МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗАЩИТЫ ПРАВ, ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

И.А. Гундаров

VIP-ПАНДЕМИЯ ЛЕПРЫ – УРОКИ ДЛЯ СПЕЦСЛУЖБ

(20-летнее исследование)

Москва
2024

УДК 614.442
ББК 51.9
Г 94

И.А. Гундаров

Vip-пандемия лепры – уроки для спецслужб (20-летнее исследование). Москва: Международная общественная организация защиты прав, здоровья и благополучия человека, 2024. – 172 с.
ISBN 978-5-6050515-0-3

Представлены доказательства нарастающей среди мировой политической элиты распространённости опасного инфекционного заболевания лепры (проказы).

Причинами VIP-пандемии являются отсутствие механизмов контроля над здоровьем государственных руководителей и игнорирование спецслужбами предупреждений о реальности лепрозного процесса.

Источниками материалов служат имеющиеся в открытом доступе интервью врачей, описания клинических осмотров, результаты анализов, выписки из медицинских документов и др.

Высокий социальный статус больных требует чёткого определения допустимых в отношении них диагностических действий. Особенно, если выявляется болезнь, предписывающая отстранение от руководящей должности по эпидемическим основаниям.

Обнаружена беспомощность мировых спецслужб противостоять новому виду биологической агрессии – «биокамикадзе», направленной на адресное заражение государственных деятелей.

Монография предназначена широкой медицинской и политической общественности для разработки мер по устранению VIP-пандемической угрозы и обсуждению проблем международной эпидемиологической безопасности.

Текст печатается в авторской редакции.

ISBN 978-5-6050515-0-3
9 785605 051503 >

e-mail: BOZEP@BK.RU

ОБ АВТОРЕ

Гундаров И.А. окончил Ставропольский государственный медицинский институт (1971 г.), специальную ординатуру для работы в странах Азии и Африки (1975 г.), международные курсы по эпидемиологии при Лондонской школе гигиены и тропических заболеваний (1986 г.); доктор медицинских наук, профессор по специальности «внутренние болезни», профессор по курсу «здорового образа жизни»; академик РАЕН; эксперт Европейского регионального бюро ВОЗ (1987-1988 гг.); эксперт по демографии Государственной Думы V созыва; руководитель лаборатории Государственного НИЦ профилактической медицины (1988-2005 гг.); руководитель лаборатории НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (2005-2015 гг.); главный специалист Института лидерства и управления здравоохранением Сеченовского университета (2015-2020 гг.), председатель Учёного совета Международной общественной организации защиты прав, здоровья и благополучия человека.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

1. Угроза жизни президенту России
2. Опасная болезнь президента Украины
3. Отравления не было
4. Во всём виноват Пентагон
5. Медикам о забытой инфекции
6. Это – бугорковая лепра
7. «Двойники» Путина и Медведева
8. Загадочные VIP-больные
9. Эпидемиологию не отменяли
10. Унижать врачей – себе дороже
11. «Биокамикадзе» – новое биологическое оружие
12. О мониторинге здоровья государственных лидеров
13. Политические механизмы эпидемических процессов

Приложение

«Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечёт за собой ответственность в соответствие с Федеральным законом»

Конституция РФ, ст. 41, п. 3.

«Меня возмущает и ужасает тот факт, что политика стала доминировать даже в вопросах здравоохранения».

В. Князевич, министр здравоохранения Украины

«Несмотря на то, что больные лепрой могут встретиться в любом регионе, …представление об этой инфекции у большинства врачей …не соответствуют современному состоянию лепрологии»

А. Ющенко, директор НИИ по изучению лепры

ВВЕДЕНИЕ

В истории государств никогда болезнь руководителей не являлась основанием для законодательного отстранения от власти. VIP-заболевания всегда скрывались ради интересов ближнего окружения и политической стабильности. Такая практика допустима при медленных социальных скоростях, когда дефекты управления успевают корректироваться текущими событиями.

Иная ситуация – в XXI веке. Огромные по масштабам и интенсивности преобразования взвинтили цену управленческих ошибок. В том числе – из-за пренебрежения мнением врачей о медицинской неадекватности властителей. Пример – последние десятилетия КПСС: Леонид Брежнев – ишемическая болезнь сердца и мозга, Юрий Андропов – тяжёлая почечная недостаточность, Константин Черненко – лёгочная декомпенсация, Борис Ельцин – алкогольная деменция, способствовавшие взрыву СССР.

Пределом унижения врачебного достоинства стала эпопея коронавируса. Обезумевшие от социального психоза политики навязали здравоохранению ложные установки по диагностике, профилактике и лечению респираторных заболеваний. Поэтому в антиковидных штабах не оказалось ключевых специалистов – инфекционистов, вирусологов, эпидемиологов, организаторов здравоохранения. Итог – глобальные экономические потрясения и миллионы загубленных жизней. И нет гарантий от невозврата трагедий ещё в худшей форме.

На помощь медикам «пришла Природа», напустив на политический Олимп суровую расплату. За последние 20 лет череда тяжёлых заболеваний настигла высших государственных персон. И ни одному из них не поставлено адекватного диагноза, обеспечивающего полноценное лечение. Первой жертвой в 2004 г. оказался президент Украины Виктор Ющенко. Затем – премьер и потом президент России Владимир Путин, бывший президент США Билл Клинтон, бывший премьер Украины Юлия Тимошенко, далее – Государственный секретарь США Хиллари Клинтон, бывший президент России Дмитрий Медведев, канцлер ФРГ Ангела Меркель и др.

В отношении Виктора Ющенко в 2004 г. высказано предположение о наличии опасного инфекционного заболевания проказы (лепры). С целью уточнения диагноза было предложено «…привлечь лучших и независимых медиков для серьёзного обследования больного. Все находившиеся с ним в неоднократном контакте люди берутся под наблюдение с периодическими осмотрами не реже одного раза в год. …» [1]. Этот же диагноз поставил Ющенко российский политик Борис Немцов, активный участник оранжевой революции: «Я поражаюсь смелости и отваге наших украинских братьев по оружию – так бесстрашно контактировать с человеком, больным проказой. Я уверен, что все демсилы братской Украины примут правильное решение в отношении этого человека. Ющенко нуждается в срочной медицинской помощи» [2]. Однако медицинская общественность не восприняла эпидемическую опасность как реальный факт.

Подтверждением версии проказы стали последующие события, изложенные через пять лет в монографии «Чем болен президент. Пособие политикам по профилактике лепры» [3]. И снова – отсутствие реакции коллег и государственной власти. Предложения по организации противоэпидемических мер, направленные в

многочисленные украинские и российские государственные структуры, представительство ВОЗ в России остались без ответа.

Настоящая монография содержит результаты 20-летнего исследования нарастающей в мире с 2004 года распространённости VIP-лепры. Высокий социальный статус больных требует чёткого определения допустимых в отношении них диагностических действий. Тем более, если обнаруживается болезнь, предписывающая отстранение руководителя от должности по эпидемическим основаниям.

Источниками диагностических материалов служили имеющиеся в открытом доступе описания врачебных осмотров, интервью лечащих врачей, результаты анализов, выписки из медицинских документов. Фотографические иллюстрации получены путём непосредственного сканирования фрагментов записей с Ютуба. Сбор материалов осуществлялся с учётом юридических требований ФЗ №323 ст. 13; УК ст. 137 и ст. 128:

- ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ст. 13. «Соблюдение врачебной тайны». Здесь врачебной тайной считаются лишь те сведения, что получены при медицинском освидетельствовании обратившегося за помощью человека. Но и они доступны разглашению, если имеется угроза распространения опасных инфекций;

- УК, ст. 137. «Нарушение неприкосновенности частной жизни», п. 1. «Незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия». Под собиранием сведений о частной жизни понимается их противоправное получение: подслушивание, опрос лиц, фотографирование, аудиовидеозапись информации, ознакомление с непосредственными документами и материалами, их похищение, копирование без согласия потерпевшего, а также сбор информации с нарушением процедуры, установленной законом;

- УК ст. 128.1. 1. «Клевета, то есть распространение заведомо ложных сведений, порочащих честь и достоинство другого лица… 4. Клевета о том, что лицо страдает заболеванием, представляющем опасность для окружающих…». Здесь не считаются заведомо ложными сведения, подтвержденные на момент заявления.

Неоднократные обращения в различные государственные органы с информацией о распространении среди политиков опасного инфекционного заболевания остались без ответа.

Продолжать беспечное наблюдение за развитием пандемии лепры противоречит требованиям клятвы Гиппократа (приложение 1). Для преодоления административно-политических барьеров требуются массовое врачебное участие и широкая международная инициатива.

1. Угроза жизни президенту России

На исходе 2019 года россияне чуть не потеряли президента страны Владимира Путина. Свидетельством тому – появившейся у него на шее длинный от подбородка обезображивающий шрам с рваными краями (фото 1,2) [4а, 4б]. Какова его причина? Покушение маловероятно. Может это след от хирургической операции по поводу болезни? Но хирурги не делают таких деформирующих разрезов. Поэтому здесь – не плановая операция. К тому же на данном участке нечего вырезать. Относительно рака щитовидной железы – он локализуется ниже, у ярёмной ямки.

Остаётся предположить внезапную закупорку дыхательных путей, приведшую к удушью и необходимости трахеотомии. Но закупорку – чем? Инородный предмет легко удаляется механически, в т.ч. путём перевёртывания пострадавшего вниз головой. Значит, была какая-то болезнь, осложнившаяся отёком голосовых связок или надгортанника. Без поступления кислорода человек сохраняет жизнеспособность в течение 4-5 минут. Сверх этого времени развивается биологическая смерть, требующая экстренных реанимационных действий. Хорошо, что рядом оказался человек, разобравшийся в ситуации и решившийся на разрез гортани, не имея к тому соответствующего опыта. Профессионал резал бы не от подбородка, а сделал прокол ниже щитовидного хряща. Возможно, потребовались и реанимационные мероприятия.

Поражают грубо наложенные поперечные швы с заходом на 1-1,5 сантиметра по обеим сторонам от раны. И почему их – всего 3-4, а не непрерывные косметические стежки вдоль разреза? Так поступают при воспалительном поражении подкожной клетчатки, когда обычные швы прорезываются, затрудняя стягивание краёв раны. Поэтому они накладывались редко и с широким захватом соседних тканей. Версию глубокого дерматита подтверждает характер заживления

разреза к концу 2020 г. – вторичным натяжением с образованием массивных рубцов по типу келоидных (фото 3,4).

Загадочно и то, что изучение кожных покровов шеи Путина за предыдущие годы обнаруживает в 2017 г. возникновение другого шрама – предшествующего описанному. В 2016 г. шея была чистая, а в марте 2018 г. появился послеоперационный рубец (фото 5,6). Становится объяснимым, почему в 2017 году не было Послания президента Федеральному собранию, которое перенесли на март 2018 года. Вероятно, возникло нарастающее сужение гортани, потребовавшее оперативное вмешательство. Поэтому здесь рана прямая, не ветвится, аккуратно зашита, и заживление произошло первичным натяжением.

Получается, что в 2017 и 2019 годах развились однотипные клинические ситуации, принудившие к хирургическим действиям. Правомерность такого вывода подтверждает идентичность составов бригад врачей, обслуживавших Путина в обоих случаях. В советские годы Генеральных секретарей сопровождали обычно кардиолог и невропатолог, поскольку в преклонном возрасте опасаться надо чаще всего инфаркта или инсульта. Тогда как в августе 2017 года вылетели в Сочи, где находился президент Путин, более десяти медиков, включая анестезиолога-реаниматолога, хирурга-специалиста по шее, нейрохирурга и, почему-то, дермато-венеролога и инфекциониста. Об этом свидетельствует их размещение в санатории «Русь» 25.08.2017 г., согласно Акта об оказании услуг ФГБУ «Объединённый санаторий «Русь» Управления делами Президента РФ. В ноябре 2019 года – примерно такой же состав. При этом в первом случае успели предупредить стеноз гортани, и операция прошла в штатном режиме. Однако организационных выводов не сделали. Расплатой за беспечность стал второй приступ с необходимостью экстренной трахеостомии.

Но и его восприняли как случайность, а не проявление общего заболевания, требующего постоянного лечения. В результате в апреле 2023 г. при посещении Храма Христа Спасителя у Путина на шее обнаружили новый шрам на месте келоидного рубца (фото 7,8). По внешнему виду ему 5-6 месяцев давности. Едва ли это была операция с косметической целью, поскольку размеры шрама увеличились. К тому же пришлось вторично нарушить Конституцию, отказавшись в 2022 г. от Послания Федеральному собранию. Вероятно, обострилась нераспознанная болезнь,

из-за которой президент не смог участвовать даже в ноябре на Саммите двадцатки ведущих государства мира на острове Бали (Индонезия). Хотя встреча имела особенную для России важность, поскольку планировались беседы с президентом США Джо Байденом и Генеральным секретарём Коммунистической партии Китая Си Цзиньпином. Убедительных мотивов внезапного отказа не последовало. Ссылки на плотный график и более важные внутренние мероприятия не убедительны.

С 2015 года нарастают признаки воспаления верхних дыхательных путей, сначала – в виде редких покашливаний, а затем – частых, даже затрудняющих речь. Вероятнее всего – инфекционной природы, о чём говорит подключение инфекциониста к сопровождающим президента врачам. Однако ситуация не улучшилась. «18 ноября 2020 во время совещания по коронавирусу РФ Владимир Путин сильно закашлял …Он попросил прощения и прижал ко рту кулак, но сдержать кашель получилось не сразу. Через несколько секунд президент смог справиться с приступом…голос стал хриплый» [7]. Или на международном совещании в Астане по взаимодействию и мерам доверия в Азии 13.10.22. в 8-минутном выступлении – 17 покашливаний. И такая симптоматика волнообразно продолжается по настоящее время.

