

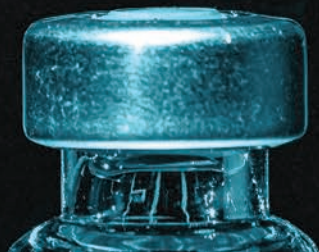


SZCZEPIĆ- NIE SZCZEPIĆ

PRAWDA O SZCZEPIONKACH
W ŚWIETLE BADAŃ NAUKOWYCH

ROBERT F. KENNEDY JR
DR BRIAN HOOKER

PRZEDMOWA: DEL BIGTREE



SZCZEPIĆ - NIE SZCZEPIĆ

PRAWDA O SZCZEPIONKACH
W ŚWIETLE BADAŃ NAUKOWYCH

ROBERT F. KENNEDY JR
DR BRIAN HOOKER

PRZEŁOŻYŁ
Marcin Mastowski



TYTUŁ ORYGINAŁU:

Vax-Unvax:

Let the Science Speak

Redaktorka prowadząca: Marta Budnik

Wydawczyni: Katarzyna Masłowska

Redakcja: Jolanta Olejniczak-Kulan

Korekta: Małgorzata Denys

Projekt okładki: Łukasz Werpachowski

Zdjęcie na okładce: © phichak / Stock.Adobe.com

DTP: pagegraph.pl

Copyright © 2023 by Robert F. Kennedy Jr. and Brian Hooker

Foreword copyright © 2023 by Del Bigtree

Copyright © 2024 for the Polish edition by ILLUMINATIO an imprint of

Wydawnictwo Kobiectwo Agnieszka Stankiewicz-Kierus sp.k.

Copyright © for the Polish translation by Marcin Masłowski, 2024

Informacje zawarte w tej książce nie służą do postawienia diagnozy, leczenia, udzielenia zaleceń ani nie zastąpią porady uprawnionego pracownika ochrony zdrowia.

Wszelkie prawa do polskiego przekładu i publikacji zastrzeżone. Powielanie i rozpowszechnianie z wykorzystaniem jakiejkolwiek techniki całości bądź fragmentów niniejszego dzieła bez uprzedniego uzyskania pisemnej zgody posiadacza tych praw jest zabronione.

Wydanie I

Białystok 2024

ISBN 978-83-8371-378-6

Grupa Wydawnictwo Kobiectwo

| www.WydawnictwoKobiectwo.pl



Spis treści

Dedykacja	11
Podziękowania	15
Słowo wstępne Dela Bigtree	17
Rozdział 1 Osoby szczepione a nieszczepione	23
Rozdział 2 Wyniki zdrowotne związane z harmonogramem szczepień	39
Rozdział 3 Tiomersal w szczepionkach	69
Rozdział 4 Szczepionki zawierające żywe wirusy: MMR, polio i rotawirusy	90
Rozdział 5 Szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)	103
Rozdział 6 Szczepionki a syndrom wojny w Zatoce Perskiej	114
Rozdział 7 Szczepionki przeciwko grypie	121
Rozdział 8 Szczepionki DTP (błonica, tężec, krztusiec)	145
Rozdział 9 Szczepionki przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B	164

ROZDZIAŁ 1

Osoby szczepione a nieszczepione. Dlaczego nie przeprowadzono odpowiednich badań?

Lekarze podają szczepionki dzieciom i dorosłym od czasów, gdy doktor Edward Jenner opracował szczepionkę przeciwko ospie w 1796 roku. W latach czterdziestych XX wieku dzieci otrzymywały szczepionki DPT (przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi) i ospie. W latach pięćdziesiątych zaczęły dostawać kolejną przeciwko polio, a pod koniec lat sześćdziesiątych również przeciwko odrze, śwince i różyczce³. W 1986 roku lekarze powszechnie szczepili dzieci poniżej osiemnastego roku życia jedenastoma różnymi szczepionkami na siedem chorób. W tym czasie niemowlęta i dzieci otrzymywały szczepionki DPT lub DTaP (błonica, tężec i bezkomórkowy składnik krztuśca), MMR (odra, świnka i różyczka) oraz polio.

