

Anafylaktické deti

- kanáriky v zlatej bani verejného zdravotníctva?

Sú vakcíny zodpovedné za súčasnú epidémiu anafylaxie u detí?

Originálny zdroj: VRAN (Vaccination Risk Awareness Network),

Anaphylactic Children - Canaries in the Public Health Mine Shaft?

<http://vran.org/health-risks/anaphylaxis-allergies-and-asthma/anaphylactic-children%E2%80%94canaries-in-the-public-health-mine-shaft/>

Napísala Rita Hoffman.

Preložené a reprodukované so súhlasom VRAN pre účely

Iniciatívy pre uvedomenie si rizík očkovania

<http://rizikaockovania.sk>

Rev.090907-37-20

Obsah

Anafylaxia.....	3
Partajné línie.....	4
Excitácia.....	6
Konjugovaná Hib vakcína.....	7
Krížové reakcie.....	10
Očkovanie ako senzitivácia.....	12
Hliník.....	14
Záver.....	15
Podakovania.....	15
Literatúra.....	16
Bibliografia.....	19
Príloha - rastlinné oleje ako súčasť vakcín?.....	20

(Pozn.prekl: Pôvodný článok nebol členený na kapitoly.)

(Pozn.prekl: Nadpis článku sa ťažko prekladal, preto ho vysvetlím.)

V tmavej banskej štôlni, kam nikdy nezasvieti slnečné svetlo, len banícke lampy, sa v malej kletke krčí spevavý vtáčik – kanárik. Za hluku baníckej driny si smutne spieva svoju pieseň o slobode. Baníci z času na čas prestanú lomoziť a pozorne sa započúvajú; keby jeho hlas stíchol, znamenalo by to jediné – rýchlo z bane preč. Kanárik bol po stáročia strážcom baníkov, každý deň riskoval svoj život, pretože stačí malé množstvo metánu alebo oxidu uhoľnatého a jeho spev navždy utíchne. Pre baníkov však jeho smrť mohla znamenať záchranu života.

Aj anafylaktické deti sú každý deň uväznené v kletke obmedzení, ohrozujú ich celkom bežné potraviny v miniatúrnych množstvách. Aj ony prežijú každý deň svojho života v neustálej ostražitosti a vedomí hrozby smrti. Keby niekto počúval ich hlas, mohlo by to viesť k záchrane mnohých ohrozených životov. Ale tí, ktorí by mali, nepočúvajú, nerozumejú.

- koniec pozn.prekl)

Anafylaxia

Keď Charles Robert Richet dostal v roku 1913 Nobelovu cenu za medicínu za svoju prácu v oblasti anafylaxie, vo svojom príhovore povedal:

„Sme stavaní tak, aby sme nikdy do krvi nedostali iné proteíny, než tie, ktoré boli spracované tráviacimi šťavami. Vždy, keď cudzorodý proteín vnikne nasilu, telo trpí a stáva sa rezistentným. Jeho odpor spočíva vo zvýšenej citlivosti, akejsi revolte voči ďalšej parenterálnej injekcii, ktorá môže byť smrteľná. Pri prvej injekcii bol organizmus v nevýhode momentom prekvapenia a nekládol odpor. Pri druhej injekcii organizmus povolá svoju obranu a odpovedá anafylaktickým šokom.“

Pomenovanie „anafylaxia“ Richet vysvetľuje takto: „Phylaxis, zriedkavo používané slovo založené na gréckom výraze pre ochranu. Preto anafylaxia znamená opak. Z gréckeho etymologického zdroja, anafylaxia znamená stav organizmu, v ktorom je precitlivý, namiesto aby bol chránený.“ Richet uzatvára svoju prednášku slovami: „Vo svetle týchto pojmov, anafylaxia je univerzálny obranný mechanizmus proti prieniku heterogénnych substancií do krvi, odkiaľ sa nedajú eliminovať.“⁽¹⁾

Vakcínové antigény, injektované subkutánne (podkožne) alebo intramuskulárne (do svalu), nútia imunitný systém k tvorbe protilátok v krvi proti týmto antigénom. Je dodnes medicína na zlej ceste, keď používa na kontrolu infekčných ochorení očkovanie, obsahujúce „cudzorodé proteíny“, a injektuje do ľudských bytostí heterogénne substancie [pochádzajúce z vonkajšieho zdroja; najmä: získané z iných druhov]?⁽²⁾ (Pozn.prekl: v zmysle rastlinných alebo živočíšnych) Aký by bol dnes celkový zdravotný stav, keby sa bola medicína pred 200 rokmi vybrala cestou objavovania kľúčov k podpore silného, rýdzeho imunitného systému, spolu so zlepšeniami výživy, podporou vitamínmi a minerálmi, za podpory lepšej sanitácie? **Vytvorila medicína falošnú ochranu prostredníctvom injektovania cudzorodých proteínov v rámci očkovania, ktoré, ako zdôraznil Richet vo svojej prednáške, nás môžu spraviť hypersenzitívnymi (precitlivými), a nie chránenými?**

Tento stav precitlivosti, nazývaný alafylaxiou, je v súčasnosti epidemický u menších detí, ktoré žijú každý svoj deň pod hrozbou smrti zo strany bežných, normálne neškodných substancií. Čísla sú šokujúce. Podľa webstránky Ministerstva zdravotníctva (Health Canada) „sa odhaduje, že **600 000 Kanadanov (2% populácie)** môže byť zasiahnutých život ohrozujúcimi alergiami, a počty narastajú, najmä u detí.“⁽³⁾ V roku 2005 Ontario schválilo zákon, ktorý má chrániť anafylaktických študentov v škole, zatiaľčo The Toronto Star hlási počet anafylaktických detí v Ontariu na odhadovanej úrovni 40 000.⁽⁴⁾

Partajné línie

Nedávne úmrtia troch kanadských tínedžerov, ktorí boli vystavení nepatrným množstvám alergénu, spôsobili celosvetovú explóziu alafylaktických príbehov. Každý sa pýta – prečo máme toľko detí s alergiou na arašidy? Prečo školy zakázali sendviče s arašidovým maslom? Prečo deti umierajú? Charles Robert Richet vedel už v roku 1913, že cudzie proteíny môžu po prieniku do tela spôsobiť anafylaxiu. Niektorí lekári, alergológovia a anafylaktické organizácie vinia z epidémie anafylaxie pleťové krémy s obsahom arašidového oleja, a severoamerické praženie arašidov.

A možno presýtení tvrdeniami, že práve zvýšená konzumácia arašidov spôsobuje nárast alergie, niektorí spomínajú ako príčinu „**hypotézu hygieny**“. Niektorí dokonca spomínajú slovo „**v**“. Cituje sa výrok, ktorý na adresu „hypotézy hygieny“ uviedol 21.2.2006 Dr. Bruce Edwards v článku v Newsday: „*Teória hovorí, že nakoľko americké deti používajú antibakteriálne mydlá, dostávajú antibiotiká pri prvej známke nádchy, a sú očkované proti každej potenciálnej chorobe, ich imunitný systém sa nezaobrá vyvolávaním protiinfekčnej reakcie proti všetkým chorobám, ktoré nikdy nedostanú. Namiesto toho ich imunitný systém posúva svoje odozvy v smere produkcie vecí [protiinfekčných reakcií], ktoré sú zo svojej podstaty skôr alergické.*“

Dňa 18.5.2005, v článku CNN usilujúcom o vysvetlenie epidémie alergií na arašidy, Dr. Robert Woods z Johns Hopkins University hovorí: „*Čím viac je váš imunitný systém zaujatý kontaktom s mikróbmami a infekciami v rannom detstve, tým menej času sa venuje veciam ako alergia.*“ Anne Munoz-Furlong, CEO a zakladateľka americkej Sieť pre potravinové alergie a anafylaxiu (Food Allergy & Anaphylaxis Network – FAAN) hovorí v tom istom článku: „*Možno sú naše domovy príliš čisté – urobili sme priveľa v záujme odľahčenia práce imunitného systému. Nemáme parazity, množstvo detských ochorení sa očkuje a neprekonáva, a možno u niektorých ľudí imunitný systém hľadá, čo by robil, a usúdi: ‘Aha, nemám rád mlieko’ alebo ‘Nemám rád arašidy,’ a telo potom útočí na potravinový proteín, akoby to bol nepriateľ.*“ Myslím si, že náš od Boha daný imunitný systém je inteligentnejší – ak ho necháme konať svoju prácu bez akéhokolvek narušovania!