Причиной терапевтического неуспеха может быть вмешательство в лечебный процесс политиков, принуждающих скрывать одни симптомы и выпячивать другие. В своё время тяжело больному руководителю бывшей ГДР Эрику Хоннекеру, чтобы выслать его из СССР на показательный суд в ФРГ, врачи московской больницы имени Боткина поставили диагноз «практически здоров». А у больного была терминальная стадия рака, от которого он вскоре скончался в Чили. В 1996 г. во время президентской компании в России все федеральные СМИ говорили о богатырском здоровье Ельцина, который в то время лежал с тяжёлым инфарктом.

Политическим подходом к охране здоровья Путина является постоянное присутствие рядом с ним охранника с чёрным саквояжем. Бежит президент, и рядом бежит носитель саквояжа (фото 9). Некоторые говорят, что это – бронезащитная «сумка». Но она – более широкая, без застёжки-молнии и с одной ручкой, чтобы развёртываться рывком (фото 10). И это – не ядерный чемоданчик, имеющий другую форму, в котором находится аппаратура для принятия военных решений (фото 11).

Ему не нужно находиться в шаговой доступности, поскольку для задействования требуются минуты.

В СМИ вбросили версию, и она нашла широкое распространение, что речь идёт о сборе президентских экскрементов (кала и мочи). Абсурдность объяснения очевидна – не станет же Путин испражняться у всех на виду: при встречах почётных караулов в зарубежных странах (фото 12,13), на Красной площади с гостями (фото 14), при возложении венков на Пискарёвском кладбище (фото 15), у алтаря в Храме Христа Спасителя на Пасху (фото 16). Для таких целей достаточно иметь в ближайшем туалете охранника с контейнером.

Единственно обоснованной является врачебная версия: у президента имеется многолетнее опасное заболевание, способное в любой момент осложнится отёком гортани и стенозом дыхательных путей. Обострения возникают внезапно, и нейтрализовать их нужно за секунды. Соответственно реаниматологи должны быть крепкого телосложения, чтобы поднять на руки задыхающегося больного и перенести в удобное для манипуляций место. И инструменты для интубации необходимо иметь в саквояже рядом с больным. Поэтому на высоких международных встречах, когда охранникам запрещалось входить через главный вход, они стремглав мчались внутрь здания через технические двери (фото 17).

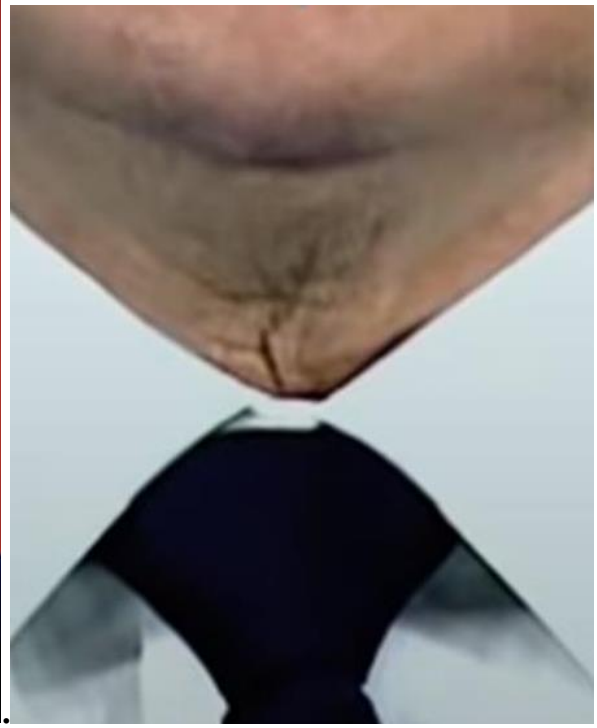
Подтверждением этой версии служит визит Путина летом 2022 года в Иран с отёчным лицом. Аналогичный отёк мог быть и на слизистой гортани. Поэтому в самолёте находился один реаниматолог, а у трапа ждал другой, контролируя спуск президента по ступенькам (фото 18). И в руках – реанимационный саквояж (фото 19).

Среди неинфекционных заболеваний нет ни одного, обладающего перечисленными симптомами. Вероятнее всего имеется какая-то инфекция, осложняющаяся отёками гортани. И её природу не смогли установить. Для ответа требуется поиск контактов Путина с инфекционными больными – предполагаемыми источниками заражения.

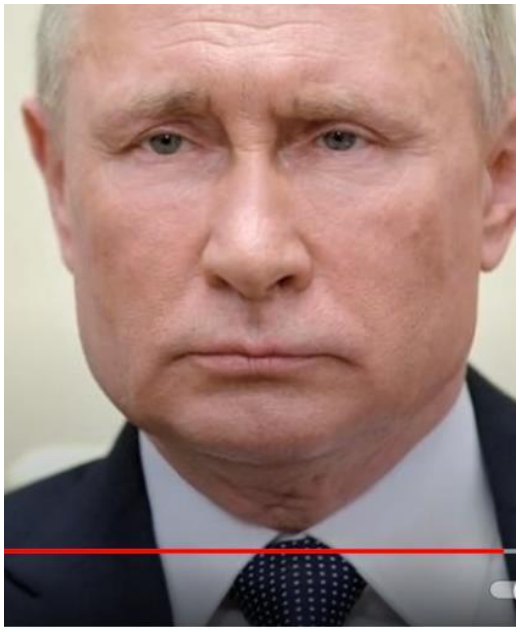
ИЛЛЮСТРАЦИИ – § I

1

2



3



а сайте Минздрава.

4

5

6

ии Федеральному собранию 1 ма

7

8

9

10

11

12

13

14

15

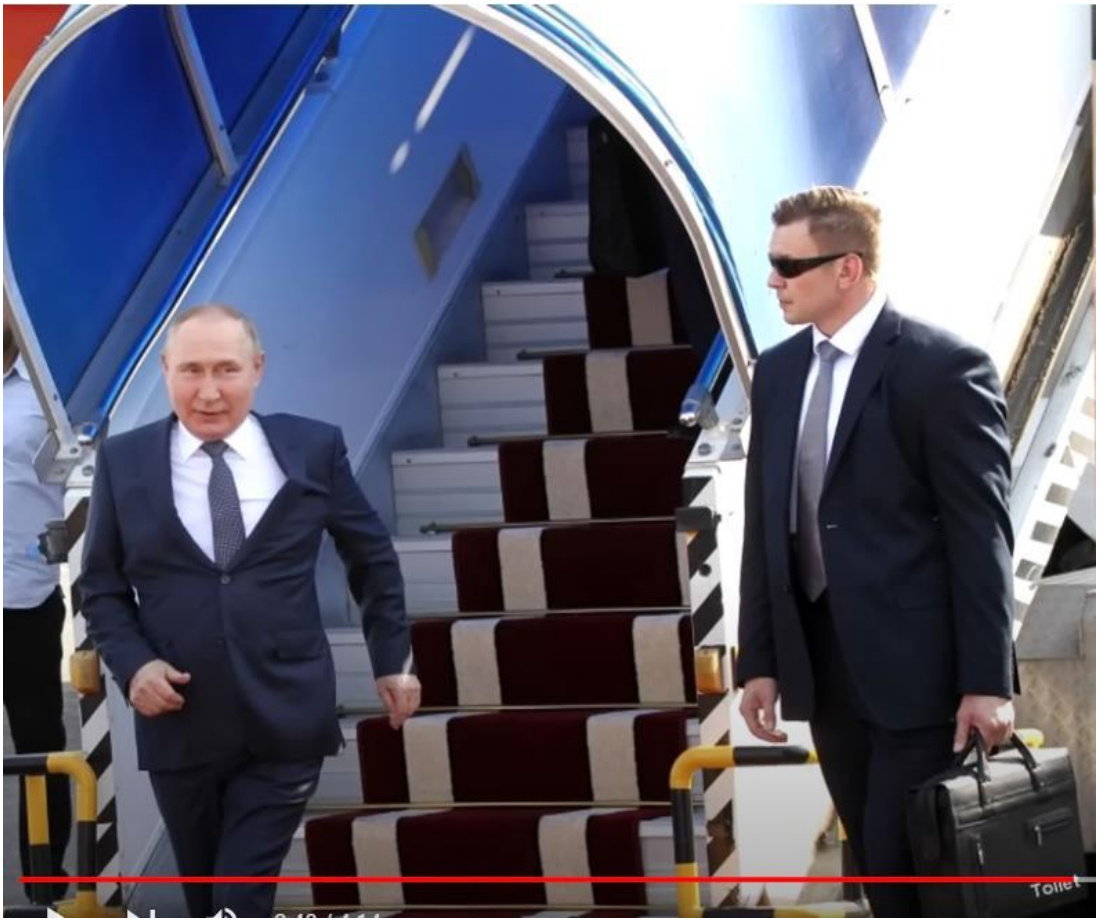
16

17

18

.

19



2. Опасная болезнь президента Украины

Виктор Ющенко, 1954 года рождения, в 1993-1999 годах являлся председателем правления Национального банка Украины, в 1999-2001 гг. – премьер-министром Украины (фото 20). Подробную выписку из его медицинских документов сделала экспертная группа киевских врачей в составе профессора Степаненко (руководитель), профессора Коляденко, к.м.н. Проценко, к.м.н. Лобанова, к.м.н. Каденко и др. Анализировались ксерокопии медицинской документации с 1994 г. по 2004 г., представленные республиканской клинической больницей при кабинете министров Украины (на украинском языке – приложение 2). Вопреки заявлениям Ющенко о своём хорошем здоровье, были зафиксированы многочисленные заболевания различных органов:

1) система пищеварения: хронический гастрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, хронический дуоденит, хронический холецистит, хронический колит, дисбактериоз кишечника, гепатоз;

2) периферическая нервная система: полирадикулярный синдром, острый корешковый синдром на уровне шейного отделов позвоночника, распространённый остеохондроз, левосторонняя ишиалгия, тораколгия, парез левого лицевого нерва;

3) кожа и слизистые: герпес в области носогубного треугольника, рожа левого бедра, хронический блефаро-коньюнктивит, аллергический дерматит;

4) сердечно-сосудистая система: атеросклероз сосудов головного мозга, состояние после венэктомии вен правой голени (1988 г.);

5) психические нарушения: астеноневротический синдром, дисциркуляторная энцефалопатия первой степени;

6) эндокринная система: узловатый зоб, сахарный диабет второго типа;

7) лёгочная система: левосторонний плеврит.

В 1997 г. из-за болей в позвоночнике была проведена нейрохирургическая операция дискэктомия для освобождения нервного корешка от сдавления вследствие воспалительного процесса [8]. В 2001 г. случилось очередное обострение, потребовавшее интенсивной амбулаторной противовоспалительной и обезболивающей терапии [9]. Лечение оказалось не эффективным. Ющенко не мог передвигаться и его снова госпитализировали в Институт нейрохирургии. После выписки через два дня боли возобновились, потребовав следующей госпитализации.

В результате он даже не присутствовал на важном заседании Верховной Рады при назначении нового премьер-министра [10]. В течение 2002 года было зафиксировано 65 посещений поликлиники, в среднем по семь в месяц [приложение 2]. В ноябре 2004 г. Ющенко обращался за консультацией в Международный центр нейрохирургии по поводу болей в спине [8].

В результате врачебная комиссия отнесла его к группе часто болеющих. При этом многообразие диагнозов было воспринято как случайный набор разрозненных явлений, не объединённых в единый нозологический процесс. Хотя возникал вопрос: каким образом мужчина средних лет, живущий в благоприятных условиях, занимающийся спортом, получающий полноценное медицинское обслуживание мог накопить такое множество самостоятельных болезней? Логично предположить у них общую причину, существование которой осталась вне диагностического внимания.

В сентябре 2004 года на фоне стресса от участия в выборной президентской компании здоровье Ющенко стало ухудшаться. Резкое обострение случилось 6 сентября [8]. (Представленная далее клиническая картина основана на описаниях его лечащих врачей, результатах лабораторных исследований, свидетельств очевидцев, публикаций в прессе и фотографиях из Интернета. (*Кеглем с наклоном даются цитаты и тексты, включающие фрагменты цитирования*). Утром возникли сильные головные боли, слабость, рвота. 7 сентября появились боли в животе, расстройство стула, боли в спине и груди, опухлость под глазами. 8 сентября боли в спине усилились, кожные покровы лица приобрели розово-красный цвет, дикция стала шепелявой (фото 21). Первым диагнозом был «желудочный грипп» [9]. Появились потеря чувствительности и онемение верхней губы. На коже возникли тёмные пятна. Стала нарастать отёчность по телу. С диагнозом «желудочный грипп и панкреатит … осложнённый быстро развивающимся отёком тела» Ющенко вылетел на лечение в частную австрийскую клинику «Рудольфиннерхаус» [8,9].

