правда ли?

Нас изначально запугивали рассказами, что это очень заразная и очень смертельная болезнь. Во всём мире быстро распространились истерика и паника. СМИ трубили – мы все очень скоро умрём. Сидите дома! Все земляне до единого. Контагиозность (заразность, возможность заразить другого) COVID–19 в самом начале «пандемии» (в январе 2020 года) оценивалась в диапазоне 3,3–5,47 % (<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.01.23.916395v1>). Обычный сезонный грипп имеет контагиозность в районе 2–3. Ситуация с заболеванием, по информации СМИ, сложившаяся в начале 2020 года в северной Италии, казалось, подтверждала и подогревала эти настроения. Летальность COVID–19, то есть отношение числа умерших за определённый период времени к общему числу заболевших за тот же период времени, доходила до 10 %. Это много, однако что с чем сравнивать. По сравнению со своими предыдущими версиями SARS-COV и MERS в несколько раз меньше. Но опять-таки это были только первичные данные. Постараюсь объяснить. Если хирург сделал одну операцию и пациент у него скончался, то у дан-

ного хирурга 100 % летальность. А если хирург сделал 100 операций и также скончался один пациент, то летальность у данного хирурга составляет 1 %. Также получилось и с новой коронавирусной инфекцией.

Все страны с развитой медицинской наукой и материально-технической базой по производству лекарств тут же наперегонки бросились создавать «вакцину» от этой страшной болезни COVID-19. Во всём мире началась настоящая гонка вакцин. Кто первый разработает вакцину от этой болезни? Кто первый получит разрешение на использование этой вакцины? Кто первый начнёт вакцинировать население? То есть в точности повторилась ситуация с коронавирусами SARS-CoV (в 2002 году) и MERS-CoV (в 2012 году). Тогда тоже во многих странах началась паника. «Предсказатели-счетоводы» напрогнозировали десятки миллионов трупов по всей Земле, а крупнейшие фармацевтические компании (BigPharma) насоздавали и навыпускали кучу вакцин. Которые впоследствии пришлось уничтожать по истечении срока давности. Потому как от SARS-CoV умерло 774 человек, а от MERS-CoV умерло от 862 до 912 человек во всём мире. Однако организаторы учли «промахи» и «ошибки», и уже в случае с SARS-CoV-2 всё оказалось гораздо хуже для нас (людей) и лучше для них.

Обычно от момента начала исследования вируса до применения вакцины проходит от 10 до 15 лет. Например, эффективных и безопасных вакцин против SARS и

MERS нет до сих пор. Есть только отдельные наработки. Хотя с момента обнаружения этих заболеваний прошло уже 19 и 9 лет соответственно. А вот против COVID-19 «вакцину» создали фантастически быстро. Всего за несколько месяцев. Столь же быстро провели клинические испытания созданных вакцин и разрешили их применение. Это может означать только одно. Какие-то обязательные этапы разработки и тестирования вакцин были пропущены (https://ru.wikipedia.org/wiki/Вакцина#Этапы_разработки_и_тестирования_вакцин). Причём пропущены сознательно. И вот тут возникает очень большой и очень важный вопрос. Насколько все эти вакцинки-скороспелки безопасны для людей? Даже вопрос эффективности не так важен, как вопрос безопасности. Хотя по некоторым вакцинам есть вопросы и с точки зрения их эффективности.

На сегодня наиболее широкую известность в России и в мире получили несколько производителей вакцин от COVID-19: Pfizer/BioNTech (США/Германия), Moderna (США), AstraZeneca (англо-шведская компания), «Спутник-V» НИЦЭМ имени Н. Ф. Гамалеи (Россия). Вакцины перечисленных производителей уже получили временную регистрацию во множестве стран и уже даже начали массово применяться.

Вакцины Pfizer/BioNTech и Moderna используют инновационную технологию матричной РНК (мРНК). Чрезвычайно важно знать, что до 2020 года, до COVID-19, ни одна вакци-

на, созданная по этой технологии, не была одобрена для использования на людях. Это при том, что компания Moderna создана десять лет назад (в 2010 году) как раз для разработки лекарств и вакцин на основе технологий работы с мРНК. Десять лет работы – и ни одного препарата до сих пор не зарегистрировано. Как так? Потому что сама по себе технология мРНК считается достаточно рискованной из-за обилия побочных эффектов. Как пишут СМИ, множество проектов Moderna оказывались недостаточно безопасными и потому останавливались на стадии перехода от экспериментов над животными к клиническим испытаниям на людях.

Есть и другая проблема, ещё более серьёзная. Три немецких врача – доктор медицинских наук Михаэль Шпицбарт (Michael Spitzbart), доктор медицинских наук и пульмонолог Вольфганг Водарг (Wolfgang Wodarg) (который ещё в 2009 году от имени ПАСЕ резко критиковал ВОЗ за раздутость «свиного» гриппа), иммунолог и токсиколог, профессор Стефан Хокерц (Stefan Hockertz) – в разное время и на разных площадках утверждали, что вакцины мРНК могут влиять на ДНК человека. Попытки опровергнуть эти утверждения голословными заявлениями в стиле фактчекеров: *«Нет никаких доказательств того, что мРНК вакцины против Covid-19 изменяют ДНК человека»* – абсолютно не убедительны (<https://correctiv.org/faktencheck/2021/01/20/es-gibt-keine-hinweise-dass-mrna-impfstoffe-gegen-covid-19-die-menschliche-dna-veraendern/>). Потому что точно так же мож-

но заявить и обратное – что нет никаких доказательств того, что мРНК вакцины НЕ изменяют ДНК человека. То, что доказательств того или иного утверждения нет на сегодняшний день, не означает, что такие доказательства не появятся завтра.

Ещё один важный аргумент против вакцин Pfizer и Moderna – полное освобождение этих компаний от любой ответственности в случае проявления серьёзных побочных эффектов, которые могут нанести вред здоровью и даже жизни вакцинированного. Что бы ни случилось с привитым человеком – Pfizer и Moderna не будут признаны виновными. Даже если они будут в этом виновны. А это уже никаким другим словом, как «беспредел», не назвать. Тем более что серьёзные побочные эффекты вакцин обоих производителей вовсе не исключены. Наоборот, о них честно пишется в соответствующих документах: Pfizer (<https://www.fda.gov/media/144413/download>), Moderna (<https://www.fda.gov/media/144637/download>). Ищите в данных документах фразу «*Serious adverse events are defined as*». В следующей же строчке вы найдёте слово «*Death*» – смерть. И это не просто так, и написаны они не на всякий случай. Число зарегистрированных смертей после приёма вакцины Pfizer/BioNTech в разных странах уже измеряется десятками.

После всего, изложенного выше, не приходится удивляться тому, что большое количество американских медицинских работников отказываются от вакцины против COVID–

19 (<https://www.forbes.com/sites/tommybeer/2021/01/02/large-numbers-of-health-care-and-frontline-workers-are-refusing-covid-19-vaccine/?sh=14e0b2d23c96>). Вакцины AstraZeneca и «Спутник-V» от Гамалеи используют векторную технологию. Эта технология ранее уже использовалась при создании вакцин (против вируса Эбола). Но это вовсе не означает, что эти вакцины сильно безопаснее американских. По ним просто гораздо меньше информации присутствует в открытом доступе. А точнее, она просто вся вычищается. Причём из существующих на данный момент вакцин именно о российской вакцине «Спутник-V», созданной в НИЦЭМ имени Н. Ф. Гамалеи, известно меньше всего. От американских препаратов российскую вакцину отличает нежелание разработчиков публично делиться информацией. Полный клинический протокол так и не был опубликован. Первоначальный вывод об эффективности вакцины, согласно заявлениям *Российского фонда прямых инвестиций* (РФПИ), сделан по итогам всего лишь 20 заражений.

А вот окончательный вывод об эффективности вакцины «Спутник-V» не будет известен никогда. Потому что масштабная третья фаза клинических испытаний вакцины закончилась ничем. Она не была доведена до конца. И никогда не будет доведена до конца. Дело в том, что с началом массовой вакцинации добровольцы начали выходить из испытаний. Новых добровольцев не набирают. В результате Министерство здравоохранения разрешило полностью остановить

испытания. А есть ещё такое понятие, как «пострегистрационные» испытания. Но это понятие для людей науки...

Неудивительно, что, согласно опроса, проведённого профессиональным закрытым сообществом «Врачи РФ», больше половины (почти 53 %) сказали, что не хотят испытывать на себе российский экспериментальный препарат, который назвали «вакциной».

По американским вакцинам уже начала появляться крайне негативная информация. По одной российской вакцине («Спутник-V») почти ничего не известно. И это сильно напрягает медицинское сообщество. По второй российской вакцине («ЭпиВакКорона»), созданной новосибирским центром «Вектор», стало известно, что это ветеринарный препарат, опасный для здоровья людей (http://www.finnews.ru/cur_new.php?idnws=27708). С вакцинами есть ещё одна проблема, независимо от принципа их работы. Речь идёт о гиперреакциях организма. Поскольку клеточное звено занимается изобретательством не только, и даже не столько антител, но и стратегии преодоления кризиса вообще, вполне вероятно, что запомнится не только (или не столько) алгоритм синтеза антител, но и воспалительная реакция в качестве успешной стратегии борьбы с инфекцией. Это означает, что после прививки и последующего заражения вирусом реакцией организма на вирус может стать не уничтожение вируса, а масштабная воспалительная реакция. Эта воспалительная реакция легко может перерасти в так называемый «цитокиновый

шторм», когда организм начинает уничтожать не только болезнетворные микроорганизмы, но и вообще всё вокруг.

Есть ещё один важный фактор. Вирус SARS-CoV-2 достаточно быстро изменяется. На момент написания книги было уже известно свыше 7000 геномов. Давайте на секунду забудем о безопасности вакцин и рассмотрим ситуацию с их эффективностью к новым версиям. На данный момент абсолютно неизвестно, будут ли в принципе защищать уже существующие вакцины от новых версий вируса? Также неизвестно, как долго уже существующие вакцины будут защищать человека от текущей версии вируса? Итак, эффективность всех вакцин находится под большим вопросом. Безопасность всех вакцин находится под ещё большим вопросом. Тем не менее изо всех СМИ призывают население всей Земли срочно всё бросить и бежать вакцинироваться. Актёры, публичные лица, политики стали демонстрировать, как они делают себе «уколычки», и призывают всех сделать то же самое. И с чего бы это всё? И зачем нужна эта показная демонстрация? Ну тогда, уж если они любят демонстрировать свои медицинские процедуры, засняли бы свой поход к проктологу или урологу!

Некоторые говорят, что *«вакцинироваться лучше, чем играть в лотерею»*. Но вакцинация – это тоже игра в лотерею. И ещё неизвестно, какая из этих лотерей безопаснее для здоровья и жизни.

Что мы имеем против «вакцин» от COVID-19? ВОЗ уже

зарегистрировал около трёхсот наименований. То есть всё, что национальные государства даже без проведения клинических испытаний назвали вакцинами, уже фактически рекомендовано ВОЗ. Такое множество вакцин, сделанных по разным технологиям, при применении в человеческой популяции дают не коллективный иммунитет, а *мутации вируса*, которые учатся обходить барьеры, они конфликтуют друг с другом, дружат, и классическая вирусология говорит о том, что в такой ситуации может появиться супервирус. И это не шутка!

Так как клинические испытания того же «Спутника» не закончены, то к нему отсутствуют обязательные требования. У нас «Спутник» выпускают пять или шесть площадок. Получается, что все они делают разные вакцины. Даже ВОЗ опубликовала свои замечания к работе завода в Уфе, где производится «Спутник-V». Минздрав и Росздравнадзор уверили, что многоуровневый контроль исключает попадание некачественных препаратов к потребителю (<https://extranet.who.int/pqweb/news/summary-report-preliminary-inspection-findings-open-joint-stock-company-pharmstandard-ufa>). Хотя мы уже привыкли, что ложь для наших чиновников не является грехом.

Так, как сейчас делают, – это преступление в мировом масштабе! И гром может грянуть уже через несколько месяцев: мутирует вирус, ослабленный ревакцинацией иммунитет, сезонные инфекции. Я впервые в жизни начинаю боять-

ся осени – осени 2021 года...

Как нужно проводить исследования

Коротко хочу объяснить читателю, как следует проводить испытания иммунопрофилактических препаратов. И уж коль сейчас идёт очередная модификация коронавируса, то соответственно мы и будем рассматривать всё это в аспекте данной инфекции.

Согласно п. 3 Нюрнбергского кодекса 1947 года: «Эксперимент (над людьми) должен основываться на данных, полученных в лабораторных *исследованиях на животных, знании истории развития* данного заболевания или *других изучаемых проблем* (значимые места специально выделил. – *Прим. автора.*). Его проведение должно быть так организовано, чтобы ожидаемые результаты оправдывали сам факт его проведения».

Однако ни один из производителей иммунопрофилактических препаратов против SARS-CoV-2 не обнародовал результаты доклинических испытаний (если, конечно, они были проведены, учитывая скорость создания препаратов), которые по всем правилам должны проводиться на животных моделях и клеточных линиях.

Прежде чем начинать какой-либо эксперимент, а тем более разработку, исследователи проводят литературный поиск с целью собрать данные, которые уже известны по за-

данной тематике. В этом ключе совершенно непонятно, как производители иммунопрофилактических препаратов против SARS-CoV-2 обходили проблему (если обходили) антителозависимого усиления инфекции? Каким образом они могут доказать, что такое серьёзное побочное явление, которое может сделать человека инвалидом или привести к смерти, не вызывают разработанные ими продукты? И почему Минздрав и Роспотребнадзор не были обеспокоены этими вопросами?

Как следовало проводить испытания:

- литературный обзор;
- выделение нового штамма вируса;
- культивирование вирусного штамма;
- верификация вирусного штамма;
- постановка серии экспериментов, корректируемых по ходу получения новых данных;
- разработка и создание лабораторных количеств вакцины;
- доклинические испытания:
- установление токсичности;
- проверка мутагенного, канцерогенного и тератогенного эффектов;
- определение эффективности препарата и проверка эффекта антителозависимого усиления;
- установление оптимальной дозировки.

Для определения эффективности препарата необходимо

две группы подопытных животных – иммунизированная и контрольная. Обе группы должны быть заражены патогеном, против которого ставилась прививка, чтобы проверить, насколько разрабатываемый препарат защищает от заражения. В этом же исследовании следовало проверить и антителозависимый эффект со вскрытием трупов животных, выведенных из эксперимента.

При использовании РНК-вакцин необходим контроль изменения экспрессии генов в различных тканях по сравнению с контрольной группой животных, после вакцинации и после заражения, если оно произошло.

В случае ДНК-вакцин на основе аденовирусных транспортеров необходим контроль опасности геномного редактирования, т. е. необходимо было провести генетический скрининг животных до вакцинации, затем вакцинировать и через несколько дней снова провести генетический скрининг тех же самых животных, причем по разным тканям, чтобы исключить или выявить тканеспецифичность.

Кроме того, при испытании любого типа иммунопрофилактического препарата следовало получить хотя бы одно поколение (лучше 2–5 с вакцинацией каждого поколения) – здоровое потомство от двух вакцинированных родителей и от гетерогенной по признаку вакцинации пары (вакцинированный/невакцинированный).

Очевидно, что все эти испытания просто невозможно было выполнить в столь короткие сроки.

Только после такого подробного исследования можно было переходить к клиническим испытаниям на людях.

I фаза клинических испытаний:

Предполагает от 20 до 100 добровольных участников. На этом этапе проводятся фактически все те же эксперименты, которые проводились прежде на животных, исключая все риски, основываясь на полученных прежде данных. Такое повторение исследований необходимо, поскольку результаты, полученные на животных, не всегда с точностью воспроизводятся на людях. Даже результаты, полученные на одной расе людей, могут быть невозпроизводимы на другой расе. Также необходимо брать во внимание особенности групп испытуемых (возраст, пол, статус здоровья и многое другое).

II фаза клинических испытаний:

Возможна только после получения успешных результатов в ходе I фазы, предполагает от 100 до 500 участников.

III фаза клинических испытаний:

Предполагает несколько тысяч испытуемых.

– Масштабирование производства вакцин;

– Контроль качества;

– Регистрация;

– Постмаркетинговые испытания.

Весь цикл исследований занимает примерно от 10 до 15 лет. Вакцина – это прежде всего фармакологический препарат! А поскольку это профилактика, а не лечение, т. е. препарат назначается не больным, а здоровым людям, а следо-

вательно, и количество реципиентов этого препарата несопоставимо больше, чем в случае с лекарственными препаратами, то и строгости к тестированию иммунопрофилактической продукции должно быть не меньше, а, наоборот, больше.

Для примера приведу небольшой расчёт. Если какое-либо серьёзное побочное явление проявляется всего лишь в 0,1 % случаев, то для выявления одного такого случая нам нужно как минимум 1000 испытуемых. Но если такой препарат примут 1 миллиард человек, мы получим 1 миллион пострадавших!

При разработке любого фармпрепарата необходимо сопоставление «польза/вред», и перевес должен быть в сторону пользы. Кроме того, существует градация допустимости тех или иных побочных эффектов. Например, такие нежелательные эффекты, как тошнота и рвота, допустимы при лечении тяжёлых онкологических больных, но никак не допустимы при лечении, например, подростковых акне.

С учётом того, что препараты для иммунопрофилактики предназначены для здоровых людей, стандартно допустимые нежелательные явления для лекарственных препаратов неприемлемы для вакцин.

Тогда как в ходе I/II фазы клинических испытаний «Спутника-V» на 76 вакцинированных волонтерах пришлось 206 нежелательных явлений ([https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)31866-3/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)31866-3/fulltext)).

Согласно народным отчётам в чате Telegram, созданном Институтом им. Гамалеи, около 70 % людей, которые приняли участие в массовой вакцинации, объявленной с 18 января 2021 г., испытывали гриппоподобные проявления, боль в суставах и теле, а около 80 % отмечали повышения температуры уже после первой дозы препарата. Также были отмечены случаи спутанности сознания, эйфории, неврологические и сердечно-сосудистые расстройства, аллергические реакции, нейтропения и многое другое. Были даже по заявлению родственников погибших смертельные случаи, которые, однако, не были зафиксированы как поствакцинальные осложнения.

Кроме того, согласно официальной инструкции Минздрава, препарат «Спутник-V» имеет ряд ограничений, среди которых тяжёлые аллергические реакции в анамнезе, хронические заболевания, беременность и период лактации. Однако согласно всё тем же народным отчётам порядка 30 % участников страдали хроническими заболеваниями, среди которых были аллергии, псориаз, астма, отёки Квинки в анамнезе, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, ожирение и т. д. Более 60 % вакцинированных были вынуждены прибегнуть к применению фармакологических средств для облегчения поствакцинальных нежелательных явлений.

При этом, по заявлению производителей, защитный титр неизвестен, как долго будет длиться защита от заражения – не установлено. В СМИ не раз обсуждались вопросы регулярной ревакцинации, причём разными препаратами. О ка-

ком соотношении «польза/вред» можно говорить при таком раскладе?

Также следует отметить, что игнорирование тех или иных стадий испытания способно привести к непоправимым последствиям, как это было в случае трагедии с «Талидомидом» (<https://scisne.net/a-1091>).

Вакцинация продолжается

Вакцинация от COVID-19 с большими пробуксовками методично продвигается вперёд. Продвижение крайне неравномерное. Когда читатель будет держать в руках данную книгу, конечно, данные уже будут совсем другие. Мне важно показать факты на момент подготовки материала. Рекордсменом по вакцинации по состоянию на конец июля 2021 года были *Объединённые Арабские Эмираты* (ОАЭ). Процент получивших одну или две дозы вакцин там составил 76,73 %; полностью вакцинированных (получивших две дозы) – 67,55 %. В группе лидеров Израиль, у которого эти показатели равняются соответственно 61,65 и 56,37 %. А вот некоторые другие страны из группы лидеров: Канада – 69,78 и 51,03 %; Нидерланды – 67,93 и 46,09 %; Великобритания – 67,90 и 53,10 %; Германия – 59,58 и 46,76 %; США – 55,99 и 48,53 %. Россия занимает в мире средние позиции: 22,73 и 14,79 %. Однако есть большое количество государств, где говорить об «успехах» вакцинации не приходится. Вот неко-

торые показатели: Руанда – 3,00 и 1,90 %; Пакистан – 4,13 и 2,02 %; Республика Конго – 2,89 и 0,28 %; Нигерия – 1,20 и 0,66 %. Таких стран очень много, в совокупности в них проживает чуть ли не половина населения планеты. Как можно говорить о достижении объявленного ВОЗ целевого показателя в 80 % (доля населения планеты, которая должна пройти вакцинацию), если в странах третьего мира успехи столь скромны? В ВОЗ прекрасно понимают, что сами страны третьего мира самостоятельно на заданный уровень вакцинации не выйдут хотя бы потому, что для этого нужны гигантские деньги. Стоимость одной дозы вакцины западного производства составляет в среднем 20–30 долларов. Скажем, для разовой вакцинации населения стран третьего мира в 1 миллиард (берём цифру лишь по самым бедным странам) потребуется 20–30 миллиардов долларов. А если делать полную (двойную) вакцинацию, то это 40–60 млрд долл. Впрочем, во Всемирном банке подсчитали, что на самом деле странам третьего мира надо не менее 100 млрд долл. Об этом неоднократно рассказывал в своих выступлениях В. Ю. Катасонов. Страны богатого Запада уже более года обсуждают вопрос о том, что им бы неплохо «скинуться», собрать искомую сумму и помочь бедным обитателям третьего мира. Очевидно, что корпорации Big Pharma (Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson, Novavax, BioNTech, CureVac, AstraZeneca и др.) были бы очень рады такой щедрости: ведь деньги, которые были бы предложены в виде помощи странам третьего мира, пе-

рекочевали бы в конечном счёте на банковские счета фарм-производителей. До сих пор не получилось, не могут собрать необходимую помощь.

Многие лидеры стран третьего мира правильно восприняли вакханалию вокруг коронавируса как игры, нужные лишь Западу и Big Pharma. Ещё в прошлом году многие развивающиеся страны достаточно отстранённо и скептически относились к раздуваемой ВОЗ истерии под названием «пандемия». У большей части государственных деятелей третьего мира скепсис был обусловлен причинами финансовыми, но некоторые понимали конечные цели нечистоплотной игры под названием «вакцинация» и это своё понимание не скрывали. Число оппозиционеров вакцинированию из стран третьего мира за год заметно сократилось. По состоянию на середину 2021 года всего пять государств в мире не приняли идею массовой вакцинации от коронавируса. Это Бурунди, Гаити, КНДР, Танзания и Эритрея. Лидеры трёх из названных государств (Бурунди, Танзании и Гаити) недавно ушли из жизни. И их смерти овеяны тайной. Случайность? Совпадение? Не уверен...

Среди ушедших выделялся президент Танзании Джон Магуфули (John Pombe Joseph Magufuli). Он демонстративно отказывался участвовать во всеобщем психозе и следовать «рекомендациям» ВОЗ по борьбе с COVID-19. В июне 2020 года он объявил Танзанию «свободной от COVID-19». Страна не закрывалась для иностранных туристов, с августа

2020 года возобновились временно прерванные авиационные полёты из Москвы. Президент Джон Магуфули выступал категорически против использования защитных масок, социального дистанцирования, высказывал сомнения по поводу тестирования на ковид и уж тем более исключал необходимость всеобщей вакцинации населения. Он не просил денег у МВФ и Всемирного банка на вакцинацию, не вёл переговоров с Big Pharma о закупке вакцин. В глобальных СМИ появлялись всё новые публикации, обличавшие его «легкомыслие», но президент Танзании оставался непреклонным. Он пресёк инициативы некоторых местных медиков проводить тестирование и учёт инфицированных. Без разрешения властей публикации на тему COVID–19 в стране были запрещены. Чтобы успокоить жителей и высмеять мировую панику, врачи Танзании по просьбе президента тестировали животных и даже фрукты с помощью ПЦР-тестов. В результате опытов инфекция была выявлена у козы, перепёлки и папайи. В начале 2021 года Евросоюз выделил восточноафриканскому государству 27 миллионов евро на борьбу с «пандемией», в частности на покупку вакцин, масок и лекарств. Однако, получив деньги, танзанийский лидер отказался вакцинировать население. Он объяснил это тем, что не доверяет препаратам так, как целебным травам, и напомнил жителям своей страны о живительной силе молитвы. *«Мы должны уповать на Бога в первую очередь при борьбе с этой опасной болезнью. Да, надо предпринимать меры предосторож-*

ности, чтобы защитить себя от этой напасти, как советуют наши врачи. Но мы прожили больше года без вируса и справились как-то без этих масок, многие из вас их не носили», – заявил Джон Магуфули.

В феврале СМИ сообщили, что Джон Магуфули заразился коронавирусом. А 17 марта он скоропостижно скончался с диагнозом COVID–19. Многие оценили его смерть как возмездие Big Pharma за несговорчивость президента Танзании. Некоторые даже назвали это «ритуальной казнью». Данную версию нельзя ни подтвердить, ни опровергнуть, но история приобретает зловещее звучание, если к ней добавить достаточно странные смерти ряда других руководителей стран третьего мира:

– 8 июня 2020 года ушёл из жизни в возрасте 55 лет президент Бурунди Пьер Нкурунзиза (Pierre Nkurunziza).

– 13 декабря 2020 года скончался в возрасте 52 года премьер-министр Свазиленда Амброс Мандвуло Дламини (Ambrose Mandvulo Dlamini).

– 10 марта сего года в возрасте 56 лет умер Амед Бакайоко (Named Bakayooko), премьер-министр Кот-д’Ивуар.

– 7 июля 2021 года в возрасте 53 года был убит Жовенель Моис (Jovenel Moïse), президент Гаити.

Цепь этих странных смертей продолжает приковывать внимание. Ушедшие из жизни руководители государств были нестарыми людьми. Их смерти не назовёшь наступившими по причинам возраста. Объединяет их то, что все они

в большей или меньшей степени относились «легкомысленно» к «пандемии» и вакцинации. Не только Джон Магуфули уходил из жизни с коронавирусом. В историях скоротечных смертей президента Бурунди, премьер-министра Свазиленда, премьер-министра Кот-д'Ивуара также фигурирует слово «ковид».

Современные достижения биотехнологий и медицины позволяют спровоцировать многие смертельные болезни. Как известно, в 2012 году ушёл из жизни президент Венесуэлы Уго Чавес. Официальный диагноз: инфаркт на фоне острой инфекции и рака. Да, был инфаркт, был рак, была инфекция. Однако всё началось с того, что его незаметно заразили.