Anafylaxia nie je jedinou alergickou reakciou na vzostupe. Reuters oznámila 31.3.2006: „*Alergie, ako napríklad senná nádcha, nadobúdajú v Európe epidemické rozmery, a neschopnosť ich liečiť vytvára narastajúce bremeno pre spoločnosť a zdravotnícky systém...približne 1/3 európskej populácie má nejaký druh alergie, zatiaľčo 1 z 2 detí v Británii bude mať alergie do roku 2015, čo predstavuje záťaž vo výške miliónov eur pre zdravotnícke financie, stratené pracovné dni, a dokonca narúša sústredenosť žiakov v školách.*“ Článok pokračuje v opise, ako „*alergie boli najrozšírenejšie v Británii a Írsku, ako aj v iných anglicky hovoriacich krajinách, ako Kanada, Austrália a USA, hovorí Burney, dodávajúc, že*

začínali byť rozšírenejšie aj v nových členských štátoch Európskej Únie.“ Dňa 5.5.2005 The Toronto Star venoval celú sekciu alergiám a astme. Článok o ekzémoch hovorí: „V Kanade toto neliečiteľné ochorenie kože, ktoré spôsobuje suchosť, praskanie a hrubnutie, postihuje 2-5 miliónov ľudí. Odborníci hovoria, že jeho výskyt sa od roku 1970 strojnásobil.“ (Pozn.prekl: Keďže Kanada má cca 15 miliónov obyvateľov, postihnutý je každý ôsmy až každý tretí občan.)

V roku 2002 prominentný kanadský alergológ Dr. Peter Vadas zašiel tak ďaleko, že v televíznej šou venovanej ťažkým alergiám povedal: „Sú tu faktory, ktoré **majú do činenia so spôsobom, akým očkujeme naše deti veľmi skoro po ich narodení, koľko liekov, antibiotík im v ranom detstve dávame, toto všetko spôsobuje väčšie predispozície k alergiám.**“ Ale keď dostal otázku: „Myslíte si, že včasné očkovania nie sú dobré?“ odpovedal: „Nie, myslím si, že sú úžasné. Sú absolútne kľúčové z pohľadu verejného zdravotníctva v snahe o minimalizáciu rizika ťažkých infekcií, ale na druhej strane jednou z nevýhod je, že **určitá časť populácie sa kvôli tomu stáva náchylnejšia na vyvinutie alergií.**“⁽⁵⁾

V článku v „Globe and Mail“ dňa 20.2.2006, nazvanom „Robí nás čistý životný štýl chorými? Hygienická hypotéza potravinových alergií (Is clean living making us sick? Hygiene hypothesis on food allergies), Dr. Vadas pokračoval v „partajnej línii“, eliminujúc to „v“ slovo. V zmysle „partajnej línie“ vysvetľuje: „*má sa za to, že konzumácia arašidov a arašidových proteínov v západnej spoločnosti narástla. Dôsledkom je, že čím väčšia expozícia arašidom, tým u viac ľudí sa zistí alergia na ne.*“ Toto znie ako „partajná línia“ na ochranu očkovacieho status quo. Vôbec sa nesnaží vysvetliť explóziu ďalších nezvyčajných anafylaktických alergií u detí, napríklad na kiwi, sezam, sóju a stromové orechy (Pozn.prekl: mandľa, kešu, pekan, vlašský orech). Rodičia musia dostať informácie o všetkých potenciálnych rizikách a prínosoch vakcín, aby mohli urobiť informované rozhodnutie o očkovaní svojich detí. Mne nikto nepovedal, že jedným z možných „dôsledkov“ očkovania môjho dieťaťa môže byť, že každý deň svojho života prežije pod hrozbou smrti!

Ak zvýšená konzumácia arašidov je príčinou arašidovej anafylaxie, potom prečo, na rozdiel od západných industrializovaných národov, **Číňania a Indonézania, ktorí konzumujú veľké množstvá arašidov, nemajú problém s arašidovou anafylaxiou?**^(6,7) **Čína a Indonézia neočkuje plošne proti Hib** (Haemophilus influenza type B),^(8,9,10,11) Švédsko je krajina, kde 99% cieľovej populácie bolo zaočkované proti Hib v roku 2001.⁽¹²⁾ Švédsko má zároveň nízku konzumáciu arašidov, napriek tomu sa u nich arašidová alergia vyskytuje. Van Odijk et al uzatvárajú, že „*vzorové reakcie na arašidy sú podobné ako v mnohých iných krajinách, napriek hlásenej stabilne nízkej konzumácii.*“⁽¹³⁾ Zdá sa, že **krajiny, ktoré zaviedli Hib očkovanie detí, majú vysoký výskyt arašidovej alergie, bez ohľadu na mieru ich konzumácie.**

Excitácia

Deti môžu reagovať na arašidové alergény pri prvej expozícii⁽¹⁴⁾ (Pozn.prekl: *To znamená, že senzitivizácia nastala ešte pred prvým priamym kontaktom s arašidmi*). Senzitivizácia (vytvorenie precitlivosti) na arašidy môže nastať počas dojčenia.⁽¹⁵⁾ Napriek tomu, senzitivizácia cez materské mlieko nemôže vysvetliť nárast arašidovej anafylaxie, nakoľko matky po celom svete už po desaťročia konzumujú arašidy počas dojčenia. Zimmerman et al (1989) zistili vo svojej štúdii: *„Tieto výsledky naznačujú, že vysoko atopické deti majú mimoriadne riziko senzitivizácie na arašidy, dokonca aj keď nikdy nedostali jediný arašid...“*⁽¹⁶⁾ K. L. Capozza, Health Scout News, v článku s názvom *„Štúdia oslobodila arašidy vo veci alergickej reakcie“* (Study Acquits Peanuts in Allergic Reaction), opísali nedávnu štúdiu, ktorú uskutočnili Turncanu et al, kde vzali 3 typy detí: deti s arašidovými alergiami, tie ktoré „vyrástli“ zo svojej alergie, a tie, ktoré nemali arašidovú alergiu. Capozza opisuje, ako *„po zväčšení týchto imunitných buniek, alebo T-buniek, výskumníci zistili, že T-bunky alergických pacientov sa vybudili po expozícii arašidu. Akonáhle T-bunky zareagujú na arašidový extrakt, nasleduje kaskáda alergických odpovedí, od kožných vyrážok, po ťažkosti s dýchaním.“* Píše: *„Tento výskum ukazuje, že tento stav pochádza z abnormálnej imunitnej odpovede danej osoby.“*^(17,18)

Čo sa stalo deťom s arašidovou alergiou, že ich T-bunky sa „excitujú“, ako opisuje Capozza, až do tej miery, že pre niektoré už samotný pobyt v miestnosti s arašidmi môže spôsobiť reakciu? Môžu byť príčinou vakcíny?