По свидетельству Николая Корпана, приглашённого профессора клиники «Рудольфиннерхаус», общего хирурга, выпускника киевского медицинского института и лечащего врача Ющенко, «*пациента доставили в клинику со многими острыми диагнозами через четыре дня после начала заболевания…Поэтому острый панкреатит был лишь одним из многих диагнозов. Кроме него имелись острый гастрит, острый колит, атипичные полисегментарные боли в груди и парез*

лица». При обследовании в клинике выявлено: *атипичное заболевание с диффузными головными болями, к которым за 12 часов добавились боли с острой грудинной и желудочной симптоматикой, и периферийным парезом лица, боли в позвоночнике, одновременно – острый панкреатит, острый гастрит и колит, поражение слизистых желез брюшной полости, кишечника, толстой кишки, воспаление печени. Так много заболеваний одновременно – большая редкость в медицинской практике. Это даёт основание говорить о какой-то специфической причине*. Мы *не может установить причины заболевания. Оно характеризуется комплексом симптомов, которые очень редко сочетаются* [8,10,13].

По описаниям Михаэля Цимпфера, президента Венской клиники «Рудольфинерхаус», профессора, специалиста по реанимации и обезболиванию, больной с трудом вставал с кровати (фото 22). Боль в спине *не могла быть объяснена ни с точки зрения интенсивной медицины, ни с точки зрения неврологии.* Для её купирования применили антиболевую помпу, через которую вводили сильные обезболивающие препараты. Однако состояние пациента оставалось тяжёлым. Был вставлен эпидуральный катетер, через который провели корешковую анестезию. Самочувствие не изменилось. Тогда ввели смесь всех известных медицине обезболивающих средств. Только после этого состояние Ющенко стало улучшаться [10,13].

Общий анализ крови не выявил проясняющих особенностей. При эндоскопии обнаружены множественные мелкоязвенные поражения желудка и кишечника. Из-за асимметрии лица возникло подозрение на инсульт мозга. Одновременно предполагалось наличие инфаркта миокарда. После инструментальных обследований, включая компьютерную томографию, эти диагнозы не подтвердились [10,11].

Через неделю 18 сентября больного выписали по его просьбе, несмотря на сохраняющиеся симптомы болезни. Отмечались эритематозные высыпания вокруг носа по типу крыльев бабочки (фото 23), парез левого лицевого нерва, от которого лицо было перекошено вправо (фото 24). Развился левосторонний логофтальм (закатывание глазного яблока) из-за изолированного поражения верхней ветви левого лицевого нерва (фото 25), как по учебнику (фото 26).

Вторая госпитализация в «Рудольфинерхаус» состоялась с 30 сентября до 10 октября по настоянию Корпана, который перед этим выезжал в Киев с целью взятия необходимых анализов. По свидетельству пресс-секретаря Ющенко Ирины Геращенко, у больного отмечались дефекты речи, слезотечение, отёчность и перекошенность лица. Возникли покраснение и припухлость кожи по всему телу. По описаниям Михаэля Цимпфера, «…*на протяжении второго пребывания в клинике на первом месте были проблемы кожного покрова и болей в спине. Сначала была предпринята инфильтрация спины, но это оказалось безрезультатным, боли в спине усилились. Потом я провёл эпидуральную анестезию (катетер между лопатками»* [10].

Для купирования болей в позвоночнике приходилось вводить *опиумное вещество через центральную вену. Эта обезболивающая терапия может быть сравнена только с терапией после перенесения очень тяжёлой операции или в случае травмирования при несчастном случае*. Боль распространялась по спине вдоль межреберных промежутков влево. По свидетельству Корпана и Цимпфера, болевой синдром в спине *был нетипичным, симптомы не могли быть объяснены таким заболеванием как миозит. С ортопедической точки зрения эта боль не возникла в позвоночнике*. Боль в спине «*не могла быть объяснена ни с точки зрения интенсивной медицины, ни с точки зрения неврологии. Так же она не подходила и к выставленному диагнозу* [10].

По результатам проведенных обследований подтверждено наличие *панкреатита сложной формы, рефлюкс-эзофагита, гастрита сложной формы с возможной язвой желудка, гепатита, левостороннего проктоколита сложной формы. Проблемы кожного покрова и боли в спине. Припухлость и асимметрия лица. Воспаление лицевого нерва, вызванное предположительно вирусом герпеса и бактериями. Левосторонний отит. Сильная боль в спине не имела объяснений ни с точки зрения интенсивной медицины, ни с точки зрения неврологии. По заявлению Цимпфера, причины симптомов болезни не были определены. Усилия были направлены в первую очередь на лечение герпеса, осложнённого панкреатитом* [10].

Многообразие зарегистрированных у Ющенко симптомов было воспринято как случайная комбинация, не имевшая нозологической определённости. В показаниях на суде Корпан неоднократно повторял: *ни одно из известных*

заболеваний не могло быть диагностировано. Болезнь «*…имела странное течение в период с 10 по 18 сентября и в период с 30 сентября по 10 октября 2004 года, неизвестное медицине». Характер течения болезни был очень нетипичным. Я много работал в киевском городском центре и на кафедре хирургии Киевского медицинского института, и видел много больных с острым панкреатитом. Но то, что я здесь видел, нельзя было ни с чем сравнить, поэтому я это называл псевдопанкреатит, псевдогастрит, псевдоколит»* [12].

Аналогичного мнения придерживался Цимпфер, что они лечили пациента, «*…при котором причины возникновения симптомов болезни не были определены. Мы не можем установить причины заболевания пациента. Данное заболевание характеризуется комплексом симптомов, которые очень редко сочетаются»* [8,10]. 10 октября Ющенко настоял на выписке из клиники и вылетел в Киев для участия в предвыборной кампании. Поражает сила воли стремящегося к власти политика, у которого при выступлениях на многочисленных митингах с наполовину парализованным и отёкшим лицом между лопатками находился эпидуральный катетер, через который каждые два часа вводились сильнейшие обезболивающие препараты [9,13].

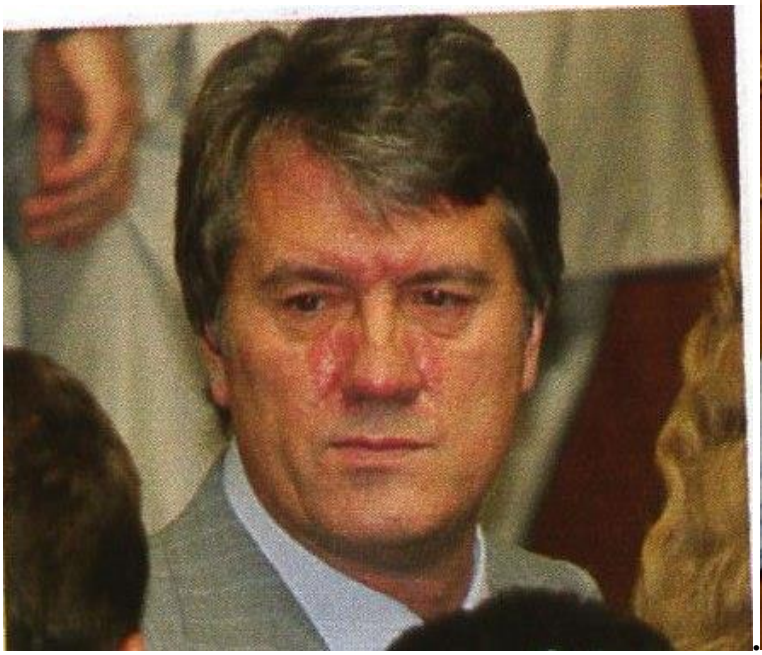
ИЛЛЮСТРАЦИИ – § II

20

21

22

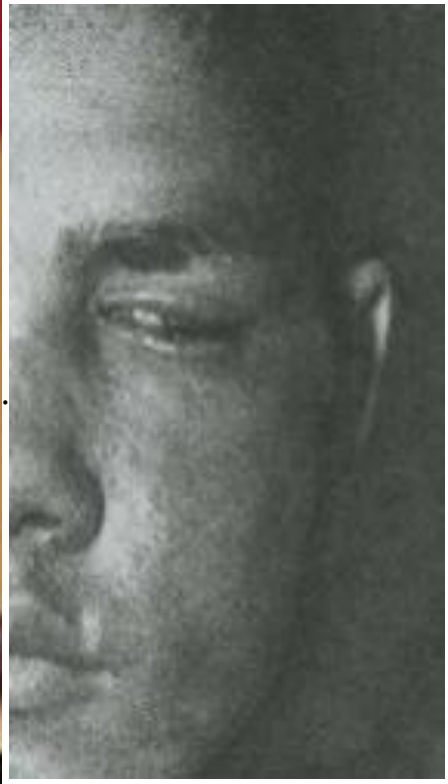
23



24

25

26



3. Отравления не было

Тема отравления Ющенко во время ужина с друзьями впервые прозвучала 17 сентября через 10 дней от начала болезни. Её высказал Александр Зинченко – руководитель избирательного штаба Ющенко, вице-спикер Верховной рады [14, ч.1]. Идею отравления сочли стоящей, сделав стержнем избирательной кампании. 21 сентября с трибуны украинского парламента Ющенко делает заявление о покушении на свою жизнь со стороны официальной власти. «*Вы знаете, кто этот убийца. Убийца – это власть!*» [14, ч.1].

21 сентября Верховная Рада создаёт Временную следственную комиссию по расследованию обстоятельств отравления Ющенко. Председателем назначили бывшего разведчика Владимира Сивковича. Для профессионального изучения ситуации с отравлением были созданы комиссия Министерства здравоохранения Украины и группа судебно-медицинских экспертов. Тогда же 21 сентября 2004 года генеральная прокуратура Украины возбудила уголовное дело №49-1361 по статье 112 Уголовного кодекса Украины – «Посягательство на жизнь государственного или общественного деятеля». Процесс расследования сопровождался четырьмя сменами Генеральных прокуроров: С. Пискун, Г. Васильев, С. Пискун, А. Медведько. В работе участвовали ведущие работники Генеральной прокуратуры и Службы безопасности Украины. Общий объём материалов достиг 35 томов, проведено 9 разных экспертиз, допрошено более 200 свидетелей [35].

28 сентября с возражением против версии отравления выступили врачи «Рудольфинерхаус», издав пресс-релиз, что информация о применении яда безосновательна с медицинской точки зрения. Руководитель отделения судебной экспертизы Института судебно-медицинской экспертизы Венского университета профессор Манфред Хохмастер на вопрос Комиссии Верховной Рады сообщил, что «*в образцах, которые были взяты у господина Ющенко 30 сентября 2004 г., не выявлено следов отравления металлами или наркотиками*» [10]. По свидетельству главного врача клиники Лотара Викке, сообщение об отравлении Ющенко – *«это дезинформация, фальшивый диагноз, лишённый всякой медицинской основы»* [14, ч.1]. Подтверждением его слов служило заявление Цимпфера, что по данным заключения Института судебной медицины «*ядов не нашли*». Так же и в заключении Института фармакологии не было упоминаний о наличии яда [8]

Киевские политики с этим не согласились, и 3 октября генеральный прокурор Васильев и группа парламентариев вылетели в Австрию для оказания давления на клинику [14, ч.1]. Прессинг отчасти удался, и 3 октября врачи опубликовали новый пресс-релиз, где подтвердили отсутствие доказательств отравления. Но добавили, что нет и доказательств его отсутствия.

4 октября избирательный штаб Ющенко обратился к Временной следственной комиссии с требованием расследовать фальшивое заявление клиники об отсутствии отравления [14, ч.1]. Однако 6 октября была организована пресс-конференция, на которой оглашены отрицательные результаты поездки делегации официальных представителей Киева. Генпрокурор Васильев констатировал, что «*никакими данными, которые свидетельствовали бы об умышленном отравлении Ющенко, Генеральная прокуратура не располагает*». Министр здравоохранения А. Пидаев огласил официальное заявление Минздрава, что никакой официальной информации относительно заболевания и лечения Ющенко в распоряжение министерства не поступало. В связи с этим Минздрав считает любые попытки медицинского анализа ситуации необъективными, противоречащими нормам медицинской этики и действующему законодательству Украины [14, ч.2].

По инициативе Генерального прокурора Украины для профессионального анализа ситуации были созданы экспертные врачебные комиссии. В комиссию Минздрава вошли терапевт, гастроэнтеролог и невропатолог, а в комиссию при прокуратуре – дерматолог, инфекционист и косметолог. По результатам их работы версия отравления не нашла подтверждения [28]. Высказано предположение, что причиной заболевания была *герпетическая вирусная инфекция* [13,14].

22 октября Генеральная прокурора закрывает уголовное дело по заявлению об отравлении. Следователь принял такое решение, поскольку в материалах уголовного дела не было ни одного обстоятельства, которое указывало на насильственные действия в отношении Ющенко. Наоборот, материалы экспертиз свидетельствовали, что причиной отравления была инфекция, вероятно герпетическая [14, ч.1]. 19 ноября в Верховной Раде утверждён окончательный отчёт Временной следственной комиссии по расследованию обстоятельств отравления Ющенко. За подписью 8 членов из 12 сделаны следующие выводы: *«нет никаких подтверждений факта умышленного отравления Ющенко и применения против него биологического*

оружия». Нет ни юридических, ни фактических оснований утверждать, что имело место, предусмотренное статьёй 112 Уголовного кодекса Украины («Посягательство на жизнь государственного или общественного деятеля») [14, ч. 1].

23-25 ноября 2004 г. в Земельном суде Вены проводился допрос лечащих Ющенко врачей Корпана и Цимпфера [10]. Вместе с ними допрашивался главный врач клиники «Рудольфинерхаус» Викке. На вопрос о доказательствах отравления все трое однозначно ответили: доказательств отравления нет. Ни Институт судебной медицины, ни Институт фармакологии не выявили в образцах крови, мочи и ногтей ядов или тяжёлых металлов [14,15].

