

В.А. Агеев

ВЫДУМАННЫЕ БОЛЕЗНИ:

ВИЧ/СПИД,
АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ,
ПТИЧИЙ ГРИПП,
СВИНОЙ ГРИПП,
ПНЕВМОНИЯ ЛЕГИОНЕРОВ.



В. А. Агеев

ВЫДУМАННЫЕ БОЛЕЗНИ:

**ВИЧ/СПИД,
АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ,
ПТИЧИЙ ГРИПП,
СВИНОЙ ГРИПП,
ПНЕВМОНИЯ ЛЕГИОНЕРОВ.**

Иркутск
2006

Автор выражает благодарность коллегам, ученикам — студентам и ординаторам, друзьям и близким, всем тем, кто помогал в работе над этой книгой. Особенно признателен Е. В. Кожевниковой, А. В. Агееву, Ю. А. Бабаскину, Е. И. Белинской, Н. И. Малыгиной, Т. А. Ладаткиной за подготовку рукописи к печати.

СОДЕРЖАНИЕ

Вместо предисловия	4
Часть I. «ВИЧ/СПИД»	7
Пролог. <i>Cui bono</i> (кому это выгодно).....	9
Общее представление о вирусах, вирусных инфекциях, иммунных дефицитах.....	13
Возникновение гипотезы «ВИЧ/СПИД».....	17
Происхождение и парадоксы эпидемиологии «ВИЧ/СПИД» . . .	24
Первые жертвы «ВИЧ»-мистификации.....	29
«ВИЧ-ассоциированные заболевания». Истинные причины смерти «ВИЧ-инфицированных».....	36
Критика представлений СПИД-технологов о патогенезе, морфологии и клинике «ВИЧ-инфекции».....	45
Неспецифичность диагностики «ВИЧ-инфекции».....	55
«Лечение» виртуальной инфекции.....	59
Вместо эпилога. Негативные последствия реализации доктрины «ВИЧ/СПИД».....	68
Часть II. «Атипичная пневмония» (SARS — тяжёлый острый респираторный синдром)	77
Часть III. «Птичий грипп»	81
P.S.	87
Краткий словарь терминов	88
Список литературы	89

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ

Я не имею никакого отношения к медицине, но убежден в правоте доктора Агеева. Находясь в командировках в странах Южной Африки (Заир, Зимбабве, Мозамбик, Намибия), понял, что так называемый СПИД в этих странах связан с недостаточным и некачественным питанием большинства населения, проще говоря, с голодом, а также с различными инфекционными заболеваниями.

Многолетняя работа В. А. Агеева по разъяснению правды о ВИЧ/СПИДе свидетельствует о его высокой гражданской позиции, преданности врачебному долгу.

Заслуженный деятель науки РФ, доктор технических наук, профессор, лауреат премии правительства РФ в области науки и техники, действительный член Международной Академии экологии и безопасности жизнедеятельности
Зельберг Б. И.

Если мы собираемся развивать нашу отечественную медицинскую науку, мы должны вернуться к способам объективной и честной оценки нозологии, синдромальной диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Доктрина ВИЧ/СПИД и складывающаяся вокруг нее негативная социальная, экономическая и политическая ситуации — индикатор однобокого, волюнтаристского подхода к решению проблем сохранения здоровья человечества.

Член корреспондент Международной Академии экологии и безопасности жизнедеятельности, лауреат Всесоюзной премии молодых ученых, доцент
Портнягин В. Ф.

Книга В. А. Агеева «ВЫДУМАННЫЕ БОЛЕЗНИ: ВИЧ/СПИД, АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ, ПТИЧИЙ ГРИПП, СВИНОЙ ГРИПП, ПНЕВМОНИЯ ЛЕГИОНЕРОВ» 2006г., написана для патолога эмоционально на злободневную и актуальную тему. В ней можно выделить несколько главных аспектов.

1. Научное обоснование теории ВИЧ/СПИД, так же как и других выше перечисленных заболеваний, не имеет достоверного статистического, диагностического и морфологического подтверждения, что приводит к диагностическим и тактическим ошибкам в лечении больных. ВИЧ-ассоциированные же заболевания имеют четкую клиническую картину, подтверждаемую лабораторными и морфологическими данными.

2. Постановка диагноза ВИЧ/СПИД предполагает в перспективе 100% летальность, что приводит к социальным последствиям, в виде увеличения количества суицидальных попыток, озлоблению инфицированных пациентов и заведомому заражению здоровых людей т.н. ВИЧ-ассоциированными заболеваниями. В связи с массовой пропагандой в СМИ, отношение окружающих к ВИЧ-позитивным людям носит нетерпимый характер. Врачебная тайна в отношении их не соблюдается. Так, первый ВИЧ-положительный пациент в г. Иркутске (врач по специальности) был изгнан из больницы и города. Хотя в дальнейшем диагноз был снят, человек не мог вернуться обратно.

3. Медицина в настоящее время уже давно стала мощной статьей дохода различных организаций, связанных с разработкой диагностических систем, фармакологических препаратов, с аналитической оценкой рынка потребления лекарств. Старые постулаты: «Лечить больного, а не болезнь», уходят в прошлое. Это приводит к полипрогмазии, т.е. увеличению потребления лекарств, которые в свою очередь имеют побочные токсические воздействия на организм. Состояние нервной системы при этом не учитывается, что приводит к хронизации стресса, прогрессированию иммунодефицита и различных основных и сопутствующих заболеваний, и в итоге к сокращению продолжительности жизни.

*Доцент кафедры сосудистой хирургии и клинической ангиологии Иркутского ГИУВа, к.м.н., хирург высшей категории по сердечно-сосудистой хирургии, и хирург 1 категории по общей хирургии **Куклин А.Г.***

Существующая сегодня, научно не доказанная концепция ВИЧ/СПИД, не имеет ничего общего с так называемым добровольным заблуждением, что, к слову, бывает в науке вообще, и в медицине, в частности. Аналогов в истории медицины подобный факт не имеет. В первую очередь в связи с тем, что по своей губительности для общества эта концепция сравнима разве что с разрушительными войнами.

На фоне огромного числа человеческих трагедий, колоссальных финансовых затрат, ожидать, что официальная СПИД-медицина признает ошибочность теории, вряд ли возможно.

Доктрину ВИЧ/СПИД можно отнести к инструменту геополитики, чем считать её одной из областей медицинских знаний.

*Врач-патолог высшей квалификационной категории, зав. ПАО МУЗ КБ № 1 г. Иркутска **Свиштунов В. В.***

В августе 2005 г. редакция иркутской еженедельной газеты «Пятница» организовала дискуссию по проблеме ВИЧ/СПИД. В ней приняли участие представители иркутского АНТИ-СПИД-центра, организаторы здравоохранения и Ваш покорный слуга, автор этой книги.

Электронная версия дискуссии была размещена на сайте: www.pressa.irk.ru.

Вскоре в редакции появились первые отклики из-за границы (www.pressa.irk.ru, «Пятница» № 24, 27.08.05.)

Юлия Захер — врач СПИД-центра во Франкфурте-на-Майне (Германия): «С середины 80-ых годов занимаюсь практическими вопросами с пациентами ВИЧ/СПИД. Вы не можете представить себе, как много я могу рассказать из своего опыта за последние 20 лет. За моими плечами такая жуткая борьба, которая все еще продолжается. И я в курсе того, как живет мой единомышленник».

Фотографии ВИЧ нет нигде в мире. Снимки, которые существуют, не являются чистым изображением ретровируса. Это электронно-микроскопические фотографии клеточного материала, который выглядит как подвергшийся нападению вируса. К сожалению 95 % наших коллег не знают о том, что является чистым изображением вируса, и часто попадают на этом.

Я готова помогать доктору Агееву».

Христиан Фиала — австрийский ученый, гинеколог (Вена): «В других странах у специалистов, подобных доктору Агееву, которые ставят под сомнение нынешнюю веру в ВИЧ, точно такая же судьба».

В отношении фотографий я могу заверить Вас: после очень долгих поисков я установил, что до сих пор не было опубликовано ни одного снимка ВИЧ или похожих на ВИЧ частиц из крови пациента. В качестве эксперта я могу рекомендовать доктора Этьена де Арвана. Он очень много лет занимался изучением ретровирусов, используя электронно-микроскопические методы исследования».

Вал Тернер австралийский ученый: «Мы так и не смогли найти снимки очищенных вирусов ВИЧ, которые показали бы частицы со всеми морфологическими особенностями ретровируса. Ни Галло, ни Монтенье никогда не публиковали снимков очищенных вирусов».

Дорогие иркутские коллеги (это обращение к специалистам АНТИ-СПИД — центра; прим. автора), если вы смогли найти такие снимки, пожалуйста, сообщите нам. Почти все изображения ВИЧ даже не имеют размеров».

Выдуманные болезни

Часть I

«ВИЧ/СПИД»

ПРОЛОГ

Cui bonno (кому это выгодно)

После нас хоть потоп.

Людовик XV

Я назвал эту книгу «Выдуманные болезни».

Бурное развитие фармацевтической промышленности требует расширения рынка сбыта лекарств, вакцин, диагностических тест-систем и т.п. Крупнейшие мировые фармацевтические концерны, как это не прискорбно, не заинтересованы в исчезновении заболеваний, их профилактике, а даже наоборот, они с огромным желанием финансируют любые проекты по выявлению новых болезней. Логика бизнеса — продвижение своей продукции к потребителю — заставляет их заниматься подобными деяниями. В этом стремлении им охотно помогает медико-научный центр США, который стоит на страже здоровья граждан страны — Центр Контроля и Профилактики Заболеваний (Centers for Disease Control — CDC). Финансирование CDC в прямо пропорциональной зависимости от его функциональной активности.

Все заболевания, о которых идет речь в данной книге, появились на свет благодаря бурной деятельности именно этой организации.

Пробные камни с выдумыванием новых болезней CDC запустил в конце 50-х годов прошлого столетия, об этом будет рассказано в 3-й главе книги.

Самой удачной их разработкой явился «ВИЧ/СПИД». Затем в начале XXI века появилась «атипичная пневмония», «птичий грипп».

Заболевания, которые считались «болезнями века» и таковыми остаются — сердечно-сосудистые, онкологические, туберкулез оказались в тени выдуманной инфекции, которую назвали «чумой XX века».

В 80-х годах XX века разработчики теории «ВИЧ/СПИД» заявили, что инфекция распространяется по миру со скоростью огненной волны, и в скором времени отдельные страны, а затем и все человечество, окажется на грани вымирания.

Прошло более 25 лет, ничего подобного не случилось. Но СПИД-истеблишмент не прекращает практику запугивания человечества, заявляя, что пик инфекции следует ожидать к 2050 году. Это напоминает хитрость героя восточного эпоса Хаджи Насреддина, который поспорил с престарелым шахом, что его осел через несколько лет научится говорить. «Почему не поспорить, — рассудил Хаджа, — к тому времени или сдохнет осел, или умру я, или шах, отвечать будет некому».

Тем временем «ВИЧ/СПИД» стал узаконенным догматом. Согласно закону «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» (от 30 марта 1995 г. №380ФЭ): «Заболевание остается неизлечимым и приводит к неотвратимо смертельному исходу...»

По Закону каждый без исключения «ВИЧ-инфицированный» обязан умереть!

По Закону ни один врач, ни врачебный консилиум не имеют права снять ранее поставленный диагноз «ВИЧ-инфекция».

По догмату «ВИЧ — причина СПИДа» нельзя иметь другого мнения и отстаивать его.

СПИД-медицина становится культовой наукой, которая подобно спруту окутала своими щупальцами все отрасли медицины и человеческого сообщества.

По существующему в России положению о квалификационных экзаменах медицинских работников каждый врач, медики среднего звена обязаны сдавать экзамены на «ВИЧ-инфекцию» и отвечать так, как того требуют постулаты официальной «СПИД-медицины». Все другие точки зрения рассматриваются как ересь.

Учёные, врачи, доказывающие ошибочность догмата «ВИЧ/СПИД», объявляются СПИД-диссидентами. Их работы не печатаются в официальных медицинских изданиях, имена замалчиваются. Таких ученых, «преступивших закон», в мире более 6000. Это люди, не изменившие клятве Гиппократа, посвятившие годы жизни разоблачению ложной теории «ВИЧ/СПИД». Их работы не финансировались, ученых званий, степеней, почестей за свои исследования они не получали, но везде, где укоренилась ныне существующая СПИД — медицина, они, их деятельность подвергались различного рода дискриминациям.

В работах профессора молекулярной биологии, ведущего специалиста в мире по ретровирусам П. Дюсберга («ВИЧ/СПИД: корреляция, но не причина», «Выдуманный вирус СПИДа»), Нобелевского лауреата, автора полимеразной цепной реакции (ПЦР) К. Муллиса, группы австралийских исследователей под руководством Э. Пападопулос-Элеопулос, профессора патологии университета Торонто Э. де Харве («Ключевые вопросы о ВИЧ»), докторов медицины Р. Джиралдо, Р. Е. Уиллнера («Смертельная ложь», «Крик о правде») и многих других доказано, что не существует вируса, вызывающего смертельный иммунодефицит.

В своих многочисленных выступлениях в СМИ руководитель российского Центра по профилактике и борьбе со СПИДом академик В.В. Покровский предлагает СПИД-диссидентам в качестве доказательства ложности теории «ВИЧ/СПИД» ввести себе кровь больного СПИДом. Верх цинизма! Академик прекрасно знает, что основная масса российских «ВИЧ-инфицированных» — это нарко-

маны с гепатитами, другими инфекциями, включая венерические болезни.

Но в 1993 году доктор Р. Уиллнер ввел себе в организм «ВИЧ-положительную» кровь, взятую у больного гемофилией П. Тоцио. Многие газеты Испании сообщили, что это была демонстрация преданности истине и клятве Гиппократа.

В 2002 году в России издана книга И.М. Сазоновой «ВИЧ-СПИД виртуальный вирус или провокация века», в 2003 году — книга А.А. Дмитриевского и И.М. Сазоновой «СПИД: приговор отменяется». Московский врач И.М. Сазонова многие годы проводит огромную работу по сбору, переводу вышедших за рубежом печатных трудов ВИЧ-диссидентов, ведет анализ информации о практической реализации официальной гипотезы «ВИЧ/СПИД» как за рубежом, так и в России.

В 1998 году впервые в практике официального обсуждения проблемы «ВИЧ/СПИД» в России она выступила на парламентских слушаниях в Государственной думе РФ с критикой общепринятой доктрины этого заболевания, изложив позиции учёных СПИД-диссидентов и свою точку зрения.

В 2004 году в Новосибирске вышла книга руководителей Новосибирского отделения Общероссийского движения «В защиту детства» Н.Н. Щекочиной и Н.Т. Гцетиловой «ВИЧ-мистификация: её творцы и жертвы».

Проблемой «ВИЧ/СПИД» я занимаюсь с 1991 года. К убеждению, что это величайшая мистификация, пришел своим путём, используя методы исследования, доступные патоморфологу, анализируя литературу по данному вопросу как СПИД-ортодоксов, так и их оппонентов, встречаясь и беседуя с «ВИЧ-инфицированными», их родственниками.

К пониманию того, что «ВИЧ/СПИД» — «это не просто адская ошибка, а чудовищная ложь» (К. Муллис), можно прийти, анализируя выступления апологетов этой теории, внимательно изучая их литературу, в частности, книгу академика В.В. Покровского «ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение», журналы «Медицинский курьер», «Круглый стол», «Шаги». У мыслящего читателя не могут не возникнуть недоумения, масса вопросов, касающихся гипотезы «ВИЧ/СПИД», эпидемиологии, инкубационного периода, патогенеза (механизма развития), клиники, лечения, морфологии заболевания. Он придет к убеждению, что все, что касается «ВИЧ/СПИДа», - это клубок сплошных противоречий. Попытки их распутать привели к появлению таких определений «ВИЧ», как «таинственный», «умный», «загадочный», «непостижимый» вирус.

За более чем 25 лет борьбы с «Чумой XX века» (теперь уже XXI) результат нулевой — «чистые наркотики», «презервативы», «научиться жить со СПИДом, по возможности снижая вред», отсутствие

действенных лекарств и вакцин, миллиарды долларов, потраченных впустую. Созданные повсеместно АНТИ-СПИД-центры не борются со СПИДом, они его создают!

Тем временем тысячи «ВИЧ+» людей в мире, если это не наркоманы, не гомосексуалисты и не люди, страдающие гемофилией, без лечения антиретровирусными препаратами живут со «смертельными ярлыками» десятилетиями, «нарушая» закон о «ВИЧ/СПИДе».

Благодаря деятельности СПИД-диссидентов многие люди, которым поставили «ВИЧ-положительный» диагноз, обрели уверенность, что их положение не безысходно и не безнадежно, и они не обязаны умирать от якобы непобедимого вируса.

Все больше российских врачей убеждаются в правоте этих ученых и меняют своё отношение к тем, кому поставлен диагноз «ВИЧ/СПИД».

В этой книге рассказывается о причинах зарождения гипотезы «ВИЧ/СПИД», её развитии, парадоксах эпидемиологии, патогенеза, морфологии, клиники мифической инфекции, приводятся наблюдения из собственной практики. Читатель сможет узнать, для чего и кому выгодно изобретать новые, до сих пор не известные «смертельные» инфекции.

ОБЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ВИРУСАХ, ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЯХ, ИММУННЫХ ДЕФИЦИТАХ

В глубокой древности люди знали о таких болезнях, как оспа, «сухая нога», «конская стопа». Древнегреческий врач Гиппократ (460-370 г.г. до н.э.) описал заболевание, приводящее к деформации ног («сухая нога», «конская стопа»). В 1874 году оно получило название полиомиелит.

В трудах Демокрита (V век до н.э.) имеются первые описания бешенства.

Лишь в XX веке человечество узнало, что эти заболевания, как и многие другие, о причинах которых не было известно до этого времени, — грипп, другие острые респираторные инфекции, корь, свинка, гепатиты — вызываются мельчайшими микроорганизмами, во много раз меньше бактерий. Эти микроорганизмы назвали вирусами.

Честь открытия принадлежит российскому учёному Д. И. Ивановскому. В 1892 году была опубликована его работа «О двух болезнях табака». Он экспериментально доказал, что болезнь табака — табачная мозаика вызывается неким неизвестным агентом, легко проходящим через бактериальные фильтры. Учёный установил, что по способности вызывать заболевания и размножаться открытые им организмы напоминают бактерии, но по строению и свойствам — неспособность расти на искусственных питательных средах — отличаются от них.

Датский ботаник М. Бейерик в 1898 году повторил эксперименты Ивановского, но ошибочно посчитал, что вещество, вызывающее заболевание табака, токсичной природы и поэтому назвал его вирусом (яд, заразное начало).

За первые 25 лет после открытия Д.И. Ивановского было открыто ещё около 30 вирусов и доказана вирусная природа гриппа, Члешчево-го и японского энцефалитов, ящура, бешенства, натуральной оспы, кори и ряда других заболеваний.

К середине XX века были разработаны основные приёмы работы с вирусами и выросло первое поколение вирусологов. К этому времени было открыто более 1000 вирусов. Их многообразие проявляется в различии форм, размеров — от 20 нм (вирусы полиомиелита, ящура, энцефалита) до 800 нм (вирус оспы).

Сегодня мы знаем, что вирусы — мельчайшие микроорганизмы, внутриклеточные паразиты, неспособные размножаться вне клеток. Они обладают всеми свойствами существующих форм органической жизни — наследственностью и способностью размножаться, изменчивостью и умением приспосабливаться к условиям окружающей среды. Но вирусы не имеют собственных белоксинтезирующих систем, поэтому они используют таковые тех клеток, в которых размножаются. Паразитизм вирусов осуществляется на генетическом уровне.

Используя белоксинтезирующие системы клеток, они программируют с помощью нуклеиновых кислот вирусоспецифический синтез.

Форма вирусных частиц настолько постоянна (при кубической симметрии нить нуклеиновой кислоты свернута в клубок, а белковые капсомеры плотно уложены вокруг неё и образуют правильное геометрическое тело — икосаэдр), что по одному их внешнему виду можно сказать, какие заболевания они вызывают.

Разнообразие вирусных инфекций определяется способностью вирусов избирательно поражать клетки определённых органов и тканей (тропизм вирусов). Большая группа представлена эпителиотропными вирусами, небольшая группа вирусов обладает тропизмом к клеткам печени (гепатотропные вирусы «А», «В», «С», «D»), нервной ткани (нейротропные вирусы, вызывающие энцефалиты, полиомиелит), лимфоцитам крови (лимфотропные вирусы).

Селекция поражаемых клеток начинается с распознавания рецепторов оболочки клетки (гликопротеиды, липопротеиды), комплементарным адгезивным белкам вириона. Это означает, что каждый вирион находит собственную молекулярную мишень, которая выводит его на определённую категорию чувствительных клеток.

После проникновения в клетку вирус (точнее вирион) распадается на субкомпоненты с высвобождением геномной молекулы (ДНК или РНК). От последней зависит дальнейшая стратегия вируса — репродукция новых частиц (репликативная инфекция) или персистенция с более или менее ограниченной экспрессией генов (виrogenия). В первом случае течение вирусной инфекции острое, во втором — латентное, медленное. И тот, и другой пути приводят к повреждению клеток (цитопатический эффект). Морфологический диапазон повреждения клеток различен — от обратимых дистрофических изменений, до гибели клеток. Интеграция вирусного генома с геномом клетки может привести к появлению «уродливых», например раковых клеток (онкогенная трансформация).

С давних времён в микробиологии существует аксиома, которую ещё никто не опроверг, так называемая триада Коха: чтобы признать микроорганизм возбудителем конкретной болезни, его нужно выделить, т.е. обособить на искусственной питательной среде, описать (микроскопирование), изучить свойства и провести эксперимент с заражением. В эксперименте должно возникнуть точно такое же заболевание.

Во времена Д.И. Ивановского применительно к вирусам постулат не действовал. Ивановскому удалось осуществить первый и последний этапы постулата Коха (выделение и заражение), а промежуточные (выращивание на питательных средах и прямая микроскопия) никак не удавались.

Вирусы в отличие от бактерий — мельчайшие внутриклеточные организмы — на питательных средах не растут.

«Золотой век» вирусологии начался в середине XX столетия. Стала широко внедряться электронная микроскопия, были разработаны основные филигранные методы работы с вирусами, в частности, правила их выделения.

В 1973 году в Институте Пастера состоялась конференция ведущих учёных, на которой присутствовали некоторые известные ныне ВИЧ-эксперты. Обобщив научный опыт, накопленный в этой области, учёные пришли к выводу, что для доказательства существования вируса нужно сделать три вещи. Во-первых, вырастить клетки и найти частицу, которая, по предположению, может быть вирусом или хотя бы иметь внешнее сходство. Во-вторых, необходимо применить специальную методику отделения этой частицы от других, чтобы разделить её на части, проанализировать, из чего она состоит. И, наконец, доказать, что частица может производить свои копии, то есть размножаться. Нет размножения — нет вируса. Это чрезвычайно важное положение, и ни один учёный, особенно вирусолог, не может себе позволить его проигнорировать.

Ретровирусы. Первый ретровирус открыт доктором Рокфеллеровского центра Реутоном Роузом в 1911 году. К 80-м годам прошлого столетия было открыто и описано более 20 таких вирусов.

Ретровирусные частицы — почти круглые по форме, у них есть внешняя оболочка, покрытая выпуклостями, и внутреннее ядро, состоящее из нескольких белков и РНК.

Ретровирусы не используют свои РНК для производства себе подобных. В отличие от почти всех других вирусов, они сначала производят ДНК-копию своих РНК, которая затем движется в клеточное ядро и становится частью ДНК самой клетки. Это называется провирусом, который затем копируется обратно в РНК. Именно эта, а не подлинная РНК клетки «даёт команды» по производству необходимых белков для формирования новых вирусных частиц.

Направление информационного потока в клетках всех живых существ идет от ДНК к РНК, а оттуда к белкам, команду по синтезу которых даёт РНК. Это считается направлением «вперёд». Ретровирус всё делает в обратном порядке, т.е. «назад». Другая особенность в том, что один из его ферментов, называемый обратной транскриптазой, катализирует этот процесс, именуемый «обратной транскрипцией».

Было установлено, что ретровирусные частицы имеют важное физическое свойство — плавучесть, которая позволяет отделять их от других частиц в клеточных культурах. Это свойство используется для очищения ретровирусов с помощью процесса, называемого центрифугированием в градиенте плотности.

Насколько опасны ретровирусы для организма человека и вероятность встречи человека с ними — это вопрос. Предполагается, что

ретровирусы могут являться возбудителями рака (экспериментальная саркома Роуза у кур), лейкозов (HTLV-I — Т-лимфоцитарный вирус человека I), а также СПИД.

СПИД — Синдром Приобретённого Иммунодефицита. Термин появился в начале 80-х годов прошлого столетия и употребляется в связи с «ВИЧ» (вирус иммунодефицита человека ВИЧ/СПИД), т.е. когда говорят, пишут о СПИДе, подразумевают «ВИЧ».

Иммунодефицитные состояния делятся на врождённые (ВРИД) и приобретенные (ПРИД).

Вторичные или приобретённые ИДС возникают в организме человека в различные периоды развития в результате повреждающего воздействия различных экзогенных (внешних) и эндогенных (внутренних) факторов.

Важнейшими из них являются:

1. Нарушение нейрогуморальной регуляции иммуногенеза (нарушение гипоталамической регуляции, стресс);

2. Инфекционные агенты, в первую очередь, вирусы (корь, краснуха, грипп, эпидемический паротит, гепатиты), некоторые бактерии (туберкулёзная микобактерия, лепрозная палочка), спирохеты (сифилис);

3. Протозойные и глистные инвазии (малярия, токсоплазмоз, эхинококкоз);

4. Нарушения питания и метаболизма, сопровождающиеся метаболической супрессией (подавлением), снижением интенсивности антителообразования или потерей глобулиновых фракций плазмы (функцию антител выполняют особые белки — иммуноглобулины) например, при нефротическом синдроме;

5. Опухоли, лейкозы;

6. Экзогенная интоксикация, связанная с экологической обстановкой;

7. Эндогенная интоксикация (токсические вещества, не нейтрализуемые в организме);

8. Физические воздействия (экстремальные температуры, излучения различной природы — ионизирующие, УФ, СВЧ);

9. Лекарственные средства при длительном применении (глюкокортикоиды, цитостатики);

В жизни каждого человека бывают ситуации, требующие мобилизации всех защитных сил организма. В качестве примера можно привести спортсменов в период самых ответственных и важных в их жизни стартов, учёных при подготовке и защите диссертаций, студентов в период сдачи ответственных экзаменов. Всё это стресс, во время которого в организме человека активно и напряжённо работают все системы, включая гормональную. Пик напряжения прошёл. Наваливаются усталость, разбитость, появляются различные хвори. Это постстрессовое состояние связано с развитием иммунного дефицита.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГИПОТЕЗЫ «ВИЧ/СПИД»

Если и неправда,
то хорошо придумано.
Дж. Бруно

Пальма первенства в изобретении «Чумы XX века» принадлежит Центру Контроля и профилактике заболеваний США (Centers for Disease Control — CDC). Образованная в 1951 году эта служба обязана обеспечивать химическую и биологическую защиту США в случае войны. Сотрудники CDC обладают широкими полномочиями — в любой точке страны они могут объявить состояние карантина по той или иной инфекции, проводить массовую иммунизацию населения. Одним из серьёзных структурных подразделений Центра Контроля является служба эпидемической разведки. Эпидемиологи называют эту организацию «медицинским ФБР». После нескольких лет работы в CDC многие её сотрудники переходят на службу в другие гражданские учреждения здравоохранения, фармацевтические концерны, научные центры, университеты, банки, СМИ, правительственные структуры, международные организации (ВОЗ, ООН). На новых местах службы выходцы из CDC продолжают поддерживать тесные контакты с этой организацией, лоббируют её интересы на разных уровнях (федеральный, международный).