Dr. Philip Incao zasvätené opisuje, ako vakcíny ovplyvňujú imunitný systém, vo svojom článku *„How Vaccines Work.“* (Pozn.prekl: český preklad: *„Jak funguje očkování“* je na stránke rozalio.cz): *„Takže trikom vakcíny je stimulovať imunitný systém akurát dosť na to, že vytvorí protilátky a „zapamätá“ si antigén ochorenia, ale nie až natolko, aby vyprovokovala akútnu zápalovú reakciu bunkového imunitného systému a spôsobila nám ochorenie, ktorému sa pokúšame predísť! Čiže očkovanie funguje pomocou veľkého stimulovania protilátkovej produkcie (Th2) a veľmi malého alebo žiadneho stimulovania bunkového imunitného systému (Th1). Vakcínové antigény sú dizajnované s cieľom, aby boli „neprovokatívne“ alebo „nestráviteľné“ pre bunkový imunitný systém (Th1) a vysoko stimulujúce pre protilátkovo-sprostredkovaný humorálny imunitný systém (Th2). Snáď už nie je ťažké uvidieť, prečo opakované očkovania môžu inklinovať k posunu funkčnej rovnováhy imunitného systému skôr smerom ku strane produkujúcej protilátky (Th2), preč od strany akútnych zápalových výbojov (bunkovo-sprostredkovanej strany čiže Th1).“*⁽¹⁹⁾

Atopické ochorenia sú zhlukom troch súvisiacich ochorení; alergií, astmy a ekzému, pričom anafylaxia je najťažšia forma alergickej reakcie. **Atopické ochorenia sú prenikavé a bijú na poplach, že imunitný systém bol odklonený zo svojho normálneho režimu činnosti Th1, do chronicky reaktívneho režimu Th2.**

Konjugovaná Hib vakcína

Anafylaxia k potravinám u malých detí sa zdá byť zriedkavou pred zavedením prvej polysacharidovej Hib vakcíny v roku 1987 do očkovacieho kalendára, ktorý už obsahoval vakcíny proti záškrtu, čiernemu kašľu, tetanu, polio, osýpkam, mumpsu a rubeole. Od roku 1992 dostalo mnoho detí Hib vakcíny zároveň s DPT-P, a od roku 1994 v kombinovanej vakcíne „5 v jednom“ s názvom Penta. V roku 1997 bola zavedená acelulárna pertusis vakcína v „5 v jednom“ vakcíne Pentacel (*Pozn.prekl: O tejto vakcíne pojednáva článok „Päť vakcín naraz – prvé rany vášmu dieťaťu“, ktorý nájdete na stránke <http://rizikaockovania.sk/dok.html>)*

(Pozn.prekl: Hib vakcína sa na Slovensku postupne zavádzala od roku 1995 u detí vo veku 0-5 rokov, a plošne sa u dojčiat začalo rokom 2000. Hib vakcína konjugovaná na tetanický anatoxín sa v súčasnosti (2009) podáva dojčatám v rámci „povinnej“ vakcíny Infanrix Hexa.)

V roku 2000 titulka septembrového vydania Professionally Speaking, čo je magazín Kolégia učiteľov provincie Ontario (Ontario College of Teachers), znela: „Abnormálna reakcia na normálne veci.“ Článok začína slovami: „Učitelia musia zobrať na zreteľ, že alergie môžu zabíjať. Rastúce množstvo detí je ohrozených – a dobre pripravený učiteľ môže všetko ovplyvniť.“ Článok vysvetľuje: „Približne pred desaťročím, **náhly prívál alergických detí, nastupujúcich do školského systému po celej provincii, zastihol mnohých učiteľov nepripravených.**“

Nekorešponduje tento „prívál“ so zavedením Hib vakcíny?

V provincii Ontario sa očkovanie proti hepatitíde B nevykonáva pri narodení, ale v siedmom ročníku, takže táto vakcína nemohla mať vplyv na počet detí s arašidovou a orieškovou anafylaxiou, hoci ešte sa len ukáže, či táto vakcína nie je implikovaná vo vzrastajúcom počte tínedžerov, ktorí dostali anafylaxiu. Deti v provincii Ontario vo veku 18 rokov a mladšie mohli dostať až 5 rôznych typov Hib vakcíny. Prvá Hib vakcína, zavedená v roku 1987, bola jednodávková polysacharidová vakcína pre deti od 2 rokov. Dojčenský imunitný systém neodpovedal na polysacharidovú vakcínu, a tak výskumníci vyvinuli **konjugovanú vakcínu**, aby **„oklamali“ dojčenský imunitný systém a donútili ho vytvoriť Hib protilátky.**

Konjugované vakcíny, podľa webstránky U.S. National Institute of Health, „spájajú „slabý“ polysacharid s nejakým **proteínom, ktorý je ľahko rozpoznateľný pre nezrelý imunitný systém.**“⁽²⁰⁾ Konjugované Hib vakcíny **spôsobujú „výrazne zosilnenú protilátkovú odozvu a vytvorenie imunologickej pamäte“**, a tie 4 konjugované Hib vakcíny, ktoré sa deťom podávali, sa „líšia v mnohých ohľadoch, vrátane proteínového nosiča, veľkosti polysacharidu a typu rozpúšťadla a konzervantu“.⁽²¹⁾

Kto zaručí, že tento „proteín, ktorý je ľahko rozpoznateľný pre nezrelý imunitný systém“ nemôže „oklamať“ telo dieťaťa, aby si myslelo, že potrava, prijímaná v čase očkovania, je útočník hoden „výrazne zosilnenej protilátkovej odozvy“?

Hoci Hib vakcíny sa oslavovali ako zázrak verejného zdravotníctva, cesta k vývoju a zavedeniu týchto vakcín rozhodne nebola hladká. **Nedostatok vedomostí o interakciách tejto vakcíny s imunitným systémom je desivý.** Uvediem len niekoľko príkladov:

Jedna z najšokujúcejších štúdií, ku ktorej som sa dostala, bola od Nicol et al, ktorá v roku 2002, desaťročie po zavedení očkovania detí touto vakcínou oznámila, že už jedna desatina dávky tejto konjugovanej vakcíny (PRP-T) je rovnako imunogenická a bezpečná ako plná dávka.⁽²²⁾ Berúc do úvahy, že Hib vakcína vedie ku „výrazne zosilnenej protilátkovej odozve“, znamená to azda, že **deti dostávali 10x väčšie množstvo Hib vakcíny**, než je potrebné ku vytvoreniu protilátkovej odozvy, čím sa vytvárala hypersenzitivita (precitlivosť) ku iným proteínom, s ktorými sa imunitný systém stretol počas a po očkovaní, najmä u detí so sklonom k alergii?