До своей кончины этой версии придерживался и сам Чавес, заявлявший, что его рак – дело рук иностранных недоброжелателей. Кстати, Фидель Кастро не раз просил Чавеса проявлять осторожность и помнить, что американские спецслужбы научились использовать рак в качестве оружия уничтожения. Британская Guardian в 2012 году составила список первых лиц государств, в одном и том же историческом промежутке заболевших раком. Это: «президент Аргентины Нестор Киршнер (рак толстой кишки), президент Бразилии Дилма Русеф (рак лимфомы), её предшественник Луис Инасио Лула да Силва (рак горла), президент Венесуэлы Уго Чавес (метастатическая рабдомиосаркома), бывший лидер Кубы Фидель Кастро (рак желудка), президент Боливии

Эво Моралес (рак носа) и президент Парагвая Фернандо Луго (рак лимфомы)». Все они были ярко выраженными национальными лидерами и имели напряжённые отношения с Америкой.

Последний фигурант зловещего списка – президент Гаити Моис – выпадает из ряда жертв, умерших по медицинским причинам. Однако Гаити на начало лета 2021 года оказалось одним из немногих государств мира, которое ещё не приступило к вакцинации населения от коронавируса. В Северной и Южной Америке это вообще была единственная такая страна. *The Washington Post* назвала эту ситуацию «политической дисфункцией» (political dysfunction). Президент Моис разделял убеждение большинства жителей острова в том, что «простой микроб не может убить гаитян». В апреле 2021 года Гаити отказалось от почти 800 тысяч доз вакцины AstraZeneca, предлагавшихся в рамках программы COVAX для беднейших стран. И через три месяца произошло убийство. В президента загнали 12 пуль.

15 июля 2021 года, через 8 дней после смерти президента Гаити, в страну поступили 500 тысяч доз вакцины. Их пожертвовали США в рамках механизма COVAX – глобального механизма по сбалансированному распределению вакцин от коронавируса по всему миру. И вот на какой интересный аспект я хотел бы обратить внимание читателя. В России начало широкомасштабной «добровольно-принудительной» вакцинации объявили в середине июня 2021 года, когда

В. В. Путин поехал на встречу с Байденом в Швейцарию...

Письмо учёных к ЕМА

Много учёных во всём мире заявляют о своих опасениях о ситуации, которая происходит в мире. 28 февраля 2021 г. группа учёных и врачей, в том числе профессор Бхакди, опубликовала открытое письмо с призывом к *Европейскому агентству по лекарственным средствам* (ЕМА) ответить на срочные вопросы безопасности вакцины от COVID–19 или отозвать одобрение вакцины. Ниже приводится текст данного письма.

«Уважаемые дамы и господа!

Как врачи и учёные, мы обычно поддерживаем использование новых медицинских вмешательств, которые надлежащим образом разрабатываются и внедряются после получения информированного согласия пациента. Это отношение включает и вакцины, и лекарства.

Мы обнаружили, **что ранее здоровые молодые люди с генными вакцинами против COVID–19 сообщали о широком спектре побочных эффектов после вакцинации.** Кроме того, в СМИ со всего мира появилось множество сообщений о домах престарелых с инфицированными постояльцами COVID–19 в течение нескольких дней после вакцинации. Хотя мы признаём, что каждый из этих инцидентов мог быть неудачным совпадением, мы обеспокоены

тем, что возможные причины болезни и смерти не были и не расследуются должным образом в этих обстоятельствах, особенно в отсутствие вскрытий. **В частности, мы сомневаемся, что кардинальные вопросы о безопасности вакцин были должным образом рассмотрены до их утверждения Европейским агентством по лекарственным средствам (ЕМА).**

Распространение SARS-COV-2 по всему миру привело к пандемии с множеством смертей. Однако к тому времени, когда вакцины были одобрены, системы здравоохранения большинства стран уже не подвергались непосредственному риску перегрузки, так как растущая часть мира уже была инфицирована, а самая тяжёлая пандемия утихла. **Поэтому мы требуем убедительных доказательств того, что в то время, когда ЕМА предоставило условное разрешение на продажу производителям всех трёх вакцин, имело место фактическое чрезвычайное положение, оправдывающее их одобрение ЕМА для использования у людей, ссылаясь на чрезвычайную ситуацию.**

При отсутствии всех этих доказательств мы просим отозвать разрешение на использование генных вакцин до тех пор, пока все вышеперечисленные проблемы не будут должным образом решены посредством должной осмотрительности ЕМА.

Существуют серьёзные опасения, включая, помимо прочего, вышеизложенное, что одобрение ЕМА вакцин про-

тив COVID-19 было преждевременным и безрассудным, и что введение вакцин было и остаётся „экспериментом на людях“ и является нарушением Нюрнбергского кодекса» (<https://corona-blog.net/2021/03/14/brief-von-prof-bhakdi-und-kollegen-an-die-ema-verdacht-blutgerinnungsstoerungen-durch-covid-impfstoffel>).

Письмо Босше

Герт Ванден Босше, доктор философии, независимый вирусолог и эксперт по вакцинам, ранее работавший в ГА-ВИ и в Фонде Билла и Мелинды Гейтс, написал письмо и опубликовал его 6 марта 2021 г. (<https://www.linkedin.com/in/geertvandenbossche/>) под названием «Чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение».

«Почему массовая вакцинация среди пандемии создаёт неудержимого монстра?

Ключевой вопрос: почему никто, кажется, не беспокоится о вирусном иммунном побеге? Позвольте мне попытаться объяснить это с помощью более понятного феномена: устойчивости к антимикробным препаратам. Можно легко экстраполировать это бедствие на устойчивость к нашим самодельным „антивирусным антибиотикам“. Действительно, *антитела* (АТ), продуцируемые нашей собственной иммунной системой, можно считать самодельными антивирусами-

ми антибиотиками, независимо от того, являются ли они частью нашей врождённой иммунной системы (так называемый „естественный“ иммунитет) или вызваны в ответ на специфические патогены (результат так называемого „приобретённого“ иммунитета). Естественные антитела не являются специфичными к определённому микроорганизму, тогда как приобретённые антитела специфически направлены на вторгающийся патоген. При рождении наша врождённая иммунная система „неопытна“, но хорошо развита. Она защищает нас от множества патогенов, тем самым предотвращая возникновение болезней. Поскольку врождённая иммунная система не может запомнить патогенных микроорганизмов (так как врождённый иммунитет не обладает так называемой „иммунологической памятью“), мы можем полагаться на него только при условии, что мы поддерживаем его в достаточно хорошо „натренированном“ состоянии. Обучение достигается регулярным воздействием многочисленных факторов окружающей среды, включая патогенные микроорганизмы. Однако с возрастом мы всё чаще сталкиваемся с ситуациями, когда наш врождённый иммунитет (называемый „первой линией иммунной защиты“) недостаточно силён, чтобы остановить патоген у входных ворот инфекции (в основном слизистые барьеры, такие как дыхательный или кишечный эпителий). Когда это происходит, иммунная система должна полагаться на более специализированные эффекторы нашей иммунной системы (т. е. антиген-специфич-

ные антитела и Т-клетки), чтобы бороться с патогеном. Таким образом, по мере того как мы растём, мы всё больше укрепляем патоген-специфический иммунитет, включая высокоспецифичные АТ. Поскольку они имеют более сильное сходство с патогеном (например, вирусом) и могут достигать высоких концентраций, они могут довольно легко пре-
взойти наши естественные антитела для связывания с патогеном/вирусом. Именно этот тип высокоспецифичного, имеющего большую схожесть с патогеном, антитела и является тем, что индуцируют современные вакцины против COVID-19. Конечно, благородная цель этих антител состоит в том, чтобы защитить нас от COVID-19. Итак, почему же тогда должна быть серьёзная проблема использования этих вакцин для борьбы с COVID-19?

Что ж, подобно правилам, применяемым к классическим антимикробным антибиотикам, крайне важно, чтобы наши самодельные „*антивирусные антибиотики*“ были доступны в достаточном количестве и адаптированы к специфическим особенностям нашего врага. Вот почему в случае бактериального заболевания важно не только выбрать правильный тип антибиотика (на основе антибиограммы), но также принимать антибиотик достаточно долго (в соответствии с предписанием). Несоблюдение этих требований рискует дать микробам шанс выжить и, следовательно, может привести к развитию болезни. Очень похожий механизм может также применяться к вирусам, особенно к вирусам, которые могут

легко и быстро мутировать (как, например, в случае с коронавирусами); когда давление, оказываемое иммунной защитой армии (*читай: населения*), начнёт угрожать вирусной репликации и передаче, вирус примет другую оболочку, так что его уже не будет легко распознать и, следовательно, атаковать иммунную систему хозяина. Вирус теперь способен избежать иммунитета (*так называемый „иммунный побег“*). Однако вирус может полагаться на эту стратегию только при условии, что у него есть достаточно места для репликации. Вирусы, в отличие от большинства бактерий, должны полагаться на живые клетки хозяина для репликации. Вот почему появление „беглых мутантов“ не слишком беспокоит, пока вероятность того, что эти варианты быстро найдут другого хоста (принимающий живой организм, в данном случае человек. – *Прим. автора.*), довольно мала. В отличие от приобретённого иммунитета, врождённые иммунные реакции защищают от большого спектра патогенов (*так что не компрометируйте и не жертвуйте своей врождённой иммунной защитой!*). Потому что естественные антитела и врождённые иммунные клетки распознают разнообразный спектр чужеродных (т. е. *несобственных*) агентов (*только некоторые из которых обладают патогенным потенциалом*), поэтому важно, чтобы они были достаточно подвержены воздействию окружающей среды. Сохраняя врождённый иммунитет (*который, к сожалению, не имеет памяти!*) ОБУЧЕННЫЕ, мы можем гораздо легче противостоять

микробам, которые имеют реальный патогенный потенциал. Например, было сообщено и научно доказано, что воздействие других, вполне безвредных коронавирусов, вызывающих „обычную простуду“, может обеспечить защиту, хотя и недолговечную, от COVID–19 и его верных приспешников (*то есть более заразных вариантов*).

Поэтому **подавление врождённого иммунитета**, особенно в младших возрастных группах, **может стать очень проблематичным**. Не может быть никаких сомнений в том, что отсутствие воздействия из-за строгих мер сдерживания, принятых с начала пандемии, не принесло пользы для поддержания врождённой иммунной системы людей в хорошей форме. В игру вступает ещё одна сила, которая резко повысит заболеваемость и летальность в младших возрастных группах: **МАССОВАЯ ВАКЦИНАЦИЯ ПОЖИЛЫХ**. Чем интенсивнее будет вакцинироваться и, следовательно, „защищаться“ более старшая возрастная группа, тем больше вирус будет вынужден продолжать вызывать заболевание в более молодых возрастных группах. Это будет возможно только при условии, что он ускользнёт к S-специфическим антителам, которые мгновенно поднимаются у ранее бессимптомно инфицированных субъектов. Если вирусу удастся это сделать, он может извлечь выгоду из (*пусть даже на мгновение*) подавленного врождённого иммунитета, тем самым вызывая болезнь у всё большего числа этих субъектов и обеспечивая своё собственное распространение. Та-

ким образом, выбор целевых мутаций в белке S – это путь, по которому вирус усиливает свою инфекционность у кандидатов, склонных к заболеванию из-за проходящей слабости их врождённой иммунной защиты. Уже сейчас отсутствие защиты **приводит к выделению** и распространению **вируса реципиентами** (*те, кому сделана вакцинация*) **вакцины**, которые подвергаются воздействию этих более инфекционных штаммов (*которые, кстати, всё чаще доминируют в среде обитания микроорганизмов*). **Именно так мы в настоящее время превращаем вакцинированных в бессимптомных носителей, распространяющих инфекционные варианты.** Эффект для вируса теперь становится ещё более незначительным, учитывая, что многие реципиенты вакцин теперь подвергаются воздействию высокоинфекционных вирусных вариантов, получив только один укол вакцины. Следовательно, они наделены антителами, которые ещё не приобрели оптимальную функциональность. Нет необходимости объяснять, что это просто ещё больше усилит иммунный побег. В принципе, мы очень скоро столкнёмся с суперинфекционным вирусом, который полностью способен отражать сопротивление нашего самого ценного защитного механизма: иммунной системы человека. **Широко распространённые и строгие меры профилактики инфекций в сочетании с массовыми кампаниями вакцинации с использованием неадекватных вакцин, несомненно, приведут к ситуации, когда пандемия всё**

больше „выходит из-под контроля“. Я обращаюсь к ВОЗ и всем акционерам, вовлечённым в процесс, вне зависимости от их убеждений, немедленно провозгласить —

ЕДИНСТВЕННОЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ И ЭКСТРЕННОЙ ПРОБЛЕМОЙ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО МАСШТАБА – ЭТО ОСТАНОВИТЬ ВАКЦИНАЦИЮ!

Подтверждение опасений учёных

Время всё расставляет по своим местам. То, что раньше вызывало у учёных выраженные опасения и о чём они предупреждали, стало сбываться. Примеров тому множество. Я не буду приводить их все, постараюсь показать лишь некоторые.

Группа исследователей из Maccabi Healthcare и Тель-Авивского университета опубликовала своё исследование в августе 2021 года (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1.full.pdf>).

«Это исследование показало, что естественный иммунитет обеспечивает более длительную и более надёжную защиту от инфекций, симптоматических заболеваний и госпитализации, вызванных дельта-вариантом SARS-CoV-2», – написала группа исследователей. И не только это стало известно в результате исследования. *«Люди, принявшие обе до-*

зы укола Pfizer, в 13 раз чаще подвержены прорывной инфекции и даже подвергаются большему риску госпитализаций из-за COVID-19».

Они провели обширное исследование 800 000 человек, разделённых на три группы. Людей, получивших одну или две дозы вакцины Pfizer-BioNTech COVID-19, сравнивали с невакцинированными людьми с естественным иммунитетом, поскольку они уже выздоровели от вируса. Вакцинированные SARS-CoV-2 имели больше в 13,06 раз повышенный риск заражения вариантом дельта по сравнению с ранее инфицированными, когда первое событие (инфекция или вакцинация) произошло в течение января и февраля 2021 года. Повышенный риск был значительным ($P < 0,001$) и для симптоматического заболевания.

Если допустить заражение в любое время до вакцинации (с марта 2020 года по февраль 2021 года), были получены доказательства ослабления естественного иммунитета, хотя у ранее не вакцинированных против SARS-CoV-2 этот показатель составил в 5,96 повышенного риска прорывной инфекции и на 7,13 повышенного риска симптоматического заболевания. Вакцинированные SARS-CoV-2 также подвергались большему риску госпитализаций, связанных с COVID-19, по сравнению с теми, кто был ранее инфицирован.

Важно отметить, что через 3 месяца после второй дозы риск заражения COVID-19 был в 13,06 раза выше среди вакцинированных, и у них в 27 раз чаще наблюдались симпто-

мы.

Итак, чтобы понимать – по мнению этих весьма заслуживающих доверия исследователей, которые провели масштабное исследование на сотнях тысяч людей, вакцина Pfizer-BioNTech не только повышает вероятность заражения людей новыми вариантами, они также будут больше подвержены влиянию симптомов и с большей вероятностью попадут в больницу.

Эти последние данные лишь добавляют аргументов к нарастающему количеству доказательств, говорящих о низкой эффективности «экспериментального укола», когда дело доходит до остановки распространения вируса. Ещё до этого последнего исследования некоторые исследователи обнаружили, что вакцинированные распространяют вирус в той же, если не в большей степени, чем непривитые.

Вот и ещё одно исследование, проведённое в Израиле, которое обнаружило корреляцию в увеличении числа сердечных приступов и инфарктов после вакцинации на 25 % в группе 16–29 лет у мужчин и у женщин в группе от 20 до 29 лет (<https://drive.google.com/file/d/1QT2uUC4j9I2cVpsD1prkScBg0gUqI52x/view>).

Согласно официальному отчёту санитарных властей, раскрытому в СМИ, в Бразилии после вакцинации от COVID-19 умерло около 32 000 человек и 88 тыс. госпитализировано. Речь о вакцинах британской AstraZeneca, американской Pfizer, китайской Coronavac

(также называемый Sinovac), J&J и отечественной бразильской Butanvac. Отчёт был опубликован на сайте uol.com.br. (<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/08/09/coronavirus-covid-19-vacinacao-duas-doses-mortes-internacoes>). Там, в частности, сказано про умерших от первой и второй дозы: *«Среди тех, кто получил только первую из двух необходимых доз, 65 000 человек были госпитализированы, а 22 000 умерли от COVID-19»*. Сколько умерло после второй дозы, не очень ясно, но есть такая цитата про смерти пожилых людей: *«По данным опроса, основными жертвами являются пожилые люди старше 70 лет: 8734 человека, умершие в этом возрасте от COVID-19, и 23 000, которые были госпитализированы, уже получили две дозы»*.

«Прививки» также не сдерживают рост инфекций. Государственное информационное агентство Бразилии сообщает: *«Вакцинация не предотвращает повторного инфицирования или развития более серьёзных состояний, включая смерть»*. Поэтому министр здравоохранения подчеркнул важность сохранения профилактических мер против нового коронавируса: *«Мы всегда предупреждаем людей носить маски, мыть руки, использовать спиртовой гель и избегать скопления людей. Даже если нам сделают прививку, мы можем заразиться вирусом и иметь осложнения»* ([https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-07/covid-19-711-pessoas-morreram-no-df-apos-primeira-dose-](https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-07/covid-19-711-pessoas-morreram-no-df-apos-primeira-dose)

годня уже более 110 тыс. случаев и 550 смертей. Смертность тоже быстро пошла в рост вскоре после начала вакцинации.

Ранее резкое ухудшение ситуации с коронавирусом после начала массовой вакцинации происходило в Индии, Израиле, Бразилии, Чили, Турции, на Сейшелах и многих других странах. В Монголии это объясняют заболеваемостью детей, и под этим предлогом в стране начата прививочная кампания детей от 12 лет, пока добровольно. Им будут вводить препарат Pfizer.

В августе 2021 года Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) выпустили предупреждение 4-го уровня для Мальты из-за COVID-19, «что указывает на очень высокий уровень COVID-19 в стране» (<https://travel.state.gov/content/travel/en/traveladvisories/traveladvisories/malta-travel-advisory.html>). Напомню, что на момент написания данной книги Мальта – одна из самых вакцинированных стран мира. 12 из 13 самых вакцинированных стран мира теперь включены CDC в список опасных для путешествий. Очень высокий риск: Мальта, Объединенные Арабские Эмираты, Сейшельские острова, Чили, Уругвай, Бахрейн, Монголия. Высокий: Исландия, Катар, Бельгия, Канада, Израиль. США присвоили Израилю, одной из самых вакцинированных стран в мире, высший уровень опасности для путешествий – «Уровень 4–не путешествовать».

Данные CDC на август 2021 года показывают, что наи-

большой риск заражения COVID-19 находится в странах мира с наибольшим процентом вакцинированных людей.

В конце августа 2021 года министерство здравоохранения Японии заявило, что в некоторых частях неиспользованных доз вакцины COVID-19 Moderna Inc. были обнаружены чужеродные примеси, а использование около 1,63 миллиона доз, произведённых на той же производственной линии, было приостановлено в качестве меры предосторожности. Они были произведены на одной производственной линии в одно и то же время в Испании. Считается, что размер инородных веществ, подтверждённый в 39 флаконах, составляет несколько миллиметров, а их элементы неизвестны (<https://english.kyodonews.net/news/2021/08/7fb949bf9198-urgent-unused-moderna-vaccine-doses-may-contain-foreign-materials-japan.html>).

Необходимость, эффективность, безопасность?

По опыту преподавания и общения с пациентами я прекрасно знаю и понимаю, что необходимо время от времени

повторять как пройденный материал, так и прописные истины, которые, казалось бы, все уже знают. Надеюсь, что читатель не будет на меня в обиде, когда заметит, что некоторые вещи в том или ином аспекте повторяются в тексте книги. *«Повторение – мать учения»*. На основании вышенаписанного в данной главе давайте подведём небольшой итог.

Производители вакцины COVID–19 освобождены от юридической ответственности за вред, причинённый вакциной. Таким образом, в интересах всех тех, кто санкционирует, применяет и проводит вакцинацию против COVID–19, необходимо понимать доказательства, касающиеся рисков и преимуществ этих вакцин, поскольку ответственность за причинение вреда ляжет на них.

Короче говоря, имеющиеся доказательства и наука показывают, что вакцины от COVID–19 не нужны, неэффективны и небезопасны.

К вопросу о необходимости. Многочисленные исследования показывают, что иммунокомпетентные люди демонстрируют «устойчивый» и стойкий клеточный (Т-клеточный) иммунитет к вирусам SARS-CoV (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=32668444>), включая SARS-CoV–2 и его варианты (<http://dx.doi.org/10.1101/2021.02.27.433180>). Защита Т-клеток обусловлена не только воздействием самого SARS-CoV–2, но и перекрёстно-реактивным иммунитетом после предыдущего контакта с простудными коронавирусами (<https://www.reuters.com/article/us->

health-coronavirus-immunesystem-idUSKBN24B1D8). Такой иммунитет был обнаружен после инфекций до 17 лет назад (<http://dx.doi.org/10.1038/s41586-020-2550-z>). Следовательно, иммунокомпетентным людям вакцинация против SARS-CoV-2 не требуется.

Естественный Т-клеточный иммунитет обеспечивает более сильную и более полную защиту от всех штаммов SARS-CoV-2, чем «вакцины», потому что естественный иммунитет распознает множественные вирусные эпитопы и костимулирующие сигналы, а не только один (спайковый) белок. Таким образом, иммунокомпетентные люди лучше защищены от SARS-CoV-2 и любых вариантов, которые могут возникнуть из-за их собственного иммунитета, чем от нынешнего урожая вакцин.

«Вакцины» рекламируются как средство предотвращения бессимптомной инфекции (<https://tinyurl.com/forbes-asymptomatic-infection>) и, как следствие, «бессимптомной передачи». Однако «бессимптомная передача» является артефактом недействительных и ненадёжных процедур и интерпретаций ПЦР-теста, что приводит к высокому уровню ложноположительных результатов (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.037>). Имеющиеся данные указывают на то, что ПЦР-положительные бессимптомные люди являются здоровыми ложноположительными, а не носителями. Комплексное исследование 9 899 828 человек в Китае показало, что бессимптомные люди с положительным резуль-

татом на COVID–19 никогда не заражали других (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=33219229>). Напротив, статьи, цитируемые Центром контроля заболеваний (<http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.35057>) для обоснования утверждений о бессимптомной передаче, основаны на гипотетических моделях, а не на эмпирических исследованиях; они представляют собой предположения и оценки, а не доказательства. Предотвращение бессимптомной инфекции не является разумным основанием для пропаганды вакцинации населения в целом.

В большинстве стран теперь у большинства людей будет иммунитет к SARS-CoV–2 (<https://lockdownsceptics.org/what-sage-got-wrong/>). В зависимости от степени ранее приобретённого перекрёстного иммунитета у них не будет никаких симптомов, лёгких и нехарактерных симптомов или более тяжёлых симптомов, возможно, включая anosmiю (потерю обоняния) или другие несколько характерные признаки заболевания COVID–19. Независимо от тяжести заболевания, теперь у них будет достаточный иммунитет, чтобы защититься от тяжёлого заболевания в случае повторного заражения. Это большинство населения не получит никакой пользы от вакцинации.

У подавляющего большинства людей (~99,8 % во всем мире) SARS-CoV–2 не летален (<http://dx.doi.org/10.1111/esci.13554>). Обычно это заболевание протекает от лёгкой до умеренно тяжёлой степени. Таким образом, подавляю-

щее большинство людей не подвержены риску заражения COVID–19 и не нуждаются в вакцинации для собственной защиты.

У людей, предрасположенных к тяжёлой инфекции, COVID–19 поддаётся лечению. Совокупность данных указывает на то, что раннее лечение существующими лекарствами снижает госпитализацию и смертность примерно на 85 % и 75 % соответственно (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=32771461>). Эти препараты включают множество проверенных временем противовоспалительных, противовирусных и антикоагулянтных препаратов, а также моноклональные антитела, цинк и витамины С и D. Решения правительства об отказе от таких проверенных методов лечения путём выборочной поддержки исследований (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=33387997>), предвзятости со стороны регулирующих органов и даже прямые санкции против врачей, осмелившихся использовать такие методы лечения по собственной инициативе, не соответствовали существующим законам, стандартной медицинской практике и исследованиям. Юридическое требование о рассмотрении реальных доказательств отошло на второй план (<https://www.wnd.com/2021/04/covid-scandal-feds-ignored-2016-law-requiring-use-of-real-world-evidence/>). Систематическое отрицание и очернение этих эффективных методов лечения лежит в основе ложного обоснования разрешения на экстренное использование «вакцин», которое

требует, чтобы «не было доступного стандартного приемлемого лечения» (<https://tinyurl.com/fda-emergency-use>). Ясно сказано: вакцины не нужны для предотвращения тяжёлого заболевания.

Вывод: иммунокомпетентные люди защищены от SARS-CoV-2 клеточным иммунитетом. Следовательно, вакцинация групп низкого риска не требуется. Для людей с ослабленным иммунитетом, которые действительно заболели COVID-19, существует ряд медицинских методов лечения, которые оказались безопасными и эффективными. Следовательно, вакцинация уязвимых слоёв населения также не нужна. И иммунокомпетентные, и уязвимые группы лучше защищены от вариантов SARS-CoV-2 с помощью естественного иммунитета и лекарств, чем с помощью вакцинации.

К вопросу об эффективности. На механистическом уровне концепция иммунитета к COVID-19 посредством индукции антител в соответствии с вакцинацией против COVID-19 является медицинским нонсенсом. Вирусы, передающиеся по воздуху, такие как SARS-CoV-2, попадают в организм через дыхательные пути и лёгкие, где концентрация антител слишком низка для предотвращения инфекции. Антитела, индуцированные вакциной, в основном циркулируют в кровотоке, в то время как их концентрация на слизистых оболочках лёгких и дыхательных путей низкая. Учитывая, что COVID-19 в первую очередь распространяется и вызывает заболевание, заражая эти слизистые оболочки, вакци-

ны не имеют иммунологической обоснованности. Документы, представленные производителями вакцин в различные регулирующие органы, не содержат доказательств того, что вакцинация предотвращает инфекцию дыхательных путей, что имеет решающее значение для разрыва цепи передачи. Таким образом, «вакцины» иммунологически не подходят для COVID–19.

Средняя и долгосрочная эффективность «вакцины» неизвестна. 3-я фаза не будет завершена до 2023 года: среднесрочные или долгосрочные данные об эффективности «вакцины» отсутствуют.

Краткосрочные данные не позволили установить профилактику тяжёлого заболевания. Европейское агентство по лекарственным средствам отметило о вакцине Comirnaty (мРНК Pfizer), что тяжёлые случаи COVID–19 *«были редкими в исследовании, и на основании этого нельзя сделать статистически определённый вывод»* (<https://www.fda.gov/media/144245/download>). Точно так же в документе Pfizer, представленном в FDA (<https://www.fda.gov/media/144245/download>), делается вывод о невозможности продемонстрировать эффективность против смертности. Таким образом, не было доказано, что «вакцины» предотвращают смерть или тяжёлое заболевание даже в краткосрочной перспективе.