Служба эпидсведений глубоко проникла в медицинские учреждения США, у неё появилась возможность моментально регистрировать даже самые незначительные вспышки заболеваний независимо от местонахождения.

Ежегодный бюджет CDC достигает 2-х миллиардов долларов, а штат — до тысячи сотрудников. Естественно, Центр должен оправдывать эти колоссальные федеральные вложения. **Ч**

Но как это сделать, если эпидемическая обстановка на протяжении десятилетий стабильно нормальная — ни войн на территории страны, ни каких-либо ужасных природных катаклизмов. В таких условиях правительство снижает финансирование, урезает штатный состав. С целью сохранения для себя комфортных условий и увеличения финансирования, CDC начинают заниматься деятельностью, которую можно назвать планированием эпидемий.

Первая такая попытка была осуществлена в 1957 году. Представители Центра убедили правительство, население страны в фядущих тяжелейших последствиях эпидемии азиатского гриппа. Было получено дополнительное финансирование для проведения противоэпидемических мероприятий, производства вакцин от этого гриппа, расширена служба эпиднадзора. Но эпидемия пошла на убыль, заболевание вернулось в обычные эпидемические рамки. Прогноз CDC не сбился, поэтому с разработкой вакцин спешить не стали.

В 1976 году директор Центра Д. Сэнсэр решил повторить этот эксперимент. Используя информацию об единственном случае заболевания пневмонией с летальным исходом у военнослужащего армии США. Он организовал с помощью собственных СМИ панику среди населения по поводу «открытия» нового вируса «свиного гриппа»,¹ который очень опасен для человека и может привести к истреблению нации. Конгресс США выделил CDC десятки миллионов долларов для создания вакцины от гипотетического вируса. Полученный препарат оказался высоко токсичен. Но, несмотря на предупреждение страховых компаний, около 50 миллионов американцев подверглись вакцинации от несуществующего вируса. Тысячи людей заболели, десятки тысяч скончались от осложнений.

Позже CDC был вынужден признать свою «ошибку». Проведенная экспертиза выяснила, что смерть военнослужащего объяснялась тем, что этот пожилой человек, перенёсший трансплантацию почки, выпил много спиртного по случаю национального праздника. Всё это явилось фоном для развития банальной пневмонии, от которой мужчина и скончался.

В конце 70-х - начале 80-х годов с подачи CDC появились еще несколько заболеваний, о которых человечество до той поры не знало.

В июле 1976 г. во время ежегодного конгресса легионеров — участники Корейской и Вьетнамской войн — в Филадельфии 180 человек из 4400 заболело пневмонией, 29 из них умерло. Через некоторое время было объявлено, что эта локальная эпидемия вызвана особым возбудителем, который чрезвычайно трудно выявляется. Эту бактерию назвали *Legionella pneumonia*.

По существующим в научной литературе морфологическим описаниям «новая пневмония», обнаруженная у умерших легионеров, ничем не отличается от известной пневмококковой фибринозно-лейкоцитарной пневмонии с её осложнениями в виде присоединившейся гнойной инфекции. То, что назвали «пневмонией легионеров» (*Legionnaires disease*), как и пневмококковая пневмония, контактным путем не передаётся. Поэтому расценивать эту ситуацию как эпидемию нельзя. Возникает вопрос, почему столько заболевших и такое количество летальных исходов? Основная масса заболевших легионеров — это пожилые люди, получившие повреждения органов дыхания (отравляющие вещества), других систем организма во время прошедших войн, т.е. — инвалиды. В отеле, где поселили ветеранов, отказала система кондиционирования воздуха. Учитывая этот факт, как и то, что пожилые люди уже страдали болезнями органов дыхания, другими заболеваниями, можно прийти к выводу, что они оказались в классической группе риска, которая подвержена пневмониям.

С тех пор в других странах т.н. «пневмонию легионеров» никто никогда не видел. В моей многолетней практике, практике коллег такие пневмонии не встречались.

В конце XX - начале XXI веков мир, не без участия CDC, вновь ошарашен появлением неизвестных медицине «страшных» вирусных болезней — «ВИЧ/СПИД», «атипичная пневмония», «птичий грипп».

Одному Центру Контроля и Профилактики Заболеваний США заниматься «планированием» эпидемий было бы очень сложно, если бы не мощная поддержка со стороны крупных фармацевтических концернов, основная стратегия которых, обеспечивающая им фантастические прибыли, связана с продолжением и распространением болезней, а не их профилактикой, «взращиванием» новых болезней. Их ликвидация по самой своей сути несовместима с интересами фармацевтического инвестиционного бизнеса и в корне противоречит им.

К большому сожалению можно констатировать, что огромное количество врачей, высоких профессионалов стали жертвами системы здравоохранения, вся деятельность которой построена в угоду производителей лекарств.

Самой «удачной» и «впечатляющей» по достижениям и результатам разработкой CDC явился «ВИЧ/СПИД».

В начале 80-х годов в недрах Центра родилась новая идея — увязать иммунодефицит нескольких пациентов — геев с неким вирусом. Авторы проекта — иммунолог Медицинского центра Лос-Анжелеса М. Готтлиб, сотрудник службы эпидемиологической разведки В. Шандэре, начальник отдела Центра Д. Карэн. М. Готтлиб занимался изучением Т-лимфоцитов (Т-CD4⁺) при различных состояниях, включая иммунодефицитные. Снижение их количества в крови считается одним из проявлений иммунного дефицита.

Готтлиб обратился к знакомым медикам с просьбой сообщать информацию о таких пациентах. Ему были предоставлены истории болезни нескольких человек, страдавших пневмоцистной* пневмонией. Количество Т-CD4⁺ клеток у них было снижено. Все больные оказались гомосексуалистами, употреблявшими наркотики и стимулирующие препараты.

Готтлиб высказал предположение об инфекционной природе иммунодефицита и возможном половом пути передачи инфекции. Эта гипотеза была сообщена В. Шандэре. Его доклад, в котором эти несколько случаев рассматривались как начало новой эпидемии, был одобрен Д. Каррэном. Информация о начале «эпидемии» иммунного дефицита была немедленно опубликована. В июле 1981 года Д. Карей организовал группу сотрудников Центра для научного обоснования этой гипотезы и доказательства, что причиной иммунодефицита является некое инфекционное начало, скорее всего — вирус.

* Пневмоцистная пневмония — редкая форма пневмонии. Встречается у недоношенных новорожденных и детей с врожденной гипотрофией. У взрослых может развиваться на фоне резкого снижения иммунитета (терминальная стадия туберкулеза, наркомания, длительный приём стероидных препаратов).

Одно из нелепых доказательств было предложено сотрудником Службы эпидемиологических сведений Д. Ауэрбахом: все гомосексуалисты связаны друг с другом длинной цепочкой сексуальных контактов. Другие сотрудники выискивали в больницах наркоманов с заведомо сниженным иммунитетом, и поэтому страдавших различными инфекционными заболеваниями. Передачу инфекции, которая приводит у них к снижению T-CD4⁺-клеток они объяснили тем, что наркоманы заразились друг от друга, используя общие шприцы при введении наркотиков. Другие сотрудники службы эпид.разведки Б. Эвett и Д. Лоуренс к этому списку прибавили ещё одного больного гемофилией, а их коллега на Гаити Х. Хэверкос изменил у нескольких больных диагноз туберкулёз на СПИД.

Итак, отметим первые «оплошности» разработчиков гипотезы. Во-первых, единичные случаи не дают повода трактовать ситуацию как эпидемию. Во-вторых, все пять гомосексуалистов были наркоманами, использовали амилнитраты. Они не знали друг друга и, естественно, не являлись взаимными источниками заражения. Не было абсолютно никакого повода, основываясь на этих пяти случаях, рассматривать СПИД как инфекционную болезнь, передающуюся половым путём. В-третьих, полностью проигнорирован тот факт, что гомосексуалисты употребляли наркотики и препараты сосудорасширяющего и миорелаксирующего действия (обладают способностью усиливать оргазм), что уже, само по себе, приводит к снижению иммунитета. Кроме того, неестественные половые контакты вызывают постоянные повреждения слизистой, сфинктеров, что является основой присоединения инфекции. А это значит, что в организме постоянно и активно задействованы неспецифические и специфические (иммунитет) системы защиты, резервы которых, в конце концов, истощаются.

В-четвёртых, давно известно об иммунодепрессивном действии семенной жидкости, особенно и прежде всего проявляющемся, при неестественном половом сношении.

Таким образом, причины развивающегося иммунодефицитного состояния у гомосексуалистов и наркоманов очевидны. Гипотеза о вирусной их природе выглядит чересчур надуманной и, как пишет профессор патологии университета города Торонто Этьен де Харве, «имеет очень шаткое начало».

Тем не менее, CDC, получив под идею о вирусной природе иммунодефицитов немалые средства, предложил руководителю лаборатории клеточной биологии опухолей Национального института рака Роберту Галло заняться поиском вируса. Выбор был сделан отнюдь не случайно. Этот честолюбивый и амбициозный ученый в течение 10 лет участвовал в разработке проблемы «вирус-рак», и ему принадлежит авторство теории о вирусной природе лейкозов. Его разработки о T-лимфотропных ретровирусах, вызывающих лейкомию и лимфомы даже попали в крупные учебные руководства конца 70-х - начала

80-х годов. Через несколько лет эти исследования и их результаты были подвергнуты резкой и обосновательной критике и потерпели полный крах. Можно упомянуть, что на поиск ретровируса человеческого рака были истрачены монументальные средства.

В 70-х годах внимание Р. Галло привлекла высокая частота встречаемости, на его взгляд, Т-клеточных лейкозов у жителей Японских островов Шикоку и Кушу. Разработанным им самим методом (позже он использовал его для выявления «ВИЧ») учёный, как он полагал, выделил ретровирус у 12% жителей островов. Новый вирус Р. Галло назвал HTLV - I (human T-cell leukemia virus — I) — человеческий Т-лимфотропный вирус лейкемии.

Критики гипотезы Галло отмечают, что географическая локализация заболевания, а также тот факт, что один больной Т-клеточным лейкозом приходится на 500-1000 инфицированных «открытым» им вирусом даже в зонах наибольшего скопления больных, позволяет высказать предположение, что для возникновения лейкоза одного вируса явно недостаточно, и необходимы ещё какие-то дополнительные факторы.

Исследования, выполненные в Японии для проверки справедливости гипотезы (вирус - лейкоз) показали, что место рождения и проживания всех больных Т-клеточным лейкозом совпадает с зонами наибольшего поражения населения гельминтами (микрофиляриозом). Известно, что этот тип глистной инвазии как раз и сопровождается существенным подавлением Т-клеточного иммунитета. Интересно и то, что более высокий процент «инфицированных» «открытым» Галло ретровирусом также обнаружен среди пораженных глистной инвазией.

В целом, даже в так называемых эндемических районах, где Робертом Галло обнаружена повышенная «инфицированность» населения HTLV - I, заболеваемость Т-клеточным лейкозом была невысока и составила от 2 до 5 на 100 тысяч населения. Для сравнения — раком желудка в СССР в середине 80-х годов заболело 34 человека на 100 тысяч.

Неудачи с HTLV-I и HTLV-II несколько не обескуражили Р. Галло. Увлечённый новым проектом, учёный потребовал и получил немалые средства на исследования, связанные с поиском вируса иммунодефицита.

Следует отметить, что после затянувшейся паузы между эпидемиями у CDC не было серьёзной работы, и в 70-х годах отчёты Центра о результатах своей деятельности были до неприличия пусты. Нужна была крупная эпидемия.

В это же время Национальный институт рака после череды неудач в научной проблеме «вирус - рак» также нуждался в поддержании своей чахнувшей репутации.

Заказ был выполнен довольно быстро. Не прошло и двух лет, как на знаменитой пресс-конференции в Вашингтоне 23 апреля 1984 года

секретарь Службы Здравоохранения iМаргарет Хеклер объявила в присутствии Роберта Галло, что ретровирус, который, вероятно, является причиной СПИДа, был только что обнаружен. Галло назвал его HTLV - III.

С этого дня после сенсационного заявления о новом смертельно опасном вирусе, вызываемом СПИД, началась затяжная война с этой «болезнью».

С момента запуска CDC гипотезы, что причиной СПИДа, возможно, является вирус, его поиском, кроме Р. Галло, занимались вирусологи других стран. Но лавры первооткрывателя вируса иммунодефицита вместе с Галло разделил французский профессор Люк Монтенье из Института Пастера. Ему же принадлежит авторство в обозначении нового вируса — ВИЧ (вирус иммунодефицита человека).

Впоследствии Р. Галло и Л. Монтенье была вручена премия Фонда Уореппа Алперта в 100 тысяч долларов.

Нобелевский лауреат, автор ПЦР К. Муллис в предисловии к книге П. Дюсберга «Выдуманный вирус СПИДа» пишет: «Утверждение, что СПИД вызван ВИЧ должно подтверждаться библиографическими ссылками, хотя бы одной. ...такой ссылки просто нет. Всё, что вы найдёте — это ссылки на знаменитую конференцию в Вашингтоне, округ Колумбия».

По утверждению группы австралийских учёных под руководством биофизика Э. Пападопулос-Элеопулос, «открыватели» «ВИЧ» Р. Галло и Л. Монтенье не опубликовали фотографий, подтверждающих существование «ВИЧ». На представленных ими снимках изображена неочищенная клеточная культура, содержащая множество различных частиц, которые вообще не являются вирусами. Снимки полосы объединения вообще не публиковались. Если бы вирус действительно был, то в полосе объединения должны содержаться миллиарды этих частиц.

Профессор молекулярной биологии, ведущий специалист по ретровирусам П. Дюсберг пишет: «Правду не спрячешь: другие ученые повторят ваш эксперимент и выяснят, ошиблись вы или нет».

Такие исследования культуры ткани СГШД-пациентов были проведены группой франко-немецких и американских учёных в 1997 году. Те частицы, которые изображены на опубликованных фотографиях каждой группой, во-первых, отличаются друг от друга, во-вторых, не имеют никакого сходства с ретровирусом.

Данные исследований австралийских учёных позволяют утверждать, что ещё никому и никогда не удалось получить очищенный «ВИЧ». Центрифугирование в сахарозе в градиенте плотности 1.16 гр/мл — классический подход к очистке всех известных ретровирусов. Необходимо учитывать, что многочисленные разрушенные клетки дают осадок в том же градиенте плотности. Следовательно, без строгого контроля электронной микроскопией, отождествление

загрязнённого материала в данной плотности с «очищенным» ретровирусом является очень опасной научной мистификацией.

Р. Галло были допущены некоторые подтасовки при выявлении обратной транскриптазы (ОТ) в культуре тканей. Выявление этого фермента позволяет косвенно судить о присутствии ретровируса. Он смешивал растворы культур десяти СПИД-пациентов, добавлял в эту смесь раствор культур клеток больного лейкозом, полученного несколько лет назад. В итоге определённое количество ОТ было получено. Но этот результат не может быть абсолютным доказательством наличия ретровируса. ОТ характерны не только для ретровирусов. Они присутствуют и в инфицированных клетках, их могут синтезировать ряд бактерий. Некоторые химические вещества, которые служат обязательным компонентом для исследования клеточных культур, стимулируют нормальные лимфоциты выполнять обратную транскриптазу. Подчеркнём, Р. Галло никогда не использовал образцы, взятые от одного единственного СПИД-пациента! Смешанные культуры часто включали человеческие лимфоциты, изолированные из крови пуповины. Известно, что человеческая плацента также, как и некоторые эмбриональные клетки, содержит большое количество эндогенных ретровирусов (Pamen, 1979; Bronson et. al. 1978). Было бы чрезвычайно удивительно, если бы лимфоциты крови не несли бы в себе точно такие же эндогенные ретровирусы (Э. де Харве, 2001).

Под давлением неопровержимых доказательств Р. Галло был вынужден согласиться, что наличие ОТ само по себе не может служить доказательством присутствия новой ретровирусной частицы, так как эти свойства характерны и для других частиц, клеток, находящихся в полосе объединения. Он признался: «Мы так и не нашли ВИЧ в Т-лимфоцитах» («New York Native» 13.06.1994).

В это же время другой «первооткрыватель» «ВИЧ» Л. Монтень подтвердил выводы австралийских учёных. Он сообщил, что его группа не проводила очищение ретровируса и последующее изучение свойств этого микроорганизма, и высказал сомнение, что Р. Галло не выполнил это важное условие при проведении своих исследований. Кроме того, Монтень заявил, что у него никогда не было уверенности, что ВИЧ — причина СПИДа. «Имеется слишком много недостатков в теории, которая говорит, что есть «ВИЧ», вызывающий СПИД» (Майами Геральд, 23.12.1990).

После подобных высказываний «первооткрывателей» «ВИЧ», маховик ВИЧ/СПИД-истерии, казалось бы, должен сбавить обороты, а учёный медицинский мир проанализировать «ошибки» разработчиков теории и сделать определённые выводы, чтобы подобное не повторялось впредь.

Но апологетов «ВИЧ/СПИД», делающих огромные деньги на борьбе с «Чумой XX века», несколько не смущают вынужденные признания Р. Галло и Л. Монтень.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ И ПАРАДОКСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ «ВИЧ»

А в милях двадцати отсюда, если идти вдоль рва, находится область, где людей поработили пришельцы с Алтаира, разумные вирусы, которые поселяются в теле человека и заставляют их делать, что им угодно.

А. и Б. Стругатские

С 1984 года после известной пресс-конференции в Вашингтоне, на которой было заявлено, что причиной СПИДа является только что открытый ретровирус, учёные всего мира пытались найти ответ на вопрос: откуда этот вирус появился?

Африканский след. Согласно популярной версии, африканский континент является «колыбелью» ВИЧ. Следы вируса иммунодефицита ведут к 50-м годам XX века. Именно к этому периоду относится обнаружение анти-ВИЧ антител в сыворотке донорской крови жителей Африки (Заир). Затем аналогичный вирус «выделен» у Африканской Зелёной мартышки. Заметим, что обезьяны СПИДом не болеют, они, якобы, вирусоносители. Симптомов, связанных с наличием иммунных дефицитов, у них не возникает.

Объяснения выхода ВИЧ из «африканского плена» весьма интересны. Вот одно из них: «Африканцы издавна охотились на обезьян и ели их мясо, или были ими покусаны. При разделке добычи охотнику достаточно порезаться окровавленным ножом, чтобы с высокой вероятностью заразиться. Далее вирус мог мирно дремать в крови жителей затерянных в лесах деревушек, и если члены какой-нибудь семьи хирели и в конце концов умирали (на фоне высокой смертности от малярии, проказы, сенной болезни и т.п.), этого ншто не замечал. ВИЧ/СПИД был локализован.

В XX веке всё изменилось. В Африке выросли города, рудники, фабричные центры, резко выросла эмиграция, в том числе за пределы материка. Вышел за пределы Африки и вирус СПИДа».

Авторы этой занимательной гипотезы забыли, что с конца XVIII и практически на протяжении XIX века из Африки в Северную Америку вывезено миллионы чернокожих рабов, которые у себя на родине занимались охотой и, возможно, даже на обезьян. Но о ВИЧ/СПИДе заговорили в 80-х годах XX века.

Один из «первооткрывателей» «ВИЧ» Л. Монтенье тоже удивляется: «Пути современной миграции из Африки в Америку проходят через Европу. Почему же всё началось, и особенно быстро новая болезнь развилась в США?»

И этому вопросу нашлось объяснение. Распространение ВИЧ/СПИД, сообщают СПИД-теоретики, пришлось на так называемую

сексуальную революцию в США со случайными половыми контактами, особенно среди молодёжи, широким использованием противозачаточных таблеток, наркотиков, видением геев, как группы «same of the closet».

Ну, а как же Европа? Старушка отстала в этом от США? Кроме того, пресловутая «сексуальная революция» началась, как минимум на 20 лет раньше, чем появился ВИЧ/СПИД.

Как бы то ни было, вслед за США, СПИД был обнаружен в Центральной Африке и на Гаити; болезнь быстро перекочевала в Европу. Удивительные парадоксы эпидемиологии распространения инфекционного заболевания!

На этом эпидемиологическая «экзотика» СПИДа не заканчивается. Первым больным ВИЧ/СПИДом, которого удалось «отловить» (другого слова не подберешь) молодому кандидату медицинских наук В.В. Покровскому в СССР в 1986 году, оказался мужчина-гомосексуалист, несколько лет проработавший в Африке переводчиком. В книге уже академика В.В. Покровского, «ВИЧ/СПИД: клиника, диагностика и лечение», в других его публикациях этот эпизод, связанный с несчастным геем (после лечения AZT он умер в 1988 году) читается как бестселлер. В.В. Покровский объясняет, каким образом молодой мужчина оказался «ВИЧ-инфицированным». В Африке его пациент, очевидно, вступил в гомосексуальные отношения с местным аборигеном, который, видимо, страдал СПИДом, потому что он сам или его родственники охотились на обезьян и ели их мясо. Далее, он объясняет, как некоторые африканцы приобрели эти порочные наклонности. Виноваты в этом, во-первых, развращённые древнеримские патриции, во-вторых, не менее «развращённые» офицеры колониальных войск Британской Империи (а почему не французские?!), которые «завезли» гомосексуализм в джунгли африканского континента. В-третьих, возможно, некоторые африканцы вступали § половые отношения с обезьянами и заразились от них ВИЧ.

Не скажешь, что академик страдает отсутствием фантазии. Это качество очень ему пригодилось при объяснении самых невероятных вещей, связанных с поведением ВИЧ.

Продолжим «обезьяню» тему. ВИЧ-технологии предполагают, что природным резервуаром ВИЧ-1 может быть один из подвидов шимпанзе, у четырёх представителей которых вирус, якобы, удалось выделить. У СПИД-исследователей возникает вопрос: «Почему до сих пор найдено всего лишь четыре инфицированные особи, ведь обнаружение вируса в природном резервуаре не должно представлять сколько-нибудь серьёзной проблемы?». Интересен ответ ВИЧ/СПИД-технологов: «Приходится констатировать: либо те шимпанзе

носители вируса — ещё не пойманы, либо вирус, напоминающий ВИЧ-1, попал к ним и человеку от каких-то других обезьян, возможно уже вымерших».

Бактериальное оружие. Существует версия, что «ВИЧ» — это изобретение ВПК США или СССР. Вкратце она сводится к тому, что этот вирус был получен искусственным генно-инженерным способом. При этом считается, что он является гибридом вируса, поражающего нервную систему овец (висна). Полагают, что синтетический вирус при испытаниях на «добровольцах» (заключенных) вышел из-под контроля и получил эпидемическое распространение.

Не оставляли в покое и КГБ СССР, который, по мнению его недругов, создал «ВИЧ» в недрах своих тайных лабораторий, чтобы, заражая гомосексуалистов и наркоманов за рубежом, с их помощью уничтожить врагов социализма.

Согласно одной из гипотез, происхождение «ВИЧ» связано с разработкой в одном из научных центров Филадельфии вакцины против полиомиелита с использованием печени шимпанзе. До окончания лабораторных исследований вакцина, якобы, испытывалась на африканцах в 1957-1960-х годах. Это и спровоцировало начало эпидемии «чумы». Эта гипотеза была признана официальной на одной из конференций по СПИДу в Англии.

Отдельные ученые утверждают, что феномен «ВИЧ/СПИД» вообще доисторического происхождения, и возраст «ВИЧ» — более 30 млн. лет. Динозавры вымерли не от всемирного похолодания, а именно от этой инфекции.

Как мы видим, взаимоисключающих гипотез происхождения «ВИЧ» предостаточно, и каждая из них не выдерживает никакой критики, а весь этот «обезьяний ВИЧ-парад» с четким указанием на Африканский континент просто необходим приверженцам официальной доктрины «ВИЧ/СПИД», во-первых, потому что на черном континенте как нигде в мире распространены туберкулез, малярия, паразитарные инфекции, гепатиты, другие экзотические заболевания, алиментарная кахексия, связанная с голодом. Голод — одна из главных причин иммунодефицита, на фоне которого возникает большая часть перечисленных заболеваний. Число случаев «ВИЧ/СПИД» в Африке коррелирует только с недостатком питания и голодом.

Поэтому, а это во-вторых, после тестирования на «ВИЧ» будут положительные результаты. В-третьих, все случаи смерти от инфекций, включая туберкулез, кахексию, можно совершенно свободно трактовать как смерть от СПИДа. В-четвертых, южнее экватора в Африке, как нигде в мире, можно проводить широкомасштабные эксперименты по «борьбе с эпидемией», испытывать новые лекарственные препараты, вакцины.

Парадоксы распространения «ВИЧ-инфекции». Первыми больными ВИЧ/СПИДом стали гомосексуалисты. Но для объявления эпидемии, а тем более пандемии СПИД связанной с «открытым» ретровирусом, геев было явно не достаточно. Следующей группой риска стали потребители внутривенных наркотиков. Но и наркоманы, и геи

рассматриваются обществом как изгой. СПИД у них — это «кара Господня»!

Группа риска постепенно расширялась. Следующими стали реципиенты донорской крови, люди страдающие гемофилией.

Обозначили пути передачи инфекций: половой, трансфузионный и внутриутробный.

Выше я уже отметил некоторые парадоксы эпидемиологии «ВИЧ-инфекции». Продолжим этот перечень.

1. Избирательное поражение людей по половому, возрастному, национальному признакам. От 86 до 90% ВИЧ-инфицированных - это мужчины в возрасте 20-40 лет. По сведениям СПИД-технологов, представители некоторых скандинавских народов, татары защищены от заражения «ВИЧ». У них, вроде бы отсутствует необходимый для инфицирования ретровирусом хемокин CCR-5.

2. Исследования серодискортных половых пар (один партнер серопозитивен по ВИЧ, второй серонегативен) показали отсутствие инфицирования (сероконверсии) у «ВИЧ-отрицательного» партнера. Яркими примерами являются семейные пары, в которых муж, страдающий гемофилией серопозитивен (ВИЧ-инфицирован). Жены же этих мужчин остаются серонегативными по ВИЧ, т.е. они не заражаются!

3. В США до 85% «ВИЧ-инфицированных» — гомосексуалисты, в России — 80% больных СПИДом — это наркоманы. В США и Европе СПИД проявляется в развитии так называемых «ВИЧ-ассоциированных» заболеваний (более 30). В Африке в 100% случаев СПИД — это лихорадка, диарея (понос) и истощение (голод), туберкулез, проказа и т.д. ВИЧ/СПИД в Центральной и Южной Африке составляет 90% случаев постановки этого диагноза во всем мире! Но как относится к такому факту — за 13 лет «смертельной эпидемии» население ЮАР выросло в 1,7 раза, с 22 млн.760 тыс. в 1986 году до 39 млн.900 тыс. в 2000 году.

4. Заражение экспериментальных животных — проблема. Ну не желает «ВИЧ» развиваться в их организмах и вызывать иммунодефицит.

Существуют определенные законы распространения инфекционных заболеваний. Любая инфекция (грипп, гепатит, туберкулез и др.) распространяются среди всего населения независимо от пола, возраста, национальности человека. Что касается «ВИЧ», то его «поведение» — из ряда вон выходящее! Очень «умный» вирус, так всё и всех запутал!

По эпидемиологическим законам инфекция поражает население, не имеющее к ней иммунитета.

По данным Комитета Европейских сообществ темпы роста эпидемии «ВИЧ-инфекции» в Европе в 80-х годах характеризуются удвоением численности больных каждые 6-8-10 месяцев. Смертельные исходы предсказывались в течение 5 лет. Перспектива вырисовывалась удручающая.

Простые математические расчеты показывали, что, например, в Великобритании к 2002 году должно быть 66 млн. «ВИЧ-инфицированных» и 33 млн. погибших от СПИДа (в стране с населением 57 млн. человек, в 1985 году 17 тысяч «ВИЧ-инфицированных», 3300 погибших, а в России к этому времени должна была вымереть, как минимум, треть населения.