Od czasu uchwalenia w 1986 roku ustawy National Childhood Vaccine Injury Act, która zapewnia producentom szczepionek ochronę przed odpowiedzialnością, liczba obowiązkowych szczepień znacznie się zwiększyła. Obecnie dzieci zgodnie

z harmonogramem zalecanym przez CDC otrzymują co najmniej siedemdziesiąt trzy zastrzyki na siedemnaście różnych chorób, z czego aż dwadzieścia osiem przed pierwszymi urodzinami⁴. Podczas wizyty kontrolnej u lekarza dwumiesięczne niemowlę może otrzymać aż sześć szczepionek na osiem różnych chorób.

Rysunek 1.1 przedstawia porównanie harmonogramów szczepień dzieci w latach 1962, 1986 i 2023.

HARMONOGRAM SZCZEPIEŃ DZIECI

1962	1986	2023			
OVP	DTP (2 miesiące)	Hep B (przy urodzeniu)	PCV (6 miesięcy)	Hep A (18 miesięcy)	grypa (10 lat)
Ospa	OVP (2 miesiące)	Hep B (2 miesiące)	IPV (6 miesięcy)	grypa (24 miesiące)	HPV (10 lat)
DTP	DTP (4 miesiące)	rotawirusy (2 miesiące)	COVID-19* (6 miesięcy)	grypa (3 lata)	grypa (11 lat)
	OVP (4 miesiące)	DTaP (2 miesiące)	grypa (6 miesięcy)	DTaP (4 lata)	HPV (11 lat)
	MMR (15 miesięcy)	PCV (2 miesiące)	COVID-19* (7 miesięcy)	grypa (4 lata)	grypa (12 lat)
	DTP (18 miesięcy)	IPV (2 miesiące)	grypa (7 miesięcy)	MMR (4 lata)	meningokoki (12 lat)
	OVP (18 miesięcy)	rotawirusy (4 miesiące)	HIB (12 miesięcy)	ospa wietrzna (4 lata)	grypa (13 lat)
	HIB (2 lata)	DTaP (4 miesiące)	grypa (12 miesięcy)	grypa (5 lat)	grypa (14 lat)
	DTP (4 lata)	HIB (4 miesiące)	PCV (12 miesięcy)	grypa (6 lat)	grypa (15 lat)
	OVP (4 lata)	PCV (4 miesiące)	MMR (12 miesięcy)	grypa (7 lat)	grypa (16 lat)
	Td (15 lat)	IPV (4 miesiące)	ospa wietrzna (12 miesięcy)	grypa (8 lat)	meningokoki (16 lat)
		DTaP (6 miesięcy)	Hep A (12 miesięcy)	grypa (9 lat)	grypa (17 lat)

		HIB (6 miesięcy)	DTaP (18 miesięcy)	HPV (9 lat)	grypa (18 lat)
		Hep B (6 miesięcy)			
5 dawek	25 dawek	73 dawki			

Dawki zostały obliczone w następujący sposób: DTP/DTaP oraz MMR jako 3 dawki (są to szczepionki trójskładnikowe). Pozostałe szczepionki są jednoskładnikowe. W harmonogramie jest 6 szczepień DTP/DTaP, w sumie 18 dawek, a także 2 szczepienia MMR, czyli 6 dawek. Pozostaje 49 szczepionek jednoskładnikowych. W sumie daje to $49 + 18 + 6 = 73$ dawki.

* COVID-19 tylko seria podstawowa.

Rys. 1.1. Porównanie harmonogramów szczepień w okresie dzieciństwa w latach 1962, 1986 i 2023.

Brak badań nad długoterminowym bezpieczeństwem szczepionek

Pomimo ogromnego wzrostu liczby szczepień naukowcy zrobili bardzo niewiele, aby zbadać zdrowie szczepionych dzieci, zarówno w krótkim, jak i długim okresie. Władze medyczne przypisują powszechnym programom szczepień dzieci wyeliminowanie kilku śmiertelnych chorób zakaźnych, jednak wykazują niewielkie zainteresowanie badaniem nagłych i długoterminowych niepożądanych skutków szczepień. Nikt też nie zwraca uwagi na efekty zdrowotne skumulowanych szczepionek podawanych w ramach harmonogramu. Badania kliniczne prowadzone przed zatwierdzeniem szczepionek przez FDA oceniają wyłącznie skutki działania pojedynczych preparatów, mimo że niemowlęta zgodnie z harmonogramem CDC otrzymują do sześciu szczepionek jednocześnie. Już po zatwierdzeniu przez FDA, po wprowadzeniu na rynek, CDC prowadzi nadzór wyłącznie nad pojedynczymi szczepionkami.