8 декабря 2004 г. Викке заявил австрийскому информационному агентству, что подозрения в отравлении украинского политика не подтверждены. То же самое сказал и Цимпфер: «*До сих пор ничего не доказано. Случай отравления без доказательств – всё равно, что убийство без покойника*» [14, ч.1].

9 декабря президент Украины Леонид Кучма подписал Указ об отставке генерального прокурора Геннадия Васильева и восстановлении в должности уволенного перед ним Святослава Пискуна [14, ч.1]. 11 декабря Генеральный прокурор Украины отменяет постановление о закрытии уголовного дела, которое возобновляется в полном объёме [17]. Но и он в конце 2004 г. жаловался на отсутствии материалов для обвинения. «*Анализов, сданных в Украине, как не было, так и нет. Как нет и медицинских заверенных документов*» [16].

8 марта 2005 г. Викке был уволен с поста главного врача клиники за то, что отрицал наличие доказательств отравления. Позднее суд восстановил его в этой должности, и Викке снова заявил: «*Я непосредственно в этом принимал участие и могу сказать, что Институт судебной медицины в Вене не нашёл никаких следов ядовитых веществ в его крови*» [16].

Удивительно, но истина не интересовала и самого больного. Член «оранжевой» команды, экс глава СБУ в правительстве Тимошенко, Александр Турчинов заявил, что у него нет доказательств отравления Ющенко, поскольку «*президент за минувший год так и не соизволил сдать анализы тканей*» [16]. Об отказе Ющенко от диагностических обследований говорил австрийскому агентству АПА сам Цимпфер. «*Только анализ лицевой ткани может дать ответ, был ли Ющенко отравлен*». «*…Однако во время лечения в клинике больной отказался от*

биопсии лицевой ткани. Членов комиссий поразил тот факт, что Ющенко ни разу не посетил их заседания, несмотря на многочисленные приглашения, и не ответил на письменные вопросы [27]. «*Объяснить подобное поведение можно лишь тем, что «отравившийся» прекрасно знает, что яда в его организме нет, и с этой стороны ничто не грозит его здоровью*». В такой обстановке, заявил председатель комиссии, «*… сама комиссия дальше работать не может, её деятельность бесперспективна. Тем более, что Ющенко запретил собирать и работать с информацией о его «отравлении*» [27].

14 июня 2005 года в интервью газете «Факты» экс-генпрокурор Васильев подтвердил, что *никакого отравления Ющенко не было. В 2004 году Генпрокуратура по данному факту пыталась найти доказательства, но* «*ни наши, ни австрийские специалисты не нашли подтверждения тому, что против Виктора Андреевича было совершено преступление, связанное с отравлением…Выяснять надо, прежде всего, что же произошло на самом деле и почему обстоятельства случившегося стали выдавать за отравление*» [14, ч.1].

4. Во всём виноват Пентагон

Обнаружение у Ющенко опасного заболевания накануне второго тура президентских выборов означало бы крах его политических амбиций. Тогда как доказательство отравления создавало образ страдающего от власти человека, привлекая политических сторонников. Для этого требовалось ко дню голосования 26 декабря предъявить наличие яда. А его не было. Об этом предупреждал Давид Жвания, соратник и друг Ющенко, крёстный отец его сына. Как один из руководителей выборного штаба он был против версии отравления, чтобы не стать заложниками безответственного поведения. «*Все анализы – это абсолютная фикция и фальсификация*». На вопрос, почему он раньше не обнародовал эти сведения, Жвания ответил, *что не хотел позорить страну, чтобы дух «оранжевой революции» был каким-то образом нивелирован. Чтобы не наносить удар по той прекрасной картине, что сложилась тогда в стране. А после заявления Зинченко все бегали и пытались прикрыть зад*, поскольку яда и отравителей не оказалось [18,28]**.** Назревал кризис «оранжевой» команды.

Тогда и «появился» в крови диоксин – в декабре 2004 года, т.е. через 2,5 месяца от начала заболевания. Его «обнаружили» американские специалисты из

штата Вирджиния США, приглашённые с разрешения Ющенко к расследованию отравления. Зимпфер и Корпан заявили, что «*именно американская группа оказала помощь в установлении диагноза и определении путей лечения*» [8]. Факт участия американцев подтвердил Корпан на суде в Вене 23 ноября 2004 года [10]. По сообщению американского издания «The Washington Post», в середине декабря 2004 г. в Австрию вылетела группа американских врачей, которая тайно помогала в лечении отравленного диоксином оппозиционного кандидата на пост Президента Украины. Газета сообщает об этом со ссылкой на представителей властей США [19,20].

Группу их шести американских врачей возглавил профессор медицины Грегори Саатхофф (Gregory Saathoff), являвшийся исполнительным директором Аналитической группы по критическим инцидентам («Critical Incident Analysis Group»), помогающим правительственным и общественным организациям в чрезвычайных ситуациях. Саатхофф получил разрешение от семьи Ющенко обсуждать «ограниченные» вопросы по данному делу. Он подчеркнул, что участие было тайным: «…у американского правительства нет никакой заинтересованности или возможности быть вовлечёнными в эту ситуацию, поскольку это было бы вмешательством в выборы другой страны». Правительство решило действовать не напрямую, а через знакомого Ющенко адвоката МакКоннелла, которому посоветовали нанять Саатхоффа. МакКоннелл сам признался, что нанять Саатхоффа порекомендовал представитель американского правительства, фамилию которого не назвал. Журналистам газеты удалось также пообщаться с высокопоставленным американским чиновником, непосредственно вовлечённым в эту операцию. Он сообщил, что всё началось с просьбы жены Ющенко о помощи, переданной через чиновника в Пентагоне. В ответ Госдепартамент США предоставил группе материально-техническое обеспечение, а Саатхофф поддерживал постоянный контакт с Госдпом. Помощь группе оказывали также посол США в Украине Джон Хербст и американское посольство в Вене.

Зачем подключать Аналитическую группу по критическим ситуациям, если речь шла об установлении медицинского диагноза? Для этого достаточно обратиться в Министерство здравоохранения США (России, Франции, Великобритании и др.) с просьбой направить соответствующих специалистов. Значит, на Украине возникла

ситуации высокой критичности для США, справиться с которой оказалось по силам лишь соответствующим профессионалам. Критичность заключалась в том, что на приближавшемся втором туре президентских выборов от Ющенко требовалась безусловная победа. Необходимо было найти яд, имеющий сходные симптомы с болезнью Ющенко. В такой ситуации профессионалы «Critical Incident Analysis Group» пришли к единственно эффективному решению. Надо твёрдо объявить об отравлении именно диоксином. Для этого появилось сообщение, что обнаруженный диоксин соответствует марке «Оранж эйджент». Его применяли американцы во время войны во Вьетнаме, чтобы джунгли сбрасывали листву [20,21].

Высказывались также версии, что яд производили в России [20], и это была месть Путина за прозападный вектор Ющенко [24]. Даже обнаружили каналы доставки диоксина в Украину. По свидетельству министра внутренних дел Юрия Луценко: «*Теперь известно, кто перевёз яд через границу, какой депутат сопровождал, какой чиновник приносил его к месту совершения преступления, и кто подмешал его в еду*» [14, ч.2].

При сложных диагностических ситуациях в медицине используют технологию дифференциальной диагностики, в том числе метод исключения. Он позволяет находить ложные факты, чтобы исключать построенные на них ошибочные выводы. Примером может служить выявление причины гибели Министра внутренних дел Украины Юрия Кравченко, имевшего отношение к расследованию отравлений. Кравченко умер в своем гараже от пулевого проникающего ранения головы с повреждением головного мозга. По версии официальных следователей это было самоубийство. В качестве доказательства приводится предсмертная записка и ряд других материалов. На этом основании уголовное дело закрыли из-за отсутствия состава преступления.

Тогда как с позиций дифференциальной диагностики на голове трупа обнаружено 2 входных пулевых отверстия и 2 выходных. При выстреле в упор выходное отверстие – это часть вырванной черепной коробки вместе с мозгом. Поэтому после первого выстрела в подбородок Кравченко не мог действовать самостоятельно и совершить второй выстрел, как утверждается в судебном расследовании. Совершенно очевидно, что после первого выстрела генерал был

мёртв. И контрольный выстрел – не его рук дело. Значит, версия самоубийства исключается как невозможная. Остаётся – убийство, и надо искать преступников.

В случае с Ющенко таким «не может быть» являются многократные различия доз яда в исследованных пробах крови при наличии однократного отравления:

- сначала Цимпфер твёрдо заявил: «*Абсолютно никаких доказательств присутствия в организме Ющенко яда или признаков так называемого «биологического терроризма» отмечено не было. В этом сложном случае крупнейшие врачи «Рудольфинерхауз» провели консультации с рядом зарубежных медицинских центров, специализирующихся на отравлениях организма, в том числе и с Научным центром по исследованию ядов в Вашингтоне – никакого отравления* [15];

- а 8 декабря – что Виктор Ющенко *был отравлен в сентябре с целью убийства. При анализе взятых у него проб крови обнаружено содержание диоксина, превышающее норму в 1000 раз* [16]. Эту цифру подтвердил Корпан [12];

- 9 декабря, т.е. на следующий день – опровержение предшествующего заявления: «*На сегодняшний день подозрения в отравлении украинского политика не подтверждены*» [13];

- 11 декабря вдруг снова: «*Однозначно речь идёт об отравлении диоксинами*» [13];

- потом, мол, благодаря эффективному лечению в клинике «*…уровень диоксина вернули к нормальному*» [17]; «*все диоксины из организма Ющенко выведены*» [21];

- затем Корпан показал увеличение на тот момент концентрации яда до 5000 раз [22];

- 15 декабря пробы крови были вновь направлены в амстердамскую лабораторию «Био Дитекшн Системз», где профессор-токсиколог Абрахам Броуэр обнаружил превышение диоксина в 6000 раз [14, ч. 1; 16];

- в украинскую прокуратуру поступили результаты исследования проб крови Ющенко от нескольких европейских лабораторий, свидетельствующих о превышении доз диоксина в 10000 раз [29].

Чем объяснить такой разброс, если каждая из обозначенных лабораторий была сертифицирована и дорожила профессиональной репутацией? По объяснению

французского профессора Ж. Сора, принимавшего участие в лечении Ющенко, «*диоксин был выявлен достаточно поздно, поскольку мысль о таком типе отравы не пришла сразу в голову*» [29]. Аналогичное объяснение даёт Корпан. В апреле 2005 г. ему задал вопрос журналист газеты «Новые известия»: «*Почему первые два анализа крови ничего не показали? Как получилось, что суперсовременные лаборатории «не замечали» страшного количества яда, которое носил в себе будущий президент?*». Ответ: «*Для того, чтобы лаборатория нашла что-то, нужно ставить перед ней конкретную задачу. А мы поначалу были в полной растерянности и просто не понимали, что происходит ……Единственный анализ, который был сделан – на отравление грибами…*» [22].

Оба ответа соответствуют уровню лаборанта участковой больницы, не знающего на какой анализ направить поступившие материалы. Если же говорить о «суперсовременных» сертифицированных токсикологических центрах, в них не гадают какие исследования необходимо провести, помимо выявления грибного яда. Тем более с материалами президента европейской страны, оказавшегося в криминальной ситуации. Анализы проводятся автоматически сразу по всему возможному спектру диагностических наборов.

Ещё вопрос – каким образом удалось к 14 декабря удалить из организма растворённый в жировых тканях яд? Ведь известно: «…*если диоксины попадают в организм, то …каких-либо противоядий не существует. Вообще. Обычно лечение проводится на основании общих принципов, применяемых в медицине и токсикологии, то есть так называемая симптоматическая терапия*», свидетельствует директор токсикологического центра Минздрава РФ Юрий Остапенко [36]. Такая же позиция и у специалиста по диоксинам Н. Каракчиева: антидоты от диоксина не известны [37]. Что касается периода естественного полураспада, когда концентрация диоксина снижается в два раза, он составляет не менее 5-7 лет. Поэтому утверждение Корпана, что «в австрийской клинике Ющенко быстро и эффективно провели детоксикацию … и сейчас украинский политик полностью работоспособен» [26] является блефом.

По сценарию американской аналитической группы обнаруживать диоксин в крови у Ющенко должны были первоклассные лаборатории, поскольку дело приобрело криминальный оттенок. Для этого в Вашингтон вылетел депутат

Верховной Рады, чтобы передать образцы крови. В них могли добавлять нужное количество яда, чтобы затем развозить по лабораториям. Богомолец объяснила корреспонденту «Украинской правды»: «*В клинике я проводила заборы крови, кожи, содержимого кист и даже волос. ...Все пробы в запечатанных контейнерах, которые тут же подписывались и запаковывались мною лично, я отдавала ответственному лицу*». Это был «*начальник охраны президента Павел Алёшин*» [5]. Он мог доставлять пробы крови к химикам, которые подмешивали в них яд. А потом Корпан и Цимпфер развозили материал по лабораториям для анализа [10].

К выводу о манипуляциях с пробами крови, дающих выраженные погрешности, пришёл украинский исследователь Сергей Лозунько. Большой разброс показателей он объясняет тем, что процедура добавления яда есть трудное дело. «…*Чтобы ввести в кровь для анализов более-менее разумную дозу диоксина, необходимо крайне точное и относительно сложное оборудование. Ведь речь должна была идти о дозах, исчисляемых в нанограммах. Нанограмм – это одна миллиардная часть грамма. Посему получился такой просчёт*». Характерно, что исследовалась только кровь, а не жировая ткань, где в основном накапливается яд. Потому что добавлять диоксин в ткань невозможно [21].