К счастью этого не произошло. Быстрой «обещанной» пандемии «ВИЧ-СПИДа» не случилось. Желаемое не есть действительное.

Тем не менее, к середине 90-х годов, по данным СГШД-технологов, «ВИЧ» покорил практически все страны и континенты мира.

«ВИЧ/СПИД» в России распространялся тоже по каким-то странным, видимо, «Российским» эпидемиологическим законам. В 1991 году, по данным Института им. Пастера, в стране официально зарегистрировано 516 «ВИЧ-инфицированных». При этом 52% (267 чел.) - это дети! Кто, каким образом заразил их «ВИЧ»? Где эти пресловутые африканские обезьяны, гомосексуалисты, наркоманы, которые могли это сделать?!

К 1997 году в РФ повсеместно активно заработали Центры борьбы со СПИДом. Итог: в августе 2000 года в стране 53440 «ВИЧ-инфицированных», среди них только 530 детей. В 8-миллионной Москве 7 тысяч инфицированных, в 2,5-миллионной Иркутской области — 5 тысяч.

Иммунodefицита, по данным СПИД-технологов, относится к числу инфекций' возможность передачи которой весьма ограничена. Он обладает слабой устойчивостью во внешней среде (инактивируется при 56° за

излучение, растворители типа спирта и ацетона, даже такие детергенты, как стиральный порошок), не имеет подобно малярии или чуме природного переносчика. Кровососущие насекомые и членистоногие - комары, вши, клопы, клещи в передаче вируса не участвуют, так как вирус в их организмах, якобы, переваривается и погибает.

бо.льных СПИДом (эту цифру предлагают утроить). 21,8 млн. человек по сообщениям СПИД-медицины, к этому времени умерло.

К середине 2006 года в России 350 тыс. поражённых вирусом иммунодефицита. Как обычно, СПИД-технологи предлагают эту цифру утроить, чтобы получить истинное представление о масштабах "эпидемии».

СПИД-учёные, например, академик В.В. Покровский, не в состоянии бьяснить стремительное распространение «ВИЧ» по планете и столь фантастический его «биологический успех». В то же время они вынуждены констатировать, что всё живое, кроме человека, является для «ВИЧ» экологическим тупиком, из которого он не получает распространения.

ПЕРВЫЕ ЖЕРТВЫ «ВИЧ-МИСТИФИКАЦИИ»

Дети — цветы жизни.

Итак, поиск, а вернее, охоту на «ВИЧ-инфицированных» в нашей стране (точнее СССР) в 1986 году возглавил с благословения академика В.И. Покровского его сын, к.м.н. В.В. Покровский.

Насколько безнравственно велась эта работа, свидетельствует такой случай. В 1988 году в одной из ленинградских клиник умерла молодая женщина. Она работала и училась на вечернем отделении одного из городских ВУЗов. Удалось выяснить, что у неё имелось и иное, скрываемое от близких и знакомых занятие, — проституция. Учитывая этот факт, и то, что на вскрытии была обнаружена пневмоцистная пневмония, посмертно, совершенно необоснованно женщине выставили диагноз «ВИЧ-инфекция».

В одной из ленинградских газет была опубликована фотография заражённой «СПИДом».

Это яркий пример грубейшего нарушения врачебной этики и профессионального долга.

Частый вопрос, который задают оболваненные СПИД-истерией люди — а как же «ВИЧ-инфицированные» дети?! Как они заражаются, от чего умирают? Вспоминают Элисту, Ростов-на-Дону, Волгоград, где в конце 80-х годов XX столетия были выявлены группой В.В. Покровского, тогда ещё кандидата медицинских наук, «ВИЧ-инфицированные» дети.

Поданным СПИД-центров, (например, Иркутского), возраст 86% матерей, от которых рождаются положительные при тестировании на «ВИЧ» младенцы, 16-19 лет. Большинство из них (по сведениям Р. Уилнера — 83%) являются потребителями наркотиков; курение и употребление алкоголя у всех в анамнезе, у части — венерические болезни, гепатиты. У таких, с позволения сказать, мамаш не могут родиться здоровые младенцы. Их, как правило, бросают («crack babies»), и они на долгие годы остаются жить в специальных отделениях при инфекционных больницах, их стараются не брать в приёмные семьи. Отлучённые от груди, такие младенцы не защищены от инфекции антителами, которые должны получать с грудным молоком и которые защищают их до 6 месяцев жизни, пока не начинают выработываться собственные.

Вертикальный или трансплацентарный (мать — плод) путь передачи инфекции существует. Так, в частности, может передаваться гепатит В, сифилис, цитомегалия и некоторые другие инфекции. Теоретики ВИЧ/СПИД сообщают о таком пути передачи «вируса иммунодефицита».

В 2000 году в преддверии Международного дня борьбы со СПИДом, по Иркутскому телевидению был показан сюжет, в кото-

ром главными «героями» выступили 20 брошенных детей в возрасте 1-1,5 года. Ведущий передачи с трагическими нотками в голосе объявил, что эти дети умрут в ближайшие год — два, поскольку они «ВИЧ-инфицированные». Этот лицемерный, ханжеский поступок врачей СПИД-центра и журналистов, на мой взгляд, возмутителен. В нём напрочь отсутствовала врачебная и журналистская этика.

Дети, не получавшие AZT, живы и сейчас, но число таких «crack babies» постоянно растёт. Настало время задумываться об их дальнейшей судьбе: строить специальные школы, интернаты и т.п. Нужны дополнительные средства.

В США «победное шествие» «ВИЧ/СПИДа» началось с так называемых изгоев общества — гомосексуалистов. СПИД-технологи учли отношение общества к геям: «Не очень жалко, сами виноваты. Это им кара Господня».

В СССР СГШД-медицина как асфальтовым катком в 1988-89 годах прокатились по детям в возрасте от 1-2 до 10 лет. Уж очень кое-кому хотелось «застолбить» тему «ВИЧ-инфекция» в СССР. Охота на «ВИЧ-инфицированных» велась азартно, бездумно, бездушно!

Главное — это их найти и желательно побольше, чтобы можно было заявить о начале эпидемии «ВИЧ/СПИД».

Такие простые вопросы: как могли заразиться «ВИЧ» дети в четырёх разных городах, ведь в те времена в Союзе были выявлены лишь единичные «ВИЧ-больные», да и то в столице, откуда этот вирус взялся, кто или что явился источником инфицирования, о «ложно-положительных» реакциях — бригады «поисковиков» во главе с В.В. Покровским, не интересовали.

Академики В.И. и В.В. Покровские (отец и сын) гордятся, что в своё время (конец 80-х годов XX столетия) они «соорудили бастионы» на путях проникновения СПИДа в СССР, Россию: Элиста, Ростов-на-Дону, Волгоград, Ставрополь.

Элиста, 1988 год. Вспышка какой-то инфекции в одной из крупнейшей детской больницы города. Группа к.м.н. В.В. Покровского, как пожарная команда, моментально вылетает на возможную эпидемию «ВИЧ». Они уже запрограммированы на определённый результат. И действительно, при тестировании на «ВИЧ» выявлено 38 положительных реакций (31 ребёнок и 7 их матерей). Путь передачи «ВИЧ-инфекция» отмечены один — парентальный (инъекции). Но вряд ли кто-нибудь предположит, допустит, что шприцы и иглы к ним не мыли вообще и не стерилизовали или температура при стерилизации не превышала комнатную. Вспомним, что «ВИЧ», как нас информируют, разрушается при 56° за 15-20 минут.

По мнению руководителя клиники Института педиатрии РАМН профессора Владимира Таточенко и директора Клиники детской хи-

ругрии Московского НИИ педиатрии МЗ РФ профессора Михаила Куберта («Медицинская газета», 22.03.89) в отношении больных детей была допущена неоправданная избыточность в проведении лекарственной терапии, переливании крови и т.д. Кроме того, в больнице лежали дети с разной патологией, и причин положительных реакций теста на «ВИЧ» могло быть очень много, даже такая, как постановка противотуберкулёзных (БЦЖ) прививок многим детишкам, что активирует выработку антител, способных реагировать с белками тест-систем на «ВИЧ».

Что касается Ростова-на-Дону, Волгограда, — никакой «ВИЧ-инфекции» в этих городах не было! В регионе имела место вспышка инфекционного мононуклеоза, заболевания, которое, действительно, вызывается единственным лимфотропным вирусом Эпштейна-Барра, но к смертельному иммунодефициту не приводит. Болеют км преимущественно дети до 10 лет. Болезнь излечима, дети выздоравливают. Так было и в этих городах. Но на беду детишек и их родителей из Москвы вновь нагрянула группа В.В. Покровского. Уже идущих на поправку маленьких пациентов протестировали на «ВИЦ», Как и следовало ожидать, реакция положительная!

Вопрос, откуда взялся пресловутый вирус, никого не интересовал. В Элисте, правда, нашли «козла отпущения» — муж одной медсестры, который некоторое время назад вернулся из Африки (Африканский след). Для В.В. Покровского этого оказалось достаточно, чтобы достроить логическую цепочку и объявить детей «ВИЧ-положительными». Но даже в этом случае механизм инфицирования детей и их матерей не очень вразумительный.

После всех этих «удачных» экспедиций по поиску «ВИЧ» можно было заявить о надвигающейся на страну страшной эпидемии. Дальше по схеме: требования финансирования на решение проблемы, организацию центров борьбы со СПИДом, «научные разработки»; учёные звания, СПИД-законотворчество, проведение акций-шоу по борьбе с «ВИЧ-инфекцией».

Уровень наркомании в стране в это время низкий. Наркоманы, как социальный пласт, пока ещё вне поля зрения российской СПИД-медицины. Всё ещё впереди!

А пока вернёмся к «ВИЧ-инфицированным» детям.

Я располагаю информацией о судьбах нескольких детей из посёлка Миллярово Ростовской области, которые в 1988 году попали в «гуманные» руки Покровского-младшего и до сих пор носят «ярлык» ВИЧ-инфицированных. Как жили они, их семьи, какие трудности испытали — трудно передать. Распад семей, враждебное окружение. Врачебная тайна для людей в анти-СПИД-центрах — пустой звук. Поэтому о трагедии этих семей знали все. Психологи и врачи центра утешали: «Потерпите 3-5 лет, всё закончится». «Закончится» — это

значит ребёнок умрёт. Но дети жили, и сейчас это вполне здоровые молодые люди.

Одна из матерей, приехавшая ко мне из посёлка Миллярово, показала многочисленные медицинские документы, рассказала о перипетиях борьбы с анти-СПИД-центрами по снятию диагноза «ВИЧ-инфекция» с её сына. С «ярлыком» «ВИЧ-инфекция» мальчик, теперь уже взрослый 24-летний человек, живёт более 15 лет.

Вот что рассказала его мать: «Мой сын жив и здоров, как живы ещё двое детей, которым в тот год был поставлен диагноз СПИД. Сейчас ему 24 года. Здоровый парень. Работает водителем. Дружит с девушкой. Несколько лет назад из СПИД-центра приносят бумагу — «Расписка об уголовной ответственности». За заражение других лиц ВИЧ-инфекцией виновный наказывается лишением свободы до 8 лет. Мы этот документ подписывать не стали. Я не считаю сына преступником. Он не наркоман, не гомосексуалист. Он жертва преступления, может быть. Он не виноват, что ему поставили такой диагноз!»

Много раз я пыталась встретиться с академиком В.В. Покровским. Он был для меня последней надеждой. Я показала ему результаты анализов, объяснила, что мой сын здоров, и просила снять диагноз ВИЧ-инфекция. А он мне говорит: «Случай неординарный, но факт остаётся фактом. По последним данным, человек может быть инфицированным, заражать других, но сам не болеть...». Ещё академик сильно удивился: «Как это организм так долго сопротивляется ВИЧ?». А в конце нашей беседы он вдруг заявил: «Знаете, наверное, очень малая доза вируса попала в кровь вашего сына». После этих слов я буквально обалдела... Я пришла к светилу науки! А он мне говорит про «малую дозу вируса»!»

Я спросил Людмилу, получал ли её сын и другие дети антиретровирусную терапию? Оказалось, что нет. Детям поставили диагноз «ВИЧ-инфицированный в стадии 2В». К счастью, при этой стадии «ВИЧ-инфекции» антиретровирусная терапия не назначалась.

Корреспондент газеты «Восточно-Сибирская Правда» В.И. Киншак, присутствовавший при нашей беседе, спросил гостью, не жалеет ли она, что приехала, не пожалела ни времени, ни денег. «Конечно, нет! — ответила Людмила, — сразу жить стало легче».

С аналогичными проблемами ко мне приезжают люди из многих российских городов. Приходят убитые горем родители с детьми-наркоманами, которые порвали с наркотиками, но всё равно имели эпид. номера «ВИЧ-инфекции». Мне приходится отвечать на многочисленные звонки и письма. В основном люди благодарят за то, что мои выступления в СМИ сняли камень с души, за то, что исчезли мысли о самоубийстве. Просят совета, как жить с ярлыком «ВИЧ-инфицированного».

Среди них несколько молодых мам, которым перед родами был поставлен диагноз «ВИЧ-инфекция». Эти женщины не были наркоманками, они не бросили своих новорожденных. Их истории очень похожи. После родов женщинам предлагали перетянуть грудь, чтобы исключить грудное вскармливание. Новорожденным назначали антиретровирусные препараты.

В ранние сроки беременности «ВИЧ-инфицированных» женщин убеждают согласиться на аборт.

Моя собеседница Т. 30 лет из крупного уральского города сообщила, что во время беременности перенесла бронхопневмонию. После тестирования на «ВИЧ» оказалась серопозитивной. Роды закончились благополучно, но её и новорожденную девочку начали «лечить» ретровиром.

В местном анти-СПИД-центре врачи откровенно сообщили, что она и её дочь не жильцы.

Т. связалась со мной, как она говорит, от полной безысходности: «1,5 годовалая дочурка буквально тает на глазах, анализы плохие». Я убедил её категорически отказаться от антиретровирусной терапии и обратиться к хорошим врачам-педиатрам. В процессе беседы узнал, что кровь Т. резус-отрицательная, а новорожденной девочки резус-положительная.

Через 6 месяцев Т. сообщила мне, что сразу после нашего разговора она отказалась от «услуг» анти-СПИД-центра. Дочь её чувствует себя хорошо, анализы в норме.

Подобная история, случившаяся с москвичкой Н. Стремсовой, рассказана журналистом Г. Петелиным на страницах «Родной Газеты» (№3, 27 января 2006).

Рожать этим женщинам пришлось в отделении для «ВИЧ-инфицированных» вместе с наркоманками, страдавшими гепатитом, венерическими болезнями.

Почему во время беременности у благополучных в социальном плане женщин при тестировании на «ВИЧ» возможна положительная реакция? Такое может в частности случиться при наличии так называемого резус-конфликта, который развивается при несовместимости крови матери и плода по резус-фактору (мать — резус-отрицательная, плод — резус-положительный). Резус-фактор (белок) находится в оболочке эритроцитах плода; проникновение крови плода через плаценту вызывает выработку у матери антител, направленных против резус-фактора эритроцитов плода. Наличие этих антител при тестировании на «ВИЧ» может привести к серопозитивной реакции.

Следующий вопрос касается новорожденных от матерей с «ВИЧ-Положительной» реакцией. Известно, что свои антитела в организме Новорожденного начинают вырабатываться через 6 месяцев после Рождения, а до этого он защищен антителами, которые получает с

материнским молоком. После рождения младенца от «ВИЧ-инфицированных» матерей Последних заставляют перетягивать грудь, чтобы «исключить попадание ВИЧ в организм новорожденного с грудным молоком»- Таким образом, новорожденный становится беззащитным перед лицом любой инфекции. И таким младенцам назначается опасная антиретровирусная терапия. Академик В.В. Покровский подчеркивает, что препараты необходимо применять ежедневно, так как пропуск даже 2-3 дней делает лечение неэффективным.

Существующее Положение с тестирование беременных женщин на «ВИЧ-инфекцию» и постоянные призывы академика В.В. Покровского к массовому, обязательному выполнению этого мероприятия с целью «своевременного лечения» будущих серопозитивных на «ВИЧ» матерей, а также «профилактического лечения» их новорожденных младенцев- преступно!

Преступно «наградить» ярлыками «ВИЧ-инфицированный» ни в чём не повинных новорожденных и проводить их «лечение» агрессивными антиретровирусными препаратами!

Новорожденные Младенцы с диагнозом «ВИЧ-инфекция», при существующих к ней подходах (неизлечимость) и ВИЧ/СПИД законодательстве, становятся изгоями, попадают в касту неприкасаемых.

К состояниям, которые могут привести к серопозитивным при тестировании на «ВИЧ» реакциям, относятся вакцинации.

Календарь прививок новорожденных в РФ таков, что в течение полугода младенцев прививают от нескольких болезней. В числе первых вакцин им вводится АКДС (ассоциированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная), БЦЖ от туберкулёза, вакцина против полиомиелита. В последнее время к этому списку добавилась вакцинация против гепатита В.

Вирусолог, кандидат медицинских наук, специалист в области изготовления и безопасности вакцин, член комитета по биоэтике Российской Академии Наук Г.П. Червонская в статье «Любая вакцина «неизбежно небезопасна»» («Славянский рубеж», №2, август 2005) пишет: «Катастрофа в том, что от систематических прививок организм ребёнка находится в состоянии постоянной «напряжённости иммунитета», которая необходима, по мнению вакциноводов для сдерживания эпидемий.

Не «ВИЧ», но СПИД-синдром, присущ нам всем. Природа человека мстит за беспечное отношение к индивидуальности каждого из нас, за иммуномодуляцию «всех подряд».

...мы не можем ориентироваться на американских педиатров, американские академии и фирмы, что усиленно рекомендуют наши вакциноводы.

Во-первых, хотя бы потому, что в США другой календарь прививок, и самое главное, в нём отсутствует прививка живой вакциной

БЦЖ новорожденный, вакцину против гепатита В вводят только детям от гепатит-положительной мамы и только вместе со специфическим иммуноглобулином.

Во-вторых, как и во многих других странах, в США против полиомиелита первые две прививки осуществляют инактивированной (убитой) вакциной. Другими словами, в первый год жизни ребёнок не сталкивается с живыми модифицированными агентами, насильственно поступающими в их организм. А это очень важно при адаптации новорожденных к окружающей среде. Важно и потому, что отдалённые последствия применения живых, изменённых человеком микроорганизмов в виде вакцин непредсказуемы».

Рождаемость — одна из важнейших демографических составляющих. Для того, чтобы после рождения ребёнок рос и развивался нормально, необходимо тесное сотрудничество врачей-акушеров, микрopedиатров, педиатров с иммунологами, владеющими основами вирусологии, бактериологии, иммунологии инфекционных болезней. В этом перечне не должно быть места специалистам из анти-СПИД-центров.

«ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»

Истинные причины смерти «ВИЧ-инфицированных»

Наглому дай волю,
он захочет и большего.

Поговорка

По версии СДС, к так называемым «ВИЧ-ассоциированным» заболеваниям относятся более 30, причины, механизм развития, морфология и морфогенез, клиника которых давно и достаточно изучены.

Саркома Капоши (множественная идиопатическая геморрагическая саркома Капоши). По сообщениям СДС, частота встречаемости генерализованной Саркомы Капоши (СК) у «ВИЧ-инфицированных» гомосексуалистов — на их долю приходится 80 % всех «ВИЧ — инфицированных» в США — достигает 25%.

В международной гистологической классификации опухолей коней ВОЗ (Женева, 1974) СК включена в группу злокачественных опухолей кровеносных сосудов. Это заболевание распространено на земном шаре весьма не равномерно, но в Африке встречается значительно чаще, чем в других регионах мира. Почти 50% опубликованных в мировой литературе наблюдений саркомы Капоши относится к африканцам.

Среди больных преобладают мужчины. В Уганде соотношение больных СК между мужчинами и женщинами 57/1, в США 10,5/1. Возраст большинства больных между 50 и 70 годами.

До сих пор не существует единой точки зрения на причины возникновения и механизмы развития этого заболевания. На сегодняшний день обсуждаются несколько теорий развития СК. Одна из них — вирусная.

Сторонники вирусной теории указывают на высокие титры антител к цитомегаловирусу и вирусу Эпштейна — Барра у большинства больных. У гомосексуалистов, страдающих саркомой Капоши, отмечено существенное повышение антител к цитомегаловирусу по сравнению с аналогичными больными не гомосексуалистами.

Вирус Эпштейна-Барра, относящийся к герпетическому типу, ответственен за развитие инфекционного мононуклеоза, лимфомы Беркитта. Некоторые исследователи предполагают, что один и тот же вирус вызывает у детей саркому Беркитта, а у взрослых СК. Хотя географическая локализация саркомы Капоши и лимфомы Беркитта совпадают (Африка), обе эти опухоли практически никогда не сочетаются.

По мнению некоторых ученых (Каламкарян и соавт. 1986), инфекционная теория не в состоянии объяснить этиологию и патогенез

СК. Гомосексуализм — чрезвычайно древний порок. И даже в регионах Земного шара, где он широко распространен, заболеваемость СК крайне незначительна. Кроме того, эпидемиология человеческих болезней не знает примеров передачи половым путем инфекционного агента только лицу того же пола. Между тем в конце 1983 года (начало «раскрутки» вирусной теории СПИД) стало известно о большом количестве возникновения СК у мужчин-гомосексуалистов, но ни разу не сообщалось о росте заболеваемости среди членов их семей или, например, у профессиональных проституток.

Профессор П. Дюсберг в своей книге «Выдуманный вирус СПИДа» пишет, что после полового контакта, например, с больным, страдающим СК, у партнера может развиваться, в зависимости от состояния его иммунитета, совершенно другая болезнь — пневмония, вирусный гепатит, или иной недуг, а возможно, он вообще ничем не заболит.

Можно согласиться с точкой зрения ученых, которые основным звеном патогенеза СК у гомосексуалистов, организм которых подвергается многочисленным неблагоприятным воздействиям, считают нарушение клеточного иммунитета.

Истощение иммунной системы у них могут вызывать частые инфекции, в том числе венерические; доказано иммунодепрессивное действие тетрациклина, метронидазола и других антибиотиков, обычно применяемых для их лечения. Аналогичным эффектом обладают наркотики бутилнитрит и амилнитрит, широко используемые геями для усиления оргазма. Сперма при гомосексуальном пути введения вызывает подавление клеточного иммунитета."

Описаны случаи Развития СК у больных, получавших иммунодепрессивную терапию по поводу других заболеваний.

Перечисленные иммунодепрессивные воздействия, кроме того, могут угнетать функцию иммунологического надзора за генетическим постоянством соматических клеток, что способствует развитию опухолей. Полагают, что при синдроме приобретенной иммунной недостаточности возможно компенсаторное усиление секреции медиаторов с ангиогенезаestimлирующим эффектом, и что именно они ответственны за активацию пролиферации эндотелиальных и мезенхимальных клеток.

По сведениям центра анти-СПИД РФ, Иркутская область входит в первую тройку Российских регионов по числу «ВИЧ-инфицированных». Но по данным прозектур г. Иркутска, с 1996 по 2001г., на биопсийном материале зарегистрировано 3 случая этого (СК), так называемого «ВИЧ-ассоциированного» заболевания. Все они относятся к локализованной форме саркомы Капоши.

Пневмоцистозом чаще всего болеют недоношенные дети первых месяцев жизни. На Секционном материале детских стационаров С. Петербурга пневмоцистная пневмония выявляется в 0,2-0,4%. У

взрослых, чаще пожилых людей, она может развиваться у лиц с низким уровнем иммунитета. Отмечены единичные случаи пневмоцистоза у больных, получавших стероидную терапию.

недоношенных новорожденных и у 2 больных туберкулезом легких, находившихся на терминальном этапе заболевания.

Цитомегалией заболевают дети до 2 лет. У взрослых эта инфекция протекает в латентной форме.

По патологической службе г. Иркутска за 2001-02гг. выявлен один случай цитомегалии у Недоношенного новорожденного.

На взрослом секционном материале генерализованную цитомегалию мы не встречали и не встречаем в настоящее время.

Лимфомы. По нашим данным количество их в 2000-02гг. осталось на том же уровне, что и в прошлые годы

Как мы видим корреляции между «ВИЧ-инфекцией» и выше перечисленными заболеваниями не прослеживаются.

Основной группой риска по «ВИЧ-инфекции» на территории РФ являются наркоманы, (более 80% всех случаев «ВИЧ/СПИДа»), Наши исследования 32 умерших в клинике наркоманов с эпид.номерами «ВИЧ-инфекции» показали, что самой частой инфекцией у них является гепатит ("В", "С"), а причины смерти связаны с развитием сепсиса, бактериальных эндокардитов, массивного некроза печени, туберкулеза (табл. 1)

Для СПИД-технологов Наркоманы- очень удобная социальная группа. Всегда положительная реакция при тестировании на «ВИЧ», живут не очень долго (в среднем 5-7 лет) поэтому можно заявить, что больной умер от «СПИДа» Представители СПИД-центров очень любят заниматься такого рода шокирующим информированием общественности в СМИ; красок не жалеют

Хочется напомнить, что внутривенные наркоманы страдали и умирали от этих заболеваний задолго до открытия ВИЧ».

В официальной СПИД-литературе встречаются такие опусы (ремарки автора): « У потребителей психоактивных веществ, которые в настоящее время составляют подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных, течение заболевания имеет некоторые особенности, которые могут затруднять определение стадии заболевания. В частности, отмечающиеся у них грибковые и бактериальные поражения кожи и слизистых, а так же бактериальные абсцессы, флегмоны, пневмонии, сепсис, септический эндокардит обычно не являются следствием ВИЧ-инфекции (!! здравая мысль) и не развиваются даже на фоне нормального уровня СД 4+ -лимфоцитов.' У этого контингента больных они не могут сами по себе рассматриваться как критерии для определения стадии заболевания. Наличие этих поражений способствует более быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции (!!)». Эта заключительная фраза является самой замечательной и ключевой в

этом творении! Рассуждать о прогрессировании «ВИЧ-инфекции» у больных, находящихся на терминальном этапе течения сепсиса, бак. эндокардита, туберкулеза, могут люди с буйной фантазией.

Сей опус принадлежит группе сотрудников Иркутского Центра анти-СПИД («Актуальная проблема ВИЧ-инфекции и туберкулеза, г. Иркутск, 2004г.).

Туберкулез. Несмотря на то, что одной из причин роста этой инфекции эксперты ВОЗ называют пандемию «ВИЧ-инфекции», туберкулез был и будет болезнью социальной. Очевидно, что эпидемия этого заболевания в нашей стране связана с бедностью большинства населения, алкоголизмом, наркоманией. В качестве примеров можно привести ситуации в Иркутской области, Коряцком автономном округе, в котором около 80% населения больны туберкулезом.

Сопоставление данных отчетов областных противотуберкулезных и психоневрологического диспансера с нашими исследованиями показывают, что прослеживается прямо пропорциональная зависимость между ростом заболеваемости и смертности от туберкулеза и ростом наркомании и алкоголизма, причём увеличение заболеваемости и смертности от туберкулеза следуют за ростом (вспышками) наркомании и алкоголизма (рис. 1-3; табл.2).

Что касается больных с сочетанием «ВИЧ-инфекции» и туберкулеза, то специалисты анти-СПИД центров находятся в затруднительном положении — какая инфекция случилась раньше, то ли «ВИЧ» привел к развитию туберкулеза, то ли, как в выше приведенном примере, прогрессирующий туберкулез привел к присоединению «ВИЧ-инфекции» и ускорил развитие СПИДа.

По Иркутской области, городу Иркутску заболеваемость туберкулезом в сравнении с 1985 годом выросла в 2,6 раза, смертность в 2,2 раза. Темпы роста заболеваемости в 2000 -01 гг. составили 3,5 чел. на 100 тыс. чел., в 2001-02гг. — 17 чел. на 100 тыс. населения.