Корреляты защиты от COVID–19 неизвестны. Исследователи ещё не установили, как измерить защиту от COVID–19.

В результате исследования эффективности ведутся в «темноте». После завершения исследований фаз 1 и 2, например, в статье в журнале *Vaccine* отмечалось, что «без понимания коррелятов защиты в настоящее время невозможно ответить на вопросы, касающиеся защиты, связанной с вакциной, риска повторного заражения COVID-19, коллективного иммунитета, и возможность элиминации SARS-CoV-2 из человеческой популяции» (<http://dx.doi.org/10.3390/vaccines8040746>). Таким образом, эффективность «вакцины» не может быть оценена, потому что мы ещё не установили, как её измерить.

Вывод: «вакцины» от COVID-19 не обладают жизне-способным механизмом действия против инфекции дыхательных путей SARS-CoV-2. Индукция антител не может предотвратить заражение таким агентом, как SARS-CoV-2, который проникает через дыхательные пути. Более того, ни одно из испытаний «вакцины» не предоставило никаких доказательств того, что вакцинация предотвращает передачу инфекции от вакцинированных лиц; поэтому призывы к вакцинации для «защиты других» фактически не имеют под собой оснований.

К вопросу о безопасности. Точно так же, как курение могло вызвать рак лёгких, и предполагалось, что оно вызывает рак лёгких, исходя из первых принципов, можно ожидать, что все генные вакцины будут вызывать нарушения свёртывания крови и кровотечения (<https://tinyurl.com/d4ce-letter>),

исходя из их молекулярных механизмов действия. В соответствии с этим заболевания такого рода наблюдались во всех возрастных группах, что привело к временной приостановке вакцинации во всём мире.

Вопреки утверждениям о том, что поствакцинальные заболевания крови являются «редкими», многие общие побочные эффекты «вакцин» (головные боли, тошнота, рвота и гематомоподобные «высыпания» по телу) могут указывать на тромбоз и другие серьёзные отклонения от нормы. Более того, вызванные «вакциной» диффузные микротромбозы в лёгких могут имитировать пневмонию и могут быть ошибочно диагностированы как COVID-19. События свёртывания крови, привлекающие в настоящее время внимание средств массовой информации, вероятно, всего лишь «верхушка огромного айсберга» (<https://tinyurl.com/d4ce-rebuttal>).

Из-за иммунологического прайминга (эффект предшествования, эффект запоминания) можно ожидать увеличения риска свёртывания крови, кровотечений и других побочных эффектов с каждой повторной вакцинацией и каждым промежуточным воздействием коронавируса. Со временем, будь то месяцы или годы, это делает как вакцинацию, так и коронавирусы опасными для молодых и здоровых возрастных групп, для которых без вакцинации COVID-19 не представляет существенного риска (<https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4037/rr-19>).

С момента внедрения вакцины заболеваемость COVID-19 выросла во многих районах с высокими показателями вакцинации (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=33785519>). Описаны эпизоды, когда сразу после начала вакцинации в домах престарелых произошло несколько серий смертельных случаев от COVID-19 (<https://tinyurl.com/tly3i6eb>). Эти случаи могли быть связаны не только с антителозависимым усилением, но и с общим иммуносупрессивным действием вакцин, о чём свидетельствует учащение случаев опоясывающего герпеса у некоторых пациентов (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=33848321>). Иммуносупрессия могла вызвать клинические проявления ранее протекавшей бессимптомной инфекции. Независимо от точного механизма, ответственного за эти зарегистрированные смерти, мы должны ожидать, что «вакцины» увеличат, а не уменьшат летальность COVID-19.

«Вакцины» по определению являются экспериментальными. Они останутся в 3-й фазе испытаний до 2023 года. Получатели являются людьми, имеющими право на свободное информированное согласие в соответствии с Нюрнбергскими и другими мерами защиты, включая резолюцию 2361 (<https://pase.coe.int/en/files/29004/html>) Парламентской ассамблеи Совета Европы и условия разрешения на экстренное использование FDA (<https://tinyurl.com/fda-emergency-use>). Что касается данных по безопасности от 1-й и 2-

й фаз испытаний, несмотря на изначально большой размер выборки, журнал Vaccine сообщает, что «стратегия вакцинации, выбранная для дальнейшей разработки, могла быть предоставлена всего лишь 12 участникам» (<http://dx.doi.org/10.3390/vaccines8040746>). Журнал отмечает, что при таких чрезвычайно малых размерах выборки «необходимы более крупные исследования 3-й фазы, проводимые в течение более длительных периодов времени», чтобы установить безопасность. Риски, которые ещё предстоит оценить в исследованиях 3-й фазы до 2023 г., с участием всего населения в качестве субъектов, включают не только тромбоз и нарушения кровотечений, но и другие аутоиммунные реакции, аллергические реакции, неизвестные тропизмы (куда, в какую ткань или орган пойдёт молекула «вакцины») липидных наночастиц (<https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4037/rr-19>), антителозависимое усиление (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=21937658>) и влияние поспешных, сомнительно выполняемых, плохо регулируемых (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=33692030>) и, как сообщается, непоследовательных методов производства, что создаёт риски потенциально вредных примесей, таких как неконтролируемые остатки ДНК (http://enformtk.u-aizu.ac.jp/howard/gcep_dr_vanessa_schmidt_krueger/).

Первоначальный опыт может предполагать, что «вакцины» на основе аденовируса (AstraZeneca / Johnson & Johnson / «Спутник-V») вызывают более серьёзные побоч-

ные эффекты, чем вакцины мРНК (Pfizer / Moderna). Однако при повторной инъекции первые вскоре индуцируют антитела против белков аденовирусного вектора. Эти антитела затем нейтрализуют большую часть вирусных частиц «вакцины» и вызывают их уничтожение до того, как они смогут заразить какие-либо клетки, тем самым ограничивая интенсивность повреждения тканей.

Напротив, в вакцинах с мРНК нет белкового антигена, который антитела могли бы распознавать. Таким образом, независимо от существующего уровня иммунитета, мРНК «вакцины» будет достигать своей цели – клеток организма. Затем они будут экспрессировать спайк-белок и впоследствии пострадают от полного натиска иммунной системы. С вакцинами мРНК риск серьёзных побочных эффектов практически гарантированно увеличивается с каждой последующей инъекцией. Поэтому в долгосрочной перспективе они даже более опасны, чем векторные «вакцины». Их очевидное превосходство над последними в высшей степени беспокоит.

Вывод: «вакцины» опасны как для здоровых людей, так и для людей с ранее существовавшими хроническими заболеваниями по следующим причинам: риск летальных и нелетальных нарушений свертывания крови, включая нарушения свёртываемости крови, тромбоз головного мозга, инсульт и сердечный приступ; аутоиммунные и аллергические реакции; антителозависимое усиление заболевания; приме-

си в вакцинах из-за спешного производства и нерегулируемых производственных стандартов.

Таким образом, расчёт риска и пользы ясен: экспериментальные «вакцины» бесполезны, неэффективны и опасны. Лица, санкционирующие, принуждающие или проводящие экспериментальную вакцинацию против COVID-19, подвергают население и пациентов серьёзным, ненужным и неоправданным медицинским рискам. Это относится не только к политикам, чиновникам, но и к людям, надевшим белые халаты. В научной литературе и в организациях, которые рекомендуют и продвигают вакцины, изобилуют конфликты интересов, демонизируя альтернативные стратегии (опора на естественный иммунитет и раннее лечение). Власти, врачи и медицинский персонал должны защищать себя, очень внимательно оценивая источники своей информации на предмет конфликта интересов.

Власти, врачи и медицинский персонал должны проявлять такую же осторожность, чтобы не игнорировать заслуживающую доверия и независимую литературу о необходимости, безопасности и эффективности вакцины, учитывая предсказуемые массовые смерти и вред, которых следует ожидать, если кампания вакцинации не будет остановлена.

Производители «вакцин» неспроста освободили себя от юридической ответственности за побочные эффекты. В случае смертельного исхода «вакцины» или причинения ею вреда ответственность ложится на тех, кто отвечает за выдачу

разрешений на вакцины, их введение и/или принуждение с помощью сертификатов «вакцины», ни одно из которых не может быть оправдано трезвым, основанным на доказательствах анализом риска и пользы.

Все политические, регулирующие и медицинские субъекты, участвующие в вакцинации против COVID–19, должны ознакомиться с Нюрнбергским кодексом и другими правовыми положениями, чтобы защитить себя.

То ли ещё будет...

7. Последствия принятых мер

Никакое вещественное благо не может возместить того ущерба души, которое производит совершённое зло.

Л. Н. Толстой

При проведении анализа заболеваемости за 2020 год по новой коронавирусной инфекции и сезонным ОРВИ, гриппу было видно, что динамика остаётся стабильной, если оценивать за неделю, месяц или год, и сохранялась в районе 10 %, что соответствует многолетним наблюдениям и литературным данным о доли коронавирусной инфекции в спектре сезонных ОРВИ. Если же смотреть на детали, то картина не менее впечатляющая. Например: при сравнении статистики по заболеваемости гриппом и ОРВИ за период с 40 по 44 неделю 2020 года обращает на себя внимание, что в этот период в 2018 и в 2019 году есть устойчивая тенденция по снижению заболеваемости в России и чётко виден отрицательный тренд в 2020 году с противоположным эффектом в виде роста заболеваемости, который достигает на 44 неделе увеличения на 48 % по сравнению с 2018 годом и на 50 % по сравнению с 2019 годом (https://www.influenza.spb.ru/system/epidemic_situation/laboratory_diagnostics/?year=2020&week=44). Необходимо отметить, что к этому времени введены всё более жёсткие

ограничения в виде проезда на всех видах общественного транспорта в масках и перчатках, практически запрет на выход из дома населения возрастной группы от 65 и старше, перевод на дистанционный режим работы большинства сотрудников, добровольно-принудительная вакцинация населения, закрытие многих учреждений и т. д. Это чётко показывает, что данные мероприятия не только не останавливали рост заболеваемости, а, наоборот, потенцировали его, становясь таким образом контрпродуктивными.

Проведённый анализ данных по заболеваемости населения России, особенностях вирусов, вызывающих сезонные заболевания, и анализ причин позволяют признать, что длительное нахождение в условиях «самоизоляции», усиливающееся ростом домашнего насилия, ограничение физической активности, резкое снижение доходов в семьях, рост цен на продукты, постоянное поступление негативных новостей по средствам массовой информации, невозможность вовремя и в полном объёме получить медицинскую помощь – все эти факторы значительно повысили нагрузку на симпатoadrenalную (стрессорную) систему. При этом хотим мы этого или не хотим, но происходит увеличение уровня катехолических (разрушительных) гормонов, что приводит к увеличению в крови уровня глюкозы, снижению синтеза белка. Это основные факторы в уменьшении протекторных свойств иммунокомпетентных клеток и, на фоне выраженной гиподинамии, изменения вязкостных характеристик крови, есте-

ственно приводящие к нарушению перфузии и функционированию органов и систем (Еськов В. В., Хадарцева К. А., Филатова О. Е., Иванов Д. В. Гомеостаз, как постоянство непостоянного (обзор литературы). // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. № 4. С. 132–141). Введение повсеместно так называемого «масочного режима», когда маски носят люди с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой и бронхолёгочной систем, привело к выраженной гипоксии не только у данной категории больных, но и у здоровых людей. Отчётливо прослеживаются нарушения гомеостаза (постоянства) в органах и тканях. Снижается толерантность (устойчивость) к любым вирусным и бактериальным патогенам, что приводит к повышенной заболеваемости (Крыжановский Г. Н. Основы общей патофизиологии. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 256 с.).

Здоровье семьи

По оценкам экспертов, в режиме самоизоляции и карантине находилось около 3,4 миллиарда человек – более 44 % населения Земли. Самоизоляция, карантин, пандемия – это вынужденные меры, и они значительно ухудшают условия и привычный образ жизни. В сложившейся ситуации для человека естественны реакции утраты по известной модели доктора Элизабет Кюблер-Росс (Отрицание, Злость, Торг, Де-

прессия, Принятие): нам становятся недоступными – прежний уровень жизни, свобода перемещений, иллюзия безопасности вокруг (Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. // М., 2001. – С. 117). Мы проходим через стадию отрицания – *«всё не так плохо, как они говорят»*, так же возникает злость на «истериков и паникёров» или на тех, кто отрицает угрозу, на систему здравоохранения. Торг выражается в том, как мы договариваемся с собой – в магазин буду выходить в маске, изолируюсь дома, в гости ходить не буду и гостей приглашать не буду. В такой ситуации эмоциональное состояние людей очень уязвимо, в изоляции человек может столкнуться со спектром разных эмоций – страх и тревога, агрессия. Страх и тревога за своё здоровье и близких, за будущее – что будет, когда карантин закончится? Люди находятся в стрессе, и нет возможности справляться привычными способами – спортзал, прогулки, поход в кино, театр. Все столкнулись с такими экзистенциальными данностями, как одиночество, неопределённость, неуверенность в завтрашнем дне, и это рождает ещё большую тревогу и страх, которые потенцируются нелогичными и непоследовательными действиями государственных управленческих структур, поступлением противоречивых сведений из средств массовой информации.

Самоизоляция, карантин, экономическая ситуация, невозможность работать, ухудшение финансовых условий, постоянные сообщения о заболевании и заболевших в средствах массовой информации – это всё провоцирует кризис-

ную ситуацию в межличностных отношениях, так как повышается уровень страха, тревожности, которые сопровождаются раздражением, конфликтами, растерянностью и непониманием. Ещё здесь хочется отметить, что весь мир оказался в очень травмирующей ситуации, по сути, все пребывают в психо-эмоциональной травме, и как следствие это вызывает у человека мощнейший психологический кризис, последствия которого могут тянуться годами. У многих людей наблюдается состояние близкое к панике. Паника, по мнению многих авторов, – это особое *психическое состояние* (ПС) человека или группы людей, имеющих преувеличенный страх, неадекватные поведенческие реакции, утрату способности к критическому мышлению и трезвой оценке обстоятельств на фоне смятения чувств. Слово «паника» происходит от имени Пана, греческого бога пастухов. Пастухи часто наблюдали, что от самой незначительной причины, особенно ночью, стада овец или коз, полностью выйдя из-под контроля, одно за другим бросались в воду, огонь или прыгали в пропасть. Психическое состояние является многосторонним целостным процессом, в который включаются когнитивные, эмоциональные, мотивационно-поведенческие, активационные компоненты. ПС отражает работу психики и личностной деятельности человека за определённый отрезок времени. Паника, как состояние, может возникать у здоровых лиц под воздействием внешних обстоятельств, таких как боевые действия, террористические акты или чрезвычайные

ситуации. Классификация паники предполагает разделение на два основных типа (после непосредственного экстремального воздействия и длительного пребывания в дезадаптации), а также по масштабу, длительности и глубине охвата личности. При этом состояние паники входит в структуру такого нервно-психического заболевания, как *паническое расстройство* (ПР) (F41.0 по МКБ10). Расстройство протекает приступообразно, когда непосредственно состояния паники («панические атаки») сменяются относительно спокойным фоновым состоянием или «межприступным периодом». Часто повторяющиеся приступы могут приводить к вторичным депрессивным реакциям, агорафобии, личностным расстройствам и другим осложнениям (Федоряка Д. А., Резникова Т. Н., Селиверстова Н. А. Исследование тревоги и внутриличностных страхов у лиц с паническим расстройством при воздействии методом формирования и активации искусственных стабильных функциональных связей // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2020. № 1. С. 77–84. DOI 10.25016/2541–7487–2020–0–1–77–84).

В ситуации изоляции все члены семьи вынуждены находиться на одной территории, и даже в дружной, любящей семье (их в России всего 8 %) (<https://lawgrupp.ru/brachnyj-dogovor/kakoj-protsent-v-rossii-neblagopouchnyh-semej>) могут возникать конфликты, так как нарушается привычный ритм жизни: невозможность выходить из дома – работа, дет-

ский сад, школа, встреча с друзьями, развлечения, а семья – это совокупность людей, объединённых выполнением репродуктивной функции, проживающих на одной территории, занятых ведением общего хозяйства, имеющих родственные отношения и особые иные, формально установленные государственной администрацией связи (в частности, опекуна, усыновления и т. д.), а также объединённых комплексом «взаимоотношений», складывающихся в процессе совместной деятельности по удовлетворению потребностей семьи (Лаврова Н. М., Лавров В. В. Функциональный ресурс семьи // Психотерапия. 2007. № 1. С. 14–20). Делая выводы из определения, получается что *семья* – это всё-таки совместная деятельность по удовлетворению потребностей семьи, а в сложившихся условиях многие потребности семьи невозможно удовлетворить.

В период «самоизоляции» между членами семьи повышается уровень тревожности, который сопровождается конфликтами, непониманием, раздражением, проявлением агрессии, и как следствие возникает кризисная ситуация. Можно прогнозировать, что «самоизоляция» в этих случаях приведёт или к пересмотру отношений, или к их распаду. «Изоляция семьи» в условиях неопределённости усиливает потенциал агрессивности и деструктивности.

Кризисы в межличностных отношениях сопровождаются психоэмоциональными и соматическими расстройствами членов семьи, и как следствие усиливается проявление

агрессии.

При режиме «самоизоляции» из-за вспышки коронавирусной инфекции количество фактов семейно-бытового насилия увеличилось. Об этом заявила специальный докладчик ООН по вопросам насилия в отношении женщин Дубравка Симонович. В ряде стран (Франция, Китай, Турция) полиция уже рапортовала о значительном росте фактов насилия в семье. В России подобная статистика властями, к сожалению, не сообщается.

Службы спасения в Европе и Азии фиксировали резкий рост числа обращений на горячие линии от жертв издевательств со стороны супругов и самих актов проявления агрессии – во Франции на 30 %, а в Китае – втрое (<https://www.theguardian.com/society/2020/mar/28/lockdowns-world-rise-domestic-violence>). Между тем в кризисные центры России стали поступали сообщения о домашнем насилии после введения «режима самоизоляции». По данным ООН, каждая третья женщина в мире сталкивается с физическим или сексуальным насилием, что выводит это преступление в ряд самых частых, но наименее задокументированных нарушений прав человека. И карантин, и режим обязательной «самоизоляции», действующие сейчас в большом числе стран планеты, лишь усугубляют эту проблему.

История военных конфликтов каждый раз доказывает, что насилие против женщин, ограниченных в свободе передвижения, в таких стрессовых условиях неизменно набирает

ет обороты. Режим, под которым население огромного числа стран оказалось сейчас, тоже стал для многих женщин, запертых в домах с агрессивными партнёрами, новым испытанием, а зачастую и борьбой за выживание, не столько из-за вируса, сколько из-за домашнего насилия. В России традиционно в семьях страдают от насилия женщины (<https://www.gks.ru/folder/13807>).

Первой ласточкой, подтвердивший печальный тренд, стал Китай. В феврале 2020 года полиция провинции Хубэй, бывшей эпицентром заболевания и целиком отправленной сидеть по домам, сообщила о троекратном увеличении случаев домашнего насилия по сравнению с прошлым годом – с 47 до 162. И, увы, в этом нет никакой «китайской специфики». В ушедшей в самоизоляцию с 17 марта 2020 года Франции, где избиениям и насилию со стороны нынешних и бывших партнёров ежегодно подвергаются около 219 тыс. женщин, число случаев домашней агрессии за неделю увеличилось на 30 %, признал глава МВД Пятой республики Кристоф Кастанер (<https://news.rambler.ru/other/43941040-v-rossii-ozhidaetsya-vsplesk-semeynogo-nasiliya>). В Париже эта печальная статистика подросла сразу на 36 %. Недалеко ушла и Испания, совсем ужесточившая наказание как за изнасилования, так и за другие проявления недостойного поведения в семьях. 19 марта 2020 года была зафиксирована первая официальная жертва карантина – в Валенсии муж убил жену прямо на глазах у де-

тей спустя всего пять дней после начала режима вынужденной изоляции (<https://news.rambler.ru/other/43941040-v-rossii-ozhidaetsya-vsplesk-semeynogo-nasiliya>).

В ООН проблему «домашнего насилия» признали общемировой. *«В последние недели по мере усиления экономического и социального давления и страха мы становимся свидетелями ужасающей глобальной вспышки насилия в семье»*, – заявил 5 апреля 2020 года Генсек ООН Антониу Гутерреш (<https://news.rambler.ru/other/43961351-oon-iz-zakarantina-v-mire-proizoshla-vspyshka-domashnego>). Международная организация призвала правительства всех стран включить в национальные планы борьбы с коронавирусом положения о предотвращении насилия в отношении женщин и возмещении ущерба, причинённого в результате такого насилия. Гутерреш заявил о необходимости увеличить господдержку профильным некоммерческим организациям и работающим в онлайн-режиме службам поддержки, установить аварийные системы сообщения об угрозе в аптеках и продуктовых магазинах, а также приравнять приюты к объектам жизнеобеспечения.

Глава одной из благотворительных организаций отмечает: основной механизм абьюзивных взаимоотношений (отношения, в которых партнёр нарушает личные границы другого человека, унижает, допускает жестокость в общении и действиях с целью подавления воли жертвы) – это установление тотального контроля обидчика над жертвой, чего ещё легче

достичь в условиях карантина и «самоизоляции».

Дело в том, что межличностное насилие в таких отношениях работает циклично: первая фаза – это период нарастания напряжения, затем идёт перемирие, а потом вновь возникает агрессия. При этом каждый раз «спокойная» фаза становится короче, а насильственные действия – серьёзнее.

Уже 2 апреля 2020 года девять российских общественных организаций, помогающих жертвам семейно-бытового насилия, обратились к премьер-министру России Михаилу Мишустину и главам регионов – они попросили принять срочные меры для защиты пострадавших от домашнего насилия в «режиме самоизоляции». Об этом журналу «Сноб» сообщили из правозащитной организации «Зона права» (<https://snob.ru/society/devyat-nko-poprosili-pravitelstvo-rossii-prinyat-ekstrennye-mery-po-borbe-s-domashnim-nasilie-pri-samoizolyacii>). Письмо подписали «Зона права», Консорциум женских неправительственных объединений, центр «Насилию.нет», центр «Сёстры», Центр против насилия в отношении женщин «АННА», проект «Правовая инициатива», женский кризисный центр «Китеж», Сеть взаимопомощи «ТыНеОдна», а также РОО «Кризисный центр для женщин».

В России, которая ужесточила «режим самоизоляции», в начале апреля 2020 года увеличилось число звонков в кризисные службы. Между тем в полиции в то время приостановили личный приём граждан, обратиться за помощью мож-

но было только по телефону, через электронную почту или почту России.

Невозможность своевременно получить квалифицированную медицинскую и психологическую помощь через незначительный промежуток времени привела к резкому росту не только соматических, но и психических заболеваний, что вызвало повышенную нагрузку на все звенья медицинской помощи для проведения различных восстановительных методик (Беляева Е. А., Зилов В. Г., Иванов Д. В. Некоторые технологии восстановительной медицины в исследованиях тульских учёных (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2017. № 1. С. 287–293). Увеличение распадов семей на фоне негативной экономической ситуации даёт основание для пессимистичных прогнозов по коррекции роста заболеваемости и смертности в РФ.

Нарушения психического здоровья

Введение повсеместно «домашнего ареста», именуемого «режим самоизоляции», привёл к резкому росту проблем с психическим здоровьем. Причём если в период жёстких ограничений это было практически незаметно, так как психоневрологические диспансеры и стационары были закрыты, то летом 2020 года запись на консультацию к психиатрам в коммерческих клиниках резко возросла и специалисты в

данной области иногда даже не имели возможности во время рабочего дня перекусить. Хочу отметить, что коснулось это не только среднюю и старшую возрастные группы, но и молодых. А это очень тревожная тенденция. Чуть ниже я просто приведу клинические случаи. Возможно, кто-то сможет увидеть или прочитать что-то знакомое в симптомах или узнать симптомы, которые были у знакомых, близких или родных.

Ниже приведены типичные случаи, которые описаны летом 2020 года.

Женщина 1980 г.р. Жалобы больной на момент обращения: на головокружение, «ком» в горле, усталость, нервозность, раздражительность, плохое настроение, нежелание двигаться. Анамнез заболевания: считает себя больной около 2-х месяцев, когда заметила понижение настроения, появилась утомляемость, разбитость, но за помощью обратилась только сейчас.

Семейный анамнез: у родителей и родственников наличие психических заболеваний – отрицает. Венерические, психические заболевания, судорожные припадки, туберкулёз, суицидальные попытки и самоубийства у родственников – отрицает. Родилась первым ребёнком по счёту. Беременность матери протекала без особенностей. Развитие соответственно возрасту. Детские дошкольные учреждения посещала. Признаки полового созревания отмечает с 12 лет. Детские заболевания психической природы – отрицает. Из перенесённых заболеваний отмечает: ОРВИ, ветрянки. Употребление

алкоголя, наркотиков, токсикоманических средств, табакокурение – отрицает. Тяжёлые психические потрясения, операции, контузии, ранения – отрицает. (Абсолютно нормальная, здоровая, с точки зрения возможности развития психических заболеваний или расстройств, 40-летняя женщина. – *Прим. автора.*) St.praesens: общее состояние удовлетворительное. Питание: нормальное. Кожные покровы: физиологической окраски. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Пульс нормальный. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Отправления не нарушены. Температура тела: 36,2. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Неврологический статус: глазные щели D=S. Зрачки симметричные, реакция на свет: живая. Конвергенция в норме. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые, симметричные. Патологические рефлексы – отсутствуют. Менингеальных знаков нет. Чувствительность не изменена. Движения координированные. В позе Ромберга: отмечается небольшое покачивание. Вазомоторных и вегетативных расстройств не отмечено. Речь: тихая. Параличи, парезы отсутствуют. Расстройств почерка, счёта, чтения не отмечается. В пространстве и времени ориентирована. На вопросы отвечает сразу адекватно, логично. Символизм, неологизмы, бредовые идеи, резонёрство, детализация, застреваемость – не выявлены. Переносный смысл пословиц и поговорок воспринимает правильно. Пробы на обобщение и различение понятий – выполняет правильно. Запас житейских знаний соответствует уровню

образования и опыту. Своё настроение оценивает как подавленное. Заиклена на своём состоянии. Проводимые манипуляции: осмотр. Диагноз: *F32.0. Депрессивный эпизод лёгкой степени.* Клинический диагноз: *Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Депрессивное состояние.* Рекомендации: (название препарата убрано специально для данной книги. – *Прим. автора.*) 0,05×1 раз в день – длительно. Направления: эндокринолог (консультация) – для исключения органических изменений. Акушер-гинеколог (консультация) – для исключения органических изменений.