Šokujúci bol tiež Pichichero (2000) vo svojom článku o novej kombinácii vakcín, kde opisuje „...**ochranný prah pre konjugované PRP [Hib] vakcíny je neznámy...**“⁽²³⁾

Pabst & Spady (1990) študovali dojčatá očkované vo veku 2, 4, a 6 mesiacov použitím konjugovanej Hib vakcíny. Zistili, že „**hladiny protilátok boli výrazne vyššie u dojčených (57 detí) než u detí na náhradnom mlieku (24 detí), vo veku 7 a 12 mesiacov**“ a že dojčenie „**zosilňuje aktívnu imunitnú odozvu v prvom roku života, takže stravovanie sa musí brať do úvahy v očkovacích štúdiách u dojčiat**“⁽²⁴⁾ Mnoho anafylaktických detí bolo dojčených, čo mohlo ešte viac zosilniť túto imunitnú odpoveď! **Deti dojčené, aj deti kŕmené z fľašky, dostávajú takú istú dávku vakcíny, hoci už pred 16 rokmi vyššie uvedení autori zistili, že spôsoby kŕmenia sa musia brať do úvahy v očkovacích štúdiách!**

Táto štúdia bola neskôr v roku 1992 napadnutá v liste pre The Lancet, kde Scheifele et al tvrdia: „**Zdá sa, že predchádzajúce závery boli nesprávne, a dojčenie nezosilňuje odozvu na konjugované Hib vakcíny, prinajmenšom keď hovoríme o ukončení primárnej série.**“⁽²⁵⁾ Pabst & Spady študovali CRM 197 mutantnú konjugovanú vakcínu s difterickým

toxínom. Scheifele študoval PRP-T (tetanovo konjugovanú) vakcínu. Ak chcel Dr. Scheifele poprieť výsledky štúdie Pabst & Spady, prečo nepoužil takú istú vakcínu? Ó áno, plnou parou vpred! **Jedna vakcína musí byť dobrá pre všetkých, dojcených alebo nie! Musíme udržať status quo!**

Početné štúdie jasne **varovali ohľadom kombinácií alebo súbežného podávania vakcín zahrňajúcich Hib**. Uvediem len 3 príklady:

Hoci veľmi neskoro (v máji 2000), Rennels et al konštatujú, že „*V tejto skúške, súčasne podaná IPV [inaktivovaná polio vakcína] zrejme interferovala s anti-PRP [Hib] odozvou na DTaP/Hib vakcínu, čo naznačuje, že zavádzanie nových vakcín môže vyžadovať vyhodnocovanie imunitných odpovedí na všetky súbežne podávané vakcíny.*“⁽²⁶⁾

V roku 2004 správa z výročnej konferencie Americkej akadémie pediatriov (American Academy of Pediatrics) ohľadom Nových kombinovaných vakcín pre detské ochorenia, zdvihla červenú vlajku: „*Avšak reaktogenicita a potenciálne vedľajšie účinky kombinovaných antigénov dosiaľ neboli zistené. Keďže je tu potenciál pre fyzikálne a chemické interakcie medzi zložkami vakcíny a bufframi a konzervantmi, musí sa preskúmať imunogenicita každej zložky, aby sa zistilo, či sú podobné, a porovnateľne efektívne ako samostatne podané zložky.*“⁽²⁷⁾

Redhead K et al (1994) v desivej štúdii píše: „*Avšak kombinácia s Hib vakcínou, pozostávajúcou z polysacharidu konjugovaného na tetanový toxoid, má dramatické účinky na tetanovú potenciu a imunogenicitu, keď sa použije u myší. Táto kombinácia spôsobuje 5-násobnú potenciáciu tetanovej potencie a podobne veľký nárast protilátkovej odozvy na tetanový toxín a toxoid. Aj úroveň protilátkovej odozvy na Hib polysacharid v tejto vakcíne sa zvýšila, viac než 20-násobne, ako dôsledok tejto kombinácie.*“⁽²⁸⁾

Nemali by tieto štúdie dvíhať červenú vlajku? Protilátková odozva na Hib zvýšená viac než 20-násobne? Reaktogenicita a potenciálne vedľajšie účinky kombinovaných antigénov doteraz nezistené? Nenašla som žiadne štúdie, ktoré by skúmali IgE (alergické) úrovne po očkovaní. Zaiste sa nedopúšťame zveličovania, ak usúdime, že imunitný systém dojčťa sa po zaočkovaní týmito vakcínami môže stať hypersenzitívnym.

Křížové reakcie

Pozrime sa teda, aké vakcíny môžu křížovo reagovať s arašidom. Keď výskumníci študujú alergie a křížovo reaktívne proteíny, zisťujú rozličné molekulárne hmotnosti alergénu. **Potraviny s rovnakou molekulárnou hmotnosťou môžu spôsobovať křížové reakcie** u alergických osôb. A nielen potraviny sa vyznačujú křížovými reakciami. Dňa 22.1.2002 tlačová správa Americkej akadémie alergie, astmy a imunológie (American Academy of Allergy, Asthma and Immunology) poskytla zoznam najčastejších potravín, ktoré křížovo reagujú s latexom, vrátane banánu, avokáda, gaštanu, kiwi a zeleru. Opisujú: *„Imunitný systém rozpoznáva tieto křížovo-reagujúce proteíny, nastávajú príznaky a nežiadúca reakcia. Aktívny imunitný systém nemusí rozoznať rozdiel medzi podobne vyzeraúcimi proteínmi, takže alergia voči jednému členovi skupiny potravín môže spôsobiť, že sa osoba stane alergická na všetkých členov rovnakej skupiny.“*

Mnohokrát som sa divila, prečo sa vakcíny s latexovými viečkami nepovažujú za potenciálnu príčinu ohromného nárastu latexových alergií medzi vysoko preočkovanými zdravotnými pracovníkmi. Primeau et al (2001) zistili, že *„Prírodné gumové viečka uvoľňovali alergenické latexové proteíny do testovaných roztokov v priamom kontakte počas skladovania v dostatočných množstvách na to, aby vyvolali pozitívne intradermálne kožné reakcie u niektorých jednotlivcov s LA (Poz.prekl: zrejme latexovou alergiou). Tieto údaje podporujú odporúčanie, odstrániť prírodnú gumu z viečok farmaceutických liekoviek.“*⁽²⁹⁾ **Mnoho vakcín má latexové viečka a môžu senzitivizovať ľudí.** Health Canada nemá zoznam, ale štát Massachusetts poskytuje informácie, ktoré vakcíny obsahujú latex alebo thimerosal.⁽³⁰⁾

Ak ľudia s latexovou alergiou môžu mať křížové reakcie s potravinami, potom sa treba opýtať, či prísady vakcín nemôžu spôsobiť křížové reakcie s potravinami rovnakej molekulárnej hmotnosti!

Použila som PubMed, hľadajúc molekulárne hmotnosti prísad detských vakcín a niektorých najbežnejších alergenických potravín malých detí. Molekulárne hmotnosti sa udávajú v kilodaltonoch (kDa), a najpozoruhodnejšia je 50kDa, ktorú obsahujú nasledovné: Hib, diphtheria, tetanus, neisseria meningitidis, arašid, mandľa, sója a kešu. Molekulárna hmotnosť 43kDa sa nachádza v Hib aj v arašide. 20kDa detto. 37kDa sa nachádza v Hib aj v mandli. 49kDa je v Hib a v Mangu.

Porovnávacia tabuľka

Zdroj (vakcíny, potraviny)	Obsiahnutá molekulárna hmotnosť [kDa]							
	50	49	43	37	27	20	16,5	16
Haemophilus influenzae B (Hib)	x	x	x	x		x		x
arašid	x		x			x		x
diphtheria*	x				x			
mandľa	x			x				
sója	x						x	
tetanus	x							
kešu	x							
neisseria meningitidis*	x							
mango		x						

*používa sa aj ako nosný proteín v niektorých Hib vakcínach

Zdroje: Hib,⁽³¹⁻³⁹⁾ diphtheria,⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾ tetanus,⁽⁴²⁻⁴⁵⁾ neisseria meningitides,⁽⁴⁶⁾ arašid,⁽⁴⁷⁻⁵⁰⁾ mandľa,⁽⁵¹⁻⁵³⁾ sója,⁽⁴⁷⁾ kešu,⁽⁵⁴⁾ mango.⁽⁵⁵⁾