Становится понятным, почему токсикологические исследования проводились зарубежными лабораториями, отстранив от этого украинских токсикологов. Исполняющий обязанности министра здравоохранения Украины Н. Полищук заявил, что анализ на диоксины в стране не проводился из-за отсутствия лабораторий, способных их выявлять [26]. Тогда как на самом деле диоксиновый контроль в СССР осуществлялся именно киевским институтом экогигинены и токсикологии. Он был головным учреждением Минздрава СССР по проблемам токсикологии пестицидов, полимеров и пластмасс, синтез которых является главным источником диоксинов. В 1987 г. на базе этого института даже создали Всесоюзный центр по диоксинам [26].

5. Медикам о забытой инфекции

Если описанная у Ющенко клиническая картина не является отравлением, значит это – болезнь. Её инфекционную природу предположил Николай Корпан, заявив о влиянии *эндотоксинов от бактерий, грибков или вирусов*. Одной из версий, высказанных врачами, было обострение герпеса. *Ухудшение состояния Ющенко*

после 5 сентября обусловлено активизацией скрытой (латентной) вирусной герпетической инфекции, которая в дальнейшем проявилась изменениями в виде острого интерстициального панкреатита, эрозивно-язвенных поражений желудка и дистальных отделов кишечника, левостороннего экссудативного плеврита, опоясывающего лишая с выраженным болевым синдромом. Неврит лицевого нерва может быть связан с отечно-компрессионными изменениями ствола лицевого нерва, который, как и левосторонний отит, стал следствием вирусной инфекции [8,10,41].

Однако герпетический дерматит имеет другую симптоматику. Заболевание проявляется высыпаниями в виде сгруппированных пузырьков на фоне эритемы и отёчности. До появления сыпи за 2-3 дня ощущается жжение, покалывание и зуд на месте будущей сыпи. Содержимое пузырьков прозрачное, затем мутнеет. Они могут сливаться в многокамерный сплошной пузырь. После вскрытия пузырьков образуются эрозии и язвочки. Обострение длится 10-14 дней. При герпесе не возникает плотных инфильтратов, пронизывающих все слои кожи. По заключению Богомолец, «*на момент прихода ко мне ...клинических проявлений герпеса ... у Виктора Андреевича не было*» [5].

Врачи забыли о дерматологическом правиле: «*Во всех неясных случаях, когда при проведении обычной терапии не наблюдается регресса высыпаний на коже (эритема, гипер- или гипопигментные пятна, папулы, инфильтраты, бугорки, узлы), следует предположить диагноз лепры и провести соответствующее дополнительное обследование*» [34, с.379]. Если при любом дерматологическом диагнозе болезнь длительно не поддаётся обычному лечению, необходимо исключить прежде всего три заболевания, начинающихся на букву «L»: Luis (сифилис), Lupus (красная волчанка), Lepra (проказа). Аналогичное требование распространяется и на длительно текущие невропатии.

В октябре 2004 г. московский профессор Игорь Гундаров высказал предположение о наличии у Ющенко проказы (лепры). Эта информация стала широко известной в СМИ. Диагноз лепры поставил и российский политик Борис Немцов, активный участник «оранжевой революции» [2]. Украинский доктор Даниил Голубев в декабре 2004 года также предположил, что лицо Ющенко «*напоминает обезображенного проказой*» [13]. Однако лечащие врачи президента

отказались рассматривать эту версию. В апреле 2005 года Корпан подтвердил, что профессор Гундаров «*писал открытое письмо через печать и настойчиво приглашал к дискуссии, утверждая на 99%, что президент Украины не отравлен диоксином, а болен проказой*». Журналист спросил об отношении Корпана к этому диагнозу? Ответом было категорическое отрицание. «*Проказа? Даже сельский фельдшер постеснялся бы говорить такое, основываясь на картинке телевизора и газетных фотографиях. Это же смешно!*» [22]. *«Эта версия исключается – вам любой специалист подтвердит. Проказа – крайне заразное заболевание. Если бы Ющенко был болен ею, то заболели бы и члены его семьи, и люди из ближайшего окружения»* [25]. Но длительность инкубационного периода при лепре достигает 30-40 лет.

Вопрос о лепре задали также Ольге Богомолец. Ответ: *«А про пчёл Вы не забыли? На самом деле, тут вообще не возникает проблем, потому что есть специфическая картина каждого заболевания, которая совершенно по-другому выглядит. Это просто домыслы и фантазии неграмотных обывателей от медицины». «Клинические симптомы, которые есть при лепре, выглядят совершенно по-другому»*? *«Лепра – это заболевание, которое протекает десятилетиями». При лепре должны быть нарушения чувствительности* [5]. Но тут же констатировала, что *«У Виктора Андреевича было временное нарушение чувствительности в области стоп,* и островковое онемение верхней губы.

Возражая против диагноза «лепры», Богомолец указывает, что *«…больным с лепрой обезболивающие не нужны»*. А у Ющенко, когда он *«… прибыл в клинику, оставались сильнейшие боли в ногах …»* [5]. Тогда как на самом деле для лепры характерны *жалобы на невралгические и артралгические боли в конечностях, не поддающихся обычной антиболевой терапии* [46, с. 171]. У нервных корешков спинного мозга из-за утолщения от воспаления формирующей их стромы происходит сдавливание в фиброзно-костных каналах позвоночного столба. Возникает боль, не поддающуюся устранению традиционными обезболивающими средствами. «*Известно, что длительные изнуряющие боли при лепрозном неврите бывают настолько интенсивными, что приводят больного в отчаяние*» [47, с. 87]. Причиной не видения опасного диагноза стала неготовность врачей к встрече с забытой инфекцией, о чём предупреждал директор Астраханского НИИ по

изучению лепры Анатолий Ющенко, однофамилец президента Украины: «*При встрече с больным лепрой зачастую у врача нет даже подозрения на это заболевание, и больной годами лечится от других недугов*» [34].

Возбудителем проказы (лепры) служит микобактерия Ханзена – mycobacterium leprae, обнаруженная в 1873 году. Распространение инфекции происходит преимущественно воздушно-капельным путём. Входными воротами является слизистая носа и дыхательных путей, где их особенно много. Заражение возможно и через телесные контакты. В 2008 году была выявлена новая разновидность – mycobacterium lepromatosis. Обе поражают различные системы организма, чем и объясняется многообразие клинических проявлений. Особенно страдает периферическая нервная система, поскольку лепра является нейроинфекцией. Развитие многочисленных невритов усиливает полиморфную симптоматику. Нередко лепрозные невриты предшествуют кожным поражениям [48]. Даже существует разновидность лепры без кожных изменений, с изолированным поражением только периферической нервной системы [49].

Характерны «островковые» расстройства чувствительности. К числу стигм относится изолированное поражение верхней (орбитальной) ветви лицевого нерва и большого ушного нерва [50, с. 376], «*При лепре нередко поражается только одна верхняя ветвь лицевого нерва, что никогда не бывает при другом заболевании, кроме травмы*» [45, с. 104]. «*При параличе круговой мышцы глаза отмечается округление глазной щели, лагофтальм, несмыкание век … глазное яблоко закатывается кверху*» [50, с. 381].

Наиболее демонстративными предстают кожные поражения: специфические дерматиты и неспецифические дермальные реакции. Обычно всё начинается с эритематозных, эритематозно-пигментных и эритематозно-гипопигментных пятен с нечёткими контурами. Высыпания локализуются чаще на лице, разгибательных поверхностях предплечий и голеней, на спине и ягодицах. Первоначально розовый цвет со временем приобретает бурый, медный, ржавый оттенок. Пятна могут оставаться длительное время без изменений, исчезать или трансформироваться в инфильтраты, лепромы, язвы.

При развитии инфильтратов появляется опухлость и отёчность кожи. Первоначальная локализация – преимущественно на лице: надбровные дуги, лоб,

крылья носа, щеки, мочки ушей. Затем они распространяются по коже рук, голеней, бёдер, ягодиц, спины. Цвет – розоватый, бурый или синюшно-бурый из-за пареза капилляров и гемосидероза. Инфильтраты могут быть дермальными или гиподермальными, в зависимости от глубины залегания. В них развиваются одиночные или множественные бугорки и узлы (лепромы) размером от 1-2 мм до 2-3 см. Гиподермальные лепромы вначале выявляются пальпаторно, но в дальнейшем становятся видимыми. На ощупь бывают мягкими (тестоватые) или плотными (фиброзные). Дермальные лепромы имеют вид овальных папул, превращаясь со временем в бугорки, возвышающиеся в виде полушарий над уровнем кожи. Поверхность обычно красновато-ржавого цвета, кожа напряжена, гладкая, лоснится, часто испещрена телеангиэктазиями. Цвет узлов различный: розово-желтый, буровато-синюшний, красновато-ржавый. Излюбленное место – лицо. Но встречаются и на других частях тела. При охлаждении «*на открытых частях тела возникает стойкая асимметричная синюшность*» [50, с. 383].

При диффузной инфильтрации надбровные дуги увеличиваются, выступают, утолщается нос. Лицо приобретает хмурое выражение, именуемое «маской льва» (facies leonina). Черты меняются до неузнаваемости, сглаживая расовые и индивидуальные особенности.

Парез сфинктеров выводных протоков потовых и сальных желез, расширение устьев волосяных фолликулов придаёт коже вид «апельсиновой корки» [50, с. 361]. Из-за усиления функции сальных желез кожа оказывается «жирной», блестящей, лоснящейся [50, с. 360-361].

Мочки ушей утолщаются и удлиняются, становятся отёчными. Деформируется хрящевой рисунок ушных раковин, форма которых уникальна и специфична, как кожный рисунок пальцев. Никакое заболевание не способно их изменить, только лепра.

Развитие лепром протекает медленно и заканчивается слабо пигментированным рубцом. Реже наблюдается быстрый распад с образованием неглубоких, длительно не заживающих язв [50, с. 365-366]. В процесс распада вовлекаются кости и суставы вплоть до атрофии структур конечностей. Возникают мутиляции пальцев, кистей, стоп, протекающие безболезненно из-за нарушенной проводимости по нервным стволам.

В силу выраженного полиморфизма «… *дифференциальный диагноз следует проводить со многими заболеваниями кожи и периферической нервной системы. Лепру называют «великим имитатором», способным имитировать большинство дерматозов … и болезней периферической нервной системы … Из кожных болезней клинически сходны с таковыми при лепре …прежде всего бугорковый сифилид, сифилитические гуммы, токсикодермия, многоформая экссудативная эритема, красный плоский лишай, туберкулёзная волчанка, саркоидоз, склеродермия, витилиго, сифилитическая лейкодерма, грибовидный микоз, ретикулёз кожи, трихофития гладкой кожи, лейшманиоз, узловатая эритема … рожа, пеллагра, пигментная крапивница, ихтиоз и др*.» [50, с. 385].

Принято считать, что симптомы проказы всегда нарастают медленно, в течение многих лет и не появляются быстро. При этом спутывают два процесса: течение болезни на доклиническом (инкубационном) этапе и течение болезни с выраженной симптоматикой. Доклинические признаки нарастают в течение ряда лет. А клиническая картина может развёртываться быстро, в виде лепрозной реакции. По данным ряда исследований, быстрое проявление лепры встречается в 30-45% случаев [49,50]. «*Нередко реакции носят характер рожистого воспаления*» [50, с. 376].

Выделяют четыре основные форма лепры: лепроматозная (бугорковая), пограничная, туберкулоидная и недифференцированная. По данным исследований в Таджикистане за 70-е годы их соотношение включало: 77% – бугорковая, 21% – недифференцированная, 2% – туберкулоидная. Истинное число заболевших выявляются не по обращаемости, а при активных осмотрах населения и обследовании лиц, контактировавших с больными» [53].

Особенно опасной является бугорковая форма. Её отличают большая заразность, интенсивность течения, резистентность к терапии. «*Клиническая картина характеризуется многочисленными висцеральными нарушениями, которым не уделяется должное внимание. В процесс вовлекаются дыхательная система: трахея, бронхи, лёгкие; сердечно-сосудистая система: сердце, кровеносные сосуды, расстройство кровообращения; органы пищеварения: пищевод, желудок, кишечник, брюшина, поджелудочная железа, жёлчный пузырь, печень; обмен веществ: белковый, жировой, углеводный, антитоксическая*

функция; мочевыделение: почки, мочеточники, мочевой пузырь, уретра, простата, яички; амилоидоз; нервная система: поражение крупных и средних нервных стволов, периферические рецепторы; эндокринная система: гипофиз, шишковидная железа, вилочковая железа, щитовидная железа; репродуктивная система: яичники, яички, простата, фертильность, либидо, потенция; надпочечники: болезнь Аддисона, гинекомастия; кроветворная система: селезёнка, лимфатические узлы, костный мозг, красная кровь, белая кровь; высшая нервная деятельность» [54].

В системе дыхания развиваются лепроматозные фарингит, ларингит, трахеит, бронхит с навязчивым кашлем. «*Поражение голосовых связок может приводить к резкому сужению голосовой щели, афонии*» [34, с. 369]. Интерстициальное воспаление (лепроматоз) гортани и надгортанника угрожают развитием удушья.