Мужчина, 2002 г.р. Жалобы при консультации: боязнь заразиться коронавирусом, если пойдёт на улицу. При выходе на улицу появляются перебои в работе сердца, чувство нехватки воздуха. Анамнез заболевания: Считает себя больным около 2-х месяцев, когда в СМИ заговорили о пандемии. Анамнез заболевания: болен в течение 4-х месяцев, ранее лечился по поводу депрессивного эпизода, получал (название препарата убрано специально для данной книги. – *Прим. автора.*) с улучшением. Обратился с явлениями панических атак на фоне эпидемии коронавирусной инфекции. Осмотрен кардиологом, эндокринологом – без видимой патологии. Семейный анамнез: у родителей и родственников наличие психических заболеваний – отрицает. Венерические, психические заболевания, судорожные припадки, туберкулёз, суицидальные попытки и самоубийства у род-

ственников – отрицает. Проживает в частном доме. Детские заболевания психической природы – отрицает. Из перенесённых заболеваний отмечает: ОРВИ, отит, бронхит, ветрянка. Употребление алкоголя, наркотиков, токсикоманических средств, табакокурение – отрицает. Тяжёлые психические потрясения, операции, контузии, ранения – отрицает. (В данном случае у молодого человека 18-летнего возраста был эпизод, и теперь обострение протекает тяжелее. – *Прим. автора.*) St.praesens: общее состояние удовлетворительное. Питание: нормальное. Кожные покровы: физиологической окраски. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Отправления не нарушены. Температура тела: 36,5. Неврологический статус: глазные щели D=S. Зрачки симметричные, реакция на свет: живая. Конвергенция в норме. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые, симметричные. Патологические рефлексы – отсутствуют. Менингеальных знаков нет. Чувствительность не изменена. Движения координированные. В позе Ромберга: отмечается небольшое покачивание. Вазомоторных и вегетативных расстройств не отмечено. Речь: тихая. Параличи, парезы отсутствуют. Расстройств почерка, счёта, чтения не отмечается. В пространстве и времени ориентирован. Мышление логично замедлено. На вопросы отвечает адекватно. Символизм, неологизмы, бредовые идеи, резонёрство, детализация, застреманность – не выявлены. Переносный смысл пословиц и пого-

ворок воспринимает правильно. Пробы на обобщение и различение понятий – выполняет правильно. Запас житейских профессиональных знаний соответствует уровню образования и опыту. Своё настроение оценивает как подавленное. Зациклен на своём состоянии. Проводимые манипуляции: осмотр. Диагноз: *F40. Фобические тревожные расстройства*. Клинический диагноз: *Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Тревожное расстройство с единичными приступами панических атак. Депрессивное состояние*. Рекомендации: (название препарата убрано специально для данной книги) – по 1 таб. × 2 раза в день – 30 дней. (Ещё название препарата убрано специально для данной книги) – 1 капсула × 1 раз в день утром – 30 дней.

Представленные клинические случаи наглядно демонстрируют депрессивные состояния лёгкой степени тяжести, а также панические атаки. Возникает вопрос: что же спровоцировало рост обращаемости пациентов к психиатру? Необходимо вернуться к основам патофизиологии, в частности патофизиологии клетки. Любая клетка в ответ на воздействие отвечает типовыми реакциями. В данной главе акцентируется внимание на функционале нервных клеток, которые ответственны за психическое здоровье. Повреждение клетки и запуск реакции на повреждение является драматически индивидуальным, и поэтому доза воздействия раздражителя или повреждающего фактора также индивидуальна. Физическое, химическое, температурное воздействие

или воздействие вирусами, бактериями, грибами является цитопатическим (нарушающим работу и функционирование клетки) для функционирования клетки, но, что чрезвычайно важно отметить, *информационное* воздействие оказывает на клетку такое же воздействие, а иногда и более сильное, чем перечисленные выше факторы. Запускаются патологические процессы, которые проявляются на многих уровнях функционирования клетки. На уровне пострецептурных передающих механизмов это проявляется в виде нарушения активности внутриклеточных аденилатциклаз или протеинкиназ, а на уровне формирования ответа клетки – в виде технических или технологических дефектов. Повреждается и исполнительный аппарат клетки, происходит нарушение деятельности органелл клетки, нарушается функция всех транспортных систем.

Шквал негативных новостей, который сыпался весной 2020 года и даже сейчас продолжает идти практически ежеминутно из всех средств массовой информации о новой коронавирусной инфекции, и различные ограничения в социальной жизни – эти и многие другие факторы дают импульс, который подталкивает уязвимых людей к развитию дисрегулируемого нейрохимического состояния, в результате чего появляются психотические симптомы. Депрессия является гетерогенным расстройством, в патогенезе которого важная роль отводится как генетическим факторам, так и условиям микро- и макросреды. Считается, что основным патогенети-

ческим механизмом депрессивных расстройств является нарушение в работе нейрохимических структур, в том числе серотонинергической системы. Серотонин или *5-гидрокситриптамин* (5-НТ) является модулятором реакций гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси на стресс, как острый, так и хронический. Возникновение депрессии связано с полиморфизмом гена 5-НТТ (SLC6A4), который расположен на 17-й хромосоме и кодирует транспортёр серотонина – белок, основная функция которого – осуществлять обратный захват серотонина из синаптической щели. Его наиболее изученный полиморфизм – 5-НТTLPR – способен влиять на активность экспрессии гена за счёт различной длины повторяющихся элементов. Полиморфизм 5-НТTLPR связан с индивидуальными особенностями аффективных проявлений, а именно большей эмоциональностью и чувствительностью к стрессовым событиям. Другой нейромедиатор – допамин (дофамин) – отвечает за двигательные, когнитивные и аффективные функции. Нехватка допамина напрямую связана с истощением нервной системы и способствует большей подверженности стрессовым событиям. Известно, что на возникновение депрессии могут оказывать влияние и другие нейромедиаторные системы. Так, нейромедиатор норадреналин отвечает за бодрствование, принятие решений, а также активизируется при воздействии стрессовых событий. Ген NET (SLC6A2) расположен на хромосоме 16q12.2 и отвечает за транспорт норадреналина и обеспечение его об-

ратного захвата. Все эти транспортировочные системы резко нарушаются при повреждении клетки от информационного воздействия.

Повышается уровень страха, тревожности, которые сопровождаются раздражением к происходящему, усилению конфликтности, растерянностью, непониманием и увеличивающимися процессами дезадаптации организма. Это предпосылки для возникновения расстройства психики в виде панической атаки, которое входит уже в другую группу болезней (F41.0) по классификации МКБ–10. При этом состояние паники входит в структуру такого нервно-психического заболевания, как *паническое расстройство* (ПР). Характерной чертой расстройства являются рецидивирующие приступы резко выраженной тревоги (паники), которые не ограничены какой-либо особой ситуацией или комплексом обстоятельств и, следовательно, *непредсказуемы!* Как и при других тревожных расстройствах, основная симптоматика включает внезапное возникновение сердцебиений, боли за грудиной, ощущение удушья, тошноту и чувство нереальности (деперсонализация или дереализация). Кроме того, как вторичное явление часто присутствует боязнь умереть, потерять контроль над собой или сойти с ума. Расстройство протекает приступообразно, когда непосредственно состояния паники («панические атаки») сменяются относительно спокойным фоновым состоянием или «межприступным периодом». Часто повторяющиеся приступы могут приводить к вторич-

ным депрессивным реакциям, агорафобии, личностным расстройствам и другим осложнениям.

В настоящее время патогенез панического расстройства до конца не изучен, что говорит о многофакторном механизме развития без явного доминантного преимущества какого-либо из механизмов. Считается, что играет свою роль аномалия строения и функции лимбической системы, базальных ганглиев, структур ствола мозга, а также височной и префронтальной коры. Существенную роль в развитии панических атак могут играть нарушения нейромедиаторных систем ГАМК-эргической передачи во фронтальной и височной коре, а также серотониновой в ядрах шва продолговатого мозга. Также есть свидетельства о роли орексиновой системы в патогенезе ПР.

Этиопатогенез (причины и механизм развития) многих заболеваний, особенно сердечно-сосудистой и эндокринной систем, связан с состоянием и адекватным функционированием нервной системы. При патологическом психоэмоциональном стрессе возникают расстройства регуляции функций практически всех висцеральных систем и выраженность поражения будет зависеть от конкретного биологического индивидуума и его генетической предрасположенности к определённой соматической патологии, которая определяется не только генетическими факторами, но и образом жизни и условиями проживания. При крайних вариантах своего проявления психосоматические расстройства будут прини-

мать генерализованный характер. Фактически сейчас можно говорить о наблюдении психических расстройств, которые очень близки к посттравматическим стрессовым расстройствам и которые по Международной классификации болезней 10-пересмотра (МКБ–10) относятся к классу F43 (реакции на тяжёлый стресс и нарушения адаптации). Расстройства, классифицированные в этой рубрике, могут рассматриваться как извращённые приспособительные реакции на тяжёлый или продолжительный стресс, при этом они мешают успешно справиться со стрессом и, следовательно, ведут к проблемам социального функционирования.

Закрытие амбулаторного звена психиатрической помощи в 2020 году, невозможность пациентов получить своевременно рациональную скорректированную поддерживающую терапию, отказ пациентов от проведения немедикаментозных методик лечения и восстановления из-за *«опасности заражения инфекционной смертельной болезнью»* приводит к нарастанию патологических изменений в организме пациентов, что скажется на росте количества пациентов с соматической патологией.

Надеюсь, что данную главу удалось написать несложно для читателя. Так что же в результате вакханалии 2020 года мы получили?

Неадекватное акцентирование внимания на вспышке коронавирусной инфекции в России привело к значительному росту обращаемости за помощью к психиатрам частных ме-

дицинских учреждений из-за закрытия планового приёма на уровне амбулаторного звена организации оказания психиатрической помощи.

Длительно существующий психоэмоциональный стресс привёл и приводит к развитию выраженных расстройств психики населения (достаточно посмотреть на реакцию людей в маске, когда рядом с ними появляется человек без маски), но и к стимулированию психосоматической патологии, которая проявляется и будет проявляться через некоторое время. Вероятнее всего количество заболевших и пострадавших от усиления и усугубления психосоматической патологии будет в разы больше, чем количество пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. Это ещё придётся выяснять и подсчитывать...

Здоровье и психика детей

Неадекватность мер и подходов в 2020–2021 году вызвала массу беспокойств у родителей и у школьников. Было сделано обращение в Международную общественную организацию «Независимая Ассоциация Врачей» для получения экспертного заключения по оценке безопасности дистанционного обучения и активного внедрения методик с применением цифровых технологий для детей.

Позволю себе вставить текст заключения для ознакомления. Начиная с марта 2020 г. школьники в России и во

всём мире жили в непривычных для них условиях. Это было вызвано переводом детей на дистанционный вид обучения в связи с объявленной «пандемией» новой коронавирусной инфекции. В мире 1,3 млрд детей весной 2020 г. находились в «самоизоляции» и не посещали школы. Вероятность возврата к такой форме обучения при ухудшении эпидемиологической ситуации сохраняется и сейчас. Причём недопуском детей в школы постоянно шантажируют чиновники, наводя дополнительный уровень тревожности и стресса не только для родителей, но и для учащихся. Также на территории Российской Федерации начиная с 2016 г. и преимущественно 2020–2021 гг. в рамках национального проекта «Цифровая школа» в учебный процесс активно внедряются методики с применением цифровых технологий. Это такие проекты, как *Московская электронная школа* (МЭШ) и *Российская электронная школа* (РЭШ), цифровая образовательная среда, цифровая платформа персонализированного обучения СберКласс. Реализация таких проектов неизменно будет связана с более длительным пребыванием детей перед экраном компьютера и в положении сидя, снижением двигательной активности, ограничение живого общения с учителем и сверстниками.

Всё это вызывает беспокойство у родителей и учителей. Представители родительских и педагогических сообществ обратились к «Независимой Ассоциации Врачей» с интересующими их вопросами, в частности:

1. Как влияет неконтролируемое нахождение за электронными средствами обучения (компьютер, планшет, смартфон и т. д.) на опорно-двигательную систему, органы дыхания, зрения, нервную систему детей младшего школьного возраста, подросткового возраста, молодых людей?

2. Может ли дистанционное и электронное обучение на постоянной основе привести к росту заболеваний среди детей школьного возраста и «омоложению» заболеваний опорно-двигательной системы, органов дыхания, нервной системы, зрения?

3. Как дистанционное и электронное обучение влияет на здоровье детей, их психическое и физическое развитие, развитие головного мозга и умственных способностей детей школьного возраста?

4. Какие виды деятельности необходимы ребёнку в возрасте от 7 до 17 лет для нормального развития всех систем организма?

5. Как сокращение круга общения ребёнка влияет на его психическое и физическое здоровье?

Как вы понимаете, все вопросы актуальны и важны для родителей и педагогов, в частности. При подготовке заключения коллективом врачей и узких специалистов использовалось 36 источников, которые включали не только государственные документы, но и медицинские опубликованные исследования, исследования педагогических и образовательных коллективов. В результате проработки научных данных

и государственных документов коллектив авторов подготовил заключение.

Дистанционное обучение – это взаимодействие учителя и учащихся между собой на расстоянии, отражающее все присущие учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные формы, средства обучения) и реализуемое специфичными средствами интернет-технологий или другими средствами, предусматривающими интерактивность.

Электронное обучение – это система обучения при помощи информационных и электронных технологий. Существует определение, которое дали специалисты ЮНЕСКО: «*e-Learning – обучение с помощью Интернета и мультимедиа*».

В СССР и в России всегда существовали чётко определённые и закреплённые нормативными документами Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях. Они создавались и корректировались в результате огромной исследовательской работы врачей и учёных, а также основывались на данных ежегодных профилактических осмотров всех учащихся. Так, например, в соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 29.12.2010 № 189 (ред. от 22.05.2019) «Об утверждении СанПиН 2.4.2.2821–10 „Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях“» продолжительность

непрерывного использования компьютера с жидкокристаллическим монитором на уроках составляет: для учащихся 1–2 классов – не более 20 минут, для учащихся 3–4 классов – не более 25 минут, для учащихся 5–6 классов – не более 30 минут, для учащихся 7–11 классов – 35 минут. Минимальная диагональ должна составлять для монитора персонального компьютера и ноутбука – не менее 39,6 см, планшета – 26,6 см. Использование мониторов на основе электронно-лучевых трубок в образовательных организациях не допускается.

С 1 января 2021 г. вступили в действие новые санитарные правила СП 2.4.3648–20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи». Было отменено порядка 17 санитарных правил и норм, которые касались обучения, содержания и оздоровления детей. Вместо этого были введены правила, в которых отсутствуют требования, мешающие вводить электронные средства обучения. Многие из того, что раньше считалось вредным для детского организма, стало разрешено. Периодические медицинские осмотры, позволяющие отследить изменения здоровья школьников, отменены с 2017 года. Данные же за предыдущее десятилетие говорят об ухудшении здоровья школьников. Выросло количество новообразований у детей за 10 лет на 103 %, это очень тревожные цифры. Болезни нервной системы – на 27 %, болезни глаз увеличились на 20 %.

При этом нет опубликованных полномасштабных исследований, доказывающих безопасность внесения таких изменений в санитарные нормы.

Более того, в период с 27 апреля по 26 мая 2020 г. НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков был проведён анонимный опрос 29 779 школьников в условиях дистанционного обучения 5-х – 11-х классов из 79 регионов России. Анализ данных, полученных в ходе опроса, выявил острые проблемы в сохранении и укреплении здоровья обучающихся в условиях цифровизации: *«Отсутствие безопасных для здоровья и доступных для обучающихся учебных электронных изданий и электронных средств обучения; отсутствие современных гигиенических требований и специальных санитарных требований к цифровой образовательной среде, дистанционному обучению»*.

Было выявлено увеличение продолжительности выполнения домашних заданий, а значит, пребывание в статичной позе в среднем у 50 % опрошенных, увеличение времени работы с компьютером и другими гаджетами у 46,7 % опрошенных; время работы с электронными устройствами, оборудованными экранами, 4 ч и более отмечается у 77,2 % опрошенных; снижение продолжительности прогулок – у 68,3 % и физической активности – у 55,2 % респондентов. У 83,8 % обучающихся отмечены неблагоприятные психические реакции пограничного уровня; наличие депрессивных проявлений можно предположить у 42,2 % респондентов.

тов, астенических состояний – у 41,6 %, обсессивно-фобические состояния можно предположить у 37,2 %, гиперкинетические реакции – у 29,2 %, синдром головных болей – у 26,8 %, нарушения сна – у 55,8 %. Каждый пятый школьник (21,2 %) указал, что «самоизоляция» невыносима. У 30,7 % опрошенных отмечаются признаки компьютерного зрительного синдрома и у 4,2 % – карпально-туннельного («запястного») синдрома, характерных для профессионалов, связанных с информационно-коммуникационными технологиями и средствами их обеспечения. Вероятнее всего, у учащихся начальной школы эти проблемы проявились ещё острее.

В связи с отсутствием в доступной научной литературе информации об изучении изменений, возникающих у детей в результате перехода на новую цифровую и дистанционную форму обучения, и рисках, которые могут быть, было подготовлено заключение. Эксперты с высшим медицинским образованием и практики с опытом наблюдения за изменениями в состоянии здоровья при лечении и реабилитации детей и подростков в своих выводах основывались на знаниях анатомо-физиологических особенностей развития детей, профессиональных знаниях и клиническом опыте, а также на санитарно-эпидемиологических нормах в отношении детей, существовавших до 1 января 2021 г., так как они были научно обоснованы и проверены практикой.

Из приведённых ранее данных анкетирования следует, что при дистанционном и цифровом обучении однозначно

будет увеличиваться время нахождения ребёнка в статичной позе за монитором компьютера, снизится двигательная активность и пребывание на открытом воздухе.

Это окажет глубинное негативное влияние на качество и продолжительность жизни подрастающего поколения, так как вызовет массовую длительную гиподинамию, что приведёт к детренированности мышцы сердца и всей скелетной мускулатуры детей и юношества. Дряблость и детренированность сердечной мышцы напрямую влияет на укорочение продолжительности жизни, так как уменьшение объёма сердечного выброса ведёт к развитию хронической сердечной недостаточности в любом возрасте.

Уже доказано, что продолжительность жизни человека зависит от количества сигнальных молекул, поступающих от сокращающихся скелетных мышц в мозг. Человек, как вид, запрограммирован так, что энергия, поступающая из пищи, должна сжигаться во время физической нагрузки. При отсутствии двигательной активности, вызванной длительным сидением за экраном гаджетов, вся глюкоза, поступившая с пищей, будет откладываться в печени в виде жировой инфильтрации, вызывая развитие метаболического синдрома (гиперхолестеринемию, гипертонию, инсулинорезистентность) и ожирение.

Ожирение, развившееся в детском возрасте, ведёт к нарушению полового созревания растущего организма: у мальчиков развивается гипогонадизм, у девочек – синдром по-

ликистозных яичников. То и другое приводит к первичному бесплодию. То есть уже первое поколение, выращенное за экранами гаджетов, будет иметь проблемы в репродуктивной сфере.

Кроме того, мы знаем, что отсутствие адекватной физической активности ведёт к формированию ослабленных митохондрий и накоплению продуктов обмена в организме, так как ослабленные митохондрии не могут снабжать достаточным количеством энергии аэробные обменные процессы в организме, вследствие чего организм переходит на анаэробный тип обмена веществ.

Следует отметить, что экранное изображение отличается от бумажного тем, что оно самосветящееся, состоит из отдельных точек (пикселей), не имеет чётких границ и относительно невысокой контрастности. Во время работы за компьютером наши глаза находятся близко к монитору. Недостаточная освещённость рабочего места и необходимость постоянно перемещать взгляд с экрана на клавиатуру и обратно только усугубляют ситуацию. Поэтому ежедневная длительная работа за компьютером может нарушить зрение: привести к затуманиванию зрения, боли в области глазниц, лба, глаз при их движении и рези в них, синдрому «сухого глаза», спазму аккомодации и развитию впоследствии миопии, прогрессированию уже имеющейся близорукости. Особенно чувствительны к такой зрительной нагрузке дети и люди с близорукостью, астигматизмом и дальнозоркостью.

Как показали исследования американских учёных, риск возникновения проблем со зрением у людей, которые за компьютером проводят более 3 часов в день, составляет 90 %!

Чем меньше и хуже экран, тем сильнее приходится напрягать глаза. Поэтому, например, монитор компьютера лучше планшета. В обучении с использованием электронных устройств планируется использовать именно планшеты, причём по 5–6 часов в день.

Особое внимание следует уделить патогенезу повреждения опорно-двигательного аппарата детей при дистанционном виде обучения с использованием цифровых технологий.

Список действий, проводимых учителем при очной форме занятий по предотвращению повреждений здоровья учеников:

1. Строгое следование времени занятия.
2. Соблюдение учеником позы во время урока.
3. Соблюдение уровня освещённости поверхности, с которой считывается информация.
4. Отслеживание временного интервала чередования труда и отдыха ребёнка.
5. Своевременное исправление отклонений от заданных параметров.
6. Чередование уроков со статической нагрузкой на опорно-двигательный аппарат с уроками физической культуры под контролем наставника.

Список повреждающих факторов на опорно-двигатель-

ный аппарат при дистанционной цифровой форме обучения можно разделить на следующие группы: повреждения, связанные со снижением регулярной физической нагрузки, и повреждения, связанные со статической перегрузкой компенсаторных систем детского организма под воздействием гравитации в неподвижной позе.

В основе – это статические гравитационные перегрузки без дальнейшего возмещения движениями в положении сидя у компьютера без контроля учителя:

1. Статическая поза тела в течение более 30 минут в день недопустима в младшей (дошкольной и 1–2 классы школы), более 1 часа в средней (3–6 классы) и старшей возрастной группе детей (7–11 классы).

2. Нефизиологичное положение головы по отношению к туловищу (наклон головы вперед более 15 % от нейтрального положения), особенно при полулежачем выполнении задания у ноутбука или в расслабленном положении у домашнего компьютера, сглаживание лордоза шейного отдела позвоночника, перегрузка шейного отдела позвоночника с нарушением кровоснабжения головного мозга, изменение окклюзии зубного ряда с нарушением функции носового дыхания. Хроническая гипоксия во время формирования паттерна управления телом ребенка наиболее пагубно отразится при дальнейшей жизнедеятельности подростка с закреплением патологических двигательных стереотипов.

3. Сглаживание поясничного отдела позвоночника с «вко-

лациванием» крестца между крестцово-подвздошными сочленениями приводит к повреждению функции крестцово-подвздошных и подвздошно-крестцовых суставов, формированию перегрузки на L3 (несущий, ключевой позвонок) поясничного отдела позвоночника и созданию предпосылки к его ранней клиновидной деформации и раннему износу межпозвоночных дисков в поясничном отделе позвоночника – формирование региональных соматических дисфункций.

4. Поджатие дыхательной (грудобрюшной) диафрагмы в фазу вдоха не позволяет расправиться полностью нижним отделам обоих лёгких с созданием венозного и лимфатического застоя в плохо вентилируемых нижних отделах лёгких. Что в свою очередь является предпосылкой к частым респираторным инфекциям у ребёнка и как результат – к изменению функционирования опорно-двигательного аппарата в грудном регионе (сомато-висцеральные дисфункции).

5. Ротация тазовых костей при хроническом расслаблении тазовой диафрагмы создаёт предпосылку к нарушению функции тазовых органов и вторичному изменению функции опорно-двигательного аппарата (висцеро-соматические дисфункции).

6. Хронический стресс на фоне выполнения малопонятных (без разъяснения педагогом) заданий вызывает у ребёнка спазм дыхательной межрёберной мускулатуры, спазм мышц надплечий, а также мышц, прикрепляющихся к основанию черепа, подъязычной кости, ключицам с формирова-

нием характерной позы – поднятые лопатки, поджатые вверх плечи, втянутая голова в плечи – психо-висцеро-соматическая дисфункция. Что дополнительно изменяет кровоснабжение головного мозга растущего организма.

7. Отсутствие рецепторной нагрузки на подошвенные барорецепторы стопы способствует формированию статического плоскостопия от бездействия мышечного каркаса стопы и голени.

Список компенсаторных механизмов тела для сохранения адаптации детского организма:

1. Напряжение мускулатуры передней поверхности шеи, включая глубокие мышцы в течение длительного времени с использованием скелетной (не статической) мускулатуры и её перегрузкой, и последующим спазмом и формированием дисфункции шейного отдела позвоночника.

2. Фиксация взора в одну точку без установочных движений мышц тела и глаз с формированием вторичной дисфункции мышц шейного футляра (40 пар мышц шеи, ассоциированных с 6 парами глазодвигательных мышц).

3. Застой венозной крови в малом тазу как результат гравитационного воздействия на детский организм в течение длительного периода без движения с перестройкой кровоснабжения преимущественно нижней половины туловища и обкрадывания головы за счёт депонирования крови в венозных лакунах мышц голени.

4. Снижение тонуса позных (статических) мышц нижних

конечностей как результат рецепторного бездействия мышц стоп и голеней.

5. Снижение синтеза белка в ассоциированных мышцах, отвечающих за гравитационное выравнивание (нет раздражителя – нет реципрокной связи).

Что получается в результате:

1. Вялая осанка.
2. Вколоченный крестец.
3. Мышечный гипотонус скелетной мускулатуры.
4. Гравитационное повреждение межпозвонковых дисков.
5. Изменение градиента давления в сосудах головы и шеи.
6. «Обкрадывание» головного мозга артериальной кровью на фоне сниженного венозного возврата в правое предсердие.
7. Обеднение кровоснабжения скелетной мускулатуры.
8. Плоскостопие, проблемы со зрением.
9. Дефицит скручивания костей при движении – их хрупкость, медленный рост и снижение устойчивости.

Исторически искусственное воздействие на опорно-двигательный аппарат можно проследить в культуре стран Востока – бинтование стоп девочек с их последующей деформацией и инвалидизацией ребёнка в угоду моды на маленькую ножку.

В период дистанционного обучения мы наблюдаем в режиме реального времени экспериментальные повреждения опорно-двигательного аппарата у детей, связанные с искус-

ственным ограничением либо полным прекращением мышечных движений, и внедрение в систему обучения цифровой среды, где нет учителя и наставника, обладающего опытом и наблюдательностью за состоянием здоровья ребенка. Любое обучение в живом биологическом мире происходит исключительно в движении. Все млекопитающие, к которым относится и человек разумный, обучают своё потомство в игре и движении. Прекращение движения, исключение регулярных двигательных нагрузок на опорно-двигательный аппарат означает атрофию мышечного каркаса, снижение адаптационных возможностей организма и повышение риска гибели особи в экстремальных случаях как результат неподготовленности к критическим перегрузкам. Игнорирование основ биологического существования живых систем означает деградацию и гибель всей популяции. Результат таких действий, к сожалению, видится только через десятилетия. Поэтому так легко принимаются нововведения по изменению жизнедеятельности человека и его потомства.