Takže prvá vakcína, ktorú moje dieťa dostalo, DPT-P+Hib, obsahovala diphtheria (50kDa), tetanus (50kDa), pertussis, polio, mutovaný nosný proteín diphtheria vo vakcíne Hibtitre (50kDa) plus Hib (50kDa). Môžeme sa diviť, že keď sa môj syn stretol s arašidom (50kDa), mandľou (50kDa) a kešu (50kDa) prostredníctvom materského mlieka, v čase keď jeho imunitný systém spracúval vakcíny, že jeho telo vyrazilo do najvyššieho poplachu voči čomukoľvek s molekulárnou hmotnosťou 50kDa? Granoff & Munson (1986) opisovali, keď sa pripravovali konjugované vakcíny: **„Formujú sa nové antigénové determinanty ...ale ich prítomnosť zvyšuje pravdepodobnosť, že tieto neoantigény môžu vzbudiť protilátky krížovo reagujúce s ľudskými antigénmi.”**⁽³¹⁾

Krížovo reagujúce proteíny môžu byť pre ľudí s alergiami veľmi nebezpečné. Poznám mladé dievča, ktoré ako batola zvracalo po zjedení kešu, a odvtedy nikdy nedostala oriešky. Zanedlho po svojich školských booster dávkach vakcín DTaP-Polio a MMR, dostala kúsok manga a museli ju okamžite odviezť do nemocnice. Až po skúmaní rodičia zistili, že mango a kešu môžu krížovo reagovať. Matka dievčaťa mala rada mango, a keďže ho nemohla nosiť domov, usúdila, že bezpečnejšie bude zjesť ho v práci k obedu, a dôkladne si potom umyť ruky. O niekoľko hodín, po príchode domov, dala dcérke bozk na líce. Dcérka opuchla a vyhádzala sa, a napriek antihistaminikám trvalo niekoľko dní, kým reakcia ustúpila. Reakcia z bozku na líce!

Iné dieťa s orieškovou alergiou dostalo anafylaktickú reakciu na ovocný džús obsahujúci mango, opäť za nevedomosti rodičov o krížovej reakcii kešu/mango. Tieto bizarné imunitné odpovede hrozia deťom smrťou, každý jeden deň.

Očkovanie ako senzitivácia

Podobné príbehy nie sú až také prekvapujúce, keď si prečítate medicínsku literatúru, kde sa **súvislosť medzi očkovaním a anafylaxiou javí ako nad slnko jasná** už od zvieracích štúdií z roku 1952. Saul Malkiel, Betty J. Hargis & Leon S. Kind vykonali početné štúdie, kde očkované zvieratá dostali anafylaxiu; mnohé z týchto štúdií boli čiastočne financované peniazmi National Institute of Health (NIH). Predstavte si že čítate v práci z roku 1959 toto: **„pri experimentoch na myšiach sme opakovanne spozorovali, že dôsledkom podania organizmov *Hemophilus pertussis* fázy I, spolu s proteínovým antigénom, je rozšírenie anafylaktickej senzitivácie aj na cudzorodý proteínový antigén.**“⁽⁵⁶⁾ A pritom máme alergológov, tvrdiacich, že pleťové krémy spôsobujú anafylaxiu?

A bola som zúriva, keď som čítala Kind & Roesner (1959): **„Dnes je už dobre známe, že u myši, naočkovaných vakcínou *Hemophilus pertussis*, sa vyvinie zvýšená precitlivosť voči smrteľným účinkom histamínu, serotonínu, endotoxínu, peptónu a anafylaktického šoku. Nasledujúce údaje ukážu, že myši zaočkované pertussis vakcínou je možné zabiť takými dávkami extraktu kvitnúceho obilia (Pozn.prekl: rye grass), rozpustného vo vode, aké nie sú smrteľné pre nezaočkované zvieratá.**“⁽⁵⁷⁾

Kind & Richards (1964) v žurnáli Nature píše: **„Dnes je dobre známe, že myši zaočkované vakcínou *bordetella pertussis* spolu s nejakým antigénom, vytvorí viac protilátok voči tomuto antigénu, než myši, ktorým injektujeme len samotný antigén.**“⁽⁵⁸⁾ Nemohlo by to isté platiť aj pre bábätká?

A ako vlastne výskumníci vytvárajú anafylaktické zvieracie modely? Tak, že očkujú zvieratá! Bezpočetné štúdie ukazujú, ako sa anafylaxia u zvierat vytvára pomocou toxínov a adjuvantov, používaných v ľudských vakcínach. Tu je jeden príklad zo stoviek ďalších:

Helm et al v článku pre *Environmental Health Perspectives* s názvom „Nonmurine Animal Models of Food Allergy“ diskutujú o spôsoboch, ako vytvoriť zvieracie modely pre ľudské potravinové alergie.⁽⁵⁹⁾ Zvieracie modely sú obsérne diskutované, vrátane „*použitia adjuvantov (prírodných alebo umelých – hliník, cholerycký toxín, bordetella pertussis, írsky mach, sú všetko známe IgE-selektívne adjuvanty)*“ v týchto zvieracích modeloch. Pokračujú v opise: „*U atopického psieho modelu pre potravinovú alergiu (Ermeľ et al. 1997), novonarodené šteňatá (deň 1) dostali podkožnú injekciu do podpažia, obsahujúcu 1µg kravského mlieka, hovädziny, ambrózie a pšeničných extraktov v hliníku. Potravinový antigén bol opäť podaný v dňoch 22, 29, 50, 78, a 85. Vo veku 3, 7 a 11 týždňov boli všetky šteňatá zaočkované atenuovanou vakcínou psinka-hepatitída...Očkované šteňatá zareagovali alergénovo-špecifickými IgE týždňom 3 so špičkou vo veku 26 týždňov...Všetky klinické prejavy sú konzistentné s potravinovou alergiou u ľudí v detskom, adolescentskom a dospelom veku.*“

Bolo opakovane ukázané, že očkovanie môže spôsobiť senzitiváciu, vrátane anafylaxie, voči prísadám vakcín.

Nelson et al (2000) diskutuje ohľadom 4-mesačného dieťaťa s anafylaktickou reakciou na CRM 197 proteín v Hib vakcíne.⁽⁶⁰⁾ Dokonca už v roku 1940 Cooke et al povedali: „*Skutočným cieľom tejto prezentácie je oboznámiť lekársku profesiu s dôkazom skutočnosti, že precitlivosť môže nastať ako dôsledok súčasných procedúr aktívnej imunizácie voči tetanu.*“⁽⁶¹⁾ Cooke et al taktiež spomenuli hypersenzitivitu voči bacilu záškrtu, ktorú spozorovali Neill et al (1929)⁽⁶²⁾

Patrizi et al (1999) a Osawa et al (1991) spozorovali alergickú senzitiváciu voči **thimerosalu**.^(63,64) Martin-Munoz et al opísali alergickú senzitiváciu voči súčasne podaným **toxoidom záškrtu a tetanu**.⁽⁶⁵⁾ Kumagai et al (2002) zistili, že „*želatínovo-špecifická bunkovo-sprostredkovaná imunita sa vyvinie u subjektov očkovaných DTaP vakcínou obsahujúcou želatínu*“ a že táto špecifická bunková imunitná odozva pretrvala viac než 3 roky.⁽⁶⁶⁾ Sakaguchi et al (1996) uzatvárajú: „*Znovu sme potvrdili silnú súvislosť medzi systémovými alergickými reakciami okamžitého typu, vrátane anafylaxie, s vakcínami a prítomnosťou špecifického IgE voči želatíne.*“⁽⁶⁷⁾ Nakayama et al (1999) zistili, že „*DTaP vakcína má možno kauzálnu súvislosť s vývojom tejto želatínovej alergie.*“⁽⁶⁸⁾

Takže, medicínska literatúra ukazuje anafylaktickú senzitiváciu voči zložkám vakcín; je to až taký veľký myšlienkový skok, ak si pomyslíme, že proteínové fragmenty v týchto vakcínach môžu spôsobovať krížovo reagujúcu senzitiváciu s antigénmi s rovnakým antigénovým determinantom?