В системе пищеварения наблюдаются множественные изъязвления слизистых желудка, желчного пузыря, тонкого и толстого кишечника. Лепрозные гепатит и панкреатит ведут к нарушению белкового, углеводного, жирового, минерального обменов веществ; возможны симптомы сахарного диабета.

В сердечно-сосудистой системе возникают лепрозный миокардит и дистрофия миокарда, аортит, артерииты и эндартерииты, капиллярные васкулиты, воспаление отдельных вен и панфлебит. Парез капилляров вызывает гиперемию кожных покровов и появление синяков.

В иммунной системе развивается приобретенный иммунодефицит, своеобразный СПИД, возможен сепсис.

Любые формы проказы протекают со сменой ремиссий и обострений (лепрозные реакции) – «*…быстрое изменение внешнего вида некоторых или всех кожных высыпаний (покраснение, напряженность, блеск), местное, а иногда и общее повышение температуры, болезненность по ходу нервных стволов или в зоне иннервации пораженного нерва, отёки конечностей и лица. Процесс распространяется также на лимфатические узлы, слизистые оболочки полости носа и рта, глаза, некоторые внутренние органы*» [50, с. 376].

Начальные дерматологические признаки могут быстро исчезать на недели и месяцы. Во время обострений процесс распространяется на новые участки. При ремиссиях в затухающих очагах разрастается соединительная ткань, увеличивая размеры поражённых участков. Ремиссии длятся от нескольких месяцев до

нескольких лет. Лепрозные реакции возникают при любой стадии заболевания, повторяются апериодично, с перерывом на многие годы. Поздние рецидивы возможны даже через 25-30 лет после полноценного лечения [52,54]. Лепрозные обострения могут быть простыми или с переходом из одной формы болезни в другую (пограничные реакции).

6. Это – бугорковая лепра

Отсутствие доказательного объяснения изменений лица Ющенко порождало различные домыслы: применение «Ботокса», введение стволовых клеток и др. По этому поводу Ольга Богомолец ответила корреспонденту газеты «Украинская правда»: «*Косметические инъекции, которые делаются в мире, мы тоже успешно делаем в клинике. В том числе и многим политикам. И, увы, действие процедур всегда временно, и ни одна из них просто не может дать таких последствий, которые были у Виктора Андреевича, учитывая механизм взаимодействия с тканями». «… Ни одна пластическая операция или косметологическая процедура не может дать таких последствий…Например – "Ботокс"… "Ботокс" может только расслабить мышцы…Более того, эти инъекции имеют краткосрочный эффект, то есть, сделав такую инъекцию, вы никогда не можете излечиться от морщин навсегда. Поэтому любой эффект длится не больше 3-4-х месяцев*» [5].

Все лечившие Ющенко врачи констатировали нетипичность патологического процесса. Но нетипичность – по отношению к чему? Стоит предположить его лепрозную природу, как нетипичные симптомы оказываются типичными. В «Руководстве по борьбе с лепрой», изданном ВОЗ в 1982 году, говорится: «*Есть один диагноз, который нельзя ставить, если нет абсолютной уверенности в его достоверности – это диагноз лепры*». Существуют два критерия такой абсолютности: микробиологический и клинический. С микробиологических позиций для диагноза лепры требуется обнаружение микобактерий при микроскопии тканей. Однако известно, что человек может оставаться здоровым и одновременно служить разносчиком инфекции – здоровое бактерионосительство. Или, наоборот, после эффективного лечения бактерии не выявляются, а через несколько лет процесс самопроизвольно возобновляется: при бугорковой лепре – у 30% якобы здоровых, при недифференцированной и пограничной лепре – у 15% [по 82]. Абсолютным доказательством проказы с клинических позиций является

специфическая симптоматика в виде стигм. **Стигма – это признак, присущий исключительно определённому заболеванию, и никакому другому**.

Устойчивые к лечению корешковые боли, опоясывающие боли и высыпания по ходу межрёберных нервов, асимметрия лица – характерные проявления лепроматозных невритов. Особенно – изолированное поражение верхней ветви лицевого нерва. «…*Из инфекций же, поражающих одну только верхнюю ветвь седьмой пары или одну из мышц, иннервируемых верхней его ветвью, известна только лепра*» [54, с.5]. Так было в начале острой фазы болезни у Ющенко (фото 25-26) – **стигма №1**. Тогда как при отравлении обязательно наличие двустороннего поражения.

Особенностью бугорковой лепры является множественность висцеральных проявлений. При первом посещении клиники «Рудольфинерхаус» выписной диагноз Ющенко включал: острые изъязвления желудка, острый панкреатит с интерстициальными отёчными изменениями, острый проктоколит с левой стороны, периферический парез левого лицевого нерва, левосторонний отит, рефлюкс-эзофагит II степени и др.

Классическим лепроматозным дерматитом характеризовался второй визит Ющенко в «Рудольфинерхаус». По описанию Цимпфера, «*состояние кожных покровов во время второго пребывания в клинике непрерывно ухудшалось. Сначала пораженным было только лицо, но со временем также ноги и туловище… наблюдались припухлости участков лица», вздутые щеки, инфильтраты скул и надбровий (*фото 27*).* По оценке Ольги Богомолец возникновение припухлостей происходило не от скопления межклеточной жидкости, а в виде плотных на наощупь инфильтратов [5].

Появились багрово-синюшные пятна (фото 28*). На поверхности лба, щёк, ушей, шеи возникали многочисленные кожные и подкожные бугорки, размером 1-3 мм. И*х слияние приводило к формированию валиков (т.н. бордюрных элементов) [55] и крупных образований 0,5-1,5 см, возвышающихся над поверхностью кожи (фото 29).

Парез сфинктеров сальных желез приводил к увеличению их объёма, переполнению и образованию плотных кист. Гиперсекреции сальных желез делала кожу жирной, сальной, лоснящейся на свету *(*фото 27,29*).*

По описанию Корпана, м*елкие высыпания при пальпации могли быть плотными «как косточки»* (фото 30).

Расширенные устья выводных протоков потовых и сальных желез придавали коже пористый вид – симптом «апельсиновой корки» (фото 31). Мочки ушей увеличились, напоминая сливу – **стигма проказы №2** (фото 32).

Нарастающая «отечность» лица, инфильтраты в области лба, надбровных дуг, носа и щек сделали выражение хмурым, по типу «морды льва» (фото 33), как из учебника по лепрологии (фото 34) – **стигма №3**.

Версия двойника

Специфическими признаками для личности человека служат кожный рисунок пальцев и форма ушей. При бугорковой проказе характерно распространение лепром на ушные раковины (фото 35). По описанию Богомолец, «…у *Виктора Андреевича очень сильно были увеличены ушные раковины, щёки, веки…Они были не отёчные – они были плотные за счёт того, что на каждом миллиметре были кисты…(фото 36) …Кисты были даже на слизистой оболочке верхних и нижних век*». Кожные опухолевидные элементы были большими, иногда «… *размером с орех*» [5]. По мере затихания лепрозного дерматита происходило очищение кожных покровов и рубцевание первичных элементов. Возникла деформация хрящевого рисунка ушей (фото 37), чего не бывает ни при каком другом заболевании – **стигма №4**.

Плюс изменились пропорции частей лица из-за воспаления и реактивного разрастания надкостницы надбровий, скуловых дуг. Деформировалась структура хрящей носа: «*…у прежнего Ющенко нос под острым углом круто устремляется вниз, основание выше оконечности. Сегодня же он приобрёл нарочитую курносость*» [33] (фото 38).

Лицо стало другим – **стигма №5**. Даже возникло подозрение о существовании двойника: «*Ведь ни до второй половины сентября, когда его внешность радикально изменилась, ни позже он не получал серьёзных увечий головы, не делал пластических операций. Что же до острого панкреатита, то даже в тяжёлых формах он не способен изменить форму костей, строение ушных раковин и хрящей переносицы…Образы прежнего и нынешнего Ющенко ровным счётом ничего не объединяет, кроме отдалённого внешнего сходства…» [33]*. Из-за это в Украине было два официальных портрета президента (фото 39,40).

В июле 2008 года в интервью корреспонденту газеты «Украинская правда» Богомолец описала у Ющенко тяжелейшие полиморфные поражения кожи. «*На момент нашей первой встречи в декабре высыпания были в подмышечных областях, на шее, на лице и на ушных раковинах. Позже они появились на волосистой части головы, на груди, на спине и ногах. С каждым месяцем занимали все больше и больше площади. Пик высыпаний пришелся на март-июнь 2005 года, когда на теле практически не было живого места*» [5]. Описанная симптоматика – характерная эволюция тотального лепрозного дерматита.

На вопрос «Сыпь на лице и на теле была идентичной?» Богомолец ответила: «*Сыпь была идентичной по всему телу, но с особенностями протекания, которые зависели от месторасположения. Таких глубоких кист, которые были на спине, на бедрах, не могло быть, например, на волосистой части головы и на лице*». «*За все время болезни от высыпаний были свободны только ладони и подошвы*». «*Поверхность кожи становилась неровной, и создавалась видимость отёчности.*

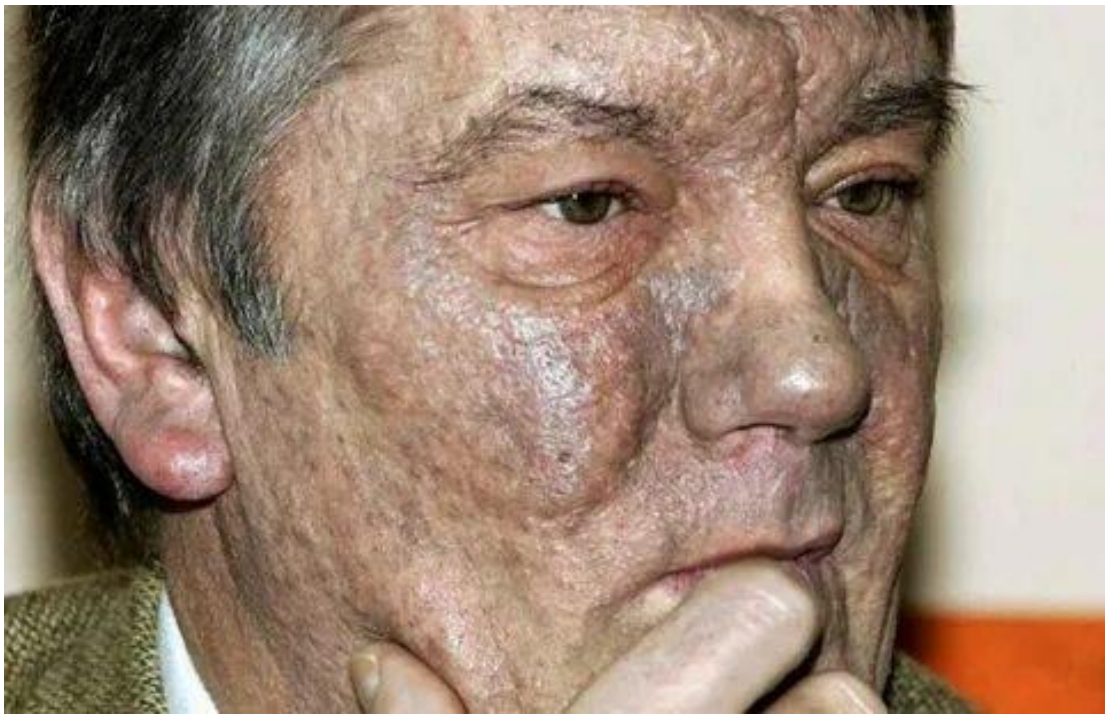
Из-за воспаления коркового и мозгового слоя надпочечников развилась адренокортикальная недостаточность (синдром Аддисона). Чаще всего это происходит от действия туберкулёзной палочки Коха и реже – от лепрозной палочки Ханзена. Появляются приступы дрожи тела, сопровождающиеся жаждой. Отмечаются периоды выраженной слабости, описываемые Ющенко: «*Два года назад я был очень слаб. Я прикладывал титанические усилия для того, чтобы просто поднять руку. Я впервые говорю об этом публично*». В другом интервью: «*Мне требовалось проявлять огромные усилия только для того, чтобы поднять руку*» [38].

Возникает гиперпигментация кожи: бурая, землистая, дымчатая, бронзовая, – с локализацией преимущественно на тыле кистей, лице, задней поверхности шеи [58]. В декабре 2004 г. при госпитализации в киевскую больницу скорой помощи врачи зафиксировали у Ющенко почернение кожных покровов лица, почернение и отслоение ногтей. Затем эти симптомы исчезли. В 2005 г., по информации Богомолец, «*у Виктора Ющенко после инаугурации на лице появились черные … пятна*» [5]. Землистый цвет лица Ющенко сохранялся и в последующем, выделяясь даже на фоне смуглых представителей народов Средней Азии (фото 41).

Таким образом, наличие у Виктора Ющенко пяти лепрозных стигм является абсолютным клиническим доказательством присутствия именно этого заболевания.

ИЛЛЮСТРАЦИИ – § VI

27



28

29

30

31

.

32

33

34

.

35

Лепроматозная лепра
Ухо — одна из частей тела,
лепроматозной лепрой, также
болезнью Хансена, которая
Mycobacterium leprae. Мн
узелки и узлы на ушной рако
тографию) являются результа
кого воспаления, вызванного
дителем. Следует полагать, ч
аналогичные изменения имел
лице и других частях тела. Л
в настоящее время в США вст
ко, всё ещё остаётся глобал
мой. Разные формы этой бо
многообразные проявления.