Все мы понимаем, что масштаб потребления цифровых продуктов современными детьми и без цифрового образования огромен и уже превышает предельно допустимые и безопасные нормы. По данным ЮНЕСКО, 93 % современных детей 3–5 лет смотрят на экран 28 часов в неделю, т. е. около 4 часов в день. Соответственно у школьников эта цифра значительно выше. Это огромное количество времени, которое уже имеет свои негативные результаты. Педиатры, психоло-

ги и педагоги сталкиваются с этим постоянно.

Рассмотрим отрицательное воздействие медиа- и цифровых технологий на развитие ребёнка в сферах формирования и физического тела, физиологических процессов, эмоционального состояния и формирования высшей нервной деятельности в различных возрастных группах.

В дошкольном возрасте (0–7 лет). Большее влияние оказывается на физическое и физиологическое состояние ребёнка:

1. Отсутствие подражания движению живого человека, что задерживает формирование простых бытовых навыков (гигиены, питания, одевания).

2. Задерживается формирование речи в целом, распознавание обращённой речи и формирование полноценной речи с правильной артикуляцией, основанной на физиологическом подражании движениям гортани говорящего человека.

3. Избыточное время нахождения ребёнка за гаджетом (более 1 часа в день) создаёт антагонизм к естественному развитию физиологических функций организма: уменьшение общей двигательной активности, снижение жизненной ёмкости лёгких и снижение сердечного выброса из-за регулярной обездвиженности, уменьшение вариабельности становления ритмов сердца и дыхания.

4. Уменьшение функционального восстановления сердечного ритма после нагрузок.

5. Отсутствует формирование правильной осанки.

6. Избыточный выброс стрессовых гормонов, приводящий к неадекватному поведению после отрыва от гаджета и часто не находящий выплеск в виде двигательного акта. Истощение гормональной (адренал-кортизоловой) системы за счёт нереализованности эмоционального выплеска в свободном движении.

7. Отсутствие формирования ловкости (физиологического акта синергического чередования мышечных сокращений сгибателей и разгибателей, формирование пружинящей функции суставов и укрепления мышц голеностопного сустава с формированием правильного свода стопы).

8. Отсутствие ощущения потребностей собственного тела и неумение их удовлетворять самостоятельно (дети терпят, не идут в туалет или не контролируют и ходят в памперс, часто хронический запор, не могут оторваться от захватившего их действия при ощущении голода или жажды, часто не осознают вкус и количество съеденной пищи).

9. Частое нарушение сна (плохое засыпание, частое пробуждение ночью). Смещение циркадных ритмов.

10. Ухудшение связи с родителями, нарушение формирования привязанности, что уменьшает возможности подражания, снижает способность к обучению, формированию эмпатии и возможности коммуникации. Обедняются навыки социального взаимодействия.

11. Отсутствует способность играть, создавать образы и реализовывать идеи, как предформа навыка креативности и

возможности создания и реализации идей.

С 7–14 лет к всему вышеперечисленному, что не дозревает в этот период, присоединяются нарушение формирования психических функций:

1. Неспособность фокусировать внимание (из-за постоянной смены неконгруэнтных следующих друг за другом кадров).

2. Ослабление контроля за собственными двигательными реакциями (импульсивность, истеричность, агрессивность).

3. Снижается ясность мышления.

4. Повышение уровня сенсорной стимуляции мобильным устройством притупляет эмоциональное восприятие ребёнком реальности.

5. При длительном использовании гаджетов – более часа-двух в день – практически не остаётся места и времени для формирования коммуникации между родителями и ребёнком.

6. Дезорганизация высших мыслительных и психических функций.

7. Снижается грамотность, растёт количество дисграфий и дизлексий.

У детей старше 12 лет, то есть у подростков, происходит нарушение формирования личности при избыточном использовании гаджетов:

1. Заменяет опыт действий в реальной жизни.

2. Не формируются навыки социального взаимодействия

(дети не умеют конструктивно общаться, договариваться, выслушивать, просить, искать компромисс со сверстниками, преодолевать конфликт).

3. Ограничивается навык развития вариабельности решения из-за регулярного решения стереотипных задач. Не формируется многофакторность в принятии решений из-за привычных алгоритмов решения стереотипных задач в играх, что и является основой реальной жизни (компьютер с тобой не спорит, не видно его эмоций, не можешь определить последствия и не отвечаешь за последствия ошибки или неправильного действия).

4. Формирование психической зависимости из-за подкрепления условного рефлекса удовлетворением, без реальных эмоциональных затрат и напряжений.

5. Учащается формирование нарушений эмоционального состояния психики с явной клинической картиной, требующей участия профильных специалистов, что создаёт нагрузку на школу, экономику и здравоохранение: гиперактивность, повышенная раздражительность, страхи, снижение умственной работоспособности из-за перегруза информацией, снижение долгосрочной памяти, тревожность, потеря чувства безопасности, частые смены настроения и невозможность его контролировать, беспокойство, чувство изоляции и покинутости в случае неполучения ожидаемых развлечений.

В возрасте старше 14 лет выраженнее становятся наруше-

ния личности и мышления:

1. Ослабление контроля в эмоциональной сфере.
2. Нарушение целеполагания и упорства достижения, ослабление волевого стремления.
3. Неспособность выстраивать чёткие логические связи и способность критически мыслить повышает склонность к внушаемости и к манипуляции третьими лицами.
4. Возникает сложность в распознавании вредной информации, заложенной в сочетании звуков, вспышек, ритме, раздражении вестибулярного аппарата и других скрытых приёмах.
5. Агрессивные деструктивные идеи перенимаются как нормы жизни в реальности (насилия, оскорблений, издевательств над другими и т. д.), проецируются на реальную жизнь.

Таким образом, происходит ослабление наиболее сложных психических функций сознания, интеллекта, мышления и долговременной памяти, а эмоции и влечения растормаживаются, вплоть до аффектов.

В результате подростки становятся внушаемыми, возбуждёнными, сексуально-агрессивными, склонными к бунту, протесту до разрушающих действий, создавая риск для самого ребёнка и окружающих ещё более, чем это свойственно возрасту, вплоть до противоправных действий.

Всё это снижает психическое здоровье подростков и в долгосрочной перспективе физическое здоровье населения,

ведёт к развитию психосоматических заболеваний, ухудшению качества жизни.

По данным опроса, проведённого НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков с 27 апреля по 26 мая 2020 г. в условиях дистанционного обучения, с массивным использованием цифровых методик, анализ соматических и психосоматических жалоб школьников позволил предположить у некоторых обучающихся в период самоизоляции депрессивные проявления и астенические состояния. Наличие депрессивных проявлений можно предположить у 42,2 % опрошенных, астенических состояний – у 41,6 %, в том числе синдромально-очерченный астенический синдром – у 23 %. Не было неблагоприятных психологических реакций в период самоизоляции только у 16,2 % обучающихся. В ряде наблюдений (93 человека) определялись признаки выраженной психической дезадаптации, требующие срочной консультации врача-психотерапевта: суицидальные мысли и тенденции, приступы панических атак, выраженная тревога с психомоторным возбуждением, агрессивные действия. Следует заметить, что дистанционное обучение было введено с марта 2020 г., опрос проводился в апреле-мае 2020 г. Логично предположить, что при более длительном нахождении на такой форме обучения эти цифры существенно возрастут.

Так что же мы получили в результате «пандемии», которую объявили в 2020 году:

1. Дистанционное обучение и активное внедрение мето-

дик с применением цифровых технологий в школах и других детских образовательных учреждениях. Данное обучение неизменно привело к увеличению продолжительности пребывания детей в статичной позе, увеличению времени работы с компьютером и другими гаджетами, снижению продолжительности прогулок и снижению физической активности.

2. «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодёжи» СП 2.4.3648–20 от 28.09.2020 № 28, вступившие в действие с 1 января 2021 г. были приняты без проведения необходимых исследований и практических наблюдений, доказывающих безопасность и адекватность внесения таких изменений в санитарные нормы.

3. Дистанционное обучение на постоянной основе и активное внедрение методик с применением цифровых технологий в школах и других детских образовательных учреждениях, которое приводит к следующим негативным изменениям в организме детей: детренированность мышцы сердца с уменьшением объёма сердечного выброса и последующим риском развития заболеваний сердечно-сосудистой системы; избыточная масса тела с последующим риском развития первичного бесплодия; боли в области глазниц, лба, глаз при их движении и рези в них; синдром «сухого глаза»; спазм аккомодации и развитие впоследствии миопии; прогрессирование уже имеющейся близорукости; ослабление наиболее

сложных психических функций сознания, интеллекта, мышления и долговременной памяти, расторможенность эмоций и влечения, вплоть до аффектов. В подростковом возрасте – избыточная внушаемость, сексуальная агрессия, склонность к протесту до разрушающих и противоправных действий. Изменения со стороны опорно-двигательного аппарата: вялая осанка, вколоченный крестец, мышечный гипотонус скелетной мускулатуры, гравитационное повреждение межпозвонковых дисков, изменение градиента давления в сосудах головы и шеи, «обкрадывание» головного мозга артериальной кровью на фоне сниженного венозного возврата в правое предсердие.

Всё это однозначно снизит физическое и психическое здоровье детей и подростков, приведёт к более раннему развитию психических и соматических заболеваний и в долгосрочной перспективе ухудшит здоровье нации.

Процессы в обществе

События 2020 года затронули не только детей и взрослых, семью, образование, но произошли изменения в обществе. Появилось несколько трендов – как деструктивный (панический, разрушительный), так и созидательный (объединяющий, конструктивный, позитивный). Эти тренды проявили свои первые очертания в 2020 году и активизировались в 2021 году. Появились попытки разделить общество с на-

клеиванием ярлыков «антиваксеры», «антипрививочники», «ковид-диссиденты» и т. п. Нет нужды и времени перечислять низменные названия, которые выдумываются умственно ограниченными личностями. Надо акцентировать своё внимание на позитивных, созидательных, создающих, творящих, улучшающих жизнь процессах, чтобы не разрушать свою собственную психику и не снижать активность собственной иммунной системы.

Позитивные процессы стали приносить свои положительные процессы. В связи с появлением в социальных сетях и средствах массовой информации (примерно с июля 2021 года) огромного количества сообщений о тяжёлых поствакцинальных осложнениях и летальных исходах после «вакцинации от COVID–19», что явно противоречило информации государственных СМИ, производителей «вакцин», чиновников Министерства здравоохранения РФ и Роспотребнадзора о безопасности вакцин, несколькими десятками врачей, блогерами и юристами, независимо друг от друга, был инициирован поиск таких сообщений, их опубликование и анализ собранных данных.

Изначально не пересекающимися друг с другом лицами, при совместной работе были обнаружены сотни сообщений родственников погибших после «вакцинации от COVID–19» о летальных исходах их близких, многие из которых подтверждены медицинскими документами, доказывающими прямую причинно-следственную временную связь меж-

ду «вакциной» и скоропостижной смертью. Количество таких сообщенийкратно возросло после того, как, несмотря на мнение президента о добровольности процедуры вакцинации, в июне 2021 года главой Роспотребнадзора РФ А. Ю. Поповой, некоторыми главными санитарными врачами и главами регионов были выпущены нормативные акты, предписывающие обязательную вакцинацию от 60 до 80 процентов граждан «отдельных категорий»: врачей, медицинских работников, сотрудников организаций розничной торговли и общепита и т. д.

Примерно к концу июля – началу августа 2021 года количество таких сообщений лавинообразно выросло, а социальные сети заполнили сообщения о погибших, ранее получивших одну или две дозы экспериментальной «вакцины». Информационные ресурсы, публикующие сообщения о смертях после вакцинации, получили большой приток подписчиков и просмотров ввиду того, что, во-первых, людей начали принуждать к «вакцинации», а во-вторых, из-за массовой необъяснимой гибели достаточно молодых людей, риск умереть которых от «нового штамма COVID–19» бесконечно стремился к нулю.

Основные причины повышенного интереса граждан к теме безопасности и эффективности «вакцин» от COVID–19 были вызваны рядом факторов.

Во-первых, это чрезвычайно навязчивое «продвижение» вакцинации в «добровольно-принудительном» порядке со

стороны СМИ, органов государственной и муниципальной власти, руководителей государственных учреждений и предприятий.

Во-вторых, информация от независимых от BigPharma российских и зарубежных учёных и врачей с мировым именем об отсутствии доказательств безопасности вакцин и, более того, об их смертоносности. Например, от зарубежных: Люка Монтанье, получившего Нобелевскую премию за обнаружение ВИЧ; Роберта Мэллоуна, изобретателя мРНК-вакцин; лечащего врача президента США Дональда Трампа – Владимира Зеленко (автора протокола Зеленко для лечения COVID–19) и многих других; от российских учёных: д.м.н. Редько, д.б.н. Гундарова, д.м.н. Филатова (скоропостижно умер), д.м.н. Полетаева (скоропостижно умер), д.м.н. Воробьева, д.м.н. Шафалинова, д.м.н. Иванова и многих других.

Поступала информация от пациентов и медицинского персонала «красных зон» о том, что с конца мая 2021 года там находятся преимущественно «вакцинированные от COVID–19» – так уже в июне 2021 года доля «вакцинированных» пациентов с диагнозом «COVID–19» в соответствующих стационарах составляла от 60 % и выше (данные подтверждены сотнями сообщений от врачей и пациентов так называемых ковидариев и врачей скорых).

В-третьих, явно выраженная всемировая «шаблонность» мер борьбы «с коронавирусом», заключающаяся в отсутствии широкой научной дискуссии, преследовании ина-

комыслящих, фактическом аннулировании неотъемлемых личных конституционных прав граждан, гарантируемых конституцией и международными договорами: право на жизнь, на охрану здоровья, на труд, на свободу передвижения, на свободу слова и так далее.

В-четвёртых, фактическое принуждение к участию в медицинском эксперименте, запрещённое не только Конституцией РФ и федеральными законами, но и всеми международными конвенциями и договорами в области защиты личных прав и свобод, положений Нюрнбергского кодекса.

В-пятых, неприкрытое, демонстративное сокрытие «изобретателями», производителями и ответственными за иммунизацию чиновниками жизненно важной информации об истинных количествах побочных эффектов и летальных исходов после «вакцинации» от COVID-19. Отнесение Минздравом РФ смертей от «вакцинации» от COVID-19 в разряд смертей «от прочих причин».

В-шестых, отсутствие достоверной информации о выделении (изолировании) вируса SARS-CoV-2 и его патогенности согласно критериям Коха. Отсутствие информации о наличии выделенного «по Коху» вируса в распоряжении российских учёных биологов/вирусологов и лабораторий. Отсутствие информации хотя бы о попытках выделить вирус, вызывающий характерные симптомы болезни, называемой «COVID-19».

В-седьмых, личная информация, передаваемая по прин-

ципу «сетевого радио», большинства граждан РФ о том, что после прививки «от COVID- 19» не только (спустя даже месяцы) заболевают и умирают «от COVID–19», но и получают практически мгновенно тяжелейшие побочные реакции, приводящие к летальным исходам.

В-восьмых, практически маниакальное стремление производителей «вакцин» и многих чиновников начать «вакцинацию», а по факту – медицинские эксперименты над детьми: с 20 сентября 2021 года, от 17 лет до 11-ти и младше. Так, сенатор от Мурманской области Т. А. Кусайко, заслуженный врач России, проговорила о планах колоть экспериментальные генно-модифицирующие препараты, почему-то называемые вакцинами, детям от 5 лет и младше. Примерно о том же самом в многочисленных интервью на ТВ говорит руководитель НИЦЭМ им. Гамалеи А. Л. Гинцбург (в определённой части общества открыто обсуждается связь национальности Гинцбурга и человеческих жертвоприношений).

Отсутствие в широком доступе информации о фактическом составе «вакцин» от COVID- 19 и, наоборот, недостаток информации в Интернете о наличии в составе этих экспериментальных препаратов оксида графена (что, в принципе, объясняет преобладание тромбоза в посмертных эпикризах), поскольку часть компонентов всех российских «вакцин» импортируются. Кроме того, разработчиками вакцин не скрывается наличие в их составе смертельно опасных доз

химических соединений, например таких как гидроксиметиламинометан, статья о котором в Википедии, содержащая фразу *«не для введения в организм животного или человека»* была «подправлена» летом 2021 года таким образом, что эта фраза исчезла.

Все перечисленные положения однозначно и чётко показывают, что сколько ни пытаются организаторы «пандемии» заглушить истину, у них ничего не получается. Всё это приводит к следующим настроениям в обществе:

- поляризации общества по отношению к вопросу вакцинации: примерно 15 % взрослого населения поддерживает и поучаствовала в ней добровольно, около 15 % готовы пройти или (прошли) «вакцинацию» по принуждению, еще 20 % купили или будут покупать сертификат ввиду установленных ограничительных требований. Половина взрослого населения выступает категорически против участия в медицинском эксперименте с неизвестными последствиями для здоровья, учитывая тот факт, что подавляющее большинство наших сограждан (от 70 %) в возрасте 30+ за последние полтора года переболели «ковидоподобным» ОРВИ в лёгкой форме, и лишь единицы процентов столкнулись с тяжёлым течением болезни, что не сильно отличается от сезонного гриппа. Высок процент тех, кто понимает, что высокие ежедневные цифры *«заболевших и умерших от COVID-19»* обусловлены, во-первых, гипердиагностикой в результате неумного и повсеместного применения ПЦР-тестирова-

ния, достигающего величины в 600 000 ежедневных тестов, когда в больницы в большинстве случаев записывают абсолютно здоровых, с точки зрения принятых в «доковидную» эпоху медицинских критериев определения «больной»; во-вторых, прямой материальной заинтересованностью огромного числа должностных лиц, представителей крупного и среднего бизнеса, а главное – руководителей медицинских организаций и медицинского персонала в продолжении «пандемического режима». Так, на лечение в стационаре одного больного с диагнозом «COVID–19» лечебное учреждение получает около 200 000 рублей в день, тогда как на лечение пациента с диагнозом ОРВИ – не более 10 000 рублей в день. Зарплаты простых медицинских работников выросли в 3 и более раз.

При таком повышении дохода большинство врачей, ранее получавших даже с переработками сорок-пятьдесят тысяч рублей (что позволяло лишь выживать их семьям), готовы забыть про все клятвы Гиппократов и принципы типа «не навреди», фальсифицируя диагнозы и соблюдая убивающие иммунитет протоколы лечения, спущенные через Минздрав из ВОЗа. Выполняя протоколы ВОЗ и неукоснительно следуя рекомендациями этой организации, наши органы государственной власти, включая Правительство РФ, Министерство здравоохранения и Роспотребнадзор, де-факто исполняют волю небольшой группы лиц, сконцентрировавших в своём управлении активов на десятки триллионов долларов.

Эти факты автоматически приводят к осознанию несколькими миллионами думающих и активных граждан РФ факта потери Российской Федерацией не только финансового, но и государственного суверенитета, особенно учитывая тот факт, что указы и постановления, обязывающие «вакцинироваться» от COVID–19, появились аккурат к встрече президентов США и РФ. Сразу же после началось тотальное принуждение к этой процедуре, заговорили политики и пропагандисты (и даже были предприняты конкретные действия на местах) о необходимости поражения в правах несогласных участвовать в эксперименте, включая не только запрет на право на передвижение, но и на право на защиту здоровья.

Казалось бы, мы рассматриваем вопросы, связанные с медициной, однако они вынужденно выходят из рамок чисто медицинских проблем. Исходя из таких выводов, несогласные с проводимой властями политикой уже начали активно объединяться в профессиональные союзы, общественные движения и организации для совместного сопротивления медицинскому произволу, замаскированному под «заботу о здоровье» и борьбу с «пандемией». А также к поддержке тех политических сил и отдельных политиков, которые на словах и на деле отстаивают добровольность, информированность в вопросе вакцинации от чего бы то ни было и борются с нарушением личных неотъемлемых прав своих сограждан – избирателей.

Несмотря на то, что на сентябрь 2021 года официаль-

ная статистика сообщает о почти 45 млн «отвакцинированных» одной или двумя дозами экспериментальных препаратов, разработанных тремя российскими научными центрами, что составляет примерно 40 % от числа взрослого (старше 18 лет) населения РФ, данные социологических опросов показывают, что реальное число таких людей на текущий момент не превышает долю в 20 % от числа взрослого населения, или примерно 25 млн человек, половину из которых заставили «вакцинироваться» по принуждению. Доля же наотрез отказывающихся участвовать в медицинском эксперименте, в отсутствие доказательств его эффективности и безопасности, составляет, по данным независимых опросов, около 75 процентов. Возможно, в эту часть входят и те, кто приобрёл сертификат о вакцинации (согласно аналитическим данным коллег), доля таковых составляет от 5 % до 10 % от числа взрослого населения, то есть от 6 до 12 млн.

Насаждаемые кнутом и пряником «меры иммунопрофилактики» заставляют людей не только деятельно сопротивляться, но и кратно увеличивают число тех, кто готов гораздо более активно участвовать в политической жизни страны.

По-настоящему же перейдённой «красной чертой» (в самосознании людей) явилось то, что и А. Л. Гинцбург, и отдельные политики (например, сенатор от Мурманской области) заявили о необходимости «вакцинирования» генно-инженерными препаратами, вызывающими не только тяжелейшие побочные реакции, но и влекущие массовые летальные

исходы, детей от 12 до 17 и младше. И что в нескольких выступлениях первого лица были вопросы тому же Гинцбургу о начале «вакцинации» школьников. Так, среди тех, кто положительно отвечал на вопросы социологического исследования о необходимости вакцинации от «COVID–19», доля тех, кто категорически не приемлет «вакцинацию» от «COVID–19» своих детей, составляет более 80 %. То есть из 15 % от числа взрослого населения, кто добровольно вколол себе экспериментальные «вакцины», только около 3,5 миллионов взрослых готовы «вакцинировать» своих детей, другие же готовы отстаивать здоровье своих детей любыми средствами, включая даже неправовые методы.

Продолжение закручивания гаек в вопросе вакцинации, в отсутствие правовых механизмов защиты, приведёт к одному результату – гражданской войне и хаосу. При этом далеко не все сотрудники правоохранительных органов будут готовы осуществлять репрессии по отношению к своим согражданам, защищая своим право на жизнь, охрану здоровья и здоровье своих детей, так как приходит большое количество сообщений о «скоропостижной» гибели полностью привитых полицейских, военных и других силовиков, включая сообщения о смертях среди генералитета, что опровергает мнение, что все силовики получали «плацебо», и заставляет живых задуматься об истинной цели «вакцинации».

По данным четырёх независимых вариантов подсчёта (социологический опрос, экстраполяционный по народным от-

чётам о вакцинации, сравнение с зарубежными данными и методом математически-статистического вероятностного моделирования) доли умерших в первые три месяца после введения т. н. «вакцины» от COVID–19, был получен практически одинаковый результат: в течение трёх месяцев умирают около 3 % «привитых» независимо от типа «вакцины», без учёта полученных одной или двух доз. В пересчёте на абсолютные числа это даёт величину в 750 000 умерших с начала 2021 года после введения генно- инженерного препарата в их организм. Даже если предположить, что половина от этих людей умерла бы «естественной смертью» в этом году, то все равно число погибших от «вакцин» в разы превышает официальные цифры смертей от COVID–19. Имеются десятки документально подтверждённых свидетельств о причинно-следственной временной связи между введением «вакцины» в организм молодого человека и последующей смерти в течение периода от нескольких минут до считанных дней от причин, вероятность наступления которых в обычной жизни «без вакцины от COVID–19» стремилась к нулю (<https://t.me/smertiotvactsin>). На первом месте среди таких причин выступает тромбоз, на втором – острый миокардит и разрыв аорты, на третьем – острые аутоиммунные реакции, разрушающие, преимущественно, человеческий мозг.

Учитывая всё, приходишь к выводу, что в случае продолжения кампании по принуждению к «вакцинации» всё увеличивающееся количество смертей станет известно большей

части общества, а в отсутствие работающих правовых механизмов защиты от принуждения, а также привлечения виновных в гибели лиц к уголовной, административной и гражданско-правовой ответственности, люди, потерявшие близких родственников и, что самое важное, своих детей, прибегнут к самозащите своих прав и внесудебным расправам. Напомню один из простых примеров в современной России. Так, на основании анализа только одного случая с гибелью самолёта в небе над Швейцарией, где погибло более 40 детей, а виновный в аварии авиадиспетчер избежал уголовного преследования, среди примерно 100 родителей и близких родственников погибших нашёлся один отец. Он пересёк границы и учинил самосуд над виновным, по его мнению, в гибели своих детей и супруги (<https://www.gazeta.ru/social/2019/02/22/12200893.shtml>).

Экстраполируя на ситуацию с погибшими вследствие «вакцинации», для примера, 100 000 молодыми людьми и, не дай Бог, детьми, получится минимум 2000 таких отцов, которых не остановит ни риск быть осуждёнными, ни статусное положение виновных, по их убеждению, в гибели их родных.

Ситуация в мире и в России созрела. И тут возникает вопрос – что делать?!

Часть III. Что делать?

«Что бы делало твоё добро, если бы не существовало зла, и как бы выглядела земля, если бы с неё исчезли тени?»

(«Мастер и Маргарита», М. А. Булгаков)

1. Социальные проблемы и их решение

Рассматривая события, которые начались в 2020 году, в призме прошедшего времени, необходимо отметить положительные моменты. После «домашнего ареста» («самоизоляции») люди поняли, что лучше выходить на работу. После того как насиделись и наобщались через скайпы и зуумы, поняли, что личное общение намного приятнее и эффективнее. После того, как дети поучились дистанционно, стало ясно, что дистанционное, компьютерное обучение – это просто профанация. После попытки овладеть навыками через Интернет стало понятно, что без настоящего живого учителя, преподавателя это сделать невозможно. После того, как столкнулись с безразличием, ложью со стороны чиновников и политиков, поняли, что искренние доверительные отношения невозможно купить. После того, как поняли, что ни-

кто ничего не будет делать и спасать, начали искать и объединяться с единомышленниками. Что необходимо сделать, чтобы не случилось трагедий, подобных событиям 2020 года с точки зрения развития социума?

Во-первых, необходимо создавать и развивать независимые СМИ и просвещать людей, донося до них информацию разных точек зрения, что позволит формировать более адекватную картину происходящих событий.

Во-вторых, проводить объединение людей, например блогеров и врачей для проведения просветительской санитарно-гигиенической работы, что будет эффективно не только и не столько во время вспышек инфекционных заболеваний, сколько позволит поднять общий уровень гигиены и профилактики различных заболеваний среди населения.