Hliník

Kľúčovým článkom hlavolamu precitlivelosti je hliník ako vakcínový adjuvant, podľa novozélandskej výskumníčky a autorky, Hilary Butler: **„Hliník sa do vakcín dáva preto, lebo bez neho telo nereaguje na slabé kmene antigénu. Hliník je vysoko reaktívny, a je to 'ostroha' na Th2. Toto je celý dôvod, prečo sa hliník dáva do vakcín. A hliník bude VŽDY vytvárať IgE, a keď sa toto stane v prítomnosti proteínov z vakcíny alebo proteínových antigénov v tele, tak je tu vysoká šanca vývinu alergie.**“ Zdôrazňuje štúdiu Yamanishi et al (2003), kde očkovali myši proti inhibítoru sójového trypsínu typu Kunitz (KSTI) a uzavreli: „...Ukázali sme, že bez ohľadu na neschopnosť absorbovať KSTI, hliník prejavil svoju adjuvantnú aktivitu aj keď bol iba injektovaný spolu s týmto antigénom. Tieto výsledky ukázali, že v hliníku je ukrytý nejaký biochemický efekt, odlišný od adsorbívnej aktivity, ktorý zvyšuje produkciu antigénovo-špecifických IgE.“⁽⁶⁹⁾ Podľa Butler, „toto súhlasí s ďalšími dôkazmi, ktoré mám, a ktoré zdôrazňujú, že **hliník stimuluje imunitnú odpoveď aj bez toho, aby bol absorbovaný na antigén. Ďalšou vecou je, že hliník produkuje predovšetkým IgE protilátky (alergické protilátky).**“ Aj ďalšie početné štúdie ukázali, že hliník sa spája s alergickými reakciami.⁽⁷⁰⁾

Výskumníčka VRAN Susan Fletcher upozorňuje na **dôležitosť trávenia** (ktoré môže byť ovplyvnené používaním antibiotík) v procese vývoja astmy a alergií. Očkovania sa dojčatám a deťom rutinne podávajú aj vtedy, ak užívali antibiotiká v nedávnom ochorení, čo zjavne ovplyvňuje ich imunitnú odpoveď na vakcínu. Untersmayr et al (2006) zistili „po prvýkrát túto dôležitú úlohu trávenia ako „vrátnika“, tak vo fáze senzitivizácie ako aj efektora v potravinovej alergii.“⁽⁷¹⁾

Záver

Charles Robert Richet opísal vo svojom príhovore k Nobelovej cene v roku 1913, že **„všetky proteíny bez výnimky vytvárajú anafylaxiu: vidno to pri všetkých sérach, mlieku, akýchkoľvek organických extraktoch, všetkých rastlinných extraktoch, proteínoch mikrobiálnych toxínov, bunkách kvasiniek, mŕtvych telách mikrobov. Bolo by zaujímavejšie nájsť proteín, ktorý nevytvára anafylaxiu, než taký, ktorý vytvára.“**

Potom dodáva v mrazivom závere: *„Nezáleží príliš na tom, že sa kvôli tomu jednotlivca stáva zraniteľnejším. Je tu niečo dôležitejšie než záchrana jednotlivca, a to je záchrana celistvosti rasy. Inými slovami, aby som hypotézu sformuloval v abstraktnejších pojmoch ale rovnako jasne: život jednotlivca je menej dôležitý než stabilita druhu. Anafylaxia je možno poľutovaniahodná záležitosť pre jednotlivca, ale je nevyhnutná pre druh, často na úkor jednotlivca. Jednotlivec môže zahynúť, na tom nezáleží. Druh musí udržať svoju organickú integritu neporušenú. Anafylaxia chráni druh pred rizikom znehodnotenia.“*⁽¹⁾

Ako mohol Richet vyhrať Nobelovu cenu v roku 1913 za tieto znalosti, a pritom dnes lekárska komunita, zdá sa, nemá šajnu o tom, prečo sú naše deti anafylaktické? Prečo medicína, ktorej rodičia s dôverou zverili svoje vzácne deti, pokračovala v očkovaniach proti ďalším a ďalším chorobám, s vedomím, že možno riskujú našu „organickú integritu“? Môžem sa domnievať, že výskumníci alebo lekári nevidia les kvôli stromom, alebo máme dočinenia s obrovským zakrývaním zločinu?

V poradí sú stovky nových vakcín. Dokedy ešte môžeme do ľudských bytostí injektovať viac a viac cudzorodých proteínov prostredníctvom vakcín, kým vytvoríme totálne bezbrannú populáciu? Koľko ešte detí sa stane anafylaktickými, vozenými do nemocníc, kde budú bojovať o svoje životy, kým niekto niečo urobí?

Podakovania

Osobitné poďakovanie si zaslúžia Amy a John za bezpočetné hodiny v lekárskej knižnici, Cindy Stolten, Critical Decisions Count, Sandy Gottstein, www.vaccinationnews.com a najmä Edda West, www.vran.org za dôveru v „Martinov príbeh“. Veľkú vďaku si zaslúži Suzanne Brezovich, Ingri Cassel, Hilary Butler, Susan Fletcher a Edda West za pripomienky a úpravy. A môjmu drahému malému Martinovi, si statočná duša. Nech Ťa náš Stvoriteľ naďalej žehná a ochraňuje.

Literatúra

1. Richet, Charles – Nobel Lecture Dec. 11, 1913
<http://www.nobel.se/medicine/laureates/1913/richet-lecture.html> (April 3, 2006)
2. Merriam Webster Medical Dictionary
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/mplusdictionary.html>
3. Health Canada – It's Your Health – Severe Allergic Reactions.
http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/med/allerg_e.html (April 3, 2006)
4. M. Carolyn Black, "The potential power of Bill 3 – Measure aims to protect estimated 40,000 Ontario students with a life-threatening allergy to such things as peanuts or insect stings" Toronto Star March 30, 2005
5. Health On The Line – "Severe Allergies" – Videocassette – Discovery Health 2002
6. Beyer K. et al, Effects of cooking methods on peanut allergenicity. J Allergy Clin Immunol 2001 June;107(6):1077-81
7. Ewan, PW. Prevention of peanut allergy. Lancet. 1998 Jul 4;352(9121):4-5.
8. World Health Organization. Immunization Profile – China
http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofilere_sult.cfm?C='chn' (Feb. 17, 2006)
9. Levine et al, Haemophilus influenzae Type B and Streptococcus pneumoniae as Causes of Pneumonia Among Children in Beijing, China. Emerg Infect Dis 2000 6(2)
10. World Health Organization. Immunization Profile – Indonesia
http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofilere_sult.cfm?C='idn' (Feb. 17, 2006)
11. World Health Organization. Haemophilus influenzae type B vaccine
<http://www.who.int/vaccines/en/haeflub.shtml> (Feb. 17, 2006)
12. World Health Organization.
http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofilere_sult.cfm?C='swe' (April 4, 2006)
13. van Odijk J. et al, Specific IgE antibodies to peanut in western Sweden – has the occurrence of peanut allergy increased without an increase in consumption? Allergy 2001 Jun;56(6):573-7
14. Ewan, PW, Clinical study of peanut and nut allergy in 62 consecutive patients: new features and associations. BMJ 1996 Apr 27;312(7038):1074-8.
<http://bmj.com/cgi/content/full/312/7038/1074>
15. Vadas, P, et al, Detection of peanut allergens in breast milk of lactating women. JAMA 2001 Apr 4;285(13):1746-8.
16. Zimmerman B, et al. Highly atopic children: formation of IgE antibody to food protein, especially peanut. J Allergy Clin Immunol 1989 Apr;83(4):764-70 PMID 2708736
17. Study Acquits Peanuts in Allergic Reaction – Finds condition stems from abnormal immune response. Accessed April 6, 2006
<http://www.healthcentral.com/news/newsfulltext.cfm?id=512529>
18. Turcanu V, et al. Characterization of lymphocyte responses to peanuts in normal children, peanut-allergic children, and allergic children who acquired tolerance to peanuts. J. Clin. Invest. 2003 Apr; 111:1065-72. PMID: 12671056
<http://www.jci.org/cgi/content/full/111/7/950>
19. Philip F. Incao, MD. How Vaccinations Work . May 5, 1999
<http://www.ei-resource.org/articles/gulfwar-art07.asp> (April 1, 2006)
20. NICHD Researchers Honored by World Health Organization for Developing Vaccines Against Hemophilus Influenzae December 10, 1996
<http://www.nichd.nih.gov/new/releases/cviawar2.cfm> (April 4, 2006)
21. Health Canada Vaccine Preventable Diseases.
http://www.phac-aspc.gc.ca/im/vpd-mev/hib_e.html (April 4, 2006)
22. Nicol M, et al. Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine diluted tenfold in