Нами проанализированы 546 случаев легочного туберкулеза за 2000-2003 гг. Умерших в возрасте 30-50 лет было 77,5%, по социальному статусу 50% составили неработающие, соотношение М / Ж = 6 / 1, 21,6% страдали наркоманией, 58,3% — алкоголизмом. Причем среди умерших от туберкулеза в возрасте 24-34 лет преобладали наркоманы, в группе 35-60 летних — лица, страдающие хроническим алкоголизмом.

На графиках (рис. 1-3) очевиден параллелизм между наркоманией и алкоголизмом и заболеваемостью и смертностью от туберкулеза.

В Российской Империи с начала 20 века и за десять последующих лет от туберкулеза умерло 20 млн. человек. (Народная энциклопедия 1910г.) Никакого «ВИЧ» не было!

В мире 18 млн. больных туберкулезом, 3 млн. от него умирают. На развивающиеся страны приходится 95% всего туберкулеза. В России от этой инфекции ежегодно умирают 25 тыс. человек, вновь инфицированных в 3 раза больше.

Настораживает «раскрутка» в РФ программы СПИД/Туберкулез (приказ Минздрава РФ № 412 от 30.12.02 «Об утверждении временной отчетной формы № 61-ТВ; Сведения о состоянии контингента больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией»). Под нее российский центр анти-СПИД в 2001 и 2003 гг. получил через «Банк реконструкции и развития» 150 и 250 млн. долларов соответственно. Подобная программа в 90е годы XX столетия «обкатывалась» в Африке.

Таблица 1

Наркомания. Сводно-аналитическая таблица

1.	Количество случаев	32
2.	Соотношение М/Ж	23/9
3.	Возраст	85% в возрасте от 17-27 лет средний возраст 25 лет
4.	Продолжительность употребления наркотиков*	1 год - 1 чел. 2 года — 2 чел. >2-3 лет - 14 чел. (43,75 %) 5 лет - 8 чел. (25,0%) > 5 лет — 7 чел.
5.	Продолжительность пребывания в стационаре	от 1 до 8 к/дн — 26 чел. от 22 до 30 к/дн — 6 чел. В среднем 6,5 к/дн
6.	Поражение печени	Вирусный гепатит в анамнезе — 10 чел. Острый гепатит «В» и «С» — 6 чел. Хр. активный гепатит — 8 чел. Массивный некроз печени — 2 чел. Алкогольный гепатит, портальный цирроз печени — 5 чел.
7.	Изменения лимфоидной ткани	Гиперплазия лимфоидной ткани, синус-гистиоцитоз — 21 чел. Гнойный лимфаденит: — бифуркационные л/узлы — 1 чел. — мезентериальные л/узлы — 1 чел. Туберкулезное поражение: — бифуркационные л/узлы — 7 чел. мезентериальные л/узлы — 4 чел. Истощение лимфоидной ткани со склерозом л/узлов — 3 чел.

*По данным современной литературы не менее 25% наркоманов умирают в первые 10 лет активного употребления наркотиков. При этом причинами их смерти становятся самоубийства, несчастные случаи, сепсис, инфекционные эндокардиты, туберкулез вирусные гепатиты.

8.	Непосредственные причины смерти	Бактериальный эндокардит, сепсис — 16 чел. (45,71%) Массивный некроз печени (как конкурирующее заболевание) — 2 чел. Общий милиарный туберкулез — 1 чел. Казеозная пневмония, интоксикация — 1 чел. Острейший туберкулезный сепсис — 4 чел. Острый кавернозный туберкулез легких с туберкулезным поражением желудка, кишечника (перитонит) — 5 чел. Пищеводно -желудочное кровотечение — 2 чел. Рожа (инфекционно-токсический шок) — 1 чел. Серое размягчение головного мозга (как конкурирующее заболевание) -1 чел. Панкреатит, перитонит — 1 чел. Гнойный лимфаденит мезентериальных л/ узлов, перитонит — 1 чел.
9.	Эпид. № «ВИЧ-инфекции»	Эпид. № «ВИЧ-инфекции» — 28 чел. Нет данных — 4 чел. В нескольких случаях диагноз «ВИЧ-инфекция» поставлен на терминальном этапе пребывания больных в стационаре.

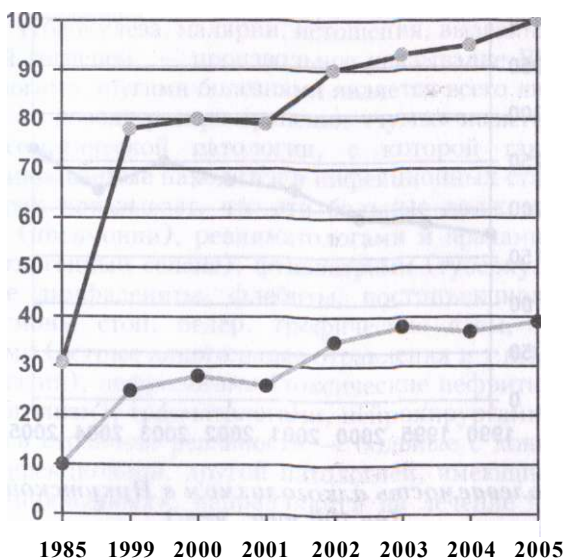
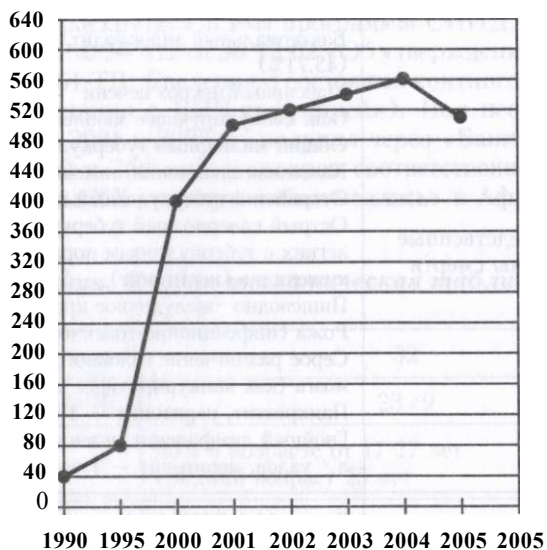
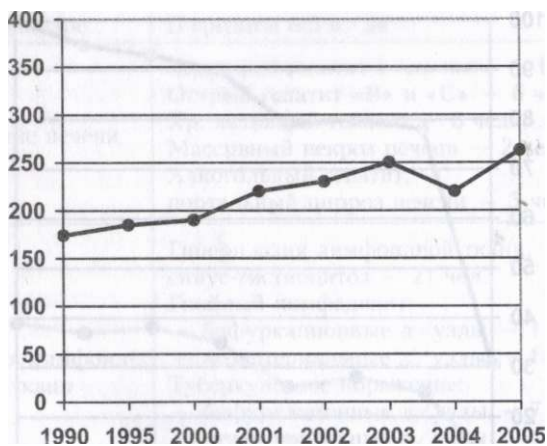


Рис. 1. Заболеваемость (верхний график) и смертность от туберкулеза (нижний график) в Иркутской области (на 100 тыс. чел.)



*Рис. 2. Наркомания в Иркутской области.
Количество диспансерной группы больных (на 100 тыс. чел.)*



*Рис. 3. Заболеваемость алкоголизмом в Иркутской области
(на 100 тыс. чел.)*

В 1990г. в Иркутской области на диспансерном учёте состояло 38175 больных алкоголизмом. К 2005 году их количество практически не изменилось -38107 человек. Увеличение болезненности (диспансерная группа отмечено в 1995 и 2001г.г. — 41331 и 39170 человек соответственно.

Таблица 2

Пики заболеваемости и смертности от туберкулёза и вспышки наркомании и алкоголизма за временной период 1990-2004г.г.

болезни		годы								
		1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003-2004
Алкоголизм (диспансерная группа)			↑					↑		↑
Наркомания (диспансерная группа)				↑	↑	↑	↑			
Тубер- кулёз	заболевае- мость					↑	↑			
	смерт- ность						↑		↑	

Порочность и вредность этой идеи очевидны, а сам проект не выдерживает ни какой критики. В книге «СПИД: приговор отменяется» её автор А.А. Дмитриевский и И.И. Сазонова пишут:

«Поскольку ВИЧ/СПИД в Африке, составляющий примерно 90% случаев постановки этого диагноза во всем мире, является ничем иным, как новым названием давно известных болезней и клинических состояний — туберкулеза, малярии, истощения, вызванных бедностью, неадекватной гигиеной, — произвольное увязывание ВИЧ и СПИДа с этими и многими другими болезнями является всего лишь очередной спекуляцией по поводу распространения «чумы» нашего времени».

Анализ соматической патологии, с которой так называемые «ВИЧ-инфицированные находятся в инфекционных стационарах при СПИД-центрах показывает, что эти больные должны наблюдаться терапевтами (пневмонии), реаниматологами и врачами интенсивной Терапии (ангиогенный сепсис), фтизиатрами (туберкулез), хирургами (гнойные лимфадениты, флебиты, постинъекционные инфильтраты, флегмоны стоп, бедер, трофические язвы, панкреатиты), токсикологами (острые алкогольные отравления и т.п.), неврологами (полинейропатия), нефрологами (токсические нефриты), нарколога-Ми (хр. алкоголизм), травматологами, нейрохирургами.

Сложилась страшная реальность — больные с конкретной соматической, инфекционной, другой патологией, имеющие эпид. номер «ВИЧ-инфицированных», направляются на лечение в СПИД-центры, но квалифицированной помощи в плане диагностики и лечения Конкретных заболеваний они не получают. Назначение же больным Весьма агрессивной антиретровирусной терапии только усугубляет Ситуацию с основным заболеванием.

Я располагаю несколькими секционными наблюдениями недиагностированного в стационаре Иркутского центра по борьбе со СПИДом туберкулеза. Больные — молодые наркоманы — находились на лечении по поводу гепатита и «ВИЧ-инфекции». С диагнозом «острый живот» они переводились в хирургическое отделение городской клинической больницы, где и умирали. Диагноз «туберкулез» с поражением кишечника, желудка, их перфорацией и развитием перитонита выставлялся после гистологического исследования операционного материала или после вскрытия.

Особенно тяжелое положение складывается с лечением больных по программе «СГШД-туберкулез». Вот что пишут по этому поводу сами специалисты анти-СПИД-центра и фтизиатры: «... Считая себя изгоями и людьми без будущего, такие больные позволяют себе все, что угодно: ненормативная лексика, курение в палатах, употребление алкоголя и наркотиков, драки, запугивание и оскорбление мед. персонала. ...С целью поддержания дисциплины в отделении основную массу больных (до 72%) приходится выписывать из стационара за нарушение режима». («Актуальные проблемы ВИЧ-инфекции и туберкулеза», Иркутск, 2004г.). Из больницы уходят люди с открытыми формами туберкулеза — бактериовыделители. Это страшная в эпидемическом плане картина!

Если даже допустить, что «ВИЧ/СПИД» существует реально, то и в этом случае по значимости, тяжести проблемы, последствиям туберкулез перевешивает многократно. Но, несмотря на сложную эпид. обстановку по этому заболеванию, «шума» в СМИ по этому поводу во много раз меньше, чем по поводу «ВИЧ». Финансирования программ по туберкулезной инфекции минимальны в РФ, но и эти деньги не всегда поступают в полном объеме.

Негативные последствия реализации программы «СПИД/1 Туберкулез» в России уже сейчас очевидны, а в ближайшем будущем представляются катастрофическими.

Среди других частых причин смерти больных с диагнозом «ВИЧ-инфекция» — суициды. Психологи СПИД-центров отмечают три модели поведения «ВИЧ-позитивных» пациентов: госпитализм, алкоголизм, суицидность.

КРИТИКА ПРЕДСТАВЛЕНИЙ СПИД-ТЕХНОЛОГОВ О ПАТОГЕНЕЗЕ, МОРФОЛОГИИ И КЛИНИКИ «ВИЧ-ИНФЕКЦИИ»

А король-то голый!

Г.Х. Андерсен

«Новые одежды короля»

При анализе литературы по вопросам «ВИЧ/СПИД», касающихся патогенеза (механизм развития заболевания), морфологии (изменения в органах и тканях при болезни), морфогенеза (морфологических изменений в органах и тканях по ходу развития болезни), клиники «ВИЧ-инфекции» обращает на себя внимание анонимность предоставляемой информации. В лучшем случае даются ссылки на СДС США или итоговые заявления конференций по «СПИДу», опять-таки проводимых под патронажем этой организации.

Итак, о чем пишут в официальной СПИД-литературе и какие вопросы возникают при анализе изложенной там информации?

1. Инкубационный (скрытый) период «ВИЧ-инфекции» от нескольких недель до нескольких лет (от 1-1,5 до 15). Его продолжительность зависит от путей и характера заражения, величины инфицирующей дозы, состояния иммунной системы организма человека.

Скрытый или инкубационный период всех известных вирусных инфекций колеблется у некоторых от нескольких часов до суток (ОРВИ, герпетическая инфекция) у других — до нескольких недель и месяцев (бешенство, гепатит «В»).

Из СПИД-литературы мы узнаем: полный жизненный цикл ретровируса реализуется довольно быстро, всего 1-2 суток; в день формируется до одного миллиарда вирусных частиц! Ситуация, сравнимая с гриппом: через сутки после инфицирования, в организме 10 в 27 степени гриппозных вирионов. Этим и объясняется короткий — от нескольких часов до 1-2 суток — инкубационный период при этой респираторной инфекции. Отчего он такой размытый при «ВИЧ-инфекции»? Даже если в организм попадает незначительное количество «ВИЧ», то, судя по высокой способности к репликациям, через несколько суток организм должен быть буквально «нафаршированным» вирусными частицами. Много, мало вируса — это неопределенно и неточно. Для развития, например, вирусного гепатита «В» достаточно, чтобы в организм здорового человека через кровь, поврежденные слизистые оболочки, кожу, попало 0,0001 мл инфицированной крови (в 1,0 мл. крови больного содержится 10 в 12 степени частиц вируса).

Сообщения, что «ВИЧ» на неопределенное время «затаивается» и «прячется» в Т-лимфоцитах хелперах (ТСД4+) не очень вразуми-

тельно объясняют размытость, пролонгированность инкубационного периода при «ВИЧ-инфекции». По сообщениям ВИЧ-технологов, «ВИЧ» бурно реплицируется (размножается) при активации ТСД 4+ клеток. Трудно представить, что эти лимфоциты ничего не делают днями, неделями, месяцами — это весьма активные клетки, без них невозможны ни воспалительные, ни репаративные, ни иммунные реакции, невозможен постоянный иммунный контроль за антигенным гомеостазом организма. Кроме того, «ВИЧ» поражает такие активные клетки, как моноциты, макрофаги.

Существует только один лимфотропный вирус (Эпштейн-Барра), который поражает Т-лимфоциты, моноциты. Инфицированные клетки изменяются, образуются широкопротоплазменные лимфоциты. У больных обнаруживается генерализованное увеличение лимфатических узлов (особенно шейных), селезенки, печени, возникают ангины, явления геморрагического диатеза. Летальные исходы редки и бывают связаны с разрывом селезенки, геморрагическим диатезом, присоединением вторичной инфекции.

2. В организме человека «ВИЧ» связывается с клетками мишенями, к которым обладает тропизмом. Чувствительность клетки к вирусам определяется наличием на ее поверхности рецепторов, способных фиксировать вирион, присутствием ферментов, которые могут обеспечить освобождение вирусной нуклеиновой кислоты от белковых оболочек и, наконец, присутствием в клетке таких систем, которые при наличии в ней вирусной нуклеиновой кислоты могут осуществлять синтез компонентов вируса.

В случае с «ВИЧ» такими клетками оказываются те, которые сами призваны бороться с любым попавшим в организм чужеродным антигеном — Т-хелперы (СД4+) и моноциты - макрофаги. При взаимодействии «ВИЧ» с клеткой-мишенью, имеющей на своей поверхности рецептор СД4+, его оболочки, благодаря наличию специфического гликопротеида (Gp 120), связываются с клеточной мембраной, и вирус оказывается внутри клетки. Кроме того, он способен инфицировать клетки, не имеющие рецепторов СД4+: клетки ЦНС, эндотелий сосудов, кишечный эпителий) По сообщениям СПИД-технологов, обнаружена способность вируса инфицировать тимоциты (клетки вилочковой железы), эозинофилы, мегакариоциты (клетки кроветворного костного мозга), В-лимфоциты, клетки трофобласта (плацента), сперматозоиды.

Напомню, что все существующие и изученные вирусы обладают тропизмом, т.е. способностью поразить только какой-либо один вид тканей — эпителий, покровный или железистый, гепатоциты, нервные клетки. «ВИЧ», как мы видим, вездесущ!

Имеется информация, что одни штаммы «ВИЧ» поражают лимфоциты, другие — тканевые макрофаги. СПИД-технологи объясняют, что столь широким тропизмом к различным клеточным популяциям

вирус обладает не изначально при инфицировании, а приобретает его в организме постепенно, благодаря своей феноменальной изменчивости. Отмечают так же поразительную способность «ВИЧ» рекомбинировать с другими вирусами с образованием псевдовирионов, в том числе, несущий геном «ВИЧ», заключенный в оболочку другого вируса. Это дает возможность «ВИЧ» инфицировать «чужие» клетки мишени, которые специфичны для другого вируса. Механизм «ВИЧ-инфекции (по СДС) представляется следующим: активация лимфоцитов-хелперов (ТСД4+), заражение «ВИЧ» может спровоцировать бурную репликацию вируса, что ведет к массовой гибели клеток.

Активация клеток (ТСД4+, моноцитов-макрофагов) происходит при встрече с чужеродным антигеном. Это прямой путь. Кроме того, ТСД4+ -лимфоциты могут активироваться медиаторами, которые выделяются активированными после встречи с чужеродным антигеном макрофагами. Это опосредованный или непрямой путь.

Соотношение между ТСД4+, ТСД8+ лимфоцитами изменяется, становится меньше 1. Подчеркнем — ТСД4+ -клетки разрушаются!

Продолжим рассматривать патогенез «ВИЧ-инфекции» с точки зрения ВИЧ-технологов. Некоторые лимфоциты активно продуцируют вирус без видимых изменений и не разрушаются, а накопление вирусов в моноцитах -макрофагах не сопровождается видимыми изменениями этих клеток даже при длительной персистенции вируса (!?), хотя функция их изменяется(!). С зараженной клеткой или поверхностным гликопротеидом связываются до 500 нормальных. Образуются многоядерные клеточные симпласты. Клетки, попавшие в такую сеть, становятся легко доступны для вируса. Количество ТСД4+ лимфоцитов продолжает уменьшаться.

Экспрессируемые на поверхности инфицированных клеток вирусные антигены стимулируют иммунный ответ в виде продукции анти-ВИЧ-антител и цитотоксических лимфоцитов, которые обуславливают цитолиз как поврежденных, так и неповрежденных ТСД4+ клеток. Поврежденные ТСД4+ клетки (Т-хелперы) теряют способность осуществлять узнавание чужеродного антигена. Заметим, антитела против «Вич» вырабатываются, почему же они все-таки не защищают носителей вируса от развития СПИД? Объяснения ВИЧ-технологов достаточно просты. Во-первых, антитела не могут достать внедрившийся в ядро, вирус, поскольку он защищен клеткой. Во-вторых, пораженная клетка «экранирует» облаком из полисахаридов стабильные белки вируса, в частности, гликопротеин 120 и, кроме того, пользуясь конформационными ухищрениями, вирус укрывает и часть консервативных участков (gp 120), экранируя их гипервариантными структурами. В-третьих, вирус постоянно мутирует.

Обратим внимание на одну интересную деталь — самый главный гликопротеин вируса (gp 120), посредством которого «ВИЧ» связывается с пораженной клеткой, остается стабильным, и при всех мута-

циях вируса он не меняется! Какая досада, именно этот гликопротеин пораженная клетка так трогательно охраняет («экранирует»)! Но почему антитела бессильны и против вируса, попавшего из разрушенных клеток в кровь, почему они не могут его нейтрализовать? Как же тогда объяснить так называемую сероконверсию, которая проявляется в снижении вирусного антигена с 5-8 недели? И еще, что за конформационные ухищрения вируса?!

Итак, антитела бессильны против ретровируса, но, с другой стороны, именно их воздействием объясняется постоянная селекция штаммов «ВИЧ» и их мутация!

Многое непонятно с состоянием гуморального иммунитета (выработка антител) при «ВИЧ-инфекции». Удивительная избирательность поражения клеточного иммунитета при относительном благополучии гуморального звена. Моноциты-макрофаги поражены. Известно, что при поражении мононуклеарных фагоцитов при различных вирусных инфекциях может нарушаться функция хемотаксиса этих клеток (направленное движение клеток в очаг повреждения), поглощения и переработки антигенов, передача информации ТСД4+ -клеткам. Кроме того, вряд ли пораженный «ВИЧем» моноцит способен превратиться в макрофаг. Поражены и сами ТСД4+ -клетки, они утрачивают способность распознавать чужеродный антиген, а значит, активироваться. Но именно в активном состоянии ТСД4+ -лимфоцитами выделяются медиаторы, стимулирующие функцию В-лимфоцитов, цитотоксических лимфоцитов. Т.е., по логике, В-клетки не должны активироваться и превращаться в плазмочиты, основных продуцентов антител (иммуноглобулинов). А если учесть, что сами В-лимфоциты также поражаются «ВИЧ», то продукция антител становится вряд ли возможной!

Парадоксы патогенеза «ВИЧ-инфекции» на этом не заканчиваются. По данным литературы (ВИЧ-ортодоксальной) у больных с эпид. номерами «ВИЧ-инфекция» отмечается гипергаммаглобулинемия, совершенно непонятная с точки зрения формальной логики. Но все объяснимо, если каждый случай т.н. «ВИЧ-инфекции» рассматривать не предвзято, а здраво, реально. В организме этих людей вырабатываются антитела против антигенов конкретных возбудителей, конкретных заболеваний, например, гепатита, туберкулеза, других инфекций. Именно при тестировании на «ВИЧ» они (антитела) дают положительную реакцию, и больной объявляется «ВИЧ-инфицированным».

Продолжим перечень неясных моментов патогенеза «ВИЧ-инфекции». При гибели пораженных вирусом клеток, в том числе связанной с ускорением апоптоза, происходит массивное выделение вирусных частиц, поражаются другие интактные моноциты, Т-лимфоциты, клетки ЦНС, кроветворной системы и т.д. При полной беспомощности антител, массивном поражении не только Т-лимфоцитов

и макрофагов, но и огромного количества других клеток процесс должен носить обвальный, каскадный характер, развиваться по типу цепной реакции. Быстрая гибель организма в таком случае неизбежна! Но, тем не менее, инкубационный период растянут на годы, продолжительность жизни «ВИЧ-инфицированных» — до 5-15 лет. Более того, академик В.В. Покровский заявляет : « Человек может быть инфицированным ВИЧ, но болезнь вообще не разовьется» (!!!). Нужны ли комментарии.

Как организм сопротивляется инфекции, почему «ВИЧ-инфицированные» так долго живут? В.В. Покровский тоже недоуменно разводит руками: «Что обеспечивает способность организма человека так долго сопротивляться ВИЧ?»

Действительно, понять это сложно, особенно когда знакомишься с феноменальными способностями «ВИЧ» обеспечивать комфортное пребывание в пораженном организме.

Проведенный анализ позволяет выделить несколько моделей поведения «ВИЧ», что нехарактерно ни для каких известных и изученных вирусов.

— Массивная репликация вируса с разрушением клеток.

— Продукция вируса без видимых изменений клеток и их разрушения (т.е. вирус внедрился в клетку, её ядро, затем клетку покинул).

— Длительная персистенция вируса в Т-хелперах, других клетках без явлений цитопатогенности и нарушения их жизнедеятельности (вирусоносительство).

- Поражение самых разных клеток организма, как имеющих рецепторы к CD4+, так и без таковых.

— Способность вируса вызывать запрограммированную гибель клеток (апоптоз).

— Способность рекомбинировать с другими вирусами. «,

— Удивительная способность к мутациям (в международной базе данных хранится информация о геномах более 25 тыс. вариантов «ВИЧ»),

Не много ли для одного вируса?! Это первый вопрос. Второй, который уже звучал, — если вирус может вести себя по всем перечисленным моделям, почему так долго сопротивляется пораженный организм?

Любое соприкосновение вируса с клеткой можно рассматривать как взаимодействие. Иногда результатом такого контакта может быть только изменение структуры цитоплазмы с фиксацией вируса без проникновения в клетку. Чаще, однако, вирус проникает в клетку, и взаимодействие с ней может быть выражено в трех основных вариантах.

Первый — цитотоксический. Характеризуется гибелью клетки распространением инфекта по внеклеточной жидкости с поражением других клеток (грипп, полиомиелит, оспа).

При втором варианте вирус размножается в клетке, однако распространение вирионов осуществляется как через внеклеточную жидкость, так и путем контакта через клеточные мембраны (герпес, цитомегалия). Инфекция приобретает персистирующий характер.

Третий тип взаимодействия является интегральным. Вирусная ДНК и РНК интегрирует с ДНК клетки хозяина. Такая форма взаимодействия характерна для онкогенных вирусов. При этом синтез зрелых вирионов и выделение их из клетки хозяина не происходит. По существу, возникает новая клетка с новым генотипом, с возможностью неконтролируемого роста (вирусная теория опухолей).

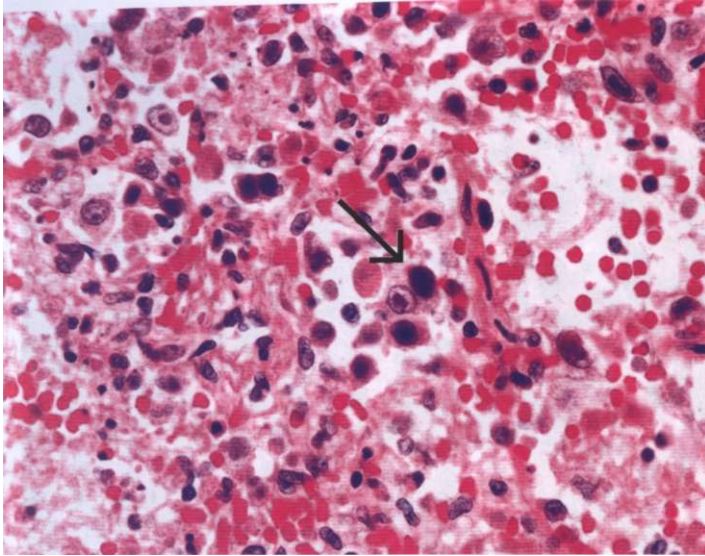
Из ортодоксальной СПИД-литературы мы узнаем, что «ВИЧ» способен взаимодействовать с клетками организма по всем перечисленным схемам!

Клетка, в цитоплазму, ядро которой внедрился чужеродный генетический материал обязана измениться (включения в цитоплазме, ядре, изменение формы, размеров ядра, самой клетки, гиперхромия ядра и т.п.). Такие изменения мы обнаруживаем в клетках даже без использования электронного микроскопа при всех известных вирусных инфекциях: гриппе, парагриппе, РС-инфекциях, аденовирусной инфекции, цитомегалии, герпетических инфекциях, кори, бешенстве, гепатитах, инфекционном мононуклеозе и других инфекциях (рис. 1-7). Но ни в одной публикации нет убедительных описаний, снимков подобных изменений в клетках, включая Т-лимфоциты, моноциты-макрофаги при «ВИЧ-инфекции». Фразы типа: «похожие на вирус частицы» доверия не вызывают. Напомним, Р.Галло признался, что он не выделял вирус из лимфоцитов.