Wiele z nich ma długoterminowy wpływ na zdrowie, który nie uwidacznia się przez całe lata. W wywiadzie z 1999 roku sam Anthony Fauci, były wieloletni dyrektor Narodowego Instytutu Alergii i Chorób Zakaźnych (NIAID, National Institute of Allergy and Infectious Diseases), przyznał, że wiele poważnych powikłań może pozostać ukrytych przez lata, a jeśli agencja pospieszy się z zatwierdzeniem szczepionek: „[...] okazuje się, że potrzeba dwunastu lat, aby rozpuściło się piekło, i co wtedy możemy zrobić?”⁵. Pomimo ostrzeżenia doktora Fauciego badania bezpieczeństwa klinicznego prowadzone przez FDA trwają zazwyczaj stosunkowo krótko, co uniemożliwia wykrycie długoterminowych skutków zdrowotnych. Na przykład w badaniu klinicznym szczepionki Engerix B (przeciw zapaleniu wątroby typu B) naukowcy monitorowali jej biorców pod kątem zdarzeń niepożądanych tylko przez cztery dni po zastrzyku⁶. Dokładnie tak samo było w badaniu klinicznym szczepionki Infanrix (DTaP)⁷. W przypadku preparatu ActHIB (przeciwko chorobom wywoływanym przez *Haemophilus influenzae* typu B) naukowcy monitorowali pacjentów przez zaledwie czterdzieści osiem godzin⁸. Tylko tyle!

Nie ma praktycznie żadnych badań naukowych oceniających ogólny wpływ na zdrowie całego harmonogramu szczepień lub szczepionek wchodzących w jego skład. W 2011 roku Instytut Medycyny (IOM), obecnie Narodowa Akademia Medycyny, zlecił komisji ocenę 158 niepożądanych zdarzeń poszczepiennych, które w dotyczących ich raportach powiązano z ośmioma różnymi szczepionkami⁹. Komisja IOM ustaliła, że w osiemnastu przypadkach dowody „przekonująco wspierały” lub „skłaniały do potwierdzenia” związku przyczynowego między niepożądanymi zdarzeniami a podaniem szczepionki¹⁰. W pięciu przypadkach dowody „skłaniały do wykluczenia” takiego związku¹¹. Jednak w przypadku

przytłaczającej liczby 135 ze 158 rozpatrywanych przypadków, komisja IOM uznała dowody za „niewystarczające do zaakceptowania lub wykluczenia” związku przyczynowego¹². Dotyczyło to także związku między szczepionką DTaP a autyzmem. Wnioski IOM stoją w sprzeczności ze stanowczymi zapewnieniami CDC, że „szczepionki nie powodują autyzmu”¹³. Nie ma też wystarczających dowodów pozwalających wykluczyć związku między szczepionką przeciw grypie i encefalopatią, szczepionką MMR i drgawkami gorączkowymi, szczepionką przeciw HPV i ostrym rozsianym zapaleniem mózgu i rdzenia oraz wielu innych. Czy to nie zdumiewające, że w przypadku prawie 90% niepożądanych zdarzeń poszczeniennych CDC nigdy nie przeprowadziło wystarczających badań, aby potwierdzić lub wykluczyć związek przyczynowy? Oznacza to, że agencja nie może wiedzieć, czy szczepionki faktycznie powodują szkody, a z pewnością nie może uczciwie twierdzić, że tak nie jest.