- diphtheria-tetanus-whole cell pertussis vaccine: a randomized trial. *Pediatr Infect Dis J* 2002 Feb;21(2):138-41 PMID: 11840081
23. Pichichero, ME. New Combination Vaccines. *Pediatr Clin North Am* 2000 Apr;47(2):497-26 PMID: 10761511
 24. Pabst HF, Spady DW. Effect of breast-feeding on antibody response to conjugate vaccine. *Lancet* 1990 Aug 4;336(8710):269-70
 25. Scheifele et al. Breastfeeding and antibody responses to routine vaccination in infants. *Lancet*. 1992 Dec 5;340(8832):1406.
 26. Rennels MB et al, Diminution of the anti-polyribosylribitol phosphate response to a combined diphtheria-tetanus-acellular pertussis/Haemophilus influenzae type b vaccine by concurrent inactivated poliovirus vaccination. *Pediatr Infect Dis J* 2000 May;19(5):417-23
 27. Pediatric Infectious Disease Issues: Smallpox, Combination Vaccines and Methicillin-resistant Staphylococcus aureus, American Academy of Pediatrics Annual Meeting 2004. <http://www.medscape.com/viewarticle/466494> (March 27, 2006)
 28. Redhead K et al. Combination of DTP and Haemophilus influenzae type b conjugate vaccines can affect laboratory evaluation of potency and immunogenicity. *Biologicals* 1994 Dec;22(4):339-45 PMID 7779360
 29. Primeau MN, Adkinson NF Jr, Hamilton RG. Natural rubber pharmaceutical vial closures release latex allergens that produce skin reactions. *J Allergy Clin Immunol* 2001 Jun;107(6):958-62 PMID: 11398071
 30. Government of Massachusetts http://www.mass.gov/dph/cdc/epii/imm/vac_safety/rubberthimerosal.pdf (April 1, 2006)
 31. Granoff DM, Munson RS Jr. Prospects for prevention of Haemophilus influenzae type b disease by immunization. *J Infect Dis* 1986 Mar;153(3):448-61 PMID: 3485160
 32. van Alphen L, et al. Characteristics of major outer membrane proteins of Haemophilus influenzae. *J Bacteriol*. 1983 Aug;155(2):878-85. PMID: 6603458
 33. Munson RS Jr, Granoff DM. Purification and partial characterization of outer membrane proteins P5 and P6 from Haemophilus influenzae type b. *Infect Immun*. 1985 Sep;49(3):544-9. PMID: 2411657
 34. Munson RS Jr, et al. Purification and comparison of outer membrane protein P2 from Haemophilus influenzae type b isolates. *J Clin Invest*. 1983 Aug;72(2):677-84. PMID: 6603479
 35. Pichichero ME, et al. Do pili play a role in pathogenicity of Haemophilus influenzae type B? *Lancet*. 1982 Oct 30;2(8305):960-2. PMID: 6127463
 36. Hetherington SV, et al. Outer membrane protein binding sites of complement component 3 during opsonization of Haemophilus influenzae. *Infect Immun*. 1993 Dec;61(12):5157-63. PMID: 7693595
 37. Coulton JW, Wan DT. The outer membrane of haemophilus influenzae type b: cell envelope associations of major proteins. *Can J Microbiol*. 1983 Feb;29(2):280-7. PMID: 6406024
 38. Barenkamp SJ, Munson RS Jr, Granoff DM. Subtyping isolates of Haemophilus influenzae type b by outer-membrane protein profiles. *J Infect Dis*. 1981 May;143(5):668-76. PMID: 6972422
 39. Yang Y, Thomas WR, Chong P, Loosmore SM, Klein MH. A 20-kilodalton N-terminal fragment of the D15 protein contains a protective epitope(s) against Haemophilus influenzae type a and type b. *Infect Immun*. 1998 Jul;66(7):3349-54. PMID: 9632604
 40. Iwamoto R, et al. An antibody that inhibits the binding of diphtheria toxin to cells revealed the association of a 27-kDa membrane protein with the diphtheria toxin receptor. *J Biol Chem*. 1991 Oct 25;266(30):20463-9. PMID: 1939101
 41. Battistini A, et al. Inhibition of protein synthesis by diphtheria toxin induces a peculiar pattern of synthesized protein species. *Exp Cell Res*. 1988 May;176(1):174-9. PMID: 3371422

42. Kegel B, Bonifas U, Silberbach K, Kramer B, Weisser K. In vitro determination of specific toxicity in tetanus vaccines. *Dev Biol (Basel)*. 2002;111:27-33. PMID: 12678222
43. Mayorga C, et al. Immediate allergy to tetanus toxoid vaccine: determination of immunoglobulin E and immunoglobulin G antibodies to allergenic proteins. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2003 Feb;90(2):238-43. PMID: 12602673
44. Roberts M, et al. A mutant pertussis toxin molecule that lacks ADP-ribosyltransferase activity, PT-9K/129G, is an effective mucosal adjuvant for intranasally delivered proteins. *Infect Immun*. 1995 Jun;63(6):2100-8. PMID: 7768587
45. Mayorga C, et al. Immediate allergy to tetanus toxoid vaccine: determination of immunoglobulin E and immunoglobulin G antibodies to allergenic proteins. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2003 Feb;90(2):238-43. PMID: 12602673
46. De Gaspari EN. Production and characterization of new monoclonal antibody against *Neisseria meningitidis*: study of the cross-reactivity with different bacterial genera. *Hybridoma* 2000 Dec;19(6):445-53 PMID: 11152396
47. Pons L, et al. The 18 kDa peanut oleosin is a candidate allergen for IgE-mediated reactions to peanuts. *Allergy*. 2002;57 Suppl 72:88-93. PMID: 12144563
48. Kleber-Janke T, et al. Selective cloning of peanut allergens, including profilin and 2S albumins, by phage display technology. *Int Arch Allergy Immunol*. 1999 Aug;119(4):265-74. PMID: 10474031
49. de Jong EC, et al. Identification and partial characterization of multiple major allergens in peanut proteins. *Clin Exp Allergy*. 1998 Jun;28(6):743-51. PMID: 9677140
50. Lewis SA, et al. The promiscuity of immunoglobulin E binding to peanut allergens, as determined by Western blotting, correlates with the severity of clinical symptoms. *Clin Exp Allergy*. 2005 Jun;35(6):767-73. PMID: 15969668
51. Pasini G, et al. IgE binding to almond proteins in two CAP-*FEIA*-negative patients with allergic symptoms to almond as compared to three CAP-*FEIA*-false-positive subjects. *Allergy*. 2000 Oct;55(10):955-8. PMID: 11030377
52. Lee SH, et al. A 50 kDa maize gamma-zein has marked cross-reactivity with the almond major protein. *J Agric Food Chem*. 2005 Oct 5;53(20):7965-70. PMID: 16190657
53. Database of Food Allergens in AgMoBiol – Common Allergenic Foods of Plant Origin – <http://ambl.lsc.pku.edu.cn/yjwy/Allergens2.htm> (April 4, 2006)
54. Wang F, et al. Ana o 1, a cashew (*Anacardium occidentale*) allergen of the vicilin seed storage protein family. *J Allergy Clin Immunol*. 2002 Jul;110(1):160-6. PMID: 12110836
55. Frylinck L, Dubery IA. Protein kinase activities in ripening mango, *Mangifera indica* L., fruit tissue. III. Purification and characterisation of a calcium-regulated protein kinase. *Biochim Biophys Acta*. 1998 Sep 8;1387(1-2):342-54. PMID: 9748649
56. Malkiel S, Hargis BJ. The use of adjuvants in sensitization of the mouse. *J Allergy*. 1959 Sep-Oct;30:387-93.
57. Kind LS, Roesner L. Enhanced susceptibility of pertussis inoculated mice to pollen extract. *Proc Soc Exp Biol Med*. 1959 Apr;100(4):808-10.
58. Kind LS, Richards WW. IND LS. Local and systemic anaphylaxis in the pertussis-inoculated mouse. *Nature*. 1964 Apr 18;202:309-10.
59. Helm RM et al. Nonmurine Animal Models of Food Allergy. *Environmental Health Perspectives* February 2003 Volume 111, Number 2, <http://www.ehponline.org/members/2003/5705/5705.html> (April 4, 2006)
60. Nelson MR et al, Anaphylaxis Complicating Routine Childhood Immunization: Hemophilus Influenza b Conjugated Vaccine. *Pediatric Asthma, Allergy & Immunology* Dec 2000,14, No. 4:315-321
61. Cooke et al, Allergy Induced by Immunization with Tetanus Toxoid. *Journal of the American Medical Association*. 1940 May;114(19):1854-58