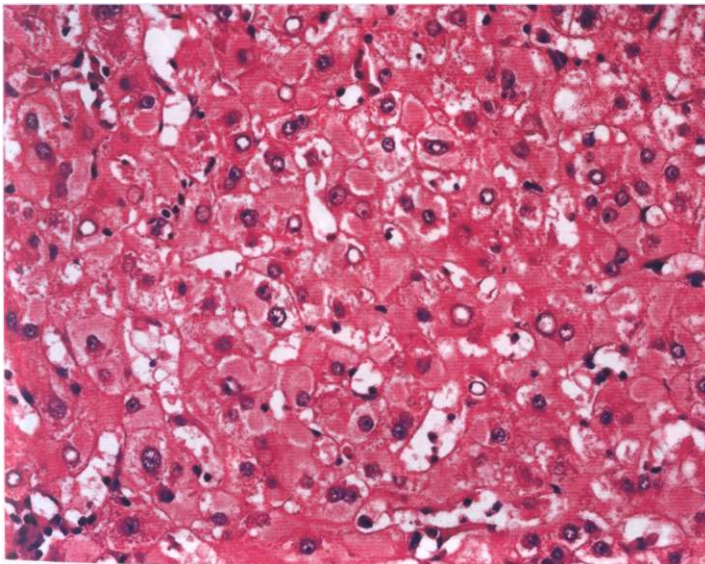
Исследуя гистологический материал более 30 умерших наркоманов с эпид. номерами «ВИЧ-инфекция», я подобных изменений в клетках не обнаружил. Мне так же не встречались многоядерные симпласты из 500 клеток, о которых сообщается в СПИД-литературе. Где они образуются?.. В сосудистом русле, органах РЭС?.. Видимо, только в некоторых исследованиях с использованием комплексов клеточных культур, включающих человеческие лимфоциты, изолированные из крови пуповины. Р. Галло никогда не использовал образцы, взятые у одного-единственного пациента. Известно, что человеческая плацента содержит большое количество эндогенных ретровирусов (S.Panem,1978), не имеющих никакого отношения к «ВИЧ» (E. de Harven, 2001).

Итак, патогенез, т.е. механизм развития «ВИЧ-инфекции», совершенно непонятен, запутан, представляет собой клубок противоречий.

4. Морфологии «ВИЧ-инфекции» нет. Лимфоаденопатия, которая то возникает, то ликвидируется — это несерьезно. Не существует инфекционных заболеваний, при которых не происходило бы увеличения лимфатических узлов. В литературных источниках,



*Рис. 1. Легкие. Аденовирусная инфекция.
Клетки «чернушки» (стрелка)*



*Рис. 2. Вирусный гепатит В.
Баллонная дистрофия гепатоцитов*

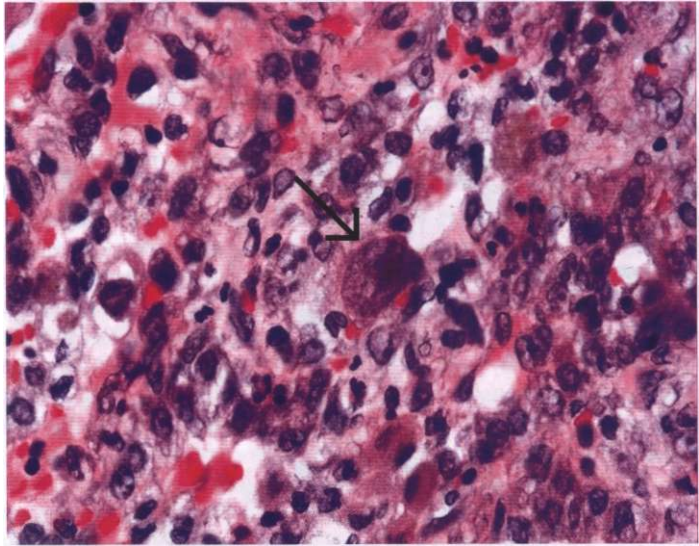


Рис. 3. Цитомегало-вирусная инфекция. Клетки «свиный глаз» (стрелка)

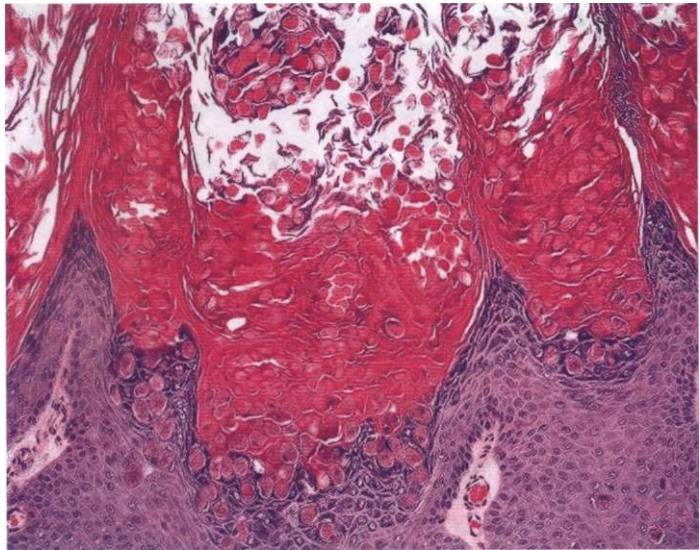


Рис. 4. Заразительный моллюск. Многочисленные моллюсковые тельца в клетках эпителия. Размеры включений превышают первоначальный размер клеток

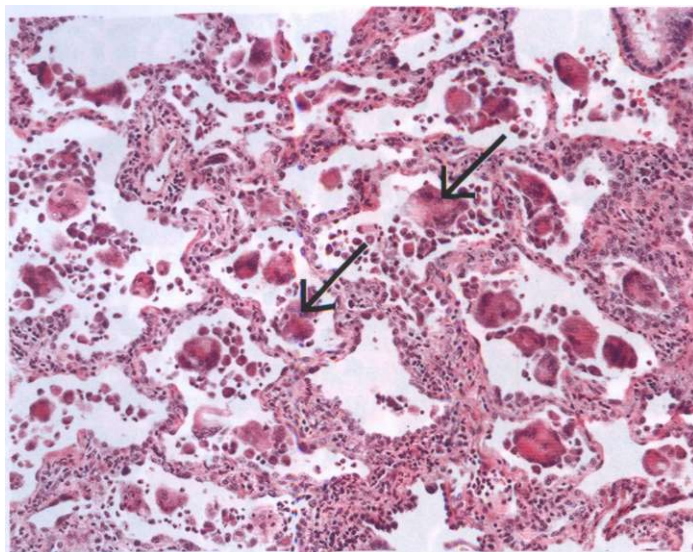


Рис. 5. Легкие. Гигантоклеточная коревая пневмония (гигантоклеточный метаморфоз; стрелки)

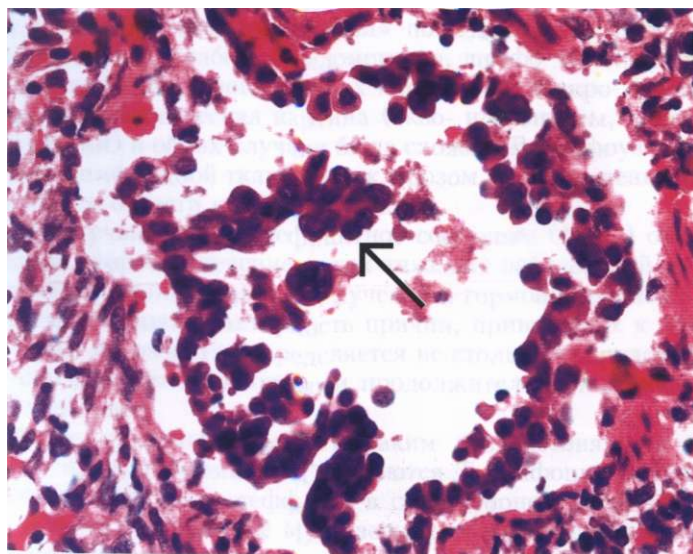
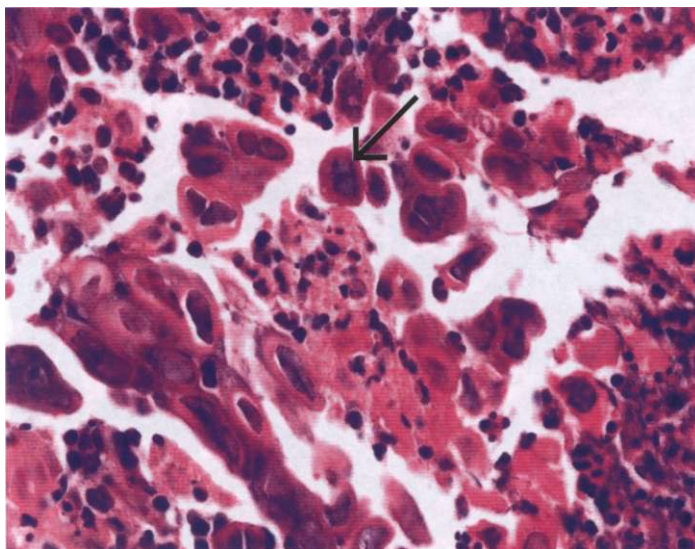


Рис. 6. Терминальные бронхи. РС-инфекция. Увеличение и гиперплазия клеток эпителия слизистой оболочки бронха (сосочки; стрелка)



*Рис. 7. Герпетическая инфекция.
Гигантоклеточный патоморфоз клеток эпителия
слизистой оболочки пищевода*

посвященных «вирусу иммунодефицита человека», приводятся морфологические описания в лимфатических узлах, селезенке, тимусе, других органах, которые могут возникать при иммунодефицитах любой этиологии и в связи с конкретной инфекцией или заболеванием.

Исследуя л/узлы умерших с диагнозом «ВИЧ-инфекция в стадии СПИД» (все наркоманы), я ни в одном случае не обнаружил описываемое в СПИД-литературе абсолютное истощение лимфоидной ткани с ее склерозом (Табл. №1). Во многих наблюдениях в лимфатических узлах отмечалась пролиферация макрофагов в синусах (синус-гистиоцитоз) как реакция на наличие в организме чужеродного антигена (сепсис, бак. эндокардит, пневмония). Но именно такие изменения в официальной СПИД-литературе выдаются за те, которые вызываются «ВИЧ». На то, что у больных пневмонии, сепсис, бактериальные эндокардиты, гепатиты, туберкулез и пр., внимание не акцентируется.

- Мы располагаем двумя случаями генерализованной формы ветряной оспы со смертельным исходом у лиц с приобретенным иммунодефицитом, развившимся у 60-летнего мужчины после комбинированного лечения лимфогранулематоза химиопрепаратами, гормонами и курса лучевой терапии, и 16-летнего юноши, длительное время получавшего гормональную терапию по поводу ревматоидного артрита. Оба они заразились от болевших в семьях малолетних детей. Клиническое проявление заболевания в обоих случаях укладывалось в III и IV стадии «ВИЧ-инфекции» по СДС (лихорадка, диарея, потеря массы тела, слабость, недомогание, лимфо- и моноцитопения, присоединение оппортунистических инфекций). Макро- и микроскопическая морфологическая картина (экзо- и энотемы, изменения в легких, печени) в обоих случаях была схожей. В лимфоузлах полное истощение лимфоидной ткани с её склерозом, т.е. изменения которые вполне можно отнести к «СПИД-стадии».

В этих случаях иммунодефицитное состояние (ИДС) обусловлено, с одной стороны, течением этих тяжелых заболеваний, с другой — лечением химиопрепаратами, лучевой и гормонотерапией.

Несмотря на многофакторность причин, приводящих к возникновению ИДС, их развитие определяется не столько природой повреждения, сколько интенсивностью и продолжительностью повреждающего воздействия.

Наиболее чувствительными к таким воздействиям на начальном этапе формирования ИДС являются Т-лимфоциты супрессоры (подавители). На фоне дефекта в супрессорном звене на разных этапах развития вторичных ИДС возникает предрасположенность к гиперреактивным иммунным реакциям (аллергические и аутоиммунные заболевания). По мере увеличения интенсивности и/или продолжительности воздействия того или иного фактора, приводящего к вторичным ИДС, происходит поражение остальных субпопуляций

Т-лимфоцитов. На этом фоне развивается повышенная чувствительность к вирусным инфекциям. Дальнейшее увеличение продолжительности или интенсивности неблагоприятного воздействия приводит к поражению фагоцитирующих лейкоцитов и возникновению в организме повышенной чувствительности к инфекциям, вызываемым условно патогенными микроорганизмами и предрасположенностью к злокачественным новообразованиям.

В последнюю очередь развивается дефектность В-звена иммунной системы, что влечет за собой появление комбинированных ИДС с многочисленными проявлениями иммунологической недостаточности с тяжелыми инфекционными осложнениями, бактериальной и иной этиологии.

Как мы видим, весьма запутанный патогенез «ВИЧ-инфекции», приводящий, якобы, к иммунодефициту, никак не укладывается, не согласуется с выше обозначенным патогенезом вторичных или приобретенных ИДС.

Очень часто одним из важных признаков «ВИЧ - СПИД» называют поражение ЦНС, которое рано или поздно заканчивается деменцией (слабоумием). При так называемом «ВИЧ-энцефалите» микроскопически описывают появление каких-то микроглиальных узелков, иногда многоядерных симпластов.

Ссылаясь на собственные исследования, могу заявить, что ничего особенного, специфического в ткани головного мозга у «ВИЧ-инфицированных» мне видеть не привелось. Все морфологические изменения в головном мозге соответствовали и были связаны с конкретным основным заболеванием, приведшем к смерти больных. В одном секционном наблюдении (24-летний наркоман с эпид номером «ВИЧ-инфекции») в полушариях головного мозга были обнаружены очаги серого размягчения (некрозы). При гистологическом исследовании оказалось, что их возникновение связано с эмболией (закупоркой) сосудов головного мозга инородным веществом кристаллического вида, которое добавляют в наркотики. В легких и головном мозге обнаружены гранулемы инородных тел с гигантскими многоядерными клетками.

Именно такая микрофотография с гранулемой инородных тел помещена в главе, посвященной «ВИЧ-инфекции» в 5-ом издании учебника по патологической анатомии под редакцией Kumar V., Robbins. S. (Basic Pathology, 1992).

4. Клиника «ВИЧ-инфекции». Её просто нет. Есть клиника и морфология оппортунистических или, как их называют СГШД-теоретики, «ВИЧ-ассоциированных» заболеваний. Причины их возникновения, механизмы развития, клиническая картина давно и хорошо изучены. Перечень таких заболеваний перевалил за 40. Многие из них развиваются на фоне вторичных иммунодефицитов.

«СПИД» — это не нозологическая форма заболевания, а синд-

ром который нельзя называть болезнью. С другой стороны «ВИЧ» имеет клинической идентификации инфекционного заболевания.

Клиническая классификация «ВИЧ/СПИД» просто абсурдна, высосана из пальца.

По В.И. Покровскому (Российская классификация «ВИЧ-инфекции» 2001г.) первая стадия — инкубационная. Как уже отмечалось, этот скрытый период разный: от нескольких недель до нескольких месяцев и лет.

Первая стадия (1) «ВИЧ-инфекции» ставится на основании эпидемиологических данных (!) и должна быть подтверждена обнаружением в сыворотке крови пациента вируса иммунодефицита человека, его антигенов. Что имеется ввиду под эпид. данными? Ни один врач не ставит диагноз только по этому признаку! Что касается подтверждения диагноза обнаружением в сыворотке крови пациента вируса иммунодефицита — это пожелание, которое не было и никогда не станет реальностью!

Вторая стадия (2) — стадия первичных проявлений «ВИЧ-инфекции». Она подразделена на несколько вариантов. 2А — бессимптомная. Клинических проявлений нет. Проявляется лишь выработкой антител к «ВИЧ». 2Б — острая «ВИЧ-инфекция» без вторичных заболеваний. Часто отмечается транзиторное понижение уровня CD4+ -лимфоцитов. Еще раз отметим, что существует огромное количество заболеваний и состояний, включая стресс, при которых происходит снижение количества этих клеток! 2В — острая инфекция со вторичными заболеваниями. В 10-15% случаев протекает на фоне снижения уровня CD4+ -клеток. Продолжительность клинических проявлений варьирует от нескольких дней до нескольких месяцев. О каких конкретных клинических проявлениях идет речь!? Такие симптомы, как лихорадка, диспептические расстройства, встречаются часто при различных заболеваниях, и явления довольно банальные.

Третья стадия (3) обозначается как латентная. Длительность ее может варьировать от 2-3 до 20 и более лет. (!!!) Характеризуется медленным прогрессированием иммунодефицита. Единственным проявлением заболевания является увеличение лимфатических узлов, которое (подчеркнем это) может и отсутствовать. Мы уже отмечали, что не существует инфекций, при которых не увеличивались бы те или иные группы л/узлов.

Итак, несуществующую клинику «ВИЧ-инфекции» умудрились разложить на три стадии. При этом подчеркивается, что данные о продолжительности отдельных стадий заболевания носят усредненный характер и могут иметь значительные колебания, а последовательность прогрессирования «ВИЧ-инфекции» через прохождения всех стадий не обязательна.

Четвертая стадия (4) — вторичных заболеваний. Речь идет о «ВИЧ-ассоциированных» заболеваниях, которые имеют конкретные

причины, патогенез, морфологию и клинику. От этих заболеваний большие и погибают (5-ая — терминальная или «СПИД стадия»).

Более 85% российских «ВИЧ-инфицированных» являются людьми с неблагоприятным социальным статусом — наркоманы, алкоголики, страдающие гепатитами, туберкулезом, другими инфекциями.

Завершу эту главу цитатой из статьи академика В.В. Покровского: «До последнего времени не существовало и не существует единой концепции, объясняющей важнейшие особенности патогенеза «ВИЧ-инфекции». С одной стороны, было не до конца ясно, какой фактор является пусковым и доминирующим в развитии иммунного дефицита. С другой, все еще не вполне понятно, что обеспечивает способность организма человека так долго сопротивляться ВИЧ. В течение 15 лет описано множество иммунных феноменов и «феноменчиков», ассоциированных со СПИДом, построены десятки схем и моделей дефектов иммунной реактивности. ... Явной связи между существующими субтипами вируса, клиническими проявлениями пока не установлено».

Фактически — это признание руководителя российского центра по профилактике и борьбе со «СПИДом» в несостоятельности доктрины» ВИЧ/СПИД»!

НЕСПЕЦИФИЧНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ «ВИЧ-ИНФЕКЦИИ»

Ложный диагноз — ложное лечение

Существующие методики тестирования «ВИЧ-инфекции» неспецифичны, заведомо имеют тенденцию к ошибочному результату. Они были и остаются бессмысленными и не выдерживают никакой критики. Об этом можно узнать, изучив работы П.Дюсберга, К.Муллиса, Э.Паподопулос-Элеопулос, В.Тюрнера, Э.деХарве, Р.Джиралдо и многих других ученых.

При отсутствии очистки вируса в качестве диагностики «ВИЧ» определяются его заместители-маркеры, к которым относят белок Р24, фермент обратную транскриптазу или короткие последовательности нуклеиновой кислоты. Но «ВИЧ» должен быть сначала очищен, чтобы убедительно продемонстрировать, что все эти молекулы-маркеры действительно ретровирусного происхождения. Подобные молекулы в избытке присутствуют в разрушенных клетках, которые загрязняют все образцы.

Принцип диагностики «ВИЧ-инфекции» строится на выявлении антител к перечисленным «маркерам».

Широко используются несколько тест-систем — ELISA (скрининговый тест), Western Blot (подтверждающий тест), «вирусная нагрузка» (полимерная цепная реакция — ПЦР).

В тесте ELISA используется раствор из смеси всех белков, в тесте Western Blot — до 10 белков по отдельности расположены один за другим вдоль тонкой нитроцеллюлозной полоски. В тесте ELISA образец крови пациента должен быть растворен в 400 раз. Если это условие не выполнено, то гарантирован серопозитивный результат.

В случае связывания антител (в данном случае «ВИЧ-антител») с белками наблюдаются заметные изменения в окраске раствора или полосок, которые в этом случае называются «засвеченными». Следует отметить, что все белки, в том числе нанесенные на нитроцеллюлозную полосу, искусственные! Белки в тестах «засвечиваются» из-за огромного количества антител, присутствующих у пациентов, страдающих различными заболеваниями : туберкулез, сифилис, гепатит, ревматизм, системная красная волчанка, грипп и т.д.. Таких болезней более 70-ти. Антитела могут вырабатываться и в организме практически здоровых людей, иммунной системе которых дана «ложная тревога» и В-клетки (продуценты антител) подверглись случайной стимуляции.

Без какой-либо связи с «ВИЧ/СПИДом» положительный результат при тестировании может быть получен у здоровых людей при перекрестных реакциях, при беременности, после многочисленных

прививок, вакцинации от гриппа, вирусного гепатита В, столбняка, после переливания крови.

Процент «ВИЧ-положительных» настолько велик, что это нельзя не заметить. Например, более 43% случаев системной красной волчанки — серопозитивны по «ВИЧ».

По этому поводу СПИД-технологами введен термин «ложно-позитивная» реакция.

Для пациентов с положительной реакцией на тест ELISA для «подтверждения» обычно проводят тест Western Blot (WB). Однако в тесте WB используются те же самые антигены, что и в тесте ELISA; отсюда следует, что едва ли должнаждаться лучшая специфичность. Кроме того, международное соглашение по результатам теста WB никогда не было достигнуто, и определенное количество того же самого образца крови могут дать положительный результат в Европе и отрицательный в США! В одних странах при засвечивании трех полос человека могут объявить ВИЧ-инфицированным, в других для постановки такого диагноза необходимо «засвечивание» четырех-пяти полос. WB не принят в Англии по причинам неадекватной специфичности, но принят в Шотландии и повсюду в Европе. Скрининг, проведенный в России с помощью теста ELISA дал 30 000 положительных результатов, но только 66 из них (0,22%) подтвердились тестом WB.

Тест на белок Р-24, часто используемый как свидетельство успешной изоляции ВИЧ, не более информативен. При тестировании 77 больных с биллиарным циррозом на Р-24 Массой и соавт./1998/ в 33% случаев получили положительный результат. Но никому и никогда не придет в голову связать цирроз с «вирусом иммунодефицита». При тестировании собак на белок Р-24 — положительная реакция в 43% случаев.

ПЦР, «вирусная нагрузка». Измерение так называемой «вирусной нагрузки» при помощи технологии полимеразной цепной реакции (ПЦР) представляет собой третий тест, продолжительное время используемый в клиническом наблюдении СПИД-пациентов.

По сведениям представителей СПИД-ортодоксальной медицины, ПЦР позволяет определить количество частиц ВИЧ в 1,0 куб.мм. крови («вирусную нагрузку»), а также делать вывод о развитии ВИЧ-инфекции и эффективности антиретровирусной терапии. Предполагается, что количество вируса в крови может быть столь незначительным (!?), что иными способами его присутствие не определить.

При высокой «вирусной нагрузке» пациентам назначается антиретровирусная терапия. Ортодоксы СПИД-терапии полагают, что после «лечения» вирусная нагрузка снижается, но затем «оставшиеся в живых» вирусы, якобы мутировавшие под влиянием лечения, вновь активно реплицируются (миллион копий вируса появляются

каждый день!), инфицируют огромное количество Т-лимфоцитов и, в конце концов, под натиском ВИЧ иммунная система резко ослабевает («СПИД-стадия»).

«Мое изобретение не может быть использовано для доказательства «ВИЧ-инфекции», предупреждает К.Муллис, создатель ПЦР, за открытие которой он удостоен Нобелевской премии. Э.Элеопулос, В.Тюрнер, Э.деХарве и многие другие ученые также убеждены, что использование ПЦР в исследованиях на «ВИЧ/СПИД» — очередная «ошибка» приверженцев доктрины ретровирусной теории иммунодефицита. Как и К.Муллис, они считают, что ПЦР, обладая феноменальной чувствительностью, реплицируют любую ДНК или РНК, содержащуюся в образце независимо от того, принадлежат ли они именно гипотетическому «ВИЧ» или другой частице. «Вирусную нагрузку» у «СПИД-пациентов» следует рассматривать как «ложноположительную» за счет минимальных загрязнений образцов посторонними РНК, ДНК, особенно в лабораториях, регулярно выполняющих одинаковые анализы.

Чтобы узнать, работает ли в действительности любой тест на «ВИЧ», необходимо его проверить с использованием самого «ВИЧ», который должен быть выделен в каждом тестированном образце.

Понятие «выделение вируса» (virus isolation) в качестве «золотого стандарта» особенно важно в случае «ВИЧ», поскольку до сих пор невозможно описать этот вирус в генетическом и молекулярном плане.

Как уже отмечалось, измерение так называемой «вирусной нагрузки» подразумевает количественную оценку числа «ВИЧ-частиц» в периферической крови. Чтобы передать предполагаемую «ВИЧ-инфекцию», в крови должны присутствовать неповрежденные «ВИЧ-частицы». Присутствие предполагаемых молекулярных «ВИЧ-маркеров» (геномной или белковой природы), неспособно объяснить инфекционность, если неповрежденные вирусные оболочки не защищают эти ретровирусные молекулы.

Фармацевтические компании, производящие и продающие тест-системы, знают их неточность, и в сопроводительных вкладышах они обычно пишут следующее:

— «ELISA-тест сам по себе не может использоваться для целей диагностики на СПИД, даже если рекомендуемое исследование реактивных видов предполагает вероятность того, что антитело к ВИЧ-1 присутствует» (Abbott Laboratories, 1994, 66-2333/R4).

— «Данный комплект (WB) не используют как единственное основание для диагностики инфекции ВИЧ-1» (Epitope/Organon Teknika Corporation, PN201-3039 Rezervation #№ 6).

— «Amplikor ВИЧ-1 мониторинговый тест («вирусная нагрузка») не предназначен для использования в качестве пробы для выявления скрытой формы заболевания ВИЧ или как диагностический тест для

подтверждения наличия ВИЧ-инфекции».(Roche Diagnostic Sitems, 06/96, 13-08-83088-001).

Беда в том, что большинство заинтересованных людей не знает о существовании таких аннотаций. Об этом их не информируют.

Руководитель Российского центра Анти-СПИД академик В.В.Покровский рекомендует своим коллегам скептически относиться ко всем новейшим методикам диагностики «ВИЧ», включая ПЦР и прочие генно-инженерные методы!? Но, как мы видим, других методов диагностики «ВИЧ-инфекции» теоретики «ВИЧ/СПИД» не придумали; тестирование — это единственная соломинка, которая позволяет держаться на плаву всей теории о ретровирусной природе СПИДа. Тупик!? Как диагностировать «ВИЧ/СПИД»? Да вот же оно, «гениальное» решение: «достаточно данных анамнеза и некоторых клинических сведений» (!?) Именно так ставится диагноз «ВИЧ-инфекции» в Африке людям, страдающим малярией, туберкулезом, гепатитом, паразитарными инфекциями, лепрой, алиментарной кахексией. Достаточно выявления трех симптомов (критерии Банги), включающих похудание, повышение t° в течение месяца и более, понос, чтобы человека объявили «ВИЧ-инфицированным».

Понятно, что такая симптоматика имеет место при многих инфекционных заболеваниях.

Учитывая критические замечания в адрес тестирования «ВИЧ-инфекции», СПИД-медицина предлагает лабораторные исследования расширить и дополнить определением уровня гемоглобина как показателя анемии и пробами, отражающими состояние функции печени.

Сразу возникает вопрос, если пробы у «ВИЧ-инфицированных» плохие, а они не могут быть другими у наркоманов, больных, страдающих гепатитом, туберкулезом и другими болезнями, то как это повлияет на тактику лечения? Будет ли отменяться AZT, невропин или терапия станет еще более агрессивной, и к чему такая терапия приведет?! Скорее всего, результат такого лечения — приближение летального исхода!

«Ложный диагноз — ложное лечение»!