W 2013 roku Krajowe Biuro Programu Szczepień Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej zleciło innej komisji IOM zaktualizowanie wcześniejszych ustaleń dotyczących braku dowodów na poparcie twierdzeń o bezpieczeństwie całego harmonogramu szczepień niemowląt i dzieci CDC¹⁴. Komisja stwierdziła, że „[...] nie ma wielu badań, które kompleksowo oceniały związek między całym harmonogramem szczepień lub elementami tego harmonogramu a poszczególnymi kategoriami wyników zdrowotnych. Żadne z badań nie przeanalizowało bezpośrednio wyników zdrowotnych stanowiących podstawę obaw zainteresowanych stron w sposób, który pozwoliłby komisji wypełnić rolę, do której została powołana”¹⁵. Komisja kontynuowała: „nie przeprowadzono badań mających na celu zbadanie długoterminowych skutków skumulowanych szczepionek lub

innych aspektów harmonogramu szczepień [podkreślenie autorów]”¹⁶. Brak informacji na temat ogólnego bezpieczeństwa harmonogramu szczepień był tak oczywisty, że komisja zaleciła „aby Departament Zdrowia i Opieki Społecznej włączył badania nad bezpieczeństwem ogólnego kalendarza szczepień dzieci do swoich procesów ustalania priorytetów badawczych, uznając obawy zainteresowanych stron i ustalając priorytety na podstawie dowodów epidemiologicznych i prawdopodobieństwa biologicznego”¹⁷. IOM zalecił również, aby CDC wykorzystało swoją własną bazę danych, VSD, do zbadania przy użyciu analiz retrospektywnych ogólnych skutków zdrowotnych stosowania harmonogramu szczepień¹⁸.

Po dziesięciu latach CDC nie odpowiedziało jeszcze na zalecenia komitetu IOM ani nie przeprowadziło szeroko zakrojonych, rzetelnych badań wpływu harmonogramu szczepień na wyniki zdrowotne.

Wiemy już, że CDC nie prowadzi takich badań, ale co z innymi instytucjami? Niestety, koszty badań bezpieczeństwa szczepionek są często bardzo wysokie. Lekarze i naukowcy, którzy nie zgadzają się z ortodoksyjną linią wakcynologii, stają się heretykami i pariasami. Najślynniejszym przykładem jest sytuacja z 1998 roku, kiedy doktor Andrew Wakefield poinformował, że 8 z 12 jego pacjentów z autyzmem otrzymało szczepionkę MMR przed wystąpieniem objawów żołądkowo-jelitowych, i zasugerował dalsze badania¹⁹. Wywołał tym prawdziwe trzęsienie ziemi. Wakefield stracił licencję lekarską, reputację i musiał opuścić kraj z powodu krótkiej wzmianki, którą zamieścił w artykule z 1998 roku w czasopiśmie medycznym „Lancet”, obecnie wycofanym. Spotkał się z tak wielkimi prześladowaniami, że termin „wakefielded”²⁰ jest obecnie używany do opisanego systematycznego gaslightingu i oczerniania

lekarzy i naukowców, którzy ośmielają się kwestionować ortodoksję szczepionkową, wspieraną przez rząd, media i firmy farmaceutyczne. Od 1998 roku wielu innych lekarzy również drogo zapłaciło za badanie ryzyka związanego ze szczepionkami i przedstawianie swoim pacjentom opcji odbiegających od harmonogramu CDC. Recenzowane artykuły naukowców prowadzących uczciwe badania nad bezpieczeństwem szczepionek są wycofywane z obiegu naukowego, często w wątpliwych okolicznościach. Wielu z nich poświęciło swoją karierę, dochody i reputację, w wyniku tego, że społeczność naukowa i medyczna, agencje rządowe oraz media marginalizują ich i potępiają.

Niedawno zaszła jednak pewna zmiana. Wydanie przez amerykańską FDA zezwolenia na stosowanie w nagłych wypadkach (EUA, Emergency Use Authorization) eksperymentalnych, opartych na genach szczepionek przeciwko COVID-19 ujawniło przed opinią publiczną liczne wątpliwości dotyczące bezpieczeństwa szczepionek. Ścisła publiczna kontrola badań szczepionek skłoniła znacznie więcej osób do zadawania trudnych pytań. W chwili pisania tego tekstu tylko 69,4% populacji USA jest „w pełni zaszczepiona” przeciwko COVID-19 (bez uwzględnienia dawek przypominających)²¹, pomimo wydania miliardów dolarów na promocję, propagandy medialnej, zachęt, wprowadzania obowiązku, środków przymusu i licznych sesji zdjęciowych urzędników państwowych i celebrytów otrzymujących zastrzyki. Urzędnicy rozprowadzają szczepionki przeciwko COVID-19 w Stanach Zjednoczonych od około 30 miesięcy, a wskaźniki zdarzeń niepożądanych są niezwykle wysokie. Personel medyczny i pacjenci zgłosili nieco ponad 951 tysięcy zdarzeń niepożądanych związanych ze szczepionkami (Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson i Novavax) w samych Stanach Zjednoczonych²². W ciągu trzech lat