62. Neill et al, Studies on Hypersensitiveness to Diphtheria Bacilli. Journal of Experimental Medicine 1929 Jan, 44:33
63. Patrizi et al, Sensitization to thimerosal in atopic children. Contact Dermatitis. 1999 Feb;40(2):94-7
64. Osawa J et al, A probable role for vaccines containing thimerosal in thimerosal hypersensitivity. Contact Dermatitis 1991 Mar;24(3):178-82
65. Martin-Munoz MF et al. Anaphylactic reaction to diphtheria-tetanus vaccine in a child: specific IgE/IgG determinations and cross-reactivity studies. Vaccine 2002 Sep 10;20(27-28):3409-12
66. Kumagai T et al, Gelatin-specific cellular immune responses persist for more than 3 years after priming with gelatin containing DTaP vaccine. Clin Exp Allergy 2002 Oct;32(10):1510-4
67. Sakaguchi M. et al, Food allergy to gelatin in children with systemic immediate-type reactions, including anaphylaxis, to vaccines. J Allergy Clin Immunol. 1996 Dec;98(6 Pt 1):1058-61.
68. Nakayama T, et al. A clinical analysis of gelatin allergy and determination of its causal relationship to the previous administration of gelatin-containing acellular pertussis vaccine combined with diphtheria and tetanus toxoids. J Allergy Clin Immunol. 1999 Feb;103(2 Pt 1):321-5. PMID: 9949325
69. Yamanishi, R et al. J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo). 2003 Dec;49(6):409-13. PMID: 14974731
70. Can vaccines cause immune dysfunction resulting in allergies, asthma and anaphylaxis? <http://www.vran.org/vaccines/anaphylaxis/vaccine-ana.htm>
71. Untersmayr E, Jensen-Jarolim E. The effect of gastric digestion on food allergy. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2006 Jun;6(3):214-9. PMID: 16670517

Bibliografia

1. Canadian Immunization Guide, Sixth Edition. Ottawa: Canadian Medical Association, 2002
2. Diodati, Catherine. Immunization History, Ethics, Law and Health. Windsor: Integral Aspects Incorporated, 1999
3. Medline Medical Dictionary
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/mplusdictionary.html>
4. Scheibner, Viera, Ph.D. Vaccination 100 Years of Orthodox Research shows that Vaccine Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia: 1993
5. Your Child's Best Shot, Ottawa: Canadian Paediatric Society, 1997

Copyright 2003 Vaccination Risk Awareness Network Inc. Všetky práva vyhradené.

Obsah tejto publikácie odráža výlučne názor jej autorov. Táto publikácia slúži len na informačné účely. Prezentované názory sa nesmú chápať ako lekárske odporúčanie. Podrobnosti o obavách a okolnostiach ktorejkoľvek osoby by mali byť konzultované s kvalifikovaným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, a až na základe toho robiť rozhodnutie, ktoré môže ovplyvniť zdravie tejto osoby alebo kohokoľvek v jej starostlivosti.

Príloha – rastlinné oleje ako súčasť vakcín?

V predchádzajúcom článku, Rita Hofman predstavila dôkazy o tom, že vakcíny môžu významne prispievať k problému potravinových alergií a anafylaxie. V článku však neboli spomenuté ďalšie alarmujúce zistenia.

Je dôvodné podozrenie, že vo vakcínach sa ako adjuvanty možno používajú alebo budú používať rastlinné a živočíšne oleje. Existujú totiž patenty na takýto spôsob použitia. Uvádzajú sa najmä tieto oleje (a ich hydrogenované verzie): **arašidový, sezamový, sójový, kukuričný, slnečnicový, saflorový, repkový, palmový, kokosový, bavlnníkový, jojobový, olivový, ricínový, pšeničný, ovsený, žitný, ryžový, mandľový, kokosový, pupalkový, podzemnicový, horčičný, olej z jadier ríbezlí, hrozna.** Živočíšne: **emu olej, olej z tresčej alebo žraločej pečene.**

Neuveriteľnou patentovanou zložkou je aj **sušená smotana**.

Zatiaľ nie je potvrdené, či aj vakcíny, používané na Slovensku, skutočne obsahujú takéto zložky. Je však tiež otázne, či by ich výrobca podrobne uvádzal v príbalovom letáku, keďže adjuvant sa nepovažuje za aktívnu zložku! <http://www.curezone.com/blogs/fm.asp?i=1338286>

Podľa skúseností Anity Petek-Dimmer, viaceré úrady pre kontrolu liečiv vo vyspelých európskych krajinách ani nepoznajú presné, podrobné zloženie vakcín, údajne kvôli obchodnému tajomstvu. <http://blip.tv/play/AYGIuHsA>

Vzhľadom ku používaniu hliníka vo väčšine vakcín, obávame sa, že prítomnosť týchto zložiek by mohla spôsobovať senzitivizáciu voči nim.

Zhrnutie: <http://www.curezone.com/blogs/fm.asp?i=1342162>

<http://www.curezone.com/blogs/fm.asp?i=1338288>

<http://www.curezone.com/blogs/fm.asp?i=1338282>

Predmetné zahraničné patenty:

<http://www.patentstorm.us/patents/6720001/claims.html>

<http://www.patentstorm.us/patents/5753234/description.html>

<http://www.wipo.int/pctdb/en/wo.jsp?wo=1993021325&IA=WO1993021325&DISPLAY=DESC>

<http://www.faqs.org/patents/app/20080199491>

<http://www.freepatentsonline.com/EP1742656.html>

<http://www.freepatentsonline.com/5679356.html>

<http://www.freepatentsonline.com/EP1154792.html>

Problém sa môže týkať aj iných liečiv okrem vakcín:

<http://www.curezone.com/blogs/fm.asp?i=1338290>