«ЛЕЧЕНИЕ» ВИРТУАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

«Не навреди» — основной принцип медицины

Практически сразу после «открытия» вируса иммунодефицита был предложен препарат для лечения больных СПИДом. Речь идет об азидотимидине (АЗТ). Основной производитель — фармацевтический концерн «Глаксо-Вэлкам» (Glaxo-Wellcome). Этот препарат был разработан в 60-х годах прошлого столетия как экспериментальный противоопухолевый цитостатик. Вследствие своей высокой токсичности он был запрещен к применению. Но в 1987 году в удивительно короткий срок его лицензировали как антиретровирусный препарат. Этикетка на флаконах (100 мг терминатора цепи ДНК-АЗТ от Sigma Chemical Co, США) биохимического производителя содержала предупреждение: «Токсично. Токсично при вдыхании, при контакте с кожей и при проглатывании. Поражаемые органы — кровь, костный мозг». На упаковке имелся значок, изображающий череп и кости.

В настоящее время Glaxo продает АЗТ под фирменной маркой «Retrovir» и как компонент «Combivir» и «Trizivir».

В отличие от биохимического производителя, медицинский производитель до 1992 г не предупреждает о токсических эффектах АЗТ. После 1992 г. на аннотациях к препарату указывается: «Применение Retrovir (AZT) связано с гематологической токсичностью...»

Препарат назначался пациентам, не имеющим никаких жалоб, только на основании положительного теста на «ВИЧ». Как заявляла официальная СПИД-медицина в 80-х годах, АЗТ с самого начала истребляет вирус почти полностью; остаются только устойчивые к препарату мутанты. Делятся они, якобы, медленно, и это удлиняет жизнь «ВИЧ-носителя» в общей сложности на год-три. Двойные и тройные комбинации оставляют еще меньше мутантов, после их применения вирус вообще нельзя обнаружить. Первый ажиотаж вокруг АЗТ и других нуклеозидов очень быстро прошел. Ожидаемой продолжительности жизни у тех, кто принимал АЗТ и другие антиретровирусные препараты, не случилось, скорее наоборот, она уменьшалась. Сразу нашлись объяснения этому факту. Вирус мутирует. На протяжении 3-6 месяцев в ВИЧ-популяции возникают резистентные (устойчивые) к препарату клоны, сводя на нет эффективность терапии. Но, несмотря на это, ретровир, невропин продолжают использовать в лечении «ВИЧ-инфицированных» по сей день! Это при том, что их назначение вызывает повреждение таких жизненно важных ультраструктурных компонентов клеток организма, как ядерная ДНК (блокируются ферменты, принимающие участие в строительстве ДНК), митохондрии. Доказано, такое лечение обрекает больных на гибель!

После приема курса антиретровирусной терапии у пациентов развиваются кардиомиопатия, периферические нейропатии, панкреатиты, нефриты, стеатоз печени, лактоацидоз, лейкодиistroфия, деменция, угнетается кроветворение. Об этих осложнениях вынуждены писать сами СПИД-технологи (23,25). Негативно влияя на кроветворную систему, препараты типа АЗТ вызывают иммунодефицит, а не лечат его!

Об утомляемости, слабости, тошноте, рвоте, других диспепсических расстройствах, сыпи, которые возникают у пациентов, получающих антиретровирусную терапию, можно и не упоминать. Но именно эта симптоматика выдается СПИД-ортодоксами как характеристика для «ВИЧ-инфекции».

До 1985 года ежегодная смертность больных гемофилией была устойчивой, около 8 человек на 1000. Однако, начиная с 1987 г., когда этим серонезитивным по «ВИЧ» больным начали назначать АЗТ, смертность в этой группе выросла в 10 раз. Выводы основаны на изучении 6000 «ВИЧ-положительных» пациентов-гемофиликов из четырех штатов Америки (Darbi SC et al., 1995). Те, кто эти препараты не применял, были живы много лет.

В связи с этими вскрывшимися фактами в настоящее время уже начаты судебные разбирательства по искам родственников умерших больных (ЮАР, Ирландия, Уганда).

АЗТ и его основной производитель «Glaxo» (теперь GlaxoSmithkline) оказались в очень затруднительном положении во время европейского испытания «Конкорд», которое проводилось в Англии, Франции, Ирландии и охватило 4500 «ВИЧ-позитивных» пациентов. Испытание показало не клиническое улучшение при применении препарата, а возросшую смертность в группе, где АЗТ применяли на ранней стадии после установления диагноза «ВИЧ-инфекции» (Control Coordinating Committee. Lancet 343; 871-881, 1994).

Несмотря на выводы комиссии о токсичности АЗТ, он был одобрен для использования Американским Управлением по Санитарному Надзору за Качеством Пищевых продуктов и Медикаментов (US Food and Drug Administration — FDA).

Влияют ли деньги на исследование лекарственных препаратов? Liam Scheff (2004) пишет, что процесс одобрения в FDA был просто коррумпирован. Новости ABC в 2000 году сообщили, что при проведении независимых исследований действий лекарственных препаратов, они были безопасны и эффективны в 50%. Но когда фармацевтическая компания финансировала собственные исследования, положительная оценка почти удвоилась, достигая 90%.

Доходы «Glaxo» от продажи АЗТ в 2000 г. — 1 миллиард долларов, в 2002 г. — 1,5 миллиарда. Другие аналоги нуклеозидов гарантированно приносят 750 миллионов долларов в год. Кроме антиретровирусных препаратов компания выпускает диагностические наборы,

и она же планирует заболеваемость «СПИДом». Она же на свои деньги обучает врачей, как надо применять эти препараты, в каком количестве, настаивая на том, что эти лекарства больные должны применять пожизненно.

Ежегодный оборот не менее известной фармацевтической компании «Бристол-Майерс-Сквибб» (Bristol-Myers Squibb Company, USA), также производящей антиретровирусные препараты (Зерит, Видекс), более 13 миллиардов долларов.

Профессор фармакологии Оксфордского университета Эндрю Херксхеймер пишет: «Я думаю, что АЗТ в действительности никогда не был оценен должным образом, а его токсичность, конечно, важна. И я думаю, что это уничтожило много людей, особенно когда давались высокие дозы. Лично я считаю, что его нельзя использовать ни в отдельности, ни в комбинации с другими препаратами».

Серьезные исследования по АЗТ были проведены в 90-ых годах группой австралийских ученых под руководством вирусолога и биофизика Э.Пападопулос-Элеопулос. Этот труд — «Критический анализ АЗТ и его применение при СПИДе» — был опубликован в 1999 г. в специальном дополнении к 15 тому академического медицинского журнала «Медицинское исследование и мнения».

Фирма «Глаксо», производящая препарат АЗТ, получила копию этого обзора, но ответа не последовало.

Ученые, принимавшие участие в расследовании судебных исков по случаям смерти больных гемофилией, которые лечились лекарственными коктейлями, основанными на АЗТ, утверждают, что «ВИЧ-положительные» ирландские больные гемофилией умерли в результате побочных эффектов проводимого лечения. В своем представлении ученые указывают на то, что сам фактор свертывания крови, который вводится больным гемофилией, вызывает угнетение иммунной системы. Ситуация усугубляется побочным эффектом кортикостероидных препаратов (иммунодепрессанты), которые больные получают длительное время. Назначение им антиретровирусных препаратов ведет к резкому угнетению кроветворения и прогрессирующему иммунодефициту.

О смертельных побочных действиях препаратов, назначаемых больным СПИДом, было сообщено на 14-ой Международной официальной конференции по СПИДу в Барселоне в 2002 году.

Очередной скандал по поводу антиретровирусного препарата Невирапин (Viramidine) разгорелся в Уганде (об этом сообщили СМИ летом 2005 г.). С 2002 года этот препарат в массовом порядке стал поставляется из страны Африки. Он действует подобно АЗТ, блокируя фермент, преобразующий информацию от РНК к ДНК. О тяжелых побочных эффектах, которые вызывает Невирапин даже после разового приема, стало известно практически сразу-14 человек скончались, у нескольких тысяч развились токсическое поражение печени,

токсические эидермальные некрозы и гиперчувствительные реакции, характеризующиеся сыпью (Liam Scheff, 2004). Но фирма-производитель и Национальный институт здравоохранения США посчитали эти данные неточными, летальные исходы списали на изначально плохое состояние пациентов. Фирма-производитель препарата отозвала заявку из Управления по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами США (FDA) на регистрацию Невирапина для использования на территории США. Власти ЮАР добились запрета на использование Невирапина в своей стране.

А вот что сообщает о побочных эффектах антиретровирусного препарата Кристиван фирма-производитель, крупнейшая фармацевтическая компания «Merck Sharp & Dohm» (MSD): слабость, утомляемость, боли в животе, кислая отрыжка, диарея, сухость во рту, диспепсия, метеоризм, тошнота, рвота, лимфаденопатия, головокружение, головная боль, гиперстения, сухость кожи, зуд, сыпь и извращение вкуса; примерно у 4% отмечен нефролитиаз («Медицинский Курьер», № 1-2, 2000). Как мы видим, основная масса симптомов укладывается в официальные представления о клинике «ВИЧ-инфекции». Кристиван принимает 180 тыс. «ВИЧ-позитивных» людей в 80 странах мира.

Фирма MSD активно работает с правительственными и неправительственными организациями под флагом «координации усилий в предотвращении распространения «ВИЧ». Одна из акций — открытие в Кейптауне (ЮАР) приюта для «ВИЧ-инфицированных» детей-сирот, где им обеспечивается уход и «лечение». Учитывая то, что фармацевтический концерн постоянно ведет поиск «перспективных подходов к терапии», то можно предположить, что кроме выше перечисленных препаратов дети-сироты получают, а вернее, на них апробируются новые антиретровирусные разработки. К чему приведет подобное лечение, представить не сложно!

Я располагаю несколькими наблюдениями из своей практики, в которых смерть пациентов была связана или, по крайней мере, ускорена приемом антиретровирусных препаратов. Не доверяя сведениям Анти-СПИД центра, я проводил собственные дополнительные разбирательства, встречаясь с близкими умерших. В качестве примера приведу один из таких случаев.

В 1994 г. 18-летней иркутянке, временно проживающей в Москве, был поставлен диагноз инфекционного мононуклеоза, назначено лечение. При обследовании на «ВИЧ-инфекцию» получен положительный результат в реакциях ИФА (иммуноферментный анализ) и ИБ (иммунный блотинг). [Из анамнеза: девушка работала танцовщицей в ночном клубе, употребляла стимулирующие препараты, наркотики, имела друга-наркомана; в детстве была слабым ребенком, часто болела.]

Ее госпитализировали в СГШД-центр при инфекционной больнице на Соколиной Горе. Был выставлен диагноз: «ВИЧ-инфекция, стадия первичных клинических проявлений (2А)», назначена специфическая терапия азидотимидином по 200 мг 3 раза в сутки.

Через месяц от начала приема препарата у пациентки развилась тромбоцитопения, сопровождающаяся геморрагической сыпью, носовыми кровотечениями и диспептическими расстройствами. От дальнейшего лечения больная отказалась, после чего наступило некоторое улучшение, состояние пациентки оставалось стабильным до декабря 1996 года.

В январе 1997 года она вновь поступает в Федеральный научно-методический центр по борьбе со СПИДом в г.Москве с жалобами на утомляемость, общую слабость. Был выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия первичных клинических проявлений (2Б). Начато лечение фосфазидом по схеме 400 мг два раза в сутки. Через две недели приема препарата у больной развились постоянная тошнота, рвота, кожный зуд, снизился аппетит. Пациентка отказалась от дальнейшей антиретровирусной терапии.

До мая 1998 года состояние больной оставалось удовлетворительным. Она вернулась домой в Иркутск, устроилась в ночной клуб танцовщицей, преподавала в танцевальной школе. Со слов близких, продолжала применять стимулирующие препараты.

В декабре 1998 года у женщины диагностирована герпетическая инфекция, которая приобрела рецидивирующее течение, и кандидоз слизистых оболочек полости рта и половых органов.

В ноябре 2000 года она была госпитализирована в Иркутский анти-СПИД-центр при инфекционной больнице с диагнозом: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных клинических проявлений (3Б), двусторонняя пневмония, кандидоз слизистых оболочек полости рта и половых органов. Состояние больной прогрессивно ухудшалось, кашель приобрел коклюшеобразный характер с трудно отделяемой мокротой, нарастала одышка, лихорадка носила фебрильный характер, появились рвота, жидкий стул до 6-8 раз в сутки.

Больная получила антибактериальную и симптоматическую терапию. От приема антиретровирусных препаратов пациентка категорически отказалась.

В середине января 2001 года 26-летняя женщина умерла. После аутопсии (вскрытия) и гистологического исследования секционного материала диагностирован острейший туберкулезный сепсис с поражением легких, печени, почек, селезенки, лимфоузлов.

Эту историю представители Иркутского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом оформили в виде публикации как «Случай ВИЧ-инфекции в стадии СПИД в Иркутской области» (Актуальные проблемы ВИЧ-инфекции и туберкулеза, Иркутск, 2004).

Действительно, от момента диагностики «ВИЧ-инфекции» до смерти девушки прошло 6 лет. Все укладывается в концепцию ортодоксальной СПИД-медицины: «Несмотря на лечение, смерть неизбежна!»

Какие же выводы напрашиваются после внимательного анализа этого случая?

Несвоевременная диагностика прогрессирующего туберкулеза и, естественно, отсутствие вовремя назначенного специфического лечения — смерти подобно. Это аксиома для каждого врача-фтизиатра. Во врачебной практике такое расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов относится к самой тяжелой для врачей III категории. Неправильно поставленный диагноз привел к неправильному лечению и смерти пациента, хотя все условия для правильной диагностики были. В нашем случае в антиСПИД-центре неправильно оценили клиническую картину, данные рентгенологического исследования, не учли тяжелую эпид.обстановку в регионе по туберкулезу, не пригласили для консультации фтизиатра.

Причиной же вторичного иммунодефицита, на фоне которого у молодой женщины развился туберкулез, явились изначально (с детства) слабое здоровье, образ жизни, употребление стимулирующих и наркотических препаратов, перенесенный инфекционный мононуклеоз и лечение антиретровирусными препаратами.

64

По сей день все выше перечисленные фармацевтические концерны продолжают деятельность по поиску и производству новых антиретровирусных препаратов с активным их продвижением на потребительский рынок. После выпуска и внедрения в схему лечения «ВИЧ-СПИДа» очередного препарата через некоторое время следуют сожаления, что лечение не дало ожидаемых положительных результатов, так как «на протяжении 6 месяцев в ВИЧ-популяции возникают резистивные клоны, которые захватывают лидерство в инфекционном процессе, сводя на нет эффективность терапии» (А.Н.Маянский,1999). Это положение касается не только АЗТ, но и распространяется на нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ). Профессор А.Н.Маянский (1999) пишет: «К сожалению, и они в этом отношении не безгрешны: устойчивость к ННИОТ (невирапин, лозинавир и др.) формируется едва ли не быстрее, чем к нуклеозидным ингибиторам».

Резюмируем все выше сказанное: очевидный вред от применения антиретровирусных препаратов и иллюзорная, эфемерная эффективность против не менее иллюзорного вируса иммунодефицита.

На протяжении десятилетий в разных странах не прекращались попытки поиска других методов лечения «ВИЧ-инфекции». Здесь и метод очистки крови, и лучевая терапия, и разработка вакцин и др.

Идея очистки крови заключается в следующем: подбирается со-

ответствующий сорбент, к нему присоединяется антитело к CD4+ (с клетками, имеющими рецепторы CD4+, якобы связывается «ВИЧ»), Таким образом, по представлениям разработчиков метода, из организма будут удалены все клетки, пораженные «ВИЧ». Идея «замечательная», если бы не одно но ... Вместе с якобы пораженными клетками из крови будут удалены все Т-лимфоциты CD4+, моноциты-макрофаги и т.д. Более тяжелый иммунодефицит придумать невозможно!

Аналогичный эффект, естественно, возникает при облучении или лечении иммунодепрессантами (препаратами непосредственно подавляющими Т-лимфоцитарный клон). Суть идеи совершенно парадоксальна: чтобы излечить приобретенный иммунодефицит, нужно создать его у больного искусственно!? Это же какое «богатое» воображение нужно иметь, чтобы серьезно заниматься разработкой подобных методов лечения!?

Были попытки вылечить «СПИД» экстракорпоральным нагреванием крови до 46°. Больные умерли, повышение температуры тела до такого уровня смертельно!

В газете «Восточно-Сибирские вести» (№9,13-18 июня 2001 г.) сообщалось, что ученым Международного центра здоровья Новосибирской гос.мед.академии удалось найти способ повышения t° тела без опасности для жизни. О сути способа не сообщалось. Но до сих пор ничего не слышно о «прорыве» в лечении «ВИЧ-инфицированных» именно таким методом.

В той же газете приводилась информация о Новосибирском химике, который предлагал лечить «ВИЧ-СПИД» давно известным, но забытым бактериостатическим препаратом, состоящим из серебра, золота и метилового зеленого (агрохром).

В середине 90-ых годов ажиотаж в СМИ вокруг сообщения из Армении о препарате, который излечивает «ВИЧ-инфекцию». Какой-то экстракт из плавников акулы (Арменикум).

В 2002 году сообщение из Иркутска: ученые сибирского филиала Академии наук занимаются разработкой съедобной вакцины против «ВИЧ». Речь шла о трансверстном томате, в геном которого введен ген мифического «ВИЧа». Весной 2005 года СМИ РФ сообщили, что работа над съедобной вакциной завершена. Два года работа финансировалась из Федерального и областного бюджетов. Насколько вкусной будет эта вакцина, трудно представить, но то, что совершенно бесполезной и даже вредной — точно.

Главный вопрос, который адресуется официальной «ВИЧ-СПИД» — медицине на протяжении десятилетий, — «Когда создадут вакцину?» Ее разрабатывают практически 30 лет, на эти цели израсходовано сотни миллиардов долларов. Каждый год СМИ сообщают, что где-то (Кения, Уганда, Танзания, Таиланд, Китай) идут активные испытания очередной новой вакцины против «ВИЧ/СПИД» на доб-

ровольцах, и результаты обнадеживающие. В итоге через некоторое время сообщается, что очередное испытание закончилось неудачно. Более того, большинство экспертов считают, что ближайшие эксперименты тоже будут неудачными: «Средства лечения и профилактики ВИЧ-инфекции — это все еще далекая надежда». «Вирус постоянно мутирует, геном его очень нестабилен...» При всех разговорах о мутациях «ВИЧ», СПИД-ученые отмечают относительную стабильность его поверхностных гликопротеидов (gp) 120 и 41.

Можно вспомнить, что вакцина против полиомиелита была создана и внедрена в практику в удивительно короткий срок (1953-56гг). Более 200 лет назад (1796 г) английский врач Дженнер создал вакцину против оспы. Даже против вируса гриппа, обладающего высокой способностью к мутациям, за что его называют «королем вирусов», создаются вакцины, хотя и не очень эффективные.

Нужны ли комментарии и к такому заявлению официальной СПИД-медицины, объясняющему неудачи в получении вакцины: «...для изготовления вакцины нельзя использовать ни ослабленный, ни убитый ВИЧ. Он настолько опасен и коварен, что даже частицы убитого вируса могут повлиять на генетический аппарат человеческого организма» (но при этом пытаются создать съедобную вакцину — трансверстный томат).

На четвертой Международной конференции по СПИДу (Стокгольм, июнь 1988 г) директор Глобальной программы ВОЗ по «СПИДу» Дж.Манн сказал: «Крупных шагов вперед в борьбе со СПИДом еще не сделано, но мелких шагов сделано очень много». Это положение сохраняется и по сей день.

На очередной Международной конференции по вопросам «СПИДа» в Бангкоке (июль, 2004) делегаты не проявили оптимизма в отношении создания вакцины даже в отдаленном будущем. Годом ранее академик В.В.Покровский пишет: «...делать главную ставку на это направление смысла нет. Даже если сейчас появится вакцина от СПИДа, неизвестно, сколько лет уйдет на ее внедрение» («Круглый стол», №6, 2003). В 2002 году академик уверенно заявлял, что вакцина будет создана к 2006 году.

Разговоры и объяснения про «умный», «хитрый», «неуловимый», «непредсказуемый», «непостижимый» вирус — это несерьезно! Для того, чтобы получить вакцину, должен быть объект (агент), т.е. действительно существующий вирус, против которого она разрабатывается.

Все неудачи с разработкой вакцины против «ВИЧ/СПИДа» объясняются просто — в природе такого вируса не существует!

Итог более чем 30-летней борьбы с «ВИЧ/СПИДом»: лекарства неэффективны, вакцины нет и в обозримом будущем не будет. «На сегодняшний день мы можем противопоставить эпидемии только обучение людей, просвещение — безопасному половому поведению,

безопасному употреблению наркотиков, безопасной жизни в плане заражения ВИЧ-инфекцией» (Академик В.В.Покровский. «Круглый стол» №6,2003).

В августе 2006 года бывший президент США Бил Клинтон по ТВ озвучил очередные рекомендации СПИД-технологов по профилактике этой «инфекции». Речь шла об обрезании крайней плоти полового члена. Эти операции, по заявлению экс-президента должны финансироваться правительством. Нужны ли комментарии?!

В конце 2005 года в преддверии Международного дня борьбы со «СПИДом», СМИ сообщили, что правительство Т.Блэра (Великобритания) выделило на борьбу с «ВИЧ-инфекцией» 27,5 млн.фунтов, причем 20 миллионов предполагается истратить на разработку вакцины. Премьер-министр забыл, что «железная леди» М.Тэтчер в последние годы своего премьерства значительно сократила финансирование всех программ по «ВИЧ/СПИДу». К тому времени (конец 80-ых годов) правительство Великобритании выбросило на разработку вакцины 14,5 млн.фунтов, а на лечение и уход за «ВИЧ-пациентами» — 137,5 миллионов.

Поражает и решение правительства РФ выделить на борьбу со «СПИДом» в ближайшие годы 3 миллиарда рублей. Это при том, что на все здравоохранение мы тратим около 3% ВВП.

Вместо эпилога

НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ДОКТРИНЫ «ВИЧ/СПИД»

Стратегии и идеологии
борьбы со СПИДом пока нет.

Есть финансовые планы

Из интервью с руководителем

Российского Центра борьбы

со СПИДом академиком

В. В. Покровским.

В научном исследовании было, есть и будет право на создание теорий, гипотез. В данном случае гипотеза, не имеющая убедительных подтверждений, но поддержанная мощными денежными субсидиями, очень быстро реализовалась в «ВИЧ/СПИД», превратившись в проблему не только медицинскую, но и социальную, экономическую, демографическую, юридическую, политическую.

СПИД, связанный с «ВИЧ», открыл новую главу в юриспруденции, которую иногда называют «СПИД-ассоциированным законодательством». В СССР в 1987 году принят Указ Президиума Верховного Совета СССР «О мерах профилактики заражения вирусом СПИДа», который давал юридическую основу для определенных санкций. По подобным «указам и законам» в нашей стране, других странах мира уголовную ответственность понесли и до сих пор находятся под угрозой такой ответственности тысячи «ВИЧ-инфицированных» людей. С подобным успехом в тюрьмы можно «прятать» больных гепатитом, туберкулезом и т.п. В России неизбежность летального исхода от «ВИЧ/СПИДа» возведена в ранг закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» (30 марта 1995 г №38-ФЗ): «заболевание... остается неизлечимым и приводит к неотвратимому смертельному исходу».

Во Франции в конце 80-ых лидер ультра-правых Ле Пен и его сторонники требовали создания для заболевших специальных «спидозориев». В Исландии и Швеции в те же времена создавали изоляторы для строптивых вирусносителей, которые отказывались ограничить число своих сексуальных партнеров.

С аналогичными идеями на страницах «Медицинской газеты» выступил профессор Ю.П.Солодовников. Таких писем «гневных читателей», требующих защитить общество от «ВИЧ-носителей» путем их изоляции, немало. Печально, что и медики, попавшие под психоз СПИДофобии публично выступают с подобными истеричными заяв-

•ЛЛ_

лениями («Крик со дна пропасти» газета «Голос народа» 16.10.2003, журнал «Шаги», №4,2003).

Весьма суровые меры в борьбе с «ВИЧ-инфекцией» были приняты на Кубе. Для больных построили три карантинных больницы тюремного типа.

Панический страх перед «СПИДом» заставил правительства некоторых стран принимать совершенно абсурдные и безнравственные меры. Например, в Голландии в аптеках бесплатно производится замена используемых шприцев стерильными, а в Австралии министерство здравоохранения закупало большие партии шприцев и игл одноразового использования и обеспечивало ими наркоманов. До сих пор актуальным остается вопрос о свободной продаже в аптеках наркотиков.

Приблизительно к такому же выводу после более чем 12-летней борьбы со «СПИДом» пришел академик РАМН РФ В.В.Покровский: «Чтобы сократить количество вновь заболевших, нужно научить наркоманов безопасно колоться... Единственный способ для наркомана гарантировано защититься от СПИДа — покупать сухой героин, растапливать его в своей склянке и набирать в одноразовый шприц». Как бы не учил академик В.В.Покровский молодежь правильно употреблять наркотики, — это действие чаще всего групповое, а в группе все возможно. Вот что по этому поводу пишут В.Г.Новоженков, Г.В.Певцов (2001 г) и А.И.Медус, В.А.Пушков (2004 г). «Опиатные наркоманы, страдающие вирусными гепатитами, в 100% случаев хотя бы один раз употребляли наркотики в группе с общим шприцем и иглой, 54% практикуют совместное использование фильтров, контейнеров, ложек, 94% вводят опиаты без стерилизации, 60% набирают наркотики из общей емкости с другими, 61% при инъекции наркотика в группе промывают шприц и иглу холодной водой из под крана и никто не использует дезинфицирующие средства».

Как видим, предложения В.В.Покровского по профилактике «ВИЧ/СПИДа» и их реализация далеки от идеалов гуманизма и, это очевидно, маскируют реальную проблему — наркоманию. Более того, «чистый героин», «замена шприцев» — это не борьба с наркоманией, не желание спасти наркоманов от каких-либо инфекций, а скрытая попытка сохранить наркоманию как благоприятную почву для существования «ВИЧ/СПИДа».

Охваченное «ВИЧ-истерией» общественное мнение уже оказало отрицательное воздействие на некоторые общественные институты и привело к определенным социальным потерям среди лиц с диагнозом «ВИЧ/СПИД».

Во многих странах людям с положительной реакцией на «ВИЧ» отказывают в найме на работу, их увольняют, им не сдают внаем жилье, отказывают в медицинском обслуживании, в заключении договоров со страховыми компаниями о страховании здоровья или

жизни. Бедственное положение, дискриминация, гонения, откровенные угрозы физической расправы, — вот удел этих несчастных. Тысячи людей с диагнозом «ВИЧ-инфекция» свели счеты с жизнью, не дожидаясь «логического» завершения заболевания! СПИД-истерия настолько проникла в сознание людей, не просто обывателей, но людей образованных, имеющих медицинское образование, настолько деформировала общественное сознание, что глубина этой деформации уже запредельна. Немало случаев, когда врачи, узнав о «ВИЧ-статусе» пациента, отказывают им в помощи и отправляют в анти-СПИД-центры, «В наше окаянное время каждый должен относиться друг к другу как к потенциально опасному по ВИЧ-инфекции». (Из материала опубликованного в газете «Советская Россия»,12.08.04).

Стигмация (стигма-ярлык) и дискриминация людей, живущих с «ВИЧ», существует во всех странах мира. Женщины страдают от стигмы и дискриминации больше, чем мужчины. Женщины в разных странах упоминают следующие формы дискриминации: тестирование на «ВИЧ» без их ведома и согласия; сплетни и осуждающие замечания о людях с «ВИЧ», включая идею о том, что они стали «ВИЧ-положительными» из-за аморального поведения; увольнение с работы; дискриминация детей в школах; избегание и изоляция со стороны семьи и мед.работников; отказ в аборте из-за нежелания мед.работников принимать «ВИЧ-положительных» женщин или некачественное выполнение этой операции; отсутствие выбора лечебного учреждения, который есть у «ВИЧ-отрицательных» женщин; в случае родов «ВИЧ-инфицированными» — отлучение младенца от груди (журнал «Круглый стол»,№6,2003).