В-третьих, популяризировать самообразование и научно-исследовательскую деятельность для развития разносторонности человека. Образованный человек не может быстро потерять критическое мышление и склонен анализировать поступающую информацию. Это является крайне актуальным в эпоху создания фейковых новостей, которые создаются чрезвычайно правдоподобно.

В-четвёртых, практически во всех областях (здравоохранения, образования, науки и т. д.) проводить восстановление основополагающих, базисных вещей, которые ведут к гармоничному, созидательному, развивающемуся, правовому государству.

Вопросов много, и что поставить в приоритет? С чего начинать? Как профессионал, который получил лучшее медицинское образование, построенное на подтверждённых десятилетиями методах и методиках лечения больных, начну с медицинской темы.

Нужна ли так ВОЗ?

Лично у меня уже есть стойкое убеждение, что медициной в России должны заниматься российские врачи. Заморские советы дело хорошее, вот только надо знать, кто и что советует! Российское здравоохранение однозначно будет лучше и, как ни странно звучит, здоровее без «помощи» чиновников-бюрократов из ВОЗ. И что самое важное – мы не потеряем ничего. Российская медицина будет заботиться о здоровье россиян, а не о личных счетах фармпроизводителей.

А действительно вопрос – а может ли мы (Россия) выйти из ВОЗ?

Данные вопросы в свете последних событий возникают очень часто. «Пандемия» новой коронавирусной инфекции показала всему миру, что из себя представляет ВОЗ, её «важность» и «нужность».

Россия действительно может спокойно выйти из ВОЗ, и это желательно сделать. Здесь, правда, возникает очередной вопрос с министром здравоохранения России, который по совместительству входит и в исполнительный комитет ВОЗ.

Однако «*ничто не вечно под луной*».

Для выхода из данной коммерческой организации нужна лишь политическая воля руководства страны. Руководство просто уведомляет ВОЗ о выходе за один год.

Рассмотрим более внимательно необходимость выхода из ВОЗ.

В Уставе ВОЗ (ст. 1), написано, что её цель – «*достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья*» (<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf?ua=1#page=10>). Признаем очевидный факт – данная организация уже достаточно давно изменила этой цели. Зато она очень «эффективно» тратит огромные ресурсы. Её весьма убедительно обвиняли в объявлении фальшивых эпидемий в интересах крупных фармацевтических компаний (например, «свиного гриппа»). Эти решения, судя по всему, принимались с опорой на проплаченных фармацевтическими компаниями экспертов (<https://www.rbc.ru/society/10/12/2009/5703d8369a7947733180d1b3>).

Уже более 10 лет данная организация занимается совсем «другими» делами. Но не здоровьем населения. В частности, пытается провести через новую редакцию классификации болезней 11-го пересмотра педофилию и транссексуализм, переводя из психических отклонений в нормальности. Возможно, для каких-то сотрудников данной организации это и является нормальным, для России однозначно нет.

Лоббируя программы радикального «сексуального про-

свещения» (в которых детей учат «нормальности» гомосексуализма и смены пола), рискуя их физическим и нравственным здоровьем, они фактически поддерживают развращение детей, ломают их психику (https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/WHO_BZgA_Standards_russisch.pdf).

Навязывая всем странам аборт в сотрудничестве с мировым абортивным лобби, ВОЗ вместо реальной защиты здоровья женщин и детей тратит огромные деньги на сокращение населения (<https://ifamnews.com/ru/voz-prodvigaet-aborty-na-dengi-predn>).

Занимается так называемой «борьбой с домашним насилием» в интересах мирового феминистского лобби, пытающегося перекрыть «под себя» законы всех стран, вместо реальной охраны здоровья женщин (<https://www.miloserdie.ru/article/pavel-parfentev-ya-sovershenno-ubezhden-chto-koncepciya-semejnogo-nasilija-napravlena-protiv-semi-kak-takovoj/>).

Список можно продолжать достаточно долго. И как интересно получается – всё это совпадает с целями структур Джорджа Сороса, которые, кстати, справедливо объявлены в России нежелательными (<https://ifamnews.com/ru/zakonoproekt-o-domashnem-nasilii-i-inoagency-oshibka-senatora-klisasha>).

Даже этого уже достаточно, чтобы начать понимать, что России в принципе такая «глобальная координация» здраво-

охранения не нужна.

Есть один важный практический аспект проблемы. Российские чиновники заинтересованы в уменьшении своей рабочей нагрузки, как, впрочем, и чиновники других стран. Чиновникам Минздрава проще попросту под копирку регулярно переписывать «рекомендации» из ВОЗ. И что чрезвычайно важно, разделяют они извращённые цели глобалистов сознательно или делают это по лени и глупости, вопрос второй. Важно, что они это делают – постоянно.

Естественно, от этого страдает отечественное здравоохранение и пациенты, то есть россияне.

А теперь к фундаментальным вещам. На заре создания ВОЗ была вера в желательность и благотворность универсальной, глобальной координации всех важных процессов в мире, причём с опорой на «строгую науку». Этот глобальный подход доказал свою полную несостоятельность, и поддерживать его сегодня уже нельзя. Наглядный пример тому – «пандемия» 2020 года. За всё это время не было проведено *ни одного(!)* Международного конгресса учёных по вопросам лечения и остановки синтетического вируса. А какой науке от ВОЗ можно говорить?!

Вынужден отойти от чисто медицинских вещей и чуть проникнуть в юридические вопросы.

Устав ВОЗ не предусматривает норм о выходе из организации (<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf?ua=1#page=9>)

Дополнительно ст. 56 Венской конвенции о праве международных договоров 1969 года, в общем случае, запрещает выход из договора, не содержащего положений о его прекращении, денонсации или выходе из него (https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/law_treaties.shtml).

Так и хочется воскликнуть – ну всё, приехали, всё пропало, всё пропало!..

Но не всё так печально на самом деле, потому что как российская, так и ранее советская правовая школа с этой точкой зрения категорически не согласна. И многие юристы из других стран тоже, и правильно.

Если нет прямого запрета, то *«любое государство, даже без объяснения причин, вправе выйти из любой международной организации, если такой выход прямо не запрещён договором о её создании (её уставом)»*. Это следует из самой природы государственного суверенитета. Какая-то его часть может быть передана международным структурам лишь явно и прямо. А всё, что не передано явно и прямо, остаётся у государства, иначе какой же это суверенитет? Поэтому в данном случае должен применяться пункт 1 «б» статьи 56 Венской конвенции 1969 года, позволяющий денонсацию договора или выход из него, даже если в нём нет соответствующих положений, при условии, что сам характер договора подразумевает такую возможность. Именно так и обстоит дело с договорами об учреждении международных структур. В своё время советские юристы приводили ещё два важных

аргумента, подтверждающих возможность выхода из ВОЗ. К примеру, доктор юридических наук профессор В. С. Михайлов справедливо указывал на них в своей статье «К вопросу о так называемых „неактивных членах“ международных организаций (на примере членства в ВОЗ)», опубликованной в 1981 году:

«Во-первых, Всемирная конференция здравоохранения, рассматривавшая в 1946 г. в Нью-Йорке вопрос об учреждении новой организации – ВОЗ, единогласно утвердила следующее заявление: „Государство-член не обязано оставаться в Организации, если его права как таковые будут изменены поправками к Уставу, с которыми это государство не согласно и которые оно считает для себя неприемлемыми“» (<https://naukaprava.ru/catalog/435/840/55932/59231>).

Нет сомнений, что это заявление признаёт саму возможность для государств покинуть ВОЗ.

«Во-вторых, в 1948 г. конгресс США, ратифицируя Устав ВОЗ, сделал оговорку о том, что США сохраняют за собой право выхода из ВОЗ через год после соответствующего заявления. ... 1 сессия Ассамблеи в резолюции № 176 признала законность ратификации Устава ВОЗ с указанной оговоркой, признав тем самым в принципе допустимость добровольного выхода государства из ВОЗ».

Именно этой формулировкой и воспользовался президент США Дональд Трамп, инициировав выход своей страны из ВОЗ 6 июля 2020 года и прекратив финансирование этой

структуры (<https://www.dw.com/ru/вашингтон-начал-процедуру-выхода-из-воз/a-54095540>). Однако Джо Байден, придя к власти, отменил это решение и возвратил США в ВОЗ, а потом ещё и выделил ВОЗ дополнительные 200 миллионов долларов (<https://www.vedomosti.ru/society/news/2021/02/17/858357-ssha-videlyat-voz-bolee-200-mln-posle-vozvrasheniya-v-organizatsiyu>). Говорить о том, что Д. Байден, человек, засыпающий на официальных визитах, мог сам это придумать, смешно и нелепо (<https://www.rbc.ru/rbcfreenews/612b59d49a79471d06dae398>).

Россия (а наша страна это уже делала, когда была Советским Союзом), как и любое другое суверенное государство, имеет право выйти из ВОЗ, как и из любой другой международной организации. И снова пример из истории.

В 1949 г., во время правления Сталина, мы вышли из ВОЗ (в связи с доминированием там Америки) и вернулись туда лишь в 1955 г. при Хрущёве в рамках политики «разрядки».

В 1949 году доктор Николай Виноградов – замминистра здравоохранения СССР (кстати, он же как член советской делегации участвовал в создании ВОЗ) – направил руководству ВОЗ телеграмму следующего содержания:

«Имею честь информировать Вас, что Министерство здравоохранения СССР и подведомственные ему медицинские учреждения и организации не удовлетворены работой ВОЗ. Задачи, связанные с международными мерами по предупреждению и контролю заболеваний и распространению

медицинских научных достижений, не выполняются Организацией удовлетворительно. В то же время поддержание раздутых административных структур Организации предполагает расходы, нести которые слишком тяжело для государств-членов. Всё это показывает, что направление, которое приняла деятельность Организации, не соответствует задачам, поставленным перед ней в 1946 году в ходе конференции, посвященной её созданию. В свете вышеизложенного СССР более не считает себя членом организации» (Javed Siddiqi. «World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN System»). Одновременно с СССР из состава ВОЗ вышли Белорусская и Украинская ССР. Основная причина – это доминирование США в политике ВОЗ и отсутствие реальной помощи нашей стране со стороны этой организации.

«Эти три выхода из состава ВОЗ оказались первой стадией эффекта домино, за которой последовала целая серия других. Между ноябрем 1949 и августом 1950 гг. из организации вышли Албания, Болгария, Чехословакия, Венгрия, Польша и Румыния, обосновав это мотивами, схожими с изложенными в телеграмме от СССР, и добавив к ним, что ВОЗ подпала под американское доминирование» (Javed Siddiqi. «World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN System»).

«На практическом уровне решение СССР и его союзников покинуть ВОЗ повлияло на финансовое положение органи-

зации. Разумеется, отсутствующие страны не уплачивали начисляемые взносы, поэтому в 1949 году пришлось отложить погашение непогашенного займа от Соединенных Штатов и сохранить тот же уровень бюджета, который был утвержден на Первой Всемирной ассамблее здравоохранения» (Marcos Cueto. «The World Health Organization: A History»).

Получается, что когда СССР вышел из ВОЗ при Сталине, то выход повлек финансовые проблемы для коммерческой организации, но не для СССР. При нынешнем финансовом раскладе (доли внесения вклада от России) больших проблем мы этой организации в плане финансов не принесём, зато в политическом аспекте однозначно.

Разумеется, руководство ВОЗ не признавало выход СССР из организации, кивало на отсутствие положений о выходе в Уставе и требовало взносы за все «пропущенные» годы после возвращения. Но кого это особо интересовало? Кстати, эти «пропущенные» взносы мы в полном объёме так и не погасили, ограничившись, по соглашению между ВОЗ и советским правительством, символической компенсацией (лично я бы и её не платил, но тут уж ничего не поделаешь).

Подводим итоги. Россия может выйти из ВОЗ.

1. Для этого нужна политическая воля российского руководства.

2. Для его реализации надо направить в ВОЗ уведомление о том, что через 12 месяцев Россия перестанет быть членом

этой организации (в соответствии с п. 2 ст. 56 Венской конвенции 1969 года).

Нам внушают со всех СМИ, что всем владеют власть и деньги, а политики и сильные мира сего решают всё сами без нас. Это очередная ложь. Политики всегда очень сильно зависят от людей, их действий и особенно настроений. Они чрезвычайно боятся неодобрения и особенно ненависти людей, пытаются затушить недовольство и получить симпатии людей – причём «подешевле». Наглядный пример – выплаты по несколько тысяч рублей пенсионерам, военным перед выборами.

Только решение вопроса не может быть сделано одним человеком, очень нужно общественное мнение и объединение.

Люди должны понять, что здравоохранение в России будет лучше и эффективней без влияния бессмысленной международной бюрократии (якобы медицинской, а на самом деле политической и финансовой) (<https://ifamnews.com/ru/rossiia-mozhet-vyiti-iz-voz-i-sdelat-eto-nuzhno->).

Выйдя из ВОЗ, мы не потеряем ничего ценного и важного. Мы сохраним Россию!

2. Вопросы образования

Чтобы воспитывать другого, мы должны воспитывать прежде всего себя.

Н. В. Гоголь

Сложно словами передать боль педагогов, когда они чувствуют безысходность, беспомощность, ограниченность, связанность в своих действиях, когда педагог не чувствует класс, аудиторию. Он понимает, что тех знаний, которые ему хотелось бы вложить в учащихся, он не вкладывает. От этого преподаватель опускает руки, и возможно раннее педагогическое выгорание. Наш педагог – это необъяснимое создание, которое болеет душой за свою работу. И он никак не может принять тот факт, что ему предлагают вести уроки через посредника! Экран, Интернет, скайп. Да ему проще позвать учеников и студентов к себе домой!!! Чтобы продумать проект, подготовить какой-то материал, прочитать лекцию.

Важно донести и до педагогов, что всё в их руках. Мы можем возмутиться и выставить свои требования в защиту качественного образования, в защиту своего здоровья, да и в защиту будущего страны! Ведь уничтожая образование – уничтожается развитие будущего страны. В данной главе мне хотелось бы больше поднять вопросы стратегические, а они иногда носят чисто философский характер. Определить цели, куда нам нужно идти, – это больше к философии. А уже

в тактическом плане определяем, что для этого надо на данном этапе развития.

Образование XXI века – какое оно должно быть? Правильнее задавать вопрос – каким мы хотим его видеть?! Наверное, на первое место надо поставить вопросы гуманности. *Гуманизация образования* – это признание человека главной социальной ценностью. Современное образование учитывает приоритеты обучения, которое ориентируется на индивидуальные способности учащегося в учебном процессе, направленного на получение знаний по отдельным дисциплинам. Благодаря такому обучению легко понять способности ученика, удовлетворить его потребности в сфере образования и воспитать чувство собственного достоинства. Это помогает человеку понять духовность, расширить мышление, сформировать целостную картину об окружающем свете и систему ценностей. На основе общечеловеческой культуры смогут развиваться разные человеческие стороны, учитывая субъективные потребности и объективные условия личности, которые напрямую зависят от уровня материального и кадрового потенциала обучения. Такая тенденция в образовании, как национализация, определяет национальную направленность образования. Образование требует постоянного развития, но основывается на исторических особенностях и народных традициях. Обучение способствует сохранению и пополнению национальных ценностей. Современная образовательная система должна быть от-

крытой. Цели обучения должны определяться не только государством, но и учитывать мнения учеников, родителей и педагогов. *Открытость образования* – ещё одна тенденция, которой подчиняются программы обучения. Образовательные программы нуждаются в основе знаний и должны легко дополняться. При этом учитываются культурные, региональные, этнические и другие особенности.

Современное образование требует применения элементов определения и расширения проблем, научного поиска, индивидуальной деятельности, взаимодействия учеников. Важно реализовать переход от воспроизведения к пониманию и осмыслению, применению полученных знаний на практике. Согласитесь, что сделать это, сидя перед экраном компьютера, практически невозможно. Согласно современным тенденциям развития образования, педагог должен уметь активизировать, мотивировать, формировать мотивы, побуждать к саморазвитию, учитывать активность учащихся, создавать условия для индивидуального движения вперёд. Это невозможно сделать через компьютер, и любой, кто хоть немного сталкивался с процессом преподавания, а не зарабатывания и отработывания денег чтением учебного материала, поймёт меня. Существует определённая последовательность: от помощи учителя в решении образовательных проблем и задач на начальном уровне обучения – до максимальной самостоятельной регуляции в обучении и появления взаимоотношений между учеником и педагогом. Во время перехода от на-

ставничества до сотрудничества важно сохранить уважение к учителю со стороны ученика.

Непрерывность образования – важная тенденция в развитии образования. Она способствует углублению знаний и помогает достичь целостности в образовании и воспитании. Непрерывность образования поможет преобразовать полученные знания на протяжении человеческой жизни. Важно взаимодействие воспитания и обучения. Во многих образовательных учреждениях воспитательная функция отсутствует. Только при взаимодействии обучения и воспитания возможно формирование целостной личности. Технический прогресс идёт вперёд, что сказывается и на образовательном процессе. Современные технологии должны присутствовать в новых методиках. Важно правильно использовать полученную информацию и уметь применять её в реальной жизни. Благодаря современным технологиям мы можем получить доступ к любой информации в один клик. При этом реальная жизнь и бизнес ждут от вчерашних выпускников не теоретических знаний, а практических навыков. Эти два факта требуют существенной перестройки образовательного процесса.

Интегральный подход – в образовании и в жизни предполагает междисциплинарное обучение. В классической медицине болезнь – это физический недуг, который нужно лечить лекарственными или оперативными методами. Специалист, который использует интегральный подход, рассматривает за-

болевание не только с точки зрения физического тела, но также учитывает психологическое состояние пациента, его отношения с другими, семейную историю, знает альтернативные методы лечения. Невозможно вылечить болезнь, надо лечить пациента! И ещё раз именно здесь должен сказать, что нет одинаковых средств лечения и одного глобального подхода в лечении для всех людей. Все разные, и к каждому нужен свой подход. Поэтому я убеждён, что у глобалистов и их адептов, которых, к сожалению, много в России, ничего не получится.

Если мы посмотрим на образование с разных точек зрения, то увидим, что учиться можно и нужно в любом возрасте – буквально в любом. Это как с любовью. *«Любви все возрасты покорны»*. Так же и с учёбой. Образование в старшем возрасте улучшает ментальное здоровье, снижает риск нарушения когнитивных функций, даёт заряд новых эмоций и способствует общению. Своим пациентам я говорю – лучшая профилактика болезни Альцгеймера – это изучение иностранных языков.

Вероятно, в будущем исчезнет понятие возраста, созданного для учёбы. Мы будем учиться всю жизнь – и система образования должна подстроиться и перестроиться под эту потребность.

Некачественное обучение в детстве ведёт к невозможности получить более качественное образование в дальнейшем. Это приведёт к тому, что стране будет недоставать хо-

роших специалистов. Получается замкнутый круг, из которого потом сложно будет вырваться. И это одна из фундаментальных ошибок тех, кто ломает систему обучения и примитивно рассказывает про обучение по компьютерам. Через некоторое время при такой системе не останется тех, кто сможет грамотно починить компьютер. Я уже не говорю про вопросы лечить, строить и т. п.

Мы учим многие вещи по книгам, вместо того чтобы изучать их на практике. В то же время некоторые «учителя» из Интернета никогда и не сталкивались в реальности с тем, чему они учат. Почему бы не изменить и это?

В современных школах и университетах проводятся внеклассные мероприятия. Это отличная идея. Правда, часто их основная цель – социализация и совместный отдых. Возможно, стоит добавить в них больше образования? Например: рассказывать об истории и географии края, а вместо картинок из учебника показывать растения в лесу.

Важный вопрос – как изменится роль учителя и преподавателя. Ведь несмотря на то, что и предметы, и время, и место, и методы их изучения важны, в процессе образования учитель играет чрезвычайно важную роль. Люди – это социальные существа, и мы учимся через подражание и доверие. И пока существует человек как вид, так и будет.

Лет двадцать назад уже обсуждались школы будущего, в которых роботы заменят учителей. Представлялось, что такие учителя смогут предоставить больше информации, ока-

жуются объективнее и не будут уставать. В наши дни никто даже не упоминает учителей среди профессий, которые заменят роботы. Всё совсем наоборот – именно социальные и помогающие работы защищены от роботизации.

Кажется, робототехника сосредоточилась на самодвижущихся машинах, военных дронах и других разработках и совсем не обращает внимания на образование. Одна из причин в том, что есть ещё понимание, что роль учителя заключается не в сухой передаче информации, а в построении особенных отношений с учащимися. Так должно быть и дальше. Искусственный интеллект пока слаб по части человеческих отношений и никогда не заменит настоящие человеческие отношения. Это просто невозможно.

Бесспорно: чтобы и дальше сохранять первенство педагога перед компьютером с искусственным интеллектом, нужен не только статус, но и харизма. Сильная и харизматичная личность учителя особенно важна в детском возрасте, когда ребёнку требуется уже не только безусловная, ничего не требующая взамен любовь родителей (то есть когда ребёнка любят просто за то, что он есть), но и взгляд со стороны. Отношения с учителем не такие, как с родителями. Учитель критикует, его положительную оценку и признание ещё нужно заслужить. Такие отношения помогают ребёнку развиваться и не бояться ошибаться, ведь всегда есть надёжный тыл – родители, которые, в отличие от учителя, будут любить «просто так».

Сейчас в обществе эти отношения часто перепутаны: родители критикуют и оценивают, а харизматичный учитель... Хорошо, если найдётся хотя бы один на всю школу или университет. Такие учителя запоминаются и потом на всю жизнь остаются с нами. Даже примеров приводить не надо – у каждого есть свой пример в памяти.

Возможно, из-за нехватки харизматичных учителей и недоверия к системе образования всё больше родителей берут на себя роль наставников. Не всегда сами учат каким-то предметам, но нанимают репетиторов и отправляют детей на различные внешкольные курсы. Это, возможно, и хорошо, что могут нанять репетитора, но это работает только в школе. А как быть в институте, ну, например, в медицинском? Поэтому с учётом стратегического развития всё же лучше готовить учителей, преподавателей, педагогов с харизмой, которые наслаждаются своей работой, а не выживают на ней.

В традиционных обществах учителя – это пожилые, уважаемые и харизматичные члены социума, мудрецы, к которым всегда можно обратиться за советом. На протяжении истории для того, чтобы стать учителем, нужно было пройти долгое обучение, эта профессия считалась престижной. Сейчас это не так: образование стало доступным для всех и больше не является чем-то особенным, элитным и престижным. Роль педагога принижается и унижается. 10–15 лет назад так же поступали по отношению к врачам. Что из этого получилось, можно наглядно увидеть сейчас. Может, больше

не надо повторять ошибок?

Большая часть людей в нашем обществе получила школьное и университетское образование. Узнать что-то новое как никогда просто: есть Интернет, всевозможные курсы, доступ к книгам пока есть. К тому же знания накапливаются с каждым годом всё быстрее, и один человек уже просто физически не может всё запомнить и знать. Поэтому теперь мы всё больше осознаем нашу потребность в наставниках – тех, кто не столько передаст нам конкретную информацию (которая и так скоро изменится), сколько научит обращаться с этой информацией, действовать в постоянно меняющемся мире и мыслить самостоятельно. Научит отбирать истинную информацию от фейковой.

Недостаток этого острее всего чувствуют современные взрослые – отсюда бум на блогеров, менторов и коучей. Люди хотят учиться – это одна из базовых биологических потребностей.

Стратегические цели понятны, мы их определили, но теперь тактические вопросы – с чего же сейчас начать?

1. Воздержаться от введения дистанционной формы обучения и активного внедрения методик с применением цифровых технологий в школах и других детских образовательных организациях, так как вред от данных нововведений уже существенно превышает предполагаемую пользу.

2. Принять к внедрению в школах отдельной формы обучения мальчиков и девочек, как научно обоснованной. Ис-

следования, проведенные и опубликованные Советом директоров школ Республики Крым и озвученные на Общественном совете при Уполномоченном по правам ребёнка при Президенте РФ в 2019 году, подтверждают эффективность внедрения методов обучения в русской классической школе по сравнению с современными формами обучения.

3. Вернуться к системе ежегодных профилактических осмотров школьников в начале учебного года и по окончании учебного года для оценки состояния здоровья детей и влияния на них новых санитарных правил, которые были введены в 2021 году.

4. Признать ненаучными и вредными Постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.09.2020 № 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4. 3648–20 „Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодёжи“» (зарегистрирован 18.12.2020, № 61573) с применением ранее утверждённых СанПиНов, до проведения полномасштабных научных исследований по предлагаемым к изменению пунктам.

5. Провести добровольную судебно-психиатрическую экспертизу главному санитарному врачу РФ и главным санитарным врачам в регионах с привлечением экспертов из независимой организации, поскольку решения, принятые человеком в пограничном состоянии психического здоровья или психически нездоровым и принятые к исполнению могут

привести к фатальным для страны результатам.

3. Место науки

Несомненный признак истинной науки – сознание ничтожности того, что знаешь, в сравнении с тем, что раскрывается.

Л. Толстой

Мы рассмотрели вопросы социума, образования. Пришло время рассмотреть вопросы нахождения науки. И вновь мы возвращаемся к философии. Наука и философия. Вот что больше содержится в высказывании Л. Толстого, которое приведено чуть выше, – наука или философия?

Философия и наука – являются самостоятельными, но очень тесно связанными между собой формами человеческого познания мира. Основная специфика философского знания заключается в его двойственности, так как оно имеет очень много общего с научным знанием – предмет, методы, логико-понятийный аппарат, но в то же время не является научным знанием в чистом виде.

Главное отличие философии от всех иных наук заключается в том, что философия является теоретическим мировоззрением, предельным обобщением ранее накопленных человечеством знаний. Предмет философии шире предмета исследования любой отдельной науки, философия обобщает, интегрирует иные науки, но не поглощает их, не включает в себя всё научное знание, не стоит над ним. Задачей фило-

софии становится обобщение имеющихся у человека знаний о мире в единую систему. При этом целостное представление о мире предполагает включение в него *человека*, обладающего способностью активного и *сознательного* воздействия на окружающий мир.

Философия превращается в систему общих знаний о природе, обществе и человеке. Вместе с тем в самой философии формируются самостоятельные ее разделы: онтология, гносеология, логика, этика, эстетика, история философии и др. То есть выстраивается своего рода структура философского знания.

Наука не занимается вопросами о добре и зле. Она не может объяснить целей, к которым мы стремимся, или оправдать этические принципы, которым следуем. Или говоря по-другому, ответить на вопрос – для чего мы это всё делаем? Что мы хотим достичь? Что мы хотим получить? Философия может, должна и способна это сделать. Философия выступает как духовное рационально-теоретическое освоение действительности. Сходство философии и науки: рациональность, систематизированность, стремление к открытию законов, практическая значимость, обоснованность.