zgłoszenia działań niepożądanych związanych ze szczepionkami przeciw COVID-19 stanowiły 97% wszystkich zawiadomień do stworzonego przez CDC systemu raportowania zdarzeń niepożądanych związanych ze szczepionkami VAERS (Vaccine Adverse Events Reporting System) od czasu jego wprowadzenia w 1986 roku. Media od niedawna zaczęły mówić o niektórych zdarzeniach niepożądanych, aczkolwiek z obowiązkowym zastrzeżeniem dotyczącym tego, jak „rzadkie” są powikłania poszczepienne.

Dlaczego nie prowadzi się niezbędnych badań?

Jednym z powodów, dla których organy regulacyjne nie stosują bardziej rygorystycznego podejścia do badania długoterminowych skutków zdrowotnych szczepień, jest to, że zdarzenia niepożądane związane ze szczepionkami występują „raz na milion” przypadków, a zatem nie warto wywoływać w opinii publicznej strachu przed powikłaniami przez nie wywołanymi. Rząd doszedł do liczby „jeden na milion”, porównując liczbę odszkodowań z tytułu urazów poszczepiennych wypłacanych przez National Vaccine Injury Compensation Program (NVICP, Krajowy Program Odszkodowań za Urazy Poszczepienne) z całkowitą liczbą szczepionek podanych w USA²³. Niestety większość osób poszkodowanych w wyniku szczepień nie wie nawet o istnieniu NVICP, a jeszcze mniej otrzymuje odszkodowanie²⁴. Wyniki badania Lazarusa, które CDC najpierw sfinansowało, a następnie je porzuciło – prawdopodobnie dlatego, że agencji nie podobały się wyniki – stoją w wyraźnym kontraście z podawaną liczbą jeden na milion. Naukowcy biorący udział w tym badaniu stwierdzili, że odsetek zdarzeń niepożądanych wynosił 1 do 38²⁵ w populacji około 375 000 osób, którym podano 1,4 miliona rutynowych

szczepionek. W trzyletnim okresie badania przekładało się to na ryzyko 1 do 10 wystąpienia reakcji niepożądaney po szczepionce u danej osoby. Jest to dalekie od mitycznej retoryki „jeden na milion” promowanej przez przemysł farmaceutyczny i rządowe agencje zdrowia. Badanie Lazarusa sugeruje, że urzędnicy federalni i przemysł farmaceutyczny powinni pilnie zwrócić uwagę na tak astronomiczny wskaźnik zdarzeń niepożądanych. Mimo to CDC i FDA stanowczo odmawiają badania wyników parametrów zdrowotnych w zaszczepionych i niezaszczepionych grupach populacji.

Dostępne są realne możliwości badania szczepionych i nieszczepionych grup populacji

Randomizowane kontrolowane badania kliniczne (RCT) to badania prospektywne (dotyczące skutków zdrowotnych w przyszłości), w których naukowcy losowo wybierają osoby z puli ochotników, aby utworzyć grupę eksperymentalną i kontrolną. Badacze nie informują uczestników badania z żadnej z grup, czy otrzymały testowaną substancję czy placebo, aby uniknąć stronniczości. Nazywa się to zaślepieniem badania.

W badaniach klinicznych FDA grupa eksperymentalna otrzymuje szczepionkę, a grupa kontrolna placebo. Wytyczne CDC wymagają, aby placebo było fizjologicznie obojętne – może nim być na przykład roztwór soli fizjologicznej. Jednak w większości badań klinicznych szczepionek nie jest stosowane obojętne placebo, co uniemożliwia właściwą ocenę ich bezpieczeństwa. FDA nie wymagała na przykład zastosowania obojętneho placebo przed zatwierdzeniem szczepionki Gardasil® przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) w 2007 roku. Zamiast użyć soli fizjologicznej, naukowcy podali grupie kontrolnej wysoce toksyczny amorficzny