Анализируя статистику «ВИЧ/СПИДа», можно заметить, что количество «ВИЧ-инфицированных» зависит от активности АНТИ-СПИД-центров. До середины 90-ых годов число «ВИЧ-инфицированных» в РФ ограничивалось десятками, сотнями. С 1997 года с повсеместным открытием таких центров счет «ВИЧ-инфицированных» пошел на тысячи. В этом феномене проявляется закон Паркинсона, который утверждает, что всякое учреждение в интересах выживания должно обеспечить себя работой. С другой стороны, активность центров АНТИ-СПИД напрямую зависит от их финансирования. Снижение финансирования — уменьшение количества «ВИЧ-инфицированных», повышение — все наоборот. Характерный пример. Одним из самых активных, «областных» академиком В.В.Покровским центров АНТИ-СПИД в РФ, с хорошим финансированием, является Иркутский. К значительно менее благополучным можно отнести аналогичный центр в г.Благовещенске. Оба центра открылись приблизительно в одно и то же время. В городах сопоставимое число жителей. Но данные по количеству «ВИЧ-инфицированных» (декабрь 2005 г) в том и другом городах совершенно несопоставимы. В Иркутске и облас-

ти — 19 тысяч «ВИЧ-инфицированных» людей, в Благовещенске — 212 человек!

Статистика разных стран (Россия, Германия) показывает, что ежегодная летальность, вызванная употреблением наркотиков, совпадает со случаями заболевания «СПИДом».

По данным Российского центра по борьбе и профилактике «ВИЧ/СПИДа» в России около 350 тыс. «ВИЧ-инфицированных» людей. Эту цифру предлагается утроить, и тогда мы получим истинное представление о масштабах распространения «инфекции». На самом деле мы получим истинное представление о распространении наркомании в Российской Федерации.

По мнению западных аналитиков, занимающихся проблемой «ВИЧ/СПИД» почему-то в нашей стране, при достижении количества «ВИЧ-инфицированных» 1% от общего числа жителей РФ валовой национальный продукт будет ежегодно снижаться на 4%. По сообщению правительства РФ, в 2006-08 г.г. наша страна вступает в полосу абсолютного сокращения трудоспособного населения. Академик В.В.Покровский «обещает», что к 2010 году «СПИДом» будет болеть каждый 9-ый россиянин, а Л. Каллингс добавляет, что в связи с этим ВВП России сократится к 2020 году на 10,5%.

Поражает «трогательное» участие Запада, в первую очередь США в решении, а на самом деле сохранении проблемы «ВИЧ/СПИД» в России. В 2001, 2004 годах Российский центр профилактики и борьбы со СПИДом получил через банк «Реконструкции и развития» 150 и 260 млн.долларов соответственно. Из государственного бюджета РФ на «ВИЧ/СПИД» выделяется около 6 млн.долларов. Кроме того, ежегодный вклад России в Международный Фонд борьбы со СПИДом составляет 20 млн.долларов. Ежегодно на «ВИЧ/СПИДе» Российская Федерация теряет 26 млн.долларов. При этом мы тратим на здравоохранение всего около 3% ВВП.

Международный фонд борьбы со СПИДом финансируется не только несколькими государствами, подписавшими договорные обязательства, но, главным образом, крупными фармацевтическими концернами, получающими миллиардные прибыли, в том числе от продажи тест-систем и антивирусных препаратов, а также производителями презервативов.

На что тратятся деньги Российского центра борьбы со СПИДом? Вся история отечественной «СПИД-медицины» — это «заглатывание» и тиражирование информации, включая различного рода разработки и инструкции, поступающие с Запада, США (СДС) по различным вопросам «ВИЧ/СПИДа», работа (тестирование) по выявлению «ВИЧ-инфицированных» с выдачей «на гора» новых изгоев общества, лоббирование законов и постановлений по этой проблеме в Государственной Думе, правительстве РФ («СПИД-законотворчество»). Немалые деньги уходят на обеспечение комфортной жизни

руководителей и активистов движений борьбы со «СПИДом», оплату их многочисленных поездок на различного рода съезды, конференции, «круглые столы», содержание АНТИ-СПИД-центров, поддержку многочисленных общественных организаций, паразитирующих на проблеме «ВИЧ/СПИД», организацию акций, приуроченных к Международному дню борьбы со «СПИДом», поддержку СПИД-журналистики и т.п.

Про комфортную жизнь руководителей борьбы со «СПИДом» в РФ можно узнать из таких СПИД-изданий, как журналы «Круглый стол», «Шаги». На многочисленных фотографиях изображены преуспевающие, жизнерадостные люди на различного рода тусовках, коктейлях, встречах с зарубежными послами, поездках по престижным туристским маршрутам Европы. Все эти мероприятия, как узнают читатели, посвящены только одной «благой цели» — борьбе со «СПИДом»! Профессор Л. Каллингс, специальный посланник Генерального секретаря ООН по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе, пишет на страницах журнала «Круглый стол» (№6, 2003):»Мы пока по-прежнему в начальной стадии эпидемии, ожидается, что она достигнет своего пика не ранее 2050 года». Невооруженным глазом видно, что всей этой СПИД-камарилье существование проблемы «ВИЧ/СПИДа» жизненно необходимо!

Авторы книги «СПИД: приговор отменяется» журналист А. Дмитриевский и врач И.Сазонова пишут: «Политика ВОЗ в области борьбы со СПИДом вызывает все больший скептицизм. Так на конференции по проблеме СПИДа в Токио представители этой организации жаловались, что ассигнования по СПИДу сократились с 90 до 70 млн.долларов. Однако СПИД-диссиденты напомнили им, что из бюджета ВОЗ 80% денег уходит на содержание аппарата и всего 20% — на помощь бедным странам».

С лечением, как отмечалось, много неясного. С одной стороны, отсутствие эффекта (ни один человек не был вылечен от «ВИЧ? СПИДа») и очевидный вред, с другой. Стоимость одного годового курса доходит до 10-20 тыс.долларов. Не очень трудно подсчитать, что на лечение всех наших «ВИЧ-инфицированных» (в 2006 г их 350тыс.чел.) необходимо около 6 млрд.долларов. Тестирование — тоже дорогостоящая процедура. По сведениям академика В.И.Покровского (старшего), в России на «ВИЧ» ежегодно проверяется до 18 млн.человек. («Курьер», № 1-2, 2000г.). Стоимость тест-системы — 50 долларов. Возникает вопрос, на какие деньги проводится тестирование и реальные ли цифры протестированных?

Конечно, таких денег у государства для финансирования программ по «ВИЧ/СПИДу» нет, как нет их у-Российского Центра по борьбе со СПИДом. Но это хороший повод у руководителей нашей СПИД-медицины шантажировать правительство и выпрашивать новые дотации.

Цитата из выступления профессора Л.Каллингса: «К сожалению, на сегодняшний день масштабы финансирования противодействия ВИЧ/СПИДу из федерального и регионального бюджетов далеко не достаточны, чтобы противодействовать дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции в России, в 2004 году на эти цели потребуется в 10 раз(!) больше средств, чем выделяется сегодня». («Круглый стол», №6, 2003г).

Разве эта, с позволения сказать, рекомендация не экономическая диверсия, не вмешательство во внутренние дела России, не давление на ее правительство!? Л.Каллингсу вторит академик В.В.Покровский: «...порядка 70 млн.долларов надо ежегодно вкладывать в область предупреждения ВИЧ-инфекции («Круглый стол» №6, 2003 г.). Ответ правительства РФ не заставил себя ждать. В конце 2005 года Российские СМИ сообщили, что правительство РФ на борьбу со «СПИДом» выделяет 3 млрд.рублей! Трудно понять эти удивительные покорность и послушание по отношению к ничем не аргументированным советам западных СПИД-технологов. В то же время на борьбу с туберкулезом — реальную, а не мифическую инфекцию, эпидемию которой мы переживаем, государство тратит в несколько раз меньше.

Итог многотрудной и более чем 20-летней работы официальной СПИД-медицины следующий: огромное количество людей в стране с ярлыками «ВИЧ-инфицированных», тысячи искалеченных судеб, разрушенных семей, самоубийств, тысячи брошенных младенцев с диагнозом «ВИЧ-инфекция», живущих в спец. отделениях при инфекционных больницах, сотни тысяч осложнений и смертей от использования опасных для жизни антиретровирусных препаратов (ложный диагноз — ложное лечение), постоянное запугивание общества расширением эпидемии СПИДа, ее ужасающими последствиями: «со СПИДом не шутят», «заразиться может каждый», «ВИЧ-инфицированных в 10 раз больше, чем зарегистрировано», «смерть зараженных неизбежна»; впустую истраченные миллиарды рублей; сформированный постулат «СПИД и наркомания — неизбежное зло, с которым следует научиться жить, по возможности снижая вред».

Главные достижения борцов со «СПИДом» — презервативы и чистые наркотики.

Профилактика «СПИДа» и наркомании в режиссуре СПИД-медицины заключается «в донесении до подростков и молодежи полной и объективной информации о наркотиках». Главная мысль — неправильное употребление наркотиков (один общий шприц, общая посуда, отсутствие стерильности) может привести к «СПИДу». Про реальные, трагические исходы наркомании особенно не распространяются. На самом деле такое «донесение информации о наркотиках», во-первых, является их рекламой как товара, имеющего высокий спрос; во-вторых, формируют в сознании молодежи идеи о возмож-

ности безопасного их употребления. Об этом пишут авторы книги «ВИЧ-мистификация: ее творцы и жертвы» (Новосибирск, 2004 г.).

Под аккомпанемент «СПИД-истерии» активно разворачивается «секспросвет», рекламируются презервативы. Любая акция по профилактике «Чумы XX века» заканчивается бесплатной их раздачей. На занятиях по планированию семьи 12-16 летних подростков учат правильному обращению с изделием, обсуждают вопросы безопасно-го секса.

Все эти мероприятия расшатывают их психику, провоцируют на ранние и беспорядочные половые связи, формируют комплекс гедонизма, негативное отношение к браку и семье. Про венерические болезни в подростковой среде и ранние аборты можно и не говорить. Рост агрессивности, неизбежно связанный с преждевременной сексуализацией, приводит подростков в криминальные сообщества. Увеличение венерических заболеваний в молодежной среде СПИД-технологи пытаются обыграть в свою пользу, заявляя, что теперь «ВИЧ» начал активно распространяться половым путем.

На новые программы профилактики «СПИДа» в России академику В.В.Покровскому «удалось» получить грант Глобального Фонда в размере 88 млн.долларов. Новая программа, заявляет академик, учтет ошибки предыдущих, например, в них «уже не будет пресловутого надевания презерватива на огурец».

Очевидно, что главная идея, под которую выделяются эти мощные долларové вливания, остается прежней — сохранить и поддерживать в подростковой и молодежной средах мысли, что «ВИЧ» является причиной смертельного СПИДа. Все остается без изменений — будут проводиться шоу-акции с раздачей презервативов и прочими сексуальными заморочками. «Бескорыстных» участников подобных мероприятий немало: «Открытый институт здоровья населения», РОО «СПИД-инфосвязь», фонд «Фокус-Медиа», «СПИД-фонд Восток-Запад», «Центр социального развития и информации». Возможно, эти организации занимаются чем-нибудь полезным? Сомнительно. В стране миллионы беспризорных, брошенных детей, инвалидов по рождению, но западного «сердобольства» по этим проблемам не просматривается, как и участия в их решении выше перечисленных организаций.

Пытаясь всеми силами сохранить постоянное внимание общества, молодежной фракции к проблеме «ВИЧ/СПИД», СПИД-индустрия оплачивает выступления популярных рок-групп, звезд эстрады, кино под флагом «СПИДу — нет!», финансирует конкурсы «Мисс СПИД», (Мисс позитив), оплачивает туры «Мисс-Мира» с рекламными акциями в разных странах по тестированию на «ВИЧ».

Попробуйте, уважаемый читатель, представить конкурс «Мисс Туберкулез» (Сифилис, Гепатит)!

Удивляет, что наши законодатели и правительство РФ не видят,

насколько аморальны, безнравственны и просто опасны для будущего страны эти акции, насколько губительны они для подрастающего поколения.

Невооруженным глазом видно, что СПИД-медицина наносит непоправимый урон демографии страны, ее национальной безопасности. «ВИЧ-инфицированные» освобождаются от службы в армии, а таких молодых людей в возрасте 17-28 лет в РФ около 350 тыс. Известны случаи, когда здоровые юноши, чтобы не служить, обзаводятся медицинскими документами о наличии у них «ВИЧ-инфекции», не понимая, что этот диагноз «по закону» пожизненен и снять его в будущем практически невозможно.

Решить проблему «ВИЧ/СПИД» можно очень просто — закрыть законодательно эту тему. Но с момента «открытия» так называемого «ВИЧ» в мире не было официальных (например, под патронажем Министерства здравоохранения какой-либо страны, ВОЗ, ООН) конференций, съездов, симпозиумов, где могли бы выступить или выступали ученые, имеющие другую точку зрения.

Догма «ВИЧ/СПИД» — это огромные, миллиардные доходы фармацевтических концернов, производителей презервативов, вакцин, благополучие различного рода общественных организаций, паразитирующих на популистских акциях борьбы со «СПИДом», пиаровской прессы, лоббистов идеи в парламентах разных стран, международных организациях, включая ВОЗ и ООН.

Судя по тому, что в Государственной Думе РФ принят закон о наркотиках, который по сути легализовал наркоторговлю (10 «чеков» можно иметь при себе безбоязненно), ожидать справедливого, беспристрастного подхода к вопиющей проблеме «ВИЧ/СПИД», даже простого обсуждения ее законодателями в обозримом будущем не приходится.

За последнее десятилетие руководителям Российского Центра по профилактике и борьбе со СПИДом удалось втянуть в борьбу с виртуальной инфекцией Русскую Православную церковь (РПЦ).

Знакомясь с содержанием статей «Участие Русской Православной Церкви в профилактике и борьбе с распространением ВИЧ/СПИД», «Диакония: ВИЧ/СПИД — участие церкви в решении проблемы СПИД в России — история и современное состояние», понимаешь, что в верхних эшелонах РПЦ поддерживается деятельность СПИД-медицины. Если это так, то напрашивается очень печальный вывод: совместными усилиями СПИД-медицина и РПЦ внесут «весомый вклад» и в без того катастрофическое положение с российской демографией — к 2050 году Россиян останется 70-100 млн. человек. По сведениям западных аналитиков, именно такое количество населения необходимо для обслуживания нефтяной, газовой, горнорудной промышленности, лесопромышленного комплекса.

В то же время РПЦ является единственной организацией в

России, которая пытается искренне разобраться в проблеме «ВИЧ/СПИД». Министерство Здравоохранения, депутатский корпус Государственной Думы, правительство РФ такой заинтересованности не проявляют. Они безоговорочно на стороне официальной СПИД-медицины.

В 2005 г. на Восьмых Всероссийских Иринарховских Чтениях, посвященных демографической ситуации в России, нескольким российским СПИД-диссидентам, включая меня, была предоставлена возможность выступить со своими докладами. Их содержание опубликовано в сборнике материалов «Чтений» (выпуск 5-ый, часть 1-ая, 2005).

Хочется верить, что Русская Православная Церковь выберет правильную позицию по этой проблеме, и тогда программы по профилактике и борьбе с распространением «ВИЧ/СПИДа» превратятся в программы по профилактике наркомании среди подростков и молодежи, борьбе с детской беспризорностью, помощи брошенным детям, пастырского окормления заключенных в местах лишения свободы.

, Но вернемся к сегодняшней действительности.

Доведенного до крайней степени отчаяния человека с «ВИЧ-статусом» духовный пастырь, врач должны убедить в ложности диагноза, заставить поверить в то, что нормальный, здоровый, духовный образ жизни без наркотиков восстановит иммунитет. Главное — вселить надежду, что заболевания, появившиеся в период употребления наркотиков вполне излечимы.

Трагично, что при нашем СПИД-законодательстве ни один врач, врачебный консилиум не смогут снять с человека ярлык «ВИЧ-инфицированного», если такой диагноз официально поставлен, и этот несчастный делается изгоем общества. Снять диагноз в СПИД-центре — значит признаться, что «ВИЧ» не что иное, как фикция.

Хочется верить, что скоро наступит то время, когда аргументированные призывы сотен всемирно известных, авторитетных ученых, многие годы борющихся с ложной теорией «ВИЧ/СПИД», найдут отклик и сформулируют правильную позицию к догмату «ВИЧ» — причина «СПИДа» у людей мыслящих, переживающих за судьбу своего народа, своей страны.

Нельзя допускать, чтобы группа людей, которые делают карьеру и свое благополучие на проблеме «ВИЧ/СПИД», навязывали целой стране ложные идеи, обованивали народ, заставляли законодателей принимать неправильные, унижительные и опасные для граждан законы.

«Настало время врачам смело показать свои лица как истинных ученых и сорвать маску с людей, которые защищают себя от критики, говоря, что «медицина это искусство». Мы должны потребовать немедленной переоценки вирусной гипотезы СПИДа в интересах наших пациентов и нашей святой обязанности — «прежде всего не навредить!» (Роберт Е.Уиллер, доктор медицины и доктор философии).

Часть II

«АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ»

(SARS — тяжелый острый респираторный синдром)

Пришел ниоткуда, ушел в никуда
Фольклор

Первые сообщения о новом, опасном для жизни заболевании, названном вскоре «атипичной пневмонией» или SARS (severe acute respiratory syndrome) — тяжелый острый респираторный синдром, — появились в феврале-марте 2003 года. Место его возникновения — Юго-Восточная Азия (Гонконг, Сингапур). Начало заболевания — острое, симптоматика — характерная для ОРВИ, в частности для гриппа: повышение температуры, кашель, одышка, «ломота» во всем теле, боли в груди, головные боли.

Летальные исходы — в основном среди пожилых и престарелых больных.

Возникает естественный вопрос: почему заговорили о новой, доселе неизвестной инфекции?

Почему не грипп? Географическая локализация, эпидемическая обстановка, клиника, указывают именно на эту инфекцию. Эпидемии гриппа «А» повторяются 1 раз в 2-3 года, а гриппа «В» — раз в 4-6 лет. В зимнее время они возникают в Северном полушарии, а когда там наступает лето, а на южном — зима, то эпидемии перемещаются в этот густо заселенный регион Земного Шара.

Все известные пандемии гриппа начинались на юге Китая, или в Китае и Сингапуре одновременно.

«Презентация» новой инфекции протекала по сценарию развития теории ВИЧ/СПИД:

многочисленные залповые сообщения в СМИ о новом, до сих пор не известном заболевании;

— ажиотажные и анонимные представления любой, в частности, и медицинской информации об инфекции;

раздувание через СМИ паники и истерии о быстром распространении заболевания и тяжелых последствиях; попытки придать ему характер пандемии;

— поиск нового вируса (возможно, вирус-мутант);

— отсутствие каких-либо научных международных конференций по поводу новой инфекции.

В апреле 2003 года в статье «Что такое атипичная пневмония или тяжелый острый респираторный синдром» я позволил себе предположить дальнейшее развитие событий: «Где-то будет выделен (анонимно) новый, ранее неизвестный вирус, возможно, мутант; известные фармацевтические концерны, разработчики вакцин, в очень короткие сроки предложат новые дорогостоящие вакцины, лекарственные препараты, средства диагностики и защиты; появятся «центры» борьбы с «атипичной пневмонией»; существующие государственные органы эпид.надзора будут требовать дополнительное финансирование на борьбу с эпидемией».

В дальнейшем каждый день приносил информацию, подтверждающую эти мысли.

Любое сообщение о новых случаях «атипичной пневмонии» пиар-технологами при крупных научно-производственных монополиях преподносилось ажиотажно, как вести с фронта. Сообщения носили непроверенный, анонимный характер. Уверенности в том, что проводились патологоанатомические исследования в большинстве случаев смерти людей, якобы от SARS, нет. Об этом свидетельствуют простые наблюдения: больной умер, и сразу же в СМИ оперативно оповещают о новой жертве «атипичной пневмонии». Весьма некорректно! Ежедневно сообщалось о новых случаях заражения SARS. О том, что через некоторое время диагнозы снимались, больные выздоравливали — об этом говорилось вскользь. Главное было заявить о новом случае инфицирования! Именно эта информация сохранялась в сознании людей, тем более, что она хорошо иллюстрировалась. На экранах телевизоров постоянные киноролики, снятые в Китае (Гонконг), Сингапуре — люди в защитных костюмах, масках в аэропортах, на железнодорожных вокзалах, в морских портах с чем-то борются.

Очень быстро, супероперативно в конце марта 2003 года причина новой болезни была обозначена — вирус из семейства парамикровирусов, вызывающий такие заболевания, как свинка и корь. Но буквально через пару недель сообщение из другой лаборатории — это не парамикровирус, а видоизмененный вирус насморка, известный как коронавирус.

И в том, и в другом случаях первооткрыватели вируса анонимны. Научному сообществу была представлена компьютерная модель, якобы, нового вируса. Нет ни одной фотографии вируса, вызывающего атипичную пневмонию».

Из различных лабораторий мира, занимающихся вакцинами, начали поступать сообщения о разработке их против SARS.

Повсеместно санэпидслужбами проверяются пассажиры авиарейсов, поездов, морских судов из Юго-Восточной Азии. Подозрительные на SARS пассажиры (повышение температуры, кашель, насморк) помещаются в карантин. Но, как правило, во всех случаях тревога ложная, через несколько дней людей отпускают.

Тем не менее, за полгода было сообщено о нескольких сотнях больных SARS во всем мире (больше всего в Китае, Сингапуре) и трехстах летальных исходах.

Как ни пытались пиар-технологи придать «новой» инфекции характер пандемии — ничего не получилось.

В это же время в России заболело гриппом 90 тысяч человек в сутки. В США — 26 тысяч смертей от этой инфекции, т.е. 71 случай смерти в сутки!

Но внимание общественности всеми правдами и неправдами приковывается к SARS, единичные случаи которого, по сообщениям СМИ, удалось выявить в Азербайджане, Румынии, Греции, Германии, Литве, Казахстане и Канаде.

Весной 2003 г. проводится заседание правительства РФ, на котором заслушиваются сообщения главного санитарного врача России Г.Онищенко о мерах по предотвращению распространения «атипичной пневмонии» в стране.

Правительством выделяются дополнительные средства на проведение противоэпидемических мероприятий и даже на открытие центров борьбы с SARS.

Очень легко имитировать борьбу, причем весьма бурную и успешную с тем, чего нет. Результат ее всегда будет победным.

На территории Российской Федерации — ни одного случая заболевания!!! Тем не менее, 2 центра (на Востоке и в Сибири) по борьбе с «атипичной пневмонией» открыть успели. Немалые деньги на противоэпидемические мероприятия истрачены.

В «Комсомольской правде» от 25.04.03 г. в статье «Так ли страшна атипичная пневмония» сообщалось, что Гонконг выделил 26 млн.долларов на борьбу с этим заболеванием. Около 3 млн.долларов Китайское правительство выделяло ежемесячно на работу медиков. Около 300 млн. долларов ассигновано Всемирной Организацией Здравоохранения нескольким лабораториям мира для изучения нового вируса. Правительство Японии на противоэпидемические мероприятия истратило 18 млн.долларов.

Давно наблюдая за Центром контроля и профилактики заболеваний (СДС) США, я, нисколько не сомневаясь, предположил, что без этой «уважаемой» организации дело с «новой» ужасной болезнью не обошлось.

Вот информация СДС, помещенная в «СТАР Трибьюн» на странице Науки Здоровья:

«Должностные лица органов здравоохранения разработали эти рекомендации для подозреваемых и вероятных случаев SARS:

Дыхательная болезнь неизвестной причины с 1-го февраля 2003 г.;

— Температура выше 38°. Один или более признаков дыхательной болезни, таких как кашель, одышка, затруднение дыхания;

— Симптомы держатся в течении 10 дней, пациент перемещался к месту, где SARS распространен или имел непосредственный контакт с человеком, подозреваемом в качестве больного SARS».

Если все это перевести на доступный язык, то получается следующая картина: у человека может быть любая респираторная инфекция, пневмония, но если он находился до появления характерных для этих заболеваний симптомов в Юго-Восточной Азии, то эти болезни диагностируются как «атипичная пневмония».

В диагностике SARS СДС рекомендует использовать ПЦР(Полимеразная цепная реакция), которая способна обнаружить фрагменты генетического материала в крови и предположительно указать на присутствие некоторых вирусов.

Напомним, что автор метода Нобелевский лауреат К.Муллис неоднократно предупреждал, что его изобретение не санкционировано для подобного исследования, особенно для ВИЧ-тестирования.

Доктор С.Рансон (Steve Ranson) аббревиатуру SARS предлагает расшифровать так: Систематическая и Грубая Продаваемая Паника (Sistematic and Ribald Scare-mongering).

К концу 2003 году все заинтересованные действующие персонажи, участвовавшие в «раскрутке» эпидемии новой инфекции, получили свой «кусочек пирога».

Постепенно ажиотаж вокруг «атипичной пневмонии» спал. С середины 2004 года все разговоры об «атипичной пневмонии» прекратились.

Итог: средства диагностики SARS-термометры, термовизоры (Япония); средства защиты — марлевые повязки, респираторы, Модификаций которых разработано немало; впустую истраченные деньги на противоэпидемические мероприятия, поиск возбудителей заболевания, разработку вакцин, диагностических систем; экономический урон, нанесенный ряду стран, особенно Юго-Восточной Азии.

В конце 2005г а одном из телеинтервью по поводу «птичьего гриппа» главный санитарный врач Г. Онищенко недоумевает по поводу «атипичной пневмонии»: куда мол она делась? Это, по его мнению, совершенно необъяснимый феномен. Ответ прост — пришла ниоткуда, ушла в никуда!

Все, что называли «атипичной пневмонией», скорее всего, были известные респираторные инфекции, включая грипп.

Часть III

«ПТИЧИЙ ГРИПП»

Хорошо, что коровы не летают.
Фольклор

Не прошло и года после феноменального «исчезновения» атипичной пневмонии, как в СМИ появляются сенсационные сообщения о новой, не менее ужасной, чем атипичная пневмония, инфекции, предположительно вызываемой мутирующим вирусом гриппа. Эту инфекцию очень скоро обозначили «птичьим гриппом». Родина — Китай.

Вирусы гриппа немногочисленны: «А», «В» и «С». Все известные эпидемии и пандемии вызывались вирусом «А». Как и все другие (вирусы), вирусы гриппа обладают определенными генетическими (наследственными) свойствами, которые варьируют у разных разновидностей и штаммов. Разные штаммы **вируса** гриппа отличаются по антигенным свойствам гликопротеидов — гемагглютинаина (H) и нейроминидазы (N).

Все случавшиеся за последние более, чем сто лет эпидемии и пандемии гриппа вызывались тремя штаммами вируса «А» H1N1 (1918г — «испанка»), H2N2 (1957г — «азиатский грипп»), H3N2 (1968г — «Гонконг»),

Испанка за два года пандемии унесла жизни 20 млн. человек., переболели ею 500 млн. С 1957 года появился новый вирус с антигенной формулой H2N2, а вирус H1N1 исчез, перестав циркулировать среди населения. Новая пандемия разразилась через 11 лет (1968 год) и получила название «гонконгского» гриппа. Но неожиданно в 1977 году в северных районах Китая появился новый субтип, т.е. тот же вариант, который стал причиной трагической пандемии «испанки» в 1918-1919 гг. Естественно, стали ждать тяжелых последствий «испанки». Инфекция распространилась по всему миру, но, к счастью, протекала легко, причем болели лица моложе 20 лет, т.е. те, кто родился после 1957 года, когда вирус H1N1 перестал выделяться от людей. Лица же старше 20 лет, соприкоснувшиеся в 1947-1957 годах с вирусом гриппа H1N1, им болели лишь в редких случаях, и протекал он у них в легких формах.