36

37

ВЧЕРА
СЕГОДНЯ

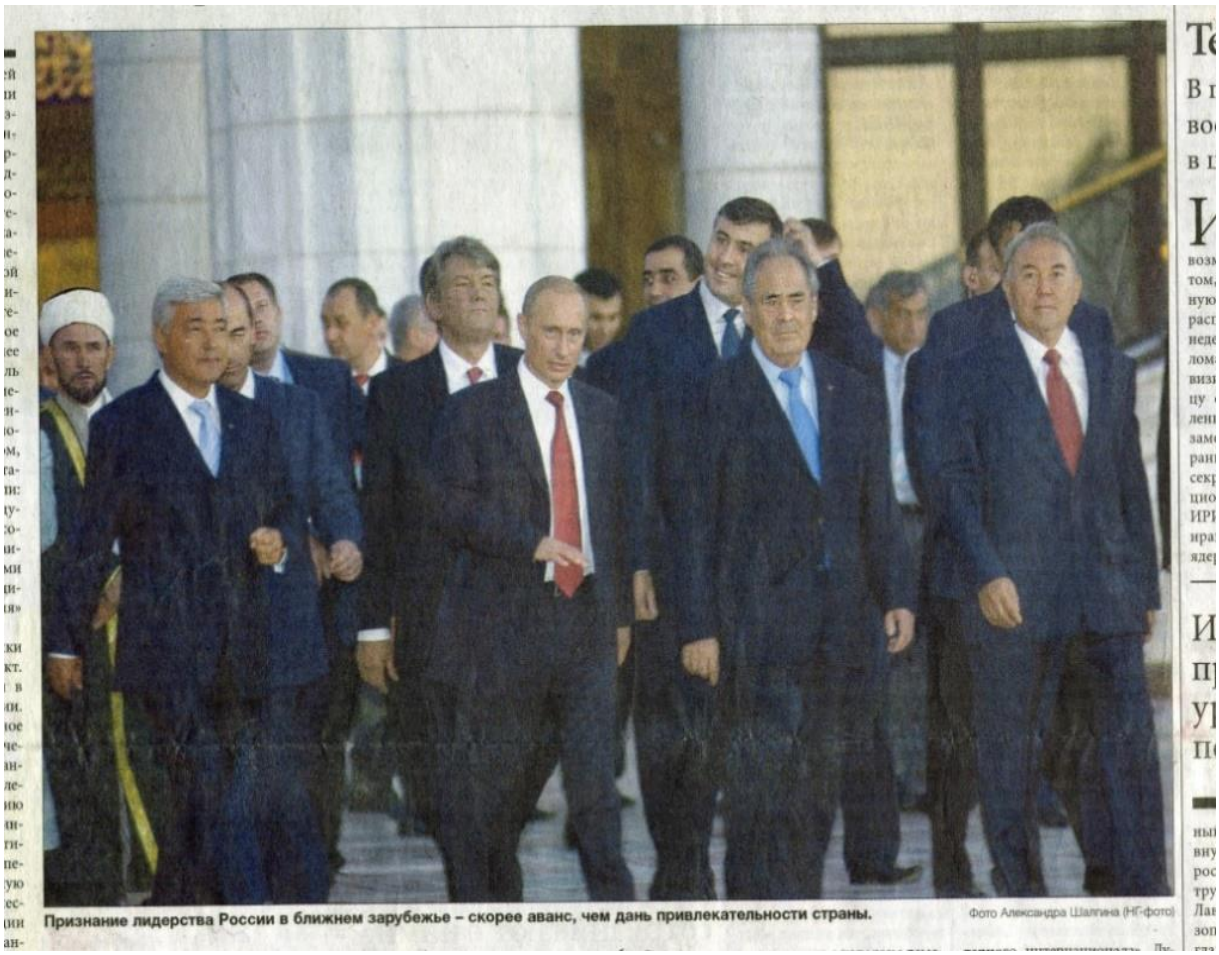
38

ВЧЕРА
СЕГОДНЯ

39

40

41



Признание лидерства России в ближнем зарубежье – скорее аванс, чем дань привлекательности страны.

Фото Александра Шалгина (НГ-фото)

7. «Двойники» Путина и Медведева

Осенью 2010 года, т.е. через 6 лет от появления лепры у Ющенко, мировую прессу заполнили ведущие заголовки: «Что с лицом Путина?». 27 октября российский премьер-министр Владимир Путин прибыл с официальным визитом в Украину. Но на встречах у президента Виктора Януковича и премьера Николая Азарова, по комментариям журналистов, появился не похожий на обычного Путина человек (фото 42). За день до визита – нормальное лицо (фото 43), и вдруг – тёмные круги вокруг глаз (фото 44), большие гематомы на обеих скулах (фото 45,46). По всему лицу – синюшные пятна (фото 47), как в своё время было у Ющенко (фото 48) [65,66].

Дмитрий Песков опроверг предположения о синяках: «*Журналисты не правы, наверное, так падал свет*». Хотя визуально синяки и гематомы – совершенно очевидны. Высказывались мнения, что синяки есть результат предшествовавших косметических операций. Но их не делают за день до ответственной международной командировки, и 25 октября кожа лица была в обычном состоянии.

Значит, изменения появились внезапно, утром в день визита. А во время перелёта из-за перепада давления мог развиться парез капилляров и возникнуть гематомы. Поэтому самолет прибыл в Киев с двухчасовым опозданием, чтобы адаптировать состояние премьера. Формат визита неожиданно свернули, отменив запланированный ужин с ведущими политиками и бизнесменами.

Кожные изменения

Через 1,5 месяца на правой щеке у Путина появился подкожный бугорок, слева на лбу – отёчный изогнутый тяж (фото 49). Его локализация соответствует траектории латеральной ветви надглазничного ствола глазного нерва, идущего из тройничного нерва (фото 49а). Их контуры прослеживаются в норме с обеих сторон у многих людей, в том числе с молодых лет – у Путина. А в декабре 2010 г. из-за воспаления соединительной ткани (эндоневрит, периневрит, эпиневрит и параневрит) произошло утолщение нервов с распространением воспалительного процесса на медиальные и надблоковые ветви (фото 50,51).

В 2010 году на Интернет-портале КМ.РУ мною высказано предположение о наличия у Путина проказы. Источник и механизм заражения – частые контакты с больным Ющенко. На одной из встреч с близким к премьеру человеком были

предоставлены доказательства реальности диагноза. Сведения переданы кремлёвским врачам с обоснованием характера лечения и необходимости отказа больного от выдвижения на следующий президентский срок. По поступившей обратной информации его начали лечить. Внешний вид Путина вернулся к нормальному состоянию.

А в августе 2011 г. при посещении молодёжного лагеря на озере Селигер лицо оказалось настолько изменённым (фото 52), что блогеры заявили – «приехал удмурт», сравнив с фотографией женщины этой национальности (фото 53). Затем лицо опухло, стало лунообразным, кожа – блестящей от гиперфункции сальных желез, развились инфильтраты скул и надбровных дуг (фото 54,55).

Дальнейшее течение болезни характеризовалось чередой ремиссий и обострений (лепрозных реакций). Слева на щеке появлялись подкожные бугры (фото 56), затем они исчезали. 9 мая 2012 года на Красной площади – обычные черты лица (фото 57). А через три месяца 20 августа 2012 года при проводах российских параолимпийцев лицо уже вздутое, лунообразное, с блестящей кожей и коричневатыми пятнами под глазами (фото 58). Возникли устойчивые гранулёмы на щеках (фото 59), как на фотографии больного лепрой ребёнка (фото 60).

В 2013 году наблюдался отёк надблоковых нервов с появлением на коже лица пятен ржавого цвета и мелких плотных бугорков (фото 61). Возникала множественная отёчность лицевых ветвей тройничного нерва (фото 62). Подкожные бугорки сливались в валики – «бордюрные элементы» (фото 63) или формировали гранулематозные площадки. Справа на щеке появился крупный подкожный узел (фото 64), как в своё время – у Ющенко (фото 65).

Обострения случались внезапно. Например, во время визита на остров Валаам журналисты обнаружили на левой щеке Путина внизу опухолевидное образование размером с куриное яйцо (фото 66). Такой представляется тестовидная лепрома. Едва ли разумно было ехать на люди с дискредитирующим дефектом. Вероятно, «опухоль» развилась в дороге.

Косметическая коррекция

После хирургического удаления бугорков оставались многочисленные рубцы. На месте яйцевидной «опухоли» – заживающий шрам, вверху на щеке – новые бугорки (фото 67). Послеоперационные рубцы – под левым глазом (фото 68), на шее

(фото 69), около левого уха (фото 70) и др. Высказывались мнения, что это – операции с целью омоложения. Аналогично объясняли следы операций у Ющенко. Но какая необходимость заниматься омоложением внешне молодых мужчин, к тому же на участках, не влияющих на восприятие моложавости.

Парезы лицевого нерва

Возникало изолированное поражение верхней ветви левого лицевого нерва с развитием птоза (опускание века) – стигма проказы (фото 71). Отмечались парезы ствола лицевого нерва с перекошенным вправо лицом (фото 72). Для маскировки деформирующих лицо обострений и заживающих послеоперационных ран требуется время. Возможно этим объяснялось частое нахождение Путина вдали от Москвы в Бочаровом ручье. Никогда такого не было, чтобы кабинет министров летал в Сочи на текущие встречи с президентом. Удобны также длительные выезды в тайгу на многодневные «рыбалки и охоту» (фото 73).

Изменения ушных раковин

Изменилась форма хрящевой основы ушей (фото 74) – индивидуальный признак, характеризующий специфичность человека. Ушные мочки двукратно увеличились в размере (фото 75).

Корешковые боли в позвоночнике

В 2016 г. возникли выраженные боли в спине, затрудняющие движения. 30 ноября премьер-министр Японии Йосихико Нода на пресс-конференции сказал, что «*из-за плохого самочувствия президента Владимира Путина он вынужден отложить свой визит в Москву*» [67]. О болезни спины у Путина заявил белорусский лидер А. Лукашенко: «*У него есть проблема. Он обожает дзюдо. Поднял соперника, бросил его и повредил позвоночник*» [68]. Версию о травме спины при неудачном падении с лошади озвучил сам больной.

Для иммобилизации позвонков, движение которых вызывает острые корешковые боли, используется корсет. Его удобно скрывать под чёрным пальто по типу балахона, как видно на спине Путина при прогулке по Красной площади (фото 76). Внезапно появившаяся боль вынудила, закусив губу, опереться на посох патриарха, который принял это за шутку (фото 77).

При визите в Турцию погода в Анкаре была тёплой, и встречавшие его люди были одеты в лёгкие костюмы. А на Путине – массивное черное пальто (фото 78).

Раджеп Эрдоган, предупреждённый о болезни гостя, помог опуститься в кресло (фото 79).

Неоднократно под пиджаком обнаруживаются контуры корсета (фото 80). Вертикальная пластина на спине фиксируется к широкому поясу, деформирующему внешний вид больного (фото 81).

Версия двойников

Выраженные изменения черт лица и ушных раковин у Путина заставили предположить наличие двойников. Тем более, что официальный портрет президента России и его реальный образ зачастую различались (фото 82,83), как было в своё время у президента Украины Ющенко. Вплоть до того, что депутат муниципального образования С.-Петербурга «Смольнинское» Никита Юферев в ноябре 2020 г. снял со стены своего кабинета и порвал портрет «неустановленного мужчины, напоминающего Владимира Путина» [97].

Но зачем делать двойники не похожие на оригинал? Почему в 2011 году направили на Валдай одновременно двух двойников? Зачем их готовить в большом количестве? Ложность двойниковой легенды доказывает исследование блогера Виталия Шевцова («Обманутый россиянин»). Идентичность образов Путина он определяет по радужке левого глаза – наличие тёмного пигментного сектора, зафиксированного в первый президентский срок (фото 84). В последующем эта картина устойчиво воспроизводилась у всех предполагаемых дублёров (фото 85,86). Целенаправленное использование корректирующих линз в начале 2000-х исключается из-за отсутствия тогда конспирологической потребности.

Но даже если двойники существуют, кто болен – двойник или оригинал? Нет смысла держать больного двойника, который всех заражает. Значит, опасная болезнь – у Путина.

«Копии» Дмитрия Медведева

Через 5 лет от первых деформаций лица у Путина возникли проблемы с лицом у Дмитрия Медведева. В 2014 г. – всё обычно, кожа – нормального цвета (фото 87). А в декабре 2015 г. во время предновогоднего обращении – тёмное лицо и образ «двойника», о чём писали журналисты (фото 88). Возможно – плохое освещение. Хотя, снимали не дилетанты.

В августе 2018 г. Медведев исчез на две недели из политического пространства. В пресс-службе это объясняли спортивной травмой. 28 августа появились фотографии, вызвавшие у журналистов много комментариев: «*Россияне уверены, что вместо Медведева им показали его двойника, либо с премьер-министром могло случиться что-то плохое. Что с Медведевым, почему изменился, чем болеет?*» (фото 89). «*Какой-то он опухший, не похож на себя. Это точно Медведев?», «Его случаем не подменили?», «Может быть, он перенес инсульт?*». *Левая бровь оказалась ниже правой, над ней виден шрам или хорошо замаскированный синяк.* И *самое важное — дикция. Медведеву явно было трудно говорить, левая часть рта не двигалась, а правая часть двигалась с трудом, премьер делал паузы и аккуратно произносил слова, интонационно паузы в непривычных для его хорошо поставленной речи местах»* [74]. Аналогичные речевые нарушения имелись у Ющенко в начале заболевания: «*дикция была неразборчивой и шепелявой*».