hydroksyfosforanosiarczan glinu (AAHS), silny adiuwant²⁶ bez wcześniejszych testów bezpieczeństwa²⁷. Następnie w badaniu uzupełniającym szczepionki Gardasil-9 firmy Merck, zatwierdzonej w 2014 roku, naukowcy podali grupie kontrolnej oryginalną szczepionkę Gardasil® zamiast obojętnej placebo²⁸. Inny przykład – w badaniu szczepionek przeciw grypie u kobiet w ciąży naukowcy podali grupie kontrolnej szczepionkę przeciw meningokokom, której FDA nigdy nie testowała pod kątem bezpieczeństwa w ciąży²⁹.

Eksperti zdrowia publicznego twierdzą, że nie mogą realnie badać populacji osób zaszczepionych i niezaszczepionych, ponieważ pozbawianie grupy kontrolnej szczepionek ratujących życie byłoby nieetyczne³⁰. Ich argument jest pozorny. Firmy farmaceutyczne zazwyczaj stosują tę metodę do testowania nowych leków lub środków aktywnych biologicznie podczas procesu zatwierdzania przez FDA, gdy nie istnieje porównywalne leczenie. FDA wymaga na przykład randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych dla niektórych metod leczenia raka^{31, 32}, leków na serce³³ i układ oddechowy³⁴. Nikt w tym przypadku nie kwestionuje etyki pozbawiania zaślepionej grupy kontrolnej placebo leków potencjalnie ratujących życie. W rzeczywistości jest to standardowa praktyka.

Kiedy dziennikarz medyczny przeprowadzający 23 marca 2015 roku wywiad z Frontline zapytał doktora Paula Offita, dyrektora Centrum Edukacji na temat Szczepień w Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii i głośnego obrońcę przemysłu szczepionkowego, o randomizowane kontrolowane badania kliniczne zaszczepionych i niezaszczepionych dzieci w celu ustalenia, czy szczepionki powodują autyzm, lekarz stwierdził: „Przeprowadzenie takiego badania byłoby wysoce nieetyczne”³⁵. Wyjaśnił, że „skazałoby osoby z grupy niezaszczepionej – przynajmniej niektóre – na rozwój chorób, które mogłyby trwale zagrozić ich zdrowiu lub nawet zabić”³⁶.

Ponadto w zakładce „Szczepienia i kwestie etyczne” na stronie internetowej Children’s Hospital of Philadelphia stwierdzono w odniesieniu do testów bezpieczeństwa szczepionek, że „niezapewnienie żadnej opcji zapobiegania chorobie (grupie kontrolnej) byłoby trudną decyzją, jeśli szczepionka mogłaby potencjalnie zapobiec poważnej, nieuleczalnej lub śmiertelnej infekcji”³⁷.

Fakt, że zwolennicy szczepionek stosują to wątpliwe uzasadnienie wyłącznie do tych produktów, a nie do innych leków, sugeruje, że nie ma to nic wspólnego z nauką ani logiką. Co więcej, naukowcy mogą przeprowadzić wiele innych badań poza RCT. Można wykorzystać istniejące już populacje zaszczepionych i niezaszczepionych dzieci i dorosłych, co, według Cochrane Collaboration³⁸, dałoby wyniki o takiej samej wiarygodności³⁹. Takie badania obejmują analizy prospektywne (dotyczące skutków zdrowotnych w przyszłości) lub retrospektywne (dotyczące danych medycznych i historii z przeszłości). Naukowcy z CDC rutynowo prowadzą niezaślepienie, retrospektywne badania bezpieczeństwa szczepionek (poza standardem RCT). Co więcej, CDC przedstawia wyniki tego typu badań dotyczących szczepionek MMR⁴⁰ i zawierających tiomersal^{41, 42} jako dowód na to, że szczepionki nie powodują autyzmu. Wszystkie te badania opierają się na retrospektywnie skompilowanych zbiorach danych, w tym na własnym systemie CDC – Vaccine Safety Datalink (VSD, Baza Danych Bezpieczeństwa Szczepionek)⁴³. VSD zawiera dane z dziewięciu organizacji opieki zdrowotnej (HMO), w tym dotyczące ponad dwóch milionów dzieci. System zawiera również dane dzieci niezaszczepionych, co czyni go idealnym źródłem informacji do oceny bezpieczeństwa szczepionek. Mimo to naukowcy z CDC nigdy nie przeprowadzili kompleksowego, retrospektywnego badania porównawczego szczepionych i niezaszczepionych dzieci.