Однако между философией и наукой есть отличия. Наука испытывает постоянное движение вперед. Философия возвращается к одним и те же проблемам, её проблемы вечны.

Различный понятийный аппарат. Язык науки – чёткая фиксация объёма и содержания понятий, философия созда-

ёт свой язык понятий.

Частные науки могут учитывать опыт других наук.

Философия пытается учесть весь имеющийся опыт.

Наука – это сфера человеческой деятельности, целью которой является выработка и теоретическая систематизация объективных знаний о действительности, а также результаты этой деятельности. Существует множество наук, и каждая наука своеобразно отличается от другой по двум признакам: объект и предмет.

Объект науки – это часть действительности, на который направлен интерес данной науки, причём у каждой науки свой объект. Приведу примеры: объектом такой естественной биологической науки энтомологии являются насекомые; у астронома объектом является большой космос. С объектом науки тесно связан и её предмет. Предмет науки есть идеальная модель объекта науки.

Предмет науки – это размышление учёных об объекте исследования (научные знания), причём между реальностью и действительностью или объектом науки и размышлением о нём и моделью никогда нет полного совпадения. Между реальностью и представлениями о ней всегда есть дистанция.

Субъект науки – это те люди (учёные), которые занимаются наукой, определяют объект науки, направления и создают совокупность знаний об этом объекте, т. е. предмет науки. Они создают духовные ценности в виде открытий, изобретений, научных теорий, концепций. Субъектом науки называ-

ют не только учёных, а также объединения учёных, организации (Российская академия наук), международные организации (Комитет по присвоению Нобелевской премии).

Какие же функции выполняет наука?

Наука выполняет важные социальные функции.

1. *Культурно-мировоззренческая* функция. Наука даёт человеку знания об окружающем мире, помогает систематизировать их и формирует мировоззрение как составную часть культуры.

2. *Познавательно-объяснительная* функция. В ходе научной деятельности человек постигает суть явлений и процессов в окружающем мире, объясняет его устройство, выявляет законы развития природы и общества.

3. *Производственная* функция. Достижения науки способствуют непрерывному совершенствованию преобразовательной деятельности человека, производственных процессов.

4. *Прогностическая* функция. Выявляя причинно-следственные связи в окружающем мире, наука позволяет предвидеть перспективы и возможные последствия событий, определять нежелательные и опасные тенденции.

5. *Социально-преобразующая* функция. Наука непосредственно участвует в развитии общества.

В ходе своего развития наука претерпевает революционные изменения в господствующей системе представлений и понятий – смену парадигм. *Парадигма* – совокупность на-

учных достижений, теорий и понятий, которые пользуются всеобщим признанием и определяют направление научной деятельности.

Наука и мораль. Ответственность учёных. Как это актуально в наши дни! Каждая эпоха оказывает воздействие на развитие научных исследований, определяя их акценты и направленность. Сегодня социальный заказ способствует росту научных достижений в электронике, медицине (огромные силы и ресурсы направлены на поиск лекарств от СПИДа, рака и многих других неизлечимых болезней), энергетике (идет поиск альтернативных источников энергии), генетике и других областях знаний.

Всегда ли роль науки положительна? Наряду с достижениями, которые научили человека экономить своё время, продлевать срок жизни, спасать новорождённых малышей, передавать наиболее тяжёлый и трудоёмкий труд машинам, мы знаем о смертоносном оружии, ядовитых материалах, радиоактивных отходах, разрушающих природу *«во имя технического прогресса»*. Подчас человечество платит очень высокую цену за научные достижения. Приведу пару примеров. Выдающийся физик, отец американской атомной бомбы Джулиус Роберт Оппенгеймер крайне переживал за своё изобретение. Оппенгеймера всё больше беспокоила потенциальная опасность, которую научные изобретения могут представлять для человечества.

Андрей Дмитриевич Сахаров был одним из «отцов водо-

родной бомбы», а затем посвятил свою жизнь борьбе с насилием, гонкой вооружений и холодной войной. XX век отмечен не только полётами космических кораблей, высочайшими компьютерными технологиями, ростом городов, но и созданием новейшего химического и бактериологического оружия, распространением ядерного оружия, загрязнением Мирового океана и исчезновением отдельных видов флоры и фауны.

Поэтому появление новых научных открытий и достижений ещё не является однозначным свидетельством общественного прогресса и роста гуманизма. *Важно, чтобы наука была направлена на общественное благо, а не способствовала укреплению власти отдельных групп или политических лидеров.*

Соотношение науки и морали становится важнейшим фактором общественного развития в XXI столетии. И на сегодняшний день мы можем сказать, что наука в современном обществе играет важную роль во многих отраслях и сферах жизни людей. Несомненно, уровень развитости науки может служить одним из основных показателей развития общества, а также это, несомненно, показатель экономического, культурного, цивилизованного, образованного, современного развития государства.

Очень важны функции науки как социальной силы в решении глобальных проблем современности. В качестве примера здесь можно назвать экологическую проблематику. Как

известно, бурный научно-технический прогресс составляет одну из главных причин таких опасных для общества и человека явлений, как истощение природных ресурсов планеты, загрязнение воздуха, воды, почвы. Следовательно, наука – один из факторов тех радикальных и далеко не безобидных изменений, которые происходят сегодня в среде обитания человека. Этого не скрывают и сами учёные. Научным данным отводится ведущая роль и в определении масштабов и параметров экологических опасностей. Вопрос только – как эти научные данные будут использоваться, и немало важно – кем!

Возрастающая роль науки в общественной жизни породила её особый статус в современной культуре и новые черты её взаимодействия с различными слоями общественного сознания. В этой связи остро ставится проблема особенностей научного познания и его соотношения с другими формами познавательной деятельности (искусством, обыденным сознанием и т. д.). Эта проблема, будучи философской по своему характеру, в то же время имеет большую практическую значимость. Осмысление специфики науки является необходимой предпосылкой внедрения научных методов в управление культурными процессами. Оно необходимо и для построения теории управления самой наукой в условиях научно-технической революции, поскольку выяснение закономерностей научного познания требует анализа его социальной обусловленности и его взаимодействия с различными

феноменами духовной и материальной культуры.

Совместимы ли гений и злодейство? Этот вопрос задавался и раньше, но сегодня он приобретает особую актуальность в связи с псевдонаучными человеконенавистническими экспериментами, проводимыми в фашистских концлагерях, с попытками с помощью генной инженерии искусственным путём создать человека. Библейская мудрость гласит: *«Во многом знаниях – много печали»*. Поэтому всегда следует помнить, что врачи могут спасать жизни, а могут проводить чудовищные эксперименты на людях.

Наука – это только наш помощник, и она должна служить общественному благу.

4. Какая должна быть медицина

«Ни одна специальность не приносит порой столько моральных переживаний, как врачебная».

Антон Чехов

Размышления о здоровье

Позволю себе начать данную главу с высказывания Матвея Яковлевича Мудрова – основоположника клинической медицины в России. *«Не должно лечить болезни по одному только её имени, а должно лечить самого больного, его состав, его организм, его силы».* На своих лекциях я всегда говорю, что лечить нужно человека, а не болезнь! И подходить к вопросам лечения патогенетически, то есть искать причину недуга, а не симптоматически, когда убираются только её симптомы. Объясню на примере. Снизить температуру (симптом) просто, но не удалишь причину, вызвавшую повышение температуры, температура вновь повысится. Если же мы убрали причину (вируса, микроба и т. п.), то есть подошли патогенетически, то температура больше повышаться не будет. На практике эффективность патогенетического подхода в лечении всегда будет лучше симптоматического.

Вопросы дальнейшего развития здравоохранения стали чрезвычайно актуальными. Основная ценность в данной си-

стеме принадлежит взаимоотношению «пациент – врач». Образованность человека является ключевым моментом его здоровья. Медицину и педагогику объединяет общая цель – образованность Человека как искусство жить.

Мы все объединены одной целью – видеть нашу страну цветущим садом, где благополучие и достаток являются результатом эффективного воплощения таланта *Человека*. Принятие каждым своего призвания, долгая жизнь в радости, её высшая плодотворность – в здоровом, более совершенном наследстве. Вопрос в том, как осуществить запуск системных позитивных изменений в обществе с рациональными вложениями человеческих сил и средств, в короткий срок и с убедительными результатами. Есть верный путь – смотреть от здоровья *Человека*. Если здоровье рассматривать как категорию целостной жизни, его вершина – это проявление образа развитой личности. Личность – это то, что заложено в каждом и раскрывается изнутри как цветок благодаря верному запросу внешних и внутренних ресурсов жизни. Высокий уровень жизненной силы, порождаемый чистым свободным сознанием, его внутренними намерениями и силой позитивных мыслей. Здоровье создается исключительно на уровне чувств и сознания *Человека!*

Медицина призвана быть наукой о *Человеке*, точкой синтеза открытий естествознания. От знания жизни она становится искусством подвигать *Человека* к формированию траектории здоровой жизни. *Педагогика* – профессия, где

собирается воедино искусство жить, где лейтмотивом служат отношения взаимного развития. В педагогической среде хранится лучшее определение здоровья – гармония, целостность, свобода творчества, а в медицине живёт главное слово – исцеление! Если соединить приметы низкого здоровья, регистрируемые непосредственно в рамках медицины, с наблюдениями экспертов от образования, то мы имеем возможность по-новому оценить особую остроту и масштабы проблем *Человека* ради понимания ценности здоровья.

Разрозненность фактов и событий как следствие господствующего фрагментарного мышления приводит к потере той целостности, что определяет саму жизнь, лишает видения и возможности осознания истинного положения дел, увидеть верный путь, принять сильные решения. Большая наука перестала быть для педагогики и медицины источником, питающим понятие целостности жизни. В поле зрения – лишь верхушка айсберга, медицина держит всеобщее внимание на физическом уровне проблем *Человека*. Новое негативное качество физических болезней и от безысходности – всё более агрессивные способы сдержать болезнь, жёстко подавляющие и протезирующие функции организма. Каждый рождающийся ребёнок – с ослабленной конституцией, а это малый запас жизненных сил, бедность чувств, сниженная внутренняя инициатива к развитию. Нет ещё формальных оснований дать имя конкретной болезни, но при этом уязвимость *Человека* ничтожным фактором – грубым словом, оби-

дой, антибиотиком, вакциной, быстрое подчинение талантливого по природе организма жёсткому внешнему сценарию. Не природному, неестественному, навязанному сценарию.

Болезнь укореняется на глубинных уровнях организма – эмоциональном и ментальном. Тяжесть её и глубину не оценить устоявшимися и устаревшими примитивными медицинскими мерками. Всплеск, каскады острых заболеваний, отражающих ещё сильный воспалительно-регенераторный потенциал организма, открывающие доступ к ресурсу, по незнанию рассматриваются опасными явлениями и многократно подавляются. В результате резкий переход от исцеляющих системных процессов регенерации к болезням дегенеративного характера происходит всё в более раннем возрасте, однако распознаётся слишком поздно, спустя годы, когда физические болезни становятся иными. Это уже не проявления силы, как в ярких циклических болезнях с лихорадкой и острым воспалением, а потери природной способности к самоисцелению, срыва адаптации. Рак, инсульт, инфаркт вовлекают лиц молодого возраста, но ещё более яркий знак беды – бесплодие каждой четвёртой семьи – особый пример болезней информации, сбой программы жизни в масштабах биологического вида. Видеть это – значит уметь читать знаки жизни. Но *Человеку* с плохим воспитанием и образованием отказано в этом знании с самых истоков жизни, что лишает его личного ценного опыта и соизмеримости для принятия сильных решений своей жизни – профессио-

нальных или житейских. В этом смысле назначения врачом в недоверии *Человеку* жестоких лекарств по ущербу для него сравнимы с диктовкой и системой контроля в авторитарном школьном и высшем образовании.

А дальше – движение по накатанному дорогостоящему и мучительному пути искусственного поддержания жизни хронического больного, что противостоит истинному исцелению, выбрасывает *Человека* из жизни по законам природы. Болезнь проявляется в новых изощрённых формах, не учитываемых медициной своей зоной ответственности. Доминирование негативных эмоций, порабощение человека страхом, где нет места уверенности в себе и самостоятельности, ведёт к искажённому образу и навыкам мышления, лишённым конструктивизма.

Так жизнь теряет смысл и складывается её программа, полная несчастий и болезней, ибо именно здесь задаётся тон всей биохимии жизни; физическое тело, не получая поддержки, отвечает, как может, каждой новой болезнью стойко проявляя целесообразность своих реакций. Полярными проявлениями глубокой общей болезни организма уже у детей становятся поражения ментальной сферы – гиперактивность как ещё обнадёживающий вариант, или депрессия, суициды как безысходность положения *Человека*. Утрата здоровья проявляется новым качеством невежества и недееспособности. Как подобрать названия таким болезням *Человека*, если это его неспособность в любом деле своей жизни к чув-

ственному восприятию масштабных потоков информации, к отбору, анализу и синтезу фактов, адекватным реакциям на меняющиеся условия среды, чувствовать и понимать взаимосвязи причин и следствий. Давление обстоятельств жизни и нарастающих потоков информации в сочетании с отсутствием личной мотивации к делу своей жизни и свободных навыков творческого мышления приводит к привычке действовать узко, по шаблону, на уровне следствия, но не причины болезней и неудач, что губит на корню долгосрочную перспективу человеческой жизни. Ситуацию не исправить лекарствами и деньгами, надо думать и жить по-новому!

Образование в его высшем понимании как подвижничество в саморазвитии *Человека* является ключевым высокоэффективным инструментом здравоохранения. Человек учится только сам, и чем он младше, тем легче складываются навыки эффективного поведения в детских и взрослых делах. Приёмы эффективной поддержки *Человека* на пути здоровья и успеха, прописанные издревле гуманной педагогикой, едины. Это искусство глубинных открытых вопросов – самый действенный путь подвигать *Человека* к счастью, за этим – искренний интерес к *Человеку*, изначальная вера, особое внутреннее состояние спрашивающего, бесстрастность.

Наивысший приём подвижников в саморазвитии *Человека* – погружение его в наилучшие образы красоты жизни: пейзажи, картины, музыка, а главное, высшие образцы по-

ведения личности в отношениях, что действует без слов и внешних усилий. Жить хорошим – это универсальный педагогический способ воспитания *Человека*, возрождения его здоровья, проявления его личности; если в нём это открылось, он обретает ценный опыт жизни, продвигается в искусстве жить.

Эти приёмы хорошо известны, однако доступны лишь тем, в ком развивается *личность*. Так становится понятной мудрость: «*Каждый Человек – Учитель!*» и проясняется взаимосвязь и единство смысла и функций воспитания и образования.

В стандартах университетского образования, независимо от профессии, это именуется общими профессиональными компетенциями – навыки системного позитивного проектного мышления и межличностных отношений – ключевые критерии развития личности, но слишком поздно начинать это здесь.

Истинное образование, осуществляемое во врачевании, школах, университетах, снимает главные причины болезней и страданий – непонимание целей, смысла и предназначения своей жизни, поэтому здесь корень профилактической медицины. Медицина, призванная своей наукой задавать тон жизни, просвещать *Человека* в вопросах своей природы, берёт на себя его важную часть – обучение, как жить здоровым.

Когда эффективные межличностные отношения становятся нормой в обществе и являются высшим продолжени-

ем биологического явления симбиоза, человеческий капитал становится главным ресурсом жизни. Образование и есть путь к здоровью *Человека*, когда его мысли, слова и действия живут в гармонии, соединены общими смыслами.

Так возвращается красота жизни, чуть позже облечённая в художественные, поэтические образы творений Человека: врача – в здоровье *Человека*, архитектора – в дизайне жизни, кулинара – в тонкой энергии вкуса, матери и отца – в ребёнке, который превзошёл их в главном. Мы сами творим новейшую фундаментальную науку о жизни, единую, ибо надёжное соединение знаний происходит только в глубинных пространствах сознания Человека.

Таким образом, от образования, в первую очередь педагогического и медицинского, от развитой личности Учителя и Врача задаётся высокая планка отношения к *Человеку* в обществе, создаются предпосылки к её законному закреплению на государственном уровне. Об этом постоянно говорит профессор Н. П. Толоконская.

Русский врач

Внесение изменений в систему здравоохранения России становится крайне актуальным вопросом. Это очень чётко продемонстрировали события 2020 года. Одно из доминирующих направлений – это мировоззрение врача, который становится важным объектом на всех этапах оказания меди-

цинской помощи. Вспышка новой коронавирусной инфекции стала катализатором событий, которые длились годами и завершились апогеем в виде катастрофической ситуации. Последние 20 лет в России насаждалось мнение, что система здравоохранения это сфера услуг. Однако это чрезвычайно ошибочное и порочное мнение, которое привело к кризису в системе оказания медицинской помощи. Система здравоохранения не может быть сферой услуг, это сфера народного хозяйства, которая должна быть ориентирована на сохранение и укрепление здоровья и качества жизни россиян.

Террор из средств массовой информации, результатом которого стало запугивание населения «опасной смертельной» вирусной инфекцией и кадрами из стационаров и больниц, а также комментариями некоторых «специалистов в белых халатах», стал страх перед врачом и даже человеком в медицинской одежде, а также выраженное недоверие к медицине.

Не менее пугающее событие – это то, что произошла «деградация» некоторых врачей, которая проявлялась в потере критического осмысления происходящей ситуации и внедрении и усугублении панического настроения среди населения, которое и так уже было создано средствами массовой информации. Вместо выезда к пациенту или приёма пациента с признаками ОРВИ, некоторые врачи стали отказываться, ссылаясь на возможность заражения. У некоторой части врачей возможность получения материальной (финансовой) выгоды стала на первое место, полностью удалив из повест-

ки дня здоровье пациента, а также негативные отдалённые последствия на всю систему здравоохранения, населения и будущего страны. И что более трагично – появились «люди в белых халатах», которых невозможно назвать врачами, так как они начали фашиствовать – надевая на пациентов с пневмонией и дыхательной недостаточностью маски, принуждать их к «вакцинации»!

Сложилась чрезвычайно опасная ситуация как для системы здравоохранения, так и для страны и даже её национальной безопасности и суверенности. Оставлять это без внимания не просто халатно, а уже преступно.

Человек, который столкнулся с болезнью, особенно когда это ургентная (экстренная) ситуация, в большинстве случаев не может справиться с ней самостоятельно. Роль врача становится приоритетной, и поэтому чрезвычайно важно, чтобы был совместный союз врача и пациента. Таким образом они будут выступать единомышленниками и соратниками в борьбе с недугом. Победы достичь будет намного легче и проще. Именно в данном направлении – восстановление доверия и веры во врача – и необходимо скоординировать все усилия.

На практике уже доказано, что огромные инвестиции в оснащение и оборудование, а также строительство новых медицинских комплексов без соответствующей организации лечебного процесса и специалистов являются просто бездарно потраченными деньгами и никоим образом не влияют на

снижение заболеваемости, инвалидизацию и смертность населения. Данное утверждение о нецелевом использовании средств относится и к попытке всё решить через систему стандартизации протоколов лечения, когда не учитываются особенности конкретного пациента. Таким образом, пациенты не получают необходимое лечение и лекарственное обеспечение, что приводит к хронизации заболевания, повторной обращаемости и растущей нагрузке на стационарное звено системы оказания медицинской помощи. Попытки выстроить систему, в которой врач исполняет роль диспетчера, отмечающего галочками нужные пункты в компьютере, являются крайне пагубными как для пациента, так и для врача и соответственно для всей страны.

Россия всегда славилась своими врачами и подходами к лечению пациентов. Попытки принизить врача, изменить в сторону «фельдшеризма», наделив его только «навыками и умениями» катастрофичны по своей основе.

Десятилетние попытки вытравить из российских врачей сформировавшуюся столетиями ментальность врача-лечебника не удаются. У нас есть ещё возможность восстановить утраченное. Ведь ментальность русского врача определялась в первую очередь как *духовность* и *душевность*. Эти понятия очень тяжелы для восприятия человеку из западного мира, однако они существовали и до сих пор присутствуют в наших докторях. Русский врач как человек, специалист и гражданин обладает определённым набором националь-

ных черт и профессиональных компетенций, детерминированных особенностями культуры и религии, которые проявляются в его отношении к самому себе, окружающим людям, государству и миру в целом. Врачебная ментальность не врождённый феномен, а социально приобретённый!

Крайне важно отметить, что понятие «*русский врач*» осуществляется не по национальному признаку, а по мыслительному процессу и методологическому подходу к процессу излечения конкретного человека, который столкнулся с болезнью. Это не симптоматическое, формулярное в подходах лечение, а патогенетически обоснованное врачевание. Определение, которое даётся в толковом словаре, «*врачевать*» – заниматься лечением, облегчать душевные страдания, приносить освобождение от чего-либо неприятного, тяжёлого, исцелять.

Принимая во внимание, что надо изменять модель организации системы здравоохранения и основным действующим субъектом ставить врача, необходимо внести изменения в подготовке и работе врача. основополагающее изменение – это восстановление ментальности русского врача.

Каким должен быть врач по мнению подавляющего большинства населения России? К чему необходимо стремиться молодым врачам? Врач должен обладать следующими качествами:

1. Эмоционально-нравственные качества. Основные из них – это внимательность к пациенту и его состоянию здо-

ровья, вежливость в общении и тактичность в высказываниях, милосердие и сострадание к пациенту и его недугу, что особенно высоко ценится болеющим человеком.

2. Интеллектуальные качества. У врача должно быть развито клиническое мышление, чтобы подходить к пациенту всесторонне и всецело, чтобы максимально быстро и с минимальными затратами помочь конкретному больному. Быть компетентным в своём вопросе, чётко и логично выстраивать план обследования и лечения. Быть мудрым и эрудированным для способности общаться с пациентами разных возрастных групп, уровня знаний, культурных и национальных традиций.

3. Волевые качества. Врач должен быть аккуратен в ознакомлении с данными исследований, анализов и консультаций смежных специалистов. Пунктуальность в намеченном плане лечения и обследования. Иметь самообладанием и терпение. А также иметь усердие в постоянном получении знаний и самосовершенствоваться.

4. Этикет профессиональной деятельности. Для успешного лечения пациента врач должен владеть грамотной речью, чтобы доходчиво и понятно объяснять и разъяснять пациенту необходимость исследований, анализов, плана лечения. Внешний вид и облик врача играют важную невербальную часть в успешной курации (лечении) пациента.

Надо чётко понимать, что всё это невозможно осуществить за один год. Надо отдавать себе отчёт, что поставлен-

ные ориентиры не являются легко достижимыми, но они абсолютно реальны при условии последовательности действий. Необходимы определённые коррективы в этапы подготовки медицинских кадров и лечебный процесс.

Коррективы в подготовку врачей:

- Отбор в высшие медицинские образовательные учреждения дополнить психологическим отбором и собеседованием.
- Вернуть обучение на анатомических препаратах, компьютерные технологии могут выступать лишь дополнительным, а не основным средством обучения.
- Увеличить количество часов на санитарскую практику, сестринское дело, субординатуру.
- Аттестационные мероприятия проводить на клинических базах с реальными пациентами. Симуляционные технологии могут быть только вспомогательными в оценке знаний и не могут быть основным инструментом аттестации.

Коррективы в научную деятельность:

- Возобновить деятельность научных кружков на кафедрах.
- Поощрять различными способами и мотивировать участие студентов в научной деятельности.
- Обеспечить возможность реального, а не виртуального, ежемесячного участия врачей в научных конференциях, конгрессах.
- Материально поощрять участие в научной деятельности.

Коррективы в постдипломное образование:

- Обучение должно быть в основном в реальной обстановке, дистанционное обучение может быть только в случае крайней необходимости и как вспомогательное.
- Увеличить количество практической работы в стационарах, клиниках, поликлиниках и т. п.

Коррективы в лечебный процесс:

- Создать академические клиники при высших учебных заведениях.
- Вернуть в медицинские учреждения должности научных сотрудников для постоянного взаимодействия науки и практической медицины.
- Основной упор сделать на профилактическую, превентивную модель здравоохранения.
- Упростить доступ к медицинской помощи на уровне амбулаторного звена.
- Не на словах, а на практике повысить доступность медицинской помощи на всех этапах лечебно-профилактического процесса.
- Организовать модель оказания медицинской помощи по принципу «результат, а не процесс».
- Осуществить принцип работы полиса ОМС *«деньги идут за пациентом»*, таким образом пациент будет сам выбирать, где получить медицинскую помощь по полису ОМС вне зависимости от формы собственности медицинского учреждения.

Программа представлена в сжатом виде, без расшифровки каждого пункта и имеет в своей цели получение конкретного результата. Результатом должны стать не только удовлетворённость пациента доступностью и получением медицинской помощи, но и повышение продолжительности и качества жизни населения.

Давайте подведём небольшой итог, что надо делать в системе здравоохранения, чтобы люди перестали бояться и начали с уважением относиться к человеку, по праву надевшему белый халат.

1. Внесение изменений в систему оказания медицинской помощи в виде изменения её на превентивно-профилактическую и назначение основным субъектом врача стало чрезвычайно актуальным и жизненно необходимым для сохранения здоровья нации.

2. Для осуществления мероприятий необходимо акцентировать внимание на мировоззрении врача, воспитывая его в духе *«русского врача»* – с эмоционально-нравственными, интеллектуальными, волевыми качествами и этикетом профессиональной деятельности.

3. Детальная разработка программы изменений в систему здравоохранения уже проводится заинтересованными врачами совместно со специалистами смежных направлений – юристами и экономистами.

У нас в стране есть и кадры, и потенциал для развития.

5. Человек и его роль в мире

*Человек не может по-настоящему
усовершенствоваться, если не помогает
совершенствоваться другим.*

Ч. Диккенс

Организм – уникальный модуль, реагирующий на внешние природные воздействия. Дисгармоничная работа структур мозга требует новых подходов для гармонизации здоровья. Источником создания психологических гармонизирующих техник может стать вековой опыт народа, философски переработанный для современного использования.

В сущности, вся Природа стремится к гармонии. Чем больше кажущаяся дисгармония, тем сильнее стремление к более совершенному порядку. Возникающие противоречия – это неизбежность движения. Организм – частичка, уникальный модуль Природы. Он подвержен как сильным, так и слабым её воздействиям. Влияние атмосферы, излучения солнца, действие механических и химических факторов в высоких концентрациях являются мощными и действенными факторами влияния Природы на организм. Они способны нарушать гармонические взаимосвязи организма и природной среды и восстанавливать их. А трудно ли гармонизировать состояние организма слабыми воздействиями природных факторов? Гармония здоровья зависит от образа на-

ших мыслей. Это знали не только в России, но и в других странах. Французский учёный и священник Пьер Тейяр де Шарден писал: *«В силу качества и биологических свойств мысли мы оказываемся в уникальной точке, в узле, господствующем над целыми участками Космоса, открытом в настоящее время для нашего опыта»*.