С 1977 года и по настоящее время в эпидемиях и пандемических циклах задействованы два субтипа вируса «А» — H3N2 (Гонконг) и H1N1.

Вирус гриппа — это, пожалуй, единственный представитель мира вирусов, обладающий феноменальной способностью к мутациям и рекомбинациям (с вирусом «В»). Все это возможно благодаря ге-

нетическим особенностям его генома — он фрагментирован. Полная смена антигенного профиля вируса обозначается как шифт (сдвиг), частичное обновление поверхностных антигенов — дрейф (медленное течение). Каждые 20-30-40 лет меняется антигенная структура вируса гриппа «А».

Вирусы гриппа изолированы от лошадей, китов, тюленей. Обширным резервуаром служат птицы, выделяющие вирус с испражнениями. Все изоляты от животных относят к типу «А». Они не патогенны для людей, но играют важную роль в эволюции эпидемических штаммов. Справедливо и обратное. Вирусы гриппа человека не вызывают эпизоотий. Вирусы «В» и «С» являются сугубо «человеческими» и в естественных условиях не инфицируют других хозяев.

Источником новых шифт-вариантов могут быть животные и прежде всего птицы. Они инфицируются вирусом человека, обеспечивая их взаимодействие с собственными штаммами. У животных и птиц выделено 13 шифт-вариантов по гемагглютину (Н) и 9 по нейроминидазе (N). Поэтому, при желании, у птиц можно выявить вирус с антигенной структурой H6N?, H7N?, H8N?, и т.д. и заявить о появлении нового грозного инфекционного агента, грозящего человечеству эпидемией.

Врнемся к «птичьему гриппу». Из выше изложенного можно сделать вывод: любой грипп при желании можно сделать «птичьим». То, что происходит в настоящее время в связи и вокруг этой «новой» инфекции, иначе, как Вселенским безумием, бессовестной ложью и назвать нельзя! Полнейший абсурд! Воистину прав д-р Геббельс: «Чем чудовищнее ложь, тем быстрее в нее поверят». Мировое сообщество в очередной раз наступает на «грабли», подложенные СДС США.

Сценарий раскручивания «новой» вирусной инфекции, опять носящей «глобальный» характер, такой же, как при ВИЧ/СПИДе, «атипичной пневмонии». Все та же истерия с запугиванием мировой общественности, ажиотажное и анонимное представление материалов в СМИ, объявление пандемии с огромным количеством смертей, скорые поиски вируса, требования немедленного финансирования на противоэпидемические мероприятия, изготовление вакцин.

При этом никаких научных конференций, конгрессов. Слеты, которые организует СДС с участием лоббистов идеи, выступающих в качестве экспертов, не в счет. А пока ежедневно на экранах телевизоров — повторяющиеся ролики. Люди в защитных костюмах, респираторах ловят активно сопротивляющихся (!) кур, уток, гусей, что-то поливают дезинфицирующими растворами, подбирают на улице одиночную, от чего-то сдохшую ворону. Группы «экспертов», местных чиновников эпид.служб в защитных костюмах, масках куда-то вышагивают. Сотрудники нашей (РФ) службы санэпиднадзора в аэропортах, но почему-то без спец.костюмов и респираторов, при-

стально всматриваются в выходящих из авиалайнеров пассажиров в руках - термометры. Ужасные картины уничтожения домашней птицы. Кадры учений по проведению противоэпидемических мероприятий: пассажирский морской паром, выявленный «птичьим гриппом», в багаже у него тушки куриц, суеязящиеся сотрудники санэпиднадзора, почему-то не желающий работать импортный дезинфекционный аппарат... и закадровый смех людей, воспринимающих все это как шоу.

Действительно, шоу Вселенского масштаба! Но за этим шоу и в Китае, и в России, и в Украине, и в Турции — ошарашенные происходящим, совершенно беспомощные крестьяне.

В начале октября 2005 года в СМИ прошла информация, что ученые СДС США выделяли путем генной инженерии из хорошо сохранившегося в условиях вечной мерзлоты (Аляска) трупа, умершего от «испанки» в 1918 году человека, вирус, очень похожий на нынешний вирус «птичьего гриппа».

Как интересно! Стопроцентная уверенность, что смерть бедолаги наступила от гриппа! Это же надо, за несколько дней, максимум 2-3 недели (больше времени у них не могло быть) пересмотреть массу архивного материала (что-то подобное свидетельству о смерти) почти вековой давности, преодолеть различного рода технические и законодательные трудности, провести корректные научные исследования! Оперативность поражает.

Но попытка связать «испанку», унесшую жизни миллионов в начале XX столетия, с птичьим гриппом не удалось. «Испанка» по антигенной структуре — это штамм H1N1, а так называемый «птичий грипп», как нас информируют, — H5N1.

С августа-сентября 2005 года события нарастают как снежный ком. Заявления, предположения, прогнозы «специалистов», «экспертов», «координаторов борьбы» сыплются как из «рога изобилия». Привожу их неполный и примерный перечень: «Если большой атипичной пневмонией мог заразить 27 человек, то зараженный птичьим гриппом — 100 человек»; «птичий грипп не заразен»; «виновниками распространения птичьего гриппа являются дикие перелетные птицы»; «когда наступит зима, вирус замерзнет во льдах рек и озер и эпидемия самоликвидируется»; «когда наступит весна и лед растает, можно вновь ожидать вспышку птичьего гриппа»; «дети заразились, играя с домашними птицами О?) или их мертвыми тушками (!?)»; «зараженную птицу можно употреблять в пищу при должной термической обработке». Из интервью главного санитарного врача РФ Онищенко (ноябрь 2005 г., ОРТ, РТР): «принесите мне курицу, ощипайте её, забейте (именно такая последовательность), хорошо сварите или поджарьте, и я ее съем с удовольствием».

Уважаемый господин Онищенко, так же, наверное поступили бы те фермеры и крестьяне, если бы их птиц безжалостно не истребили.

Правда же в вопле фермера: «Больная курица яиц не несет!».

Борьба с «птичьим гриппом» в январе 2006года была в самом разгаре. Можно подвести промежуточный итог. Экономике ряда стран нанесен очередной урон. Миллионы голов домашних птиц уничтожены в Китае, Таиланде, около миллиона в России и Украине. Идет активная борьба с пернатой живностью в Турции. Вопросы крестьян: «Кто заплатит?».

Могу с уверенностью предположить, что в США подобного не случится! Там дураков нет, там есть «эксперты» и «координаторы» борьбы с «атипичной пневмонией», «птичьим гриппом» в странах третьего мира! А американские куриные окорочка заполняют рынки «обескураженных» стран.

Скорее всего, не возникнут подобные сюжеты в Германии, Швеции, Швейцарии, хотя через долину замка «Грийе» проходит очень известный путь птичьей миграции с севера Африки в Европу. В этих странах правительства тоже не позволят себя одурачить.

Европейское сообщество ввело 6-месячное эмбарго на ввоз птицы из России. Мы опять в первых рядах очередной борьбы неизвестно с чем. Будем активно бороться с дикими перелетными птицами — «не пущать», выгонять, отстреливать! Но надо помнить, что экология — штука тонкая. Китайцы это продемонстрировали в 60-е годы прошлого столетия: всем «миром» пытались ликвидировать воробьиную братию.

На Кубани уже каким-то образом выгнали перелетных птиц из своего региона. В некоторых областях России нанятые охотники отстреливают все, что летает вокруг птицеферм.

Всероссийский идиотизм, другое определение и подобрать трудно!

У неискушенного обывателя возникает вопрос: «А от чего же люди гибнут?», «Как это нет птичьего гриппа?. Ведь ВОЗ, президенты, министры озабочены?».

То, что выдается за начало пандемии со смертельными исходами (78 заболевших в 3-х странах — Китай, Таиланд, Турция) — это попытки выдать желаемое за действительное. Люди могли заболеть чем угодно, любой вирусной (и не только) инфекцией, включая те, которые передаются от домашних птиц, например болезнь Ньюкастла, пенттакоз, орнитоз. Кстати, клиника этих заболеваний схожа с гриппом. Прижизненная диагностика того, что называют «птичьим гриппом» с антигенной формулой H5N1 оставляет желать лучшего. Диагностируется так же, как и «атипичная пневмония». Аутопсий, вероятно, вообще не проводилось (особенно в Турции).

Что касается эпидемии «птичьего гриппа». Ни о чем подобном вообще не может идти речь. Во-первых, количество, якобы инфицированных: за 7-8 месяцев истерии меньше 80 инфицированных в трех странах. Во-вторых, даже если H5N1 у птиц реальная вещь, человек заразиться от них практически не может. Трудно представить такой

контакт (птица — человек) при котором возможно инфицирование. В-третьих, от человека к человеку по сообщениям экспертов H5N1 не передается. Опять парадокс распространения инфекционных заболеваний! Штаммы вируса «А» H1N1, H2N2, H3N2 передаются от человека к человеку, вызывая эпидемии и пандемии, а их «страшный» собрат H5N1 — нет! В конце запутались разработчики «птичьего гриппа».

Ответ на второй вопрос менее сложен.

Мощное лоббирование в ООН, ВОЗ интересов СДС США и нескольких транснациональных фармацевтических монополий, заинтересованных в новых болезнях с продвижением их к потребителям новых лекарственных препаратов, вакцин. Любое лоббирование поддерживается немалыми деньгами. Компании спонсируют различного рода консультационные советы, выделяют «независимых» экспертов, рассказывающих и объясняющих суть новых болезней, очень тесно «работают» со своими PR-технологами, подбрасывая им уже готовые разработки по интересующим их проблемам.

ВОЗ 11.01.06. объявил «птичий» грипп глобальной проблемой. Из заявления координатора ВОЗ по борьбе с «птичьим гриппом»: «Для предотвращения пандемии необходимо 1,5 млрд. долларов». ВОЗ на эти цели ассигновала 500 млн. долларов. СДС США на борьбу с новым заболеванием получили от сената 8 миллиардов долларов! Всемирный банк на эти цели выделил 1 миллиард долларов.

Активно, спешно создаются вакцины против «страшной» инфекции. США заявили, что вакцина создана, необходимо найти деньги и Мощности для ее производства. О создании вакцины также сообщили Российские ученые из НИИ гриппа г. С-Петербурга. Правительство решило вакцинировать в ближайшее время всю имеющуюся в России Птицу и людей из групп риска!

Апрель-май 2006г. борьба с «куриным гриппом» продолжается. В основном на территории России. Немалые деньги правительство РФ затратило на производство и закупку вакцин против вируса. В нескольких регионах производится активная, бесполезная в лучшем случае, вакцинация птиц в частном секторе. Крупные птицефабрики решили не трогать, хотя именно с них все и началось. Не прекращаются разговоры об отстреле перелетных птиц. В Приморском Крае руководители региона решили проводить их отстрел на реликтовом озере Ханко. Сюда птицы прилетают из Юго-Восточной Азии. В некоторых странах этого региона (Вьетнам, Таиланд) уже проводился Их отстрел. Осталось добить немногих, что долетели!

Крупные птицеводческие объединения устраивают отстрел разной пернатой дичи на подлетах к птичникам, устанавливают на Территориях сирены воздушной тревоги времен Второй мировой. Подразделения МЧС проводят учения, приближенные к «боевым». Люди в защитных костюмах «атакуют» отдельно стоящий курятник

с «условным противником» — здоровыми курами, засовывают их в мешки и... сжигают. На телероликах трудно попятть, что сжигается, — живые куры или что-то другое.

За время эпидемии т.н. «птичьего гриппа» на территории РФ ни один человек не заболел. Никто не заболел и не умер в странах Западной Европы, в США. Там, естественно, не стали устраивать фарс с массовым уничтожением птиц на птицефабриках, хотя показали мертвого лебедя, умершего якобы от «птичьего гриппа» (Германия). Но на телеэкране мы видим вмерзшую в лед погибшую птицу. Январь 2006 г. характеризовался очень низкими температурами (до -30° , -45°) на территории Европы. Лживая информация о заболевании людей «птичьим гриппом» со смертельными исходами поступала только из стран Юго-Восточной Азии и Турции.

После просмотра массы телероликов с птицефабрик, на которых, по сообщениям СМИ, отмечали падеж птиц, убеждаешься в обратном — массового падежа не было. На экранах огромные птичники сплошь заполнены вполне здоровыми птицами. Об этом даже на страницах газеты «Аргументы и факты» (№11, март 2006 г.) заявил Главный санитарный врач России Г.Г.Онищенко. Сообщения о массовом падеже птиц он назвал явной провокацией, при этом подчеркнул, что информационное давление на Россию достигло результата — народ перестал есть отечественную курятину, а импорт куриного мяса из США в 2005 году по сравнению с 2004 годом увеличился на 9%.

Июнь-сентябрь 2006 г. Ни одного случая заболевания «птичьим гриппом» на территории РФ. Но, тем не менее, проводится вакцинация птиц на частных подворьях. На крупных птицефабриках ее решили не проводить. В это же время в России испытывается вакцина от «птичьего гриппа» на добровольцах.

P.S. Ни в одной из проблем — «ВИЧ/СПИД», «атипичная пневмония», «птичий грипп» — не прослеживается заинтересованности государственных структур РФ разобраться в истине. Высшие государственные чиновники в правительстве, Гос. Думе, Министерстве здравоохранения, санитарно-эпидемиологической и ветеринарных служб, МЧС безоговорочно на стороне тех «безымянных» организаторов «эпидемий и пандемий» этих выдуманных болезней.

Такое положение возможно только при высоком уровне лоббирования чужих и чуждых России интересов, коррумпированности в перечисленных структурах и полной безнаказанности за, мягко говоря, «ошибочные» решения и действия.

В постсоветский период ни один чиновник высокого ранга не ответил своей «шкуркой», хотя бы занимаемым местом за свои ошибки, носящих порой характер откровенного вредительства.

Выдумывание новых болезней, определение их «жертв» — это хорошо налаженный бизнес, руководит которым при поддержке трансконтинентальных фармацевтических компаний СДС США. «Эксперты» и лоббисты идей СДС, как показывают события последних десятилетий («свиной грипп», «пневмония легионеров», «ВИЧ/СПИД», «атипичная пневмония», «птичий грипп») в состоянии объявить эпидемию по какому-нибудь инфекционному заболеванию, в том числе выдуманному, не только на территории Соединенных Штатов, но и в любом регионе Земного Шара. А это уже проблема не только медицинская, но и экономическая, политическая. Вспоминается выражение президента США Р.Рейгана: «Империя зла». Это определение вполне применимо к СДС США.

В России «энергичная» и, естественно, успешная борьба с «атипичной пневмонией», «птичьим гриппом» протекает на фоне, действительно имеющих место, эпидемий гепатита А (Н.Новгород), клещевого энцефалита, вспышек дизентерии, брюшного тифа, многочисленных пищевых токсикоинфекций с поражением больших групп детей в различных регионах.

Одной из важнейших задач Государственной службы санэпиднадзора является профилактическая работа по их предупреждению. Показателями хорошей работы службы является отсутствие подобных инфекций.

В заключение вспомним слова великого Российского реформатора П. Столыпина: «Дорого обходится России вера в чужие пророчества, чертовщину и мистику».

P.P.S. На С-Петербургском саммите стран «Большой восьмерки» президент РФ заявил, что Россия будет продолжать активную борьбу со СПИДом и птичьим гриппом.

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Адгезия — прилипание, притяжение, прикрепление.

Ген — единица наследственности. Участок молекулы ДНК, содержащий сочетание нуклеотидов, соответствующий определенным белкам (пептидам).

Генетический код — определенная последовательность нуклеотидов в ДНК, несущая информацию об аминокислотной последовательности белков.

Геном — совокупность генов в хромосомах или набор генов в ДНК (РНК)

ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота

Дрейф антигенный — постепенное (drift — медленное течение), частичное изменение белкового состава вирусов, приводящее к появлению новых вариантов.

Информационная РНК (и.РНК) — переносчики информации с генов на рибосомы, где происходит синтез белка (трансляция).

Морфогенез - динамика морфологических изменений в органах, тканях, клетках при том или ином патологическом процессе, заболевании.

Морфология (morphé — внешний вид) — изменения в органах, тканях, клетках при патологическом процессе, заболевании.

Мутация — наследуемые изменения генов, затрагивающие структуру ДНК и приводящие к появлению новых свойств.

Обратная транскриптаза - фермент, катализирующий направление генетического информационного потока в ретровирусах от РНК к ДНК (направление «назад»; отсюда — ретровирус). В клетках всех живых существ это движение осуществляется от ДНК к РНК (направление «вперед»).

Пандемия — всеобщая эпидемия одной этиологии, охватывающая все население земного шара.

Патогенез — механизм развития заболевания.

Провирусы неинфекционная фаза существования вируса, ДНК которого включается в хромосому клетки и передается при делении дочерним клеткам.

Репродукция вирусов — воспроизведение (размножение) вирусов в клетках организма хозяина.

Серотип — вариант вируса, отличающийся по антигенным свойствам от других.

Транскрипция процесс передачи (переписывания) генетической информации от ДНК к и.РНК.

Хромосомы — ядерные структуры клеток, содержащие наборы генов.

Шифт антигенный (shift — сдвиг) — полная смена антигенного профиля молекул, приводящая к появлению новых субтипов вируса.

Экспрессия генов — передача наследственной информации.

Эпидемия — превышение ожидаемого неэпидемического уровня инфекционных заболеваний в городе, регионе. Эпидемия в стране — эпидемия одной этиологии в нескольких регионах (городах).

Этиология — причина заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агеев В.А. Некоторые научно-медицинские аспекты демографической проблемы. Правда о ВИЧ/СПИД-доктрине// Восьмые Всероссийские Иринарховские: Сб.материалов. — 2005-Вып.5 (частьО. - с.28-31.
2. Агеев В.А., Бадретдикова Н.Б., Малыгина Н.И. изменение форм легочного туберкулеза, его осложнений в структуре смертности на секционном материале прозектур г.Иркутска в 2000-2002 гг// Сиб. мед.журнал. — 2004. — № 8. — с. 79-81.
3. Агеев В.А., Воронцова М.В. Абдоминальный туберкулез на секционном материале ПАО МУЗ КБ №1 г. Иркутска// Сиб.мед.журнал. - 2006. - №2. - С.48-52.
4. Агеев В.А., Голубев С.С. Патологическая анатомия. Общий курс. - Иркутск, 2005.
5. Агеев В.А., Костюнин К.Ю. Анализ заболеваемости и летальности от туберкулеза в 1991-2000 г.г. в г. Иркутске и области// Сиб.мед.журнал. — 2002.-№1 — С.67-69.
6. Агеев В.А., Маслаускене Т.П. и соавт. Причины встречаемости туберкулеза (по данным патологоанатомического исследования) и организации раннего выявления туберкулеза в стационарах общей лечебной сети/ / Актуальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения в условиях ОМС: СБ.науч.тр. — Иркутск, 2005. — Вып.5. — С. 128-132.
7. Актуальные проблемы ВИЧ-инфекции и туберкулеза// Материалы совместной научной конференции врачей -инфекционистов и фтизиатров. — Иркутск, 2004.
8. Борьба со СПИДом// ж. Англия. - 1989. - №23. - С. 2-8.
9. Вылков И.Н. Патология лимфатических узлов. — София, 1980.
10. Гурцевич А. СПИД и Т-клеточный лейкоз// Медицинская газета. - 1989 - № 97.
- И. Динилин Г.Д. Поединок со СПИДом. - М., 1991.
12. Дмитриевский А.А, Способы манипуляции общественным сознанием в пропаганде гипотезы вирусного происхождения СПИДа// Восьмые Всероссийские Иринарховские чтения: Сб.материалов. — 2005-Вып.5 (частьО. — С. 32-35.
13. Дмитриевский А.А., Сазонова И.М. СПИД: приговор отменяется. -М., 2003.
14. Жданов В.М., Ершов Ф.И. Украшение строптивых. Рассказы о вирусах и вирусологии. -М.: Медицина, 1988.
15. Заразные болезни человека. -М.: Медгиз, 1955.
16. Ивановская Т.Е., Гусман Б.С. Патологическая анатомия болезней плода п ребенка. -М., 1981.
17. Каламкарян А.А. и соавг. Саркома Капоши. — Новосибирск.: Наука, 1986.
18. Кирдей Е.Г. Вторичные или приобретенные иммунодефицитные состояния организма// Журнал инфекционной патологии. — Иркутск. - 1999. - №1 - С.3-8.

19. Кирдей Е.Г. Иммунопатология. — Иркутск, 2000.
20. Ковалёва Л.Г. Острые лейкозы. — М., 1990.
21. Конъюнктивный обзор областного противотуберкулезного диспансера: состояние противотуберкулезной помощи населению Иркутской области. — Иркутск, 2004, 2006.
22. Круглый стол (журнал). — 2003. — №6.
23. Маянский А.И. Микробиология для врачей. — Н.Новгород, 1999.
24. Медицинская лабораторная диагностика// Под редакцией А.И. Карпищенко. — С.-Петербург: Интермедика, 1997.
25. Медицинский курьер (журнал). — 2000. — № 1-2.
26. Медус А.Н., Пушкин В.А. Проблемы наркомании в современной России// Сиб.мед. журнал. — 2004. — №5. — С.61-64.
27. Новожилов В.Г., Певцов Г.В. Изменения органов дыхания у больных опийной наркоманией// Военно-медицинский журнал. — 2004. - №9. - С.30-31.
28. Отчет Иркутского областного психоневрологического диспансера по наркотическим заболеваниям. — Иркутск, 2004, 2006.
29. Парусов В.И. Патологическая анатомия, патогенез и экспериментальная терапия тяжелых форм гриппа. -Ленинград.: Медицина, 1981.
30. Патология кожи/ Под.ред. В.Н.Мордовцева, Г.М.Цветковой. - М.: Медицина. — Т.2. - 1993.
31. Покровский В.В. и соавт. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. — М.: Медицина, 2000.
32. Пяткин К.Д., Кривошеин Ю.С. Микробиология (с вирусологией и иммунологией). — М., 1973.
33. Ройт А. Основы иммунологии. — М.: Мир, 1991.
34. Руководство по гематологии/ Под.ред. А.И. Воробьева. — М.-1980. - Вып.2. Т.1.
35. Сазонова И.М. «ВИЧ-СПИД»: виртуальный вирус или провокация века — М., 2002.
36. Сазонова И.М. Повышение достоверности медицинской диагностики как один из факторов улучшения демографической ситуации// Восьмые Всероссийские Ириарховские чтения: Сб.материалов. — 2005-Вып.5 (часть1). — С. 25-27.
37. Свистунов В.В., Агеев В.А., Кая О.В. Два случая генерализованной ветряной оспы у взрослых с приобретенным иммунодефицитом/ / Сиб.мед.журнал. - 2001. - №3. - С.80-82.
38. Фербекс В. Современная гематология и онкология (пер. с англ.). - М., 1987.
39. Цинзерлинг А.В. Современные инфекции. Патологическая анатомия и вопросы патогенеза. СПб.: Сотис, 1993.
40. Чайка Н.А., Клавкин В.М. СПИД: чума XX века. — Ленинград, 1989.
41. Червонская Г.П. Любая вакцина «неизбежно небезопасна»// Славянский рубеж. — 2005. — №2.
42. Шаги (журнал)-. - 2003. - №4.

43. Щетилова Н.Г., Щекотихина Н.Н. ВИЧ-мистификация: её творцы и жертвы. — Новосибирск, 2004.
44. Barre-Sinoussi F., Cherman J.C. et.al. Isolation of T-lymphotropic retrovirus from patient at risk for AIDS// *Sciens.*-1983. — Vol220 - P.868-871.
45. Branson D.L. et al. Morphological evidence for retrovirus production by epithelial cells derived from a human testicular tumor metastasis: brief communication// *J.Natl Cancer Inst.* - 1978.-60. - P. 1305-1307.
46. Concorde Coordinating Committee // *Lancet.* — 1994.-343. - P.871-881.
47. Darbi S.C. et al. Mortality before and HIV infection in the complex UK population of haemophiliacs // *Natura.* — 1995. — 343. — P. 79-82.
48. Duesberg P. Retrovirus as carcinogens and pathogens: expectation and reality// *Cancer Res.* - 1987. - 47. - P.930-937.
49. Duesberg P. AIDS il virus inventato. Prefazione del Premio Nobel Kary B. Mullis. Baldini Castoldi: Dalai editor.-2004.
50. Gallo R.C. et al. Frequent detection and isolation of cytopathic retrovirus (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS // *Sciens.* - 1984.-224.-P. 500-502.
51. Giraldo R. The HIV testing scandal// *Internet J. Alternative and Complementary Medicin.* — 1990.-17. — P.24-26.
52. de Herven E. Ключевые вопросы о ВИЧ// *International colloquim on «Drug addiction, Hepatitis and AIDS.* — THS 5. — 2001.
53. Ho D.D. Dynamics of HIV replication in vivo// *J. Clin Invest.* - 1997. - Vol 99" - P. 2565-2567.
54. Kumar V., Cotran R., Robbins S. *Basic Pathology.* Fifth edition. — 1992.
55. LiVolsi V. et al. *Pathology.* 2nd edition. — The National Medical Series for Independent Study. — 1989.
56. Mason A. et al. Detection of retroviral antibodies in primary biliary cirrhosis and other idiopathic biliary disorders// *Lancet.* — 1998. — 351. - P. 1620-1634.
57. Muir's. *Textbook of Pathology.* Twelfth edition. — 1985.
58. Muir's. *Textbook of Pathology.* Thirteenth edition. — 1992.
59. Padian N.S. et al. heterosexual transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in Northern California// *Am.J. Epidemiology.* - 1997. - 146. - P.350-357.
60. Papadopoulos-Eleopoulos E., Turner V.F., Padimitriou J.M. Is a positive Western Blot proof of HIV infection?// *Bio/Technology.* - 1993. - II/ - P.696-707.
61. Panem S. C type virus expression in the placenta// *CurrTop Pathol.* - 1979.-66. - P. 175-189.
62. Robbins S., Angell M. *Basic pathology.* Second edition. — 1976.
63. Robbins S., Kumar V. *Basic pathology.* Fourth edition. — 1987.
64. Wilner R. A. *Deadly Deception. The proof that sex and HIV Absolutely do not cause AIDS.* - 1994.
65. Wilner R. *A Call For The Truth. A White paper on the viral - AIDS hypothesis.* - 1994.

В. А. Агеев

ВЫДУМАННЫЕ БОЛЕЗНИ:

**ВИЧ/СПИД, АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ, ПТИЧИЙ ГРИПП,
СВИНОЙ ГРИПП, ПНЕВМОНИЯ ЛЕГИОНЕРОВ**

Подписано в печать 6.10.06. Формат 60x90 1/16 Бумага офсетная.
Печать трафаретная. Усл. печ. л. 5,75. Уч.- изд.л. 5,11. Тираж 1000 экз.
Заказ 6113.

Изготовлено в ООО «Репроцентр А1»
г. Иркутск, ул. Лапина, 1, оф. 101
тел. 203-144



АГЕЕВ

Владимир Александрович

Родился в г. Москве в 1952 г.
в 1975 году окончил Иркутский государственный
медицинский институт, в 1978 г. — аспирантуру
при кафедре патологической анатомии
Саратовского медицинского института.
С 1978 года по 2004 г. работал на кафедре
патологической анатомии Иркутского
государственного медицинского института в
качестве ассистента, старшего преподавателя,
доцента, заведующего кафедрой.
Кандидат медицинских наук, врач-патолог
высшей квалификационной категории,
автор 50 научных работ, полутора десятков
учебных пособий, учебника по патологической
анатомии, монографии.
Проблемой ВИЧ/СПИД занимается с 1991 года.
С 2000 года в отечественных и зарубежных СМИ
выступает как оппонент официальной доктрины
ВИЧ/СПИД.