Establishment medyczny stosuje także inne usprawiedliwienia dla braku takich badań porównawczych. Mówi nam, że grupy nieszczepionych dzieci są tak wyjątkowe, że naukowcy nie mogą porównywać ich z dziećmi zaszczepionymi w badaniach naukowych. W odpowiedzi na doniesienia reportera UPI Dana Olmsteda o niewystępowaniu autyzmu u dzieci Amiszów (które nie są szczepione) doktor Offit stwierdził: „Wybierając dwie bardzo tak różne grupy, jak dzieci, które są całkowicie zaszczepione lub całkowicie nieszczepione, trudno byłoby to skontrolować”⁴⁴. Establishment medyczny twierdził – bez żadnych dowodów – że Amisze są wyjątkową, genetycznie odrębną populacją, której nie należy porównywać z innymi grupami⁴⁵. Argument ten jest błędny. Co prawda Amisze mogą, ale nie muszą być odmienni genetycznie od większości populacji, stanowią jedynie niewielką część nieszczepionych osób w Stanach Zjednoczonych. W badaniu przeprowadzonym przez CDC w 2015 roku stwierdzono, że 1,3% wszystkich 24-miesięcznych dzieci nie otrzymało jeszcze ani jednej szczepionki dla niemowląt z harmonogramu CDC⁴⁶. Trzeba pamiętać, że Amisze stanowią zaledwie około 0,08% populacji Stanów Zjednoczonych⁴⁷. Nawet gdyby naukowcy wykluczyli ich z badań, podobnie jak inne niewielkie grupy populacji potencjalnie „odmienne genetycznie”, istnieje jeszcze mnóstwo innych niezaszczepionych dzieci i dorosłych, których można by wziąć pod uwagę przy tego typu badaniach.

Jaki jest cel tej książki?

Jeszcze przed pandemią zaczęliśmy szukać publikacji, w których naukowcy badali wyniki zdrowotne w populacjach zaszczepionych i niezaszczepionych. Do tej pory znaleźliśmy ponad sto artykułów

z dostępnej publicznie, recenzowanej literatury naukowej i medycznej. Ponadto wiele innych prac badawczych potwierdza wnioski z tych badań. Niniejsza książka stanowi ich podsumowanie i kompendium⁴⁸. Uwzględniliśmy również odpowiednie badania opublikowane przez inne renomowane źródła.

Napisaliśmy tę książkę dla rodziców, zaciekawionych laików i wszystkich ludzi zainteresowanych ochroną zdrowia dzieci. W kolejnych rozdziałach podsumowujemy każde z badań porównujących grupy osób szczepionych i nieszczepionych i zamieszczamy wykresy słupkowe ilustrujące najistotniejsze wyniki. Poszczególne rozdziały omawiają różne szczepionki i ich składniki, aby ułatwić czytelnikom zrozumienie różnych wyników związanych z harmonogramem szczepień i poszczególnymi szczepionkami. Mamy również nadzieję, że czytelnicy właściwie ocenią złożoność problematyki bezpieczeństwa szczepionek, wykraczającą poza bardzo uproszczony obraz, który zwykle przedstawiają urzędnicy służby zdrowia i media.

Wyjaśnienie terminologii statystycznej

Aby pomóc czytelnikom zrozumieć przedstawione wyniki badań, zamieszczamy poniżej krótki elementarz terminów statystycznych z dziedziny epidemiologii, ponieważ większość badań opisanych w tej książce ma charakter epidemiologiczny. Terminy takie jak „iloraz szans”, „ryzyko względne” i „współczynnik ryzyka” są kluczowymi pojęciami dla zrozumienia wyników tych badań. Wszystkie te wartości są sposobami wyrażania prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzenia w grupie zaszczepionej w porównaniu z prawdopodobieństwem wystąpienia tego samego zaburzenia w grupie niezaszczepionej.



SIĘGNIJ PO WIĘCEJ!



i wiele innych znajdziesz na:

WWW.CZARYMARY.PL