Органом мысли является мозг, в котором, как и в других органах и тканях, каждый структурный элемент выполняет свою роль (поэтому его также можно рассматривать как модуль, компартментно-кластерную систему). Дисгармония в деятельности модулей мозга, по данным китайского профессора Джо Циена, может начинаться, когда ухудшается работа связующего модуля, заставляющего работать весь мозг сообща – это молекулы ДНК. По данным Принстонского университета, в ДНК – это участок связующих молекул NR2B, который контролирует процессы памяти. Данный участок в ДНК в экспериментах на мышах уже удаётся создать введением генного материала в зародыш. После этого рождаются крысы с прекрасной памятью. Рецепторы (NMDA), на которые воздействуют связующие молекулы у человека и животных, одинаковы, и, следовательно, в скором будущем появятся новые средства, улучшающие согласованность в работе модулей мозга. Однако пока можно попытаться улучшить этот процесс более доступными способами. Итак, в наше время становится особенно необходимым поиск эффективных гармонизирующих техник. В настоящее время в обиход возвра-

щаются гармонизирующие методики прошлого. Издавна известно, что для излечения нервных людей и «бесноватых», им рекомендовалось прислоняться к деревьям всем позвоночным столбом. Сохранились легенды о лечебных свойствах древесины «деревя мёртвых». Её использовали для лечения внутрь золой для снятия болей при наружных аппликациях.

Известны способы лечения «камнями Христа» (так называли метеориты). При некоторых заболеваниях считалось достаточным для излечения посмотреть на них или прикоснуться к ним. Восстановление сил при помощи домашних животных дало развитие новому направлению в современной «нетрадиционной» медицине – зоогармонизации, или зоотерапии. Использование верховых поездок на лошадях (иппотерапия) для улучшения самочувствия и улучшения обменных процессов в организме, использование тепла тела домашних кошек и собак для снятия болей в костях и мышцах – вот наиболее распространённые способы этого направления параллельной медицины. Но если целесообразность использования подобных техник ещё требует своего изучения, то сведения, которые каждый может почерпнуть из Библии, а также из опыта монастырской медицины, уже прошли свою апробацию в веках. Попробую изложить часть из них в «светской» манере для чрезмерно материалистичного читателя.

В прошлом в России существовала естественная целост-

ная уникальная природная система гармонизации здоровья, основанная на распространенных в народной среде взглядах. Перечислим основные её признаки.

Вера. Чтобы сохранить здоровье, было принято часто молиться о здравии, в том числе перед каждым приёмом пищи. Наши предки верили в чудо и при этом чётко понимали дисгармонизирующую роль греха и несоблюдения божественных заповедей в возникновении болезней конкретного человека. Христианство и другие религии обновили духовность многих народов, показали, что все общие законы духовного бытия действуют в сознании каждого человека. Религия учит, что при правильных взаимоотношениях с Богом – Он помогает всем, кто ищет исцеления и стремится изменить свой старый образ жизни на новый без страха и отчаяния.

В прежние времена считалось, что если к человеку прилипает так называемая «порча», то значит, он сам настолько духовно нечист, загрязнён ненужными мыслями, поступками, что на него можно воздействовать извне – «сглазить». Вера и любовь – самые сильные охранители от этого. Вспомним латинскую пословицу: «*В здоровом теле – здоровый дух*». Этот дух накапливается выращиванием добра. Для гармонизации нервной деятельности надо избегать дурных мыслей, не допускать их и, напротив, культивировать положительные мысли. Надо помнить, что дисгармония может быть. Она допустима, но временна. А наша задача – уменьшить отпущен-

ное ей время.

Постоянно нужно помнить о душе. Вот что говорил о ней В. Гюго: *«Я душа. Я хорошо знаю, что то, что я отдаю могиле, – не я. То, что есть моё „Я“ – уйдёт не туда. Всё создано для постоянного подъёма от зверя к Человеку, от человека к Богу».*

Воспитание и упражнение воли. Этот пункт хорошо объяснён врачом С. Апраскиным: *«Жизнь человека, живущего в довольстве, удовлетворяющего всякое своё плотское желание, постоянные отказы себе в плотских желаниях делают человека более сильным, закаляют волю. Отказ от известного рода пищи – пост – в узком смысле этого слова является подобным же стимулом. Опасения, что постная пища может повредить здоровью, не выдерживают научной критики. Как показывают наблюдения, например, за опытом подвижников, употреблявших действительный минимум пищи, является несомненным, что при растительном рационе мы легко можем доставить организму всё нужное для поддержания сил. Обычное ощущение голода при переходе на постную пищу у привыкшего питаться мясом человека есть не что иное, как ощущение недостатка привычного возбудителя, подобно тому, как это бывает у курильщика, отвыкающего от табака, у алкоголика без водки. Обыкновенно спустя некоторое время это ощущение проходит... Укрепляя волю путём воздержания, пост укрепляет волю ещё иным путём, путём улучшения функций головного моз-*

га. При этом пост просветляет разум, а сферу чувств делает более восприимчивой ко всему положительному...» «Кроме трёх основных веществ (белков, углеводов, жиров), в животной пище содержится ещё много так называемых экстрактивных веществ, которых нет в растительной пище или, по крайней мере, нет в таком количестве...» Вот что говорят о влиянии мяса на человеческий организм венские физиологи Лихтенфальс и Фрелих: «Мясо, особенно же бычье, производит, подобно спиртным напиткам, искусственное возбуждение, в большей части случаев непродолжительное, за которым следует понижение жизнедеятельности организма». Касаясь дисгармонизирующей роли для крови и здоровья человека вина, отмечается, что «постоянное присутствие алкоголя в крови человека вызывает резкие изменения в духовной сфере в смысле понижения нравственного чувства, большей склонности ко всему дурному, ослабления воли и, наконец, познавательных способностей, причём все эти изменения психической сферы наступают ранее, чем успевают развиться органические изменения в органах – сердце, сосудах, печени, нервной системе, почках».

«Таким образом, для души пост является горнилом, очищающим сердце, просветляющим ум и закаливающим волю. Для тела же – предохранительным клапаном, предупреждающим чрезмерное накопление в крови вреднодействующих продуктов неполного окисления белковых веществ. Пост предотвращает развитие многих болезней и преж-

девременную смерть». Следует добавить, что привычка к жирному мясному питанию вызывает дисфункцию клеток крови, участвующих в жировом обмене, – лимфоцитов. В подобных случаях теряется их важная функция надзора и борьбы с микроорганизмами и опухолевыми клетками внутри человеческого организма. Поэтому у «мясоедов» нередко злокачественные или опухолевые заболевания различных органов и крови. Многие заболевания крови, особенно онкологические, в прежние времена не имели «гематологических» названий. Только с появлением микроскопа открылись новые термины – малокровие и белокровие, с развитием биохимии возникло понимание гемофилии. Раньше считали, что и другие болезни крови – это больше болезни души. Поэтому в качестве одного из важных средств, наряду с лечебными рецептурами траволечения, питания, назначали духовное очищение. Долгую и здоровую жизнь было нелегко сохранить в жёстких природных условиях и в прежние века. Считалось, что одним из средств этого было душевное спокойствие. То, что душевное и физическое состояния человека взаимосвязаны, учит Библия. Для поддержания крови и здоровья сердца рекомендациями «домостроя» в семье предписывалось определённое поведение членов семьи. Жена должна была быть кроткой. Муж также был обязан не возбуждать, как принято говорить сейчас, стрессовых ситуаций. Считалось, что всякая злость меньше в своём вреде для сердца, чем злость сварливой жены. Вредным для сердца

считалось бессовестное поведение, *«ношение греха в сердце своём»*, длительная печаль. Наоборот, эмоции радости считались животворящей силой. В современной жизни актуальным для сохранения становится принцип поиска хорошего в плохом. Нередко человек попадает под влияние ухудшающихся условий жизни и неблагоприятных обстоятельств. В таких ситуациях надо настроить себя по принципу Ю. Андреева *«превращать поражение в победу»*. Например, если всё вздорожало, что плохо, следует отказаться от очень дорогих сигарет или вообще от курения. И это для вас уже большой плюс. Если стали очень дорогими лекарства, то следует так построить свою жизнь, чтобы этих лекарств не требовалось. Если вздорожал проезд на транспорте, то разум подсказывает, что следует больше ходить пешком, а это более полезно для здоровья. Если же у вас что-то болит, то следует отвлечься от навязчивых дум о состоянии больного органа. В таких условиях излечение наступит быстрее и, как правило, завершается более стабильными результатами. Необходимо перестать прятаться от жизни за болезнь. Надо поставить перед собой светлую цель и постоянно работать над тем, чтобы приблизить её осуществление.

Влияние родных душ. Подмечено, что доброе отношение взрослых к ребёнку стимулирует его психическое и физическое развитие. Если ребёнка гладит по головке мама или любящий отец, другой близкий человек, как установлено в последнее время наукой, у него ускоряется формирование

более глубоких и извитых извилин коры головного мозга, развиваются до более высокого уровня мыслительные способности. Ребёнок, не испытывавший в детстве ласки, вырастая, становится неспособным должным образом воспитывать своё потомство, правильно заботиться о сохранении его здоровья. Доброе отношение к ребёнку важно и для родителей. Это сохраняет им трудоспособность и долголетие. Известно также, что если в омовении или смазывании больного участка тела участвует родной и любимый человек, то, наряду с очищением покровов в зоне больного участка, организм пострадавшего получает мощную полезную «подпитку», как считают ныне – за счёт оздоравливающего информационного воздействия. Было замечено, что нормализацию крови ускоряют положительные эмоции, радость и смех, искренние молитвы. Поэтому в Америке в ряде больниц вместе с врачами трудятся комики и клоуны, больных часто посещают священники.

Труд с удовольствием и отдыхом. Это один из обязательных гармонизаторов работы всех систем и органов нашего тела. Во время работы не следует «причинять неудобства» Природе, засорять земельные участки, оставлять работу незавершённой. Однако, трудясь, следует соблюдать принцип: *«устал – отдохни»*. Один старый философ сказал: *«Нет такой печали, которую бы не развеяла часовая прогулка»*. Важна нормализация режимов труда и отдыха, сна и бодрствования, необходимо давать отдых мозгу в усло-

виях «нетронутой» или сельской природы. Здоровый и достаточный сон был одним из основных условий гармонизации самочувствия человека в России. Но достичь этого вида сна можно было, лишь следуя следующим житейским заповедям: для здорового сна необходимы тишина и покой, отдельная и чистая постель, тёплое и лёгкое одеяло, свежий воздух в спальне. Если вы не боитесь пополнеть, то можно спать и после еды. Следует соблюдать длительность и время сна – у взрослых длительность сна не должна быть менее 8 часов. Ложиться спать нужно до 24 часов, а не после полуночи. Издавна на флоте существует положительный опыт восстановления сил с помощью сна. Там, на кораблях, после обеда предусмотрен сон – «адмиральский час». Следует помнить, что сон при ярком свете не освежает. Если вы просыпаетесь ночью и не можете заснуть снова, приготовьте с вечера и поставьте рядом с постелью стакан воды с сахаром или мёдом. Когда вы проснётесь ночью, выпейте этот напиток, и сон вскоре к вам вернётся. Сон также укрепляет небольшое количество чеснока или несколько глотков сухого виноградного вина.

Гармония жилища. Чтобы соблюсти гармонию тела и духа, большое внимание следует уделить своему жилищу. Отечественный учёный В. А. Филин, директор Центра видеоэкологии, считает, что если *«нервничает глаз – нервничает душа»*. По его словам, в серых, однообразно застроенных прямоугольными зданиями спальными районами горо-

дов высок уровень преступности. Это связано с нервным состоянием органа зрения и души. В старинных районах городов такого глазного невроза нет, поскольку в их архитектуре имеются благоприятные сочетания конструктивных элементов – арок, колонн, башен. Да и окраска этих старых районов иная, в них много естественной зелени и солнечных красок. Внутри жилища также следует создать оптимальные условия для глаза, который раздражается при наличии длинных ровных поверхностей, вытянутых линий и множества прямых углов. Клетчатый рисунок покрытий пола, обои «в клетку или в кирпич», полосатые обои в спальнях комнатах дисгармонизируют работу глаз. Наоборот, растительные орнаменты, теплые цвета стен, арочные потолки, картины и подобранные со вкусом иконы, скульптуры улучшают состояние нервной системы и умиряют *«волнение крови»*.

Не портить кровь себе и другим. По мнению профессора П. В. Бундзена из Санкт-Петербургского НИИ физической культуры, при появлении чувства нездоровья прежде всего следует изменить неблагоприятное психосоматическое состояние. Если когда-то кто-то постоянно портил вам настроение, вы справедливо скажете: *«Сколько он мне крови испортил...»* Большому числу людей необходимо научиться уходить от «третьего состояния», когда в организме ещё не развилась явная патология, но когда здоровье уже находится на нижнем пределе. Прежде всего следует перестроить ценностную ориентацию человека на здоровье. Можно

воспользоваться различными способами достижения этого, один из них – биоэнергопластика. Этот термин подразумевает психофизиологические тренировки в сочетании с физическими. Из опыта прошлого к этой системе следует подключить также перестройку своего мироощущения на преобладание положительных эмоций.

Для сохранения гармонии в системе крови и других системах организма можно воспользоваться и другими простыми способами. Один из них предложен популяризатором здорового образа жизни – Теуном Марезом.

Сохранение гармонии с окружающим миром для человека – во многом зависит от человеческих взаимоотношений. А они являются своеобразной игрой и имеют очень чёткие правила. Беда в том, что большая часть людей портит удовольствие остальным игрокам. Они хотят только выигрывать и в результате лишают жизнь всех радостей – ведь для победы им нужно, чтобы кто-то другой проиграл. *«Все мы уникальны, каждый обладает особыми достоинствами. Это значит, что каждый играет в игру жизни в своём стиле. Этот стиль является личной подписью – тем следом, который каждый из нас оставляет в мире, той меткой, которая расскажет о нас другим»*. Могут помочь сохранить сбалансированными свою жизнь и здоровье следующие правила из книги Теуна Мореза:

1. Чтобы танцевать танго, нужны двое. Перестаньте играть во взаимные обвинения. Научитесь видеть собственную роль

в случившемся, свой вклад во всё, что происходит. И тогда никто не сможет вам «портить кровь» своим отношением.

2. Относитесь к любому человеку из своего окружения так, как вы относились бы к незнакомцу. Давнее знакомство часто приводит к привычности и потере уважения! Относитесь к мужу или жене, начальнику, детям, родным и друзьям так, будто только что познакомились с ними. Не забывайте о необходимости вежливости и уважения, даже если вы знаете человека целую вечность.

3. Смиритесь с тем, какой вы. Признавайте свои недостатки и помните, что они являются вашей дорогой к силе и билетом к свободе. Перестаньте делать вид, что лишены потенциальных способностей. Вместо того чтобы постоянно оправдывать свои поступки, научитесь прислушиваться к другим. Самое главное, научитесь прислушиваться к собственным чувствам.

4. Ищите во всём положительные стороны. Сосредоточьтесь на хорошем. Начните отдавать себе и всем окружающим должное за хорошие дела. Критиковать, унижать и подчёркивать неудачи очень легко, но насколько часто вы хвалите себя или других за что-то хорошее? Чтобы продолжать верить в себя, всем нам время от времени нужно, чтобы кто-то погладил нас по голове, даже если этот «кто-то» – мы сами!

5. Определяйте человеческие роли и пол по их потенциальным проявлениям. Если вы – мужчина, то относитесь к окружающим женщинам как к женщинам, а не мамочкам.

Если вы – женщина, относитесь к мужчинам как к мужчинам, а не маленьким мальчикам.

6. Уплотняйте время. Старайтесь не тратить время впустую, потворствуя давним привычкам. Учитесь общаться действенным образом: открыто, искренне и безжалостно. Не думайте, что окружающие способны читать ваши мысли и угадывать ваши желания.

7. Верьте в себя и в других. Прекратите считать, что все вокруг пытаются вам досадить. Руководствуйтесь принципом зеркал, то есть осознайте, что окружающие хотят вам помочь, а не превратить в свою жертву!

8. Принимайте во внимание разницу между мужчинами и женщинами.

9. Смейтесь! Жизнь – это веселье! Научитесь видеть во всех своих действиях и поступках других то, чем они являются на самом деле – то есть глупостью. После этого вы будете смеяться намного чаще, чем плакать. Все люди, включая вас, – и в самом деле очень смешные создания!

10. Любые отношения, независимо от их типа, представляют собой серьёзное капиталовложение – вклад в самого себя! Ведь одни *«люди гибнут физически, но некоторые умирают эмоционально или душевно. Многие умирают внутренне, теряют какую-то искру жизни, которая исчезает из их глаз и сердец. Они превращаются в ходячие трупы, становятся ненастоящими – просто призраками, мелькающими в нашей жизни»*.

Могут ли психологические приёмы обустройства своей жизни влиять на кровь? На первый взгляд это представить трудно, однако современная наука утверждает, что кровь может являться переносчиком и активатором вырабатываемых мозгом морфиноподобных веществ, которые обеспечивают хорошую циркуляцию крови, повышение настроения и оптимизацию мироощущения человека, что, в свою очередь, поддерживает высокую функциональную активность организма. В повседневной жизни следует периодически менять приёмы самопомощи в гармонизации здоровья, с тем *«чтобы они не надоедали организму»*, но некоторые общие характеристики этих способов сохранения здоровья должны присутствовать во всех этих технологиях. Позаботиться о здоровье своей души и о сохранении хорошей крови можно путём достижения побед над своими страхами, ленью, корыстью и тому подобными отрицательными качествами.

Китайская медицина считает, что тот, кто ограничивает желанья и уменьшает корысть, тот питает сердце и кровь. Важно активно участвовать в общественно-полезной деятельности, жить заботами семьи, своих близких, стараться улучшить их условия жизни. Это доступная для всех часть методики Л. Яроцкого, называемой аретотерапией, то есть *«лечением идеалами»*. Вспомним древние рекомендации здорового образа жизни. Китайские врачи советуют жить *«изгоняя печаль, опираясь на радость»*, регулярно возвращать себя к этой мысли, ибо *«начало без продолжения»*

– *есть отступление и потеря своих шансов*». В эту систему можно включить и следующие понятия из китайской «Тайной книги Высшего владыки»:

- если прекращаешь мысли – питаешь дух;
- если умеряешь приём пищи и воды – питаешь форму;
- если умеряешь себя в трудах – рождаешь беспорядок;
- если воздерживаешься от разврата – питаешь семя.

Человек и его роль в данном мире с одной стороны сложны и непонятны, а с другой стороны очень просты и понятны. Есть базисные вещи, которые существовали и будут существовать тысячами, – это восход и закат солнца, это прилив и отлив океана, это смена времён года, это мужчина и женщина, это родители и дети, это доброта и любовь!

Это ценно и этоечно!

Данную главу мне хотелось бы резюмировать стихами:

И в каждом факте вашей жизни
ищите только позитив,
Гоните напрочь негатив!
Цените каждое мгновенье,
И дай вам Боже озаренье,
Чтобы понять и осознать,
Что вот основа совершенства,
Как вам здоровье сохранить
И долго счастливо прожить!

Эпилог

В 2015 году вышел достаточно интересный патент (<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/patent/US-2020279585-A1>).

РЕЗЮМЕ ПАТЕНТА

Система и метод тестирования на COVID-19. Изобретатель – РОТШИЛД РИЧАРД А. (Великобритания). Приоритет 2015/10/13. Предоставляется метод сбора и передачи биометрических данных (например, показателей жизнедеятельности) пользователя, при котором данные анализируются, чтобы определить, страдает ли пользователь вирусной инфекцией, такой как COVID-19. Метод включает использование пульсоксиметра для измерения, по крайней мере, пульса и процента насыщения крови кислородом, которые передаются на смартфон по беспроводной сети. Чтобы обеспечить точность данных, в смартфоне используется акселерометр для измерения движения смартфона и/или пользователя. После получения точных данных, они загружаются в облако (или на хост), где данные используются (отдельно или вместе с другими показателями жизненно важных функций), чтобы определить, страдает ли пользователь (или вероятно страдает) от вирусной инфекции, такой как COVID-19. В зависимости от конкретных требований данные, изменения к ним...



PATENT SUMMARY

System and Method for Testing for COVID-19

Patent	US-2020279585-A1
Inventor	ROTHSCHILD RICHARD A (GB)
Assignee	ROTHSCHILD RICHARD A (GB)
Date	Priority 2015/10/13

This web page summarizes information in PubChem about patent US-2020279585-A1. This includes chemicals mentioned, as reported by PubChem contributors, as well as other content, such as title, abstract, and International Patent Classification (IPC) codes. To read more about how this page was constructed, please visit the PubChem patents help page.

PubChem

1 Abstract



A method is provided for acquiring and transmitting biometric data (e.g., vital signs) of a user, where the data is analyzed to determine whether the user is suffering from a viral

«Могут ли некоторые вакцины стимулировать эволюцию более вирулентных патогенов? Согласно общепринятому мнению, естественный отбор удаляет высоколетальные патогены, если смерть хозяина значительно снижает передачу инфекции. Вакцины, сохраняющие жизнь хозяев, но при этом обеспечивающие передачу возбудителя, могут позволить циркулировать в популяции очень вирулентным штаммам. Иммуитет, вызванный прямой вакцинацией или материнской вакцинацией, продлевает выживание хозяина, но не предотвращает инфекцию, вирусную репликацию или передачу, таким образом продлевая инфекционный период

штаммов, которые в противном случае были бы слишком летальными, чтобы сохраниться. Данные показывают, что противобольные вакцины, не предотвращающие передачу вируса, могут создавать условия, способствующие появлению штаммов патогена, вызывающих более тяжёлые заболевания у невакцинированных хозяев. Существует теоретическое предположение, что некоторые типы вакцин могут стимулировать эволюцию более вирулентных („горячих“) патогенов. Эта идея следует из представления о том, что естественный отбор удаляет штаммы патогенов, которые настолько „горячи“, что убивают своих хозяев и, следовательно, самих себя. Вакцины, позволяющие хозяевам выжить, но не препятствующие распространению патогена, ослабляют этот отбор, позволяя эволюционировать более „горячим“ патогенам. Такой тип вакцины часто называют „негерметичной“ вакциной. Когда вакцины предотвращают передачу, как это происходит почти со всеми вакцинами, используемыми для людей, этот тип эволюции в сторону повышения вирулентности блокируется. Но когда вакцины протекают, позволяя хотя бы частично передавать возбудителя, они могут создать экологические условия, которые позволят новым штаммам появиться и сохраниться». Данная статья была опубликована в 2015 году (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4516275/>).

В августе 2021 года – Директор CDC доктор Рошель Валенски: *«Новые данные» показывают, что у вакцинирован-*

ных людей может быть столько же шансов заразиться вирусом, сколько и у невакцинированных людей.

Британские женщины сделали более 30 000 сообщений об изменениях в менструации после введения вакцины против COVID-19. Исполнительный редактор журнала The Spectator последней нарушила молчание (<https://www.spectator.co.uk/article/The-Covid-vaccines-may-affect-periods.-Are-we-allowed-to-talk-about-this>). Она утверждает, что многие другие женщины пострадали, но не говорят об этом, опасаясь быть заклеяемыми как «антиваксеры».

Нарушение иммунитета после вакцинации – не теория заговора, а факт, который могут отрицать только самые упрямые и «слепые». Отказ от естественного иммунитета сегодня является основным фактором, способствующим нынешней «нерешительности» людей в отношении вакцин.

В сингапурском исследовании, опубликованном в журнале Nature (<https://www.nature.com/articles/s41586-020-2550-z>), проведённом в 2020 году, Т-клеточный иммунитет от SARS-CoV-1 сохранялся не менее 17 лет и обеспечивал перекрёстный иммунитет к SARS-CoV-2.

Недавний анализ данных (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.19.21255739v2>) показал наличие стойкой и широкой иммунной памяти после инфекции SARS-CoV-2 с сохраняющимися ответами антител и запоминающими В- и Т-клетками.

Наука доказывает, что естественный иммунитет является надёжным и долговечным.

Тем временем многие из наиболее вакцинированных стран в мире возвращаются в режим изоляции, а Pfizer и Moderna теперь рекомендуют «повторные прививки» из-за ослабления иммунитета.

9 августа 2021 года ежемесячный рецензируемый медицинский журнал The Journal of Infection в области инфекционных заболеваний, охватывающий микробиологию, эпидемиологию и клиническую практику, опубликовал рецензируемое исследование, которое открыло миру факты. Иммунные клетки после вакцинации сами становятся инфицированными и несут, по мнению специалистов, «вирус».

Согласно статье, антитела будут «тройным коном», который даёт искусственному вирусу проникновение во все клетки по всему телу. Мы увидим массовые болезни и смерть среди вакцинированных ([https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(21\)00392-3/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00392-3/fulltext)).

Я напомним: лауреат Нобелевской премии, профессор Люк Монтанье говорил, что именно вакцина создаёт новые варианты. В одном из интервью (удалённого со всех платформ BigTech) он утверждал, что и по этой причине в том числе программа массовой вакцинации является «огромной медицинской ошибкой».

Неужели у кого-то ещё остаются сомнения после озна-

комления с материалами, представленными в данной книге о том, что не «вакцины» были сделаны для COVID–19, а COVID–19 был придуман для «вакцин»!

Мне очень часто приходится слышать высказывания по типу «*это они там наверху всё решают*», «*я ничего не могу изменить*», «*а что от меня зависит?*», «*а что я могу сделать?*». Знакомо? Приходилось слышать такие или подобные этим высказывания?

Абсолютно каждый человек может изменить мир в лучшую сторону. Сделать это очень просто, и для этого не надо совершать мужественных подвигов. Достаточно просто улыбнуться другому человеку, помочь ему. Не требовать с пеной у рта, чтобы покупатель надел маску. Не кричать «*не пуцу, пока маску не наденешь*». Не требовать, чтобы сотрудник шёл на выполнение процедур «экспериментальными препаратами», иначе – уволю. Мне могут возразить, что эти люди выполняют свои обязанности и их могут штрафовать. Я отвечу: надо смотреть, что входит в их список обязанностей. Входит ли в их список обязанностей выполнение указаний начальника, которые противоречат законам? Вряд ли.

Здоровье каждого человека уникально и бесценно. И только сам *Человек* отвечает за своё здоровье. И только сам *Человек* может решить – надевать ему маску или нет, выполнять ему ту или иную медицинскую процедуру или нет.

Необходимо сохранять человечность и человеколюбие!

Только тогда мы останемся людьми. В противном случае – это будут нелюди. Путь, ведущий к потере человечности, ведёт к вымиранию всего человечества и произойдёт это быстрее, чем вымирание динозавров в своё время.

Уже сейчас в наших с вами силах не допустить этого!