Следующее исчезновение Медведева на несколько месяцев случилось летом-осенью 2021 года. За это время были важные для партии события, на которых присутствие председателя обязательно. Значит – его нельзя было показать широкой общественности. Такое возможно при единственном варианте – сильно искажённое лицо, не подлежащее косметической коррекции.

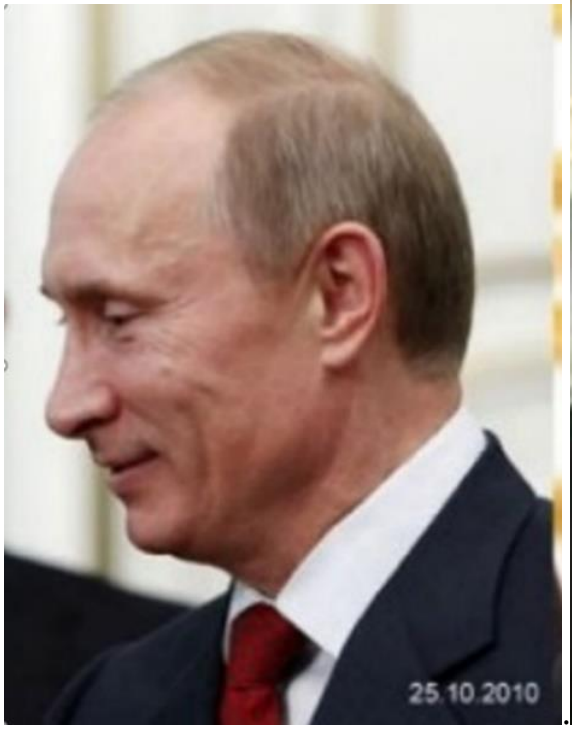
Действительно, у появившегося в декабре Медведева лицо было опухшим, потемневшим, с бугорками на лице и шишками на лбу (фото 90), как при проказе (фото 91). Слева на нижней и верхней скуловых дугах, у виска – проступающие сквозь грим коричнево-ржавые пятна (фото 92), трансформирующиеся в плотные инфильтраты (фото 93).

В последующем кожа лица стала устойчиво тёмной, как было у Ющенко. Пятна исчезали и снова появлялись. В поздравлении россиян с Новым 2024 годом – лицо тёмное, с новыми буграми (фото 94). В комментариях при просмотрах – удивление: «*Как-то он изменился, не похож»,* «*Почему лицо пятнистое?*» В конце февраля 2024 г. – новые гранулёмы на лбу (фото 95).

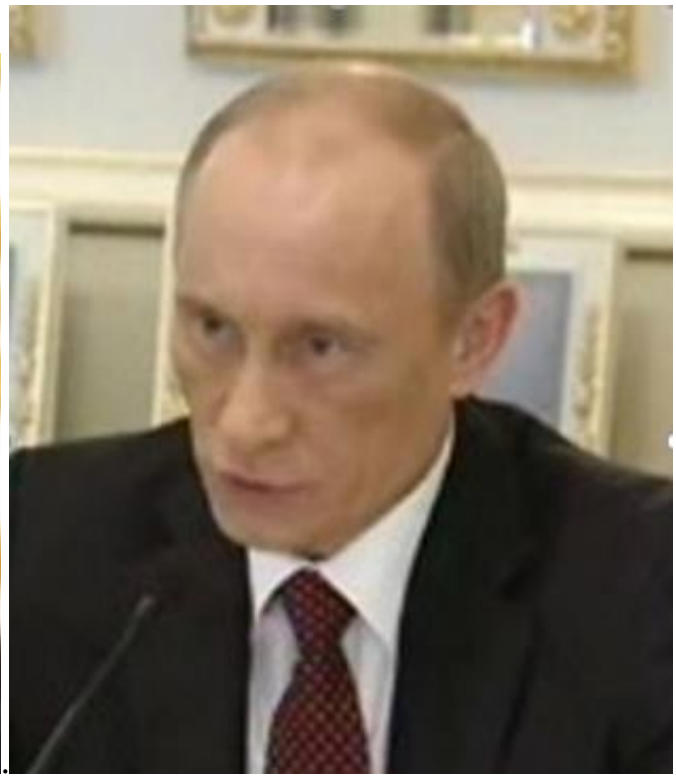
ИЛЛЮСТРАЦИИ – § VII

42

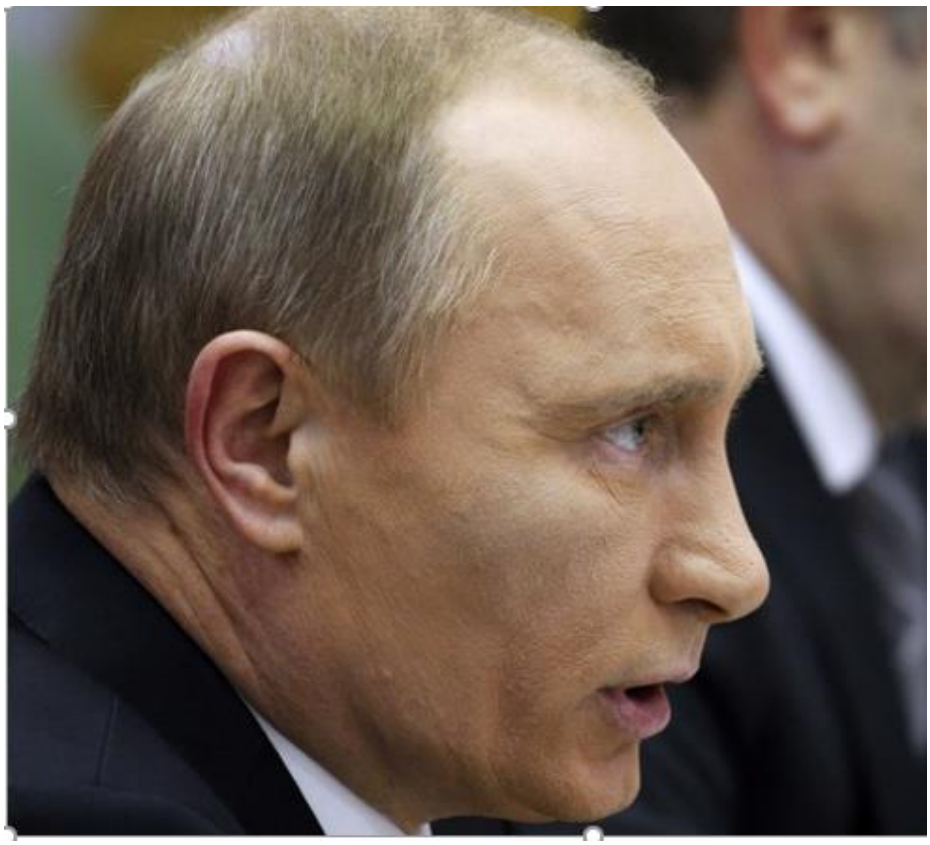
43



44



45

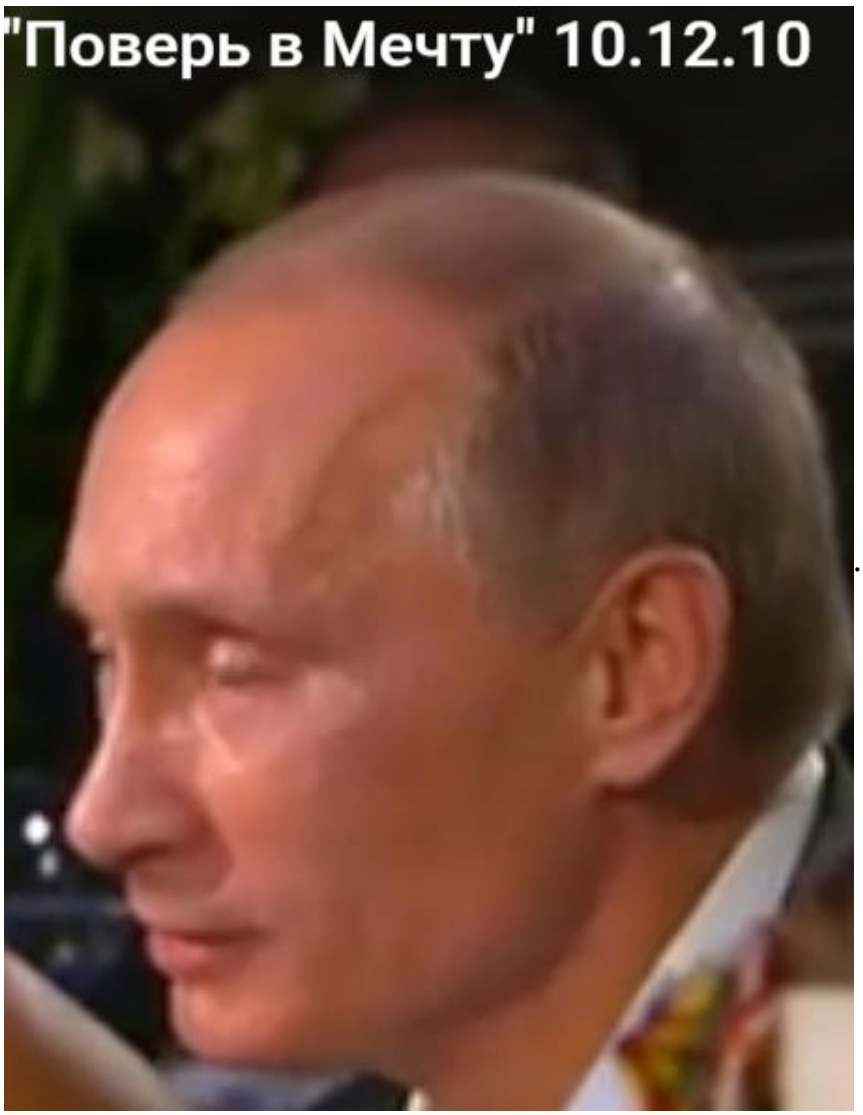


46

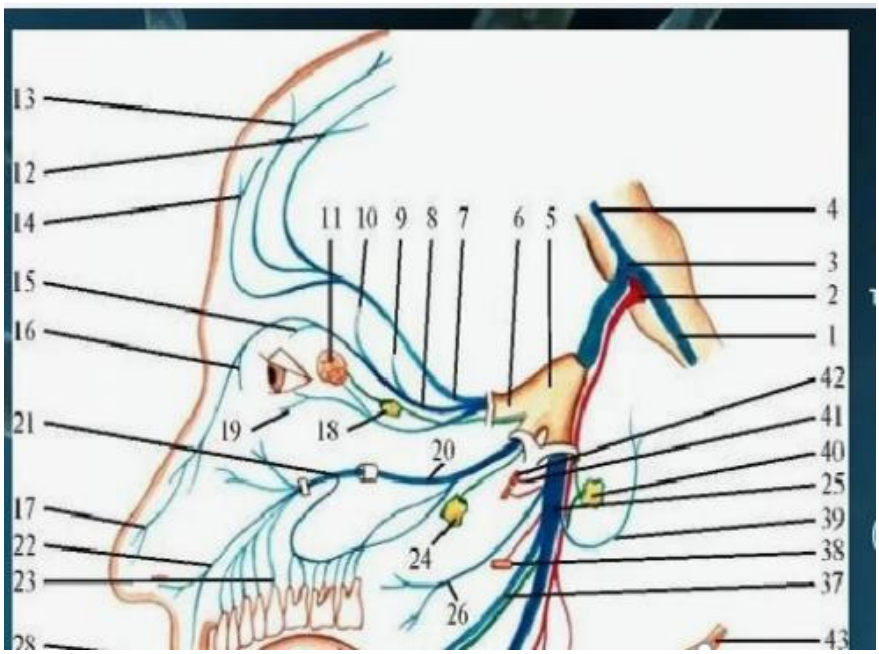
47

48

49



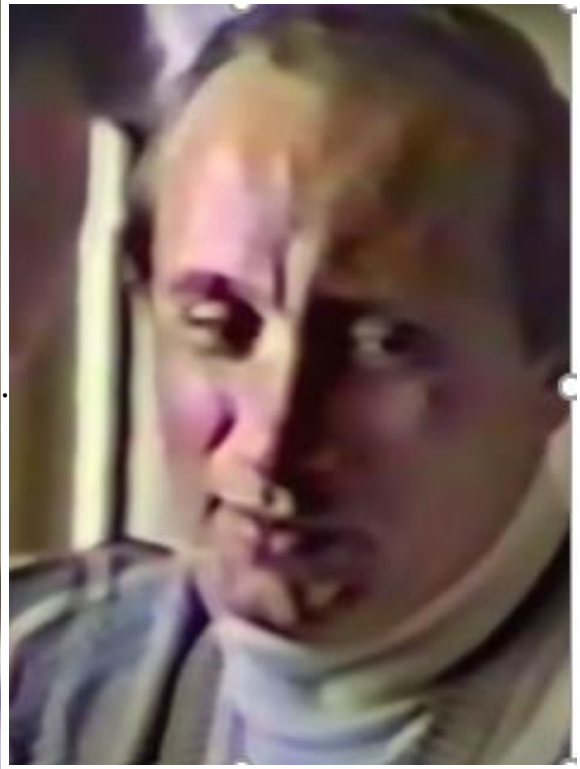
49а



Нервы тройничного нерва (5): 6-глазной, 7-лобный, 12-надглазничный (латеральный), 13-надглазнчный (медиальный), 14-надблоковый.

50

51



52

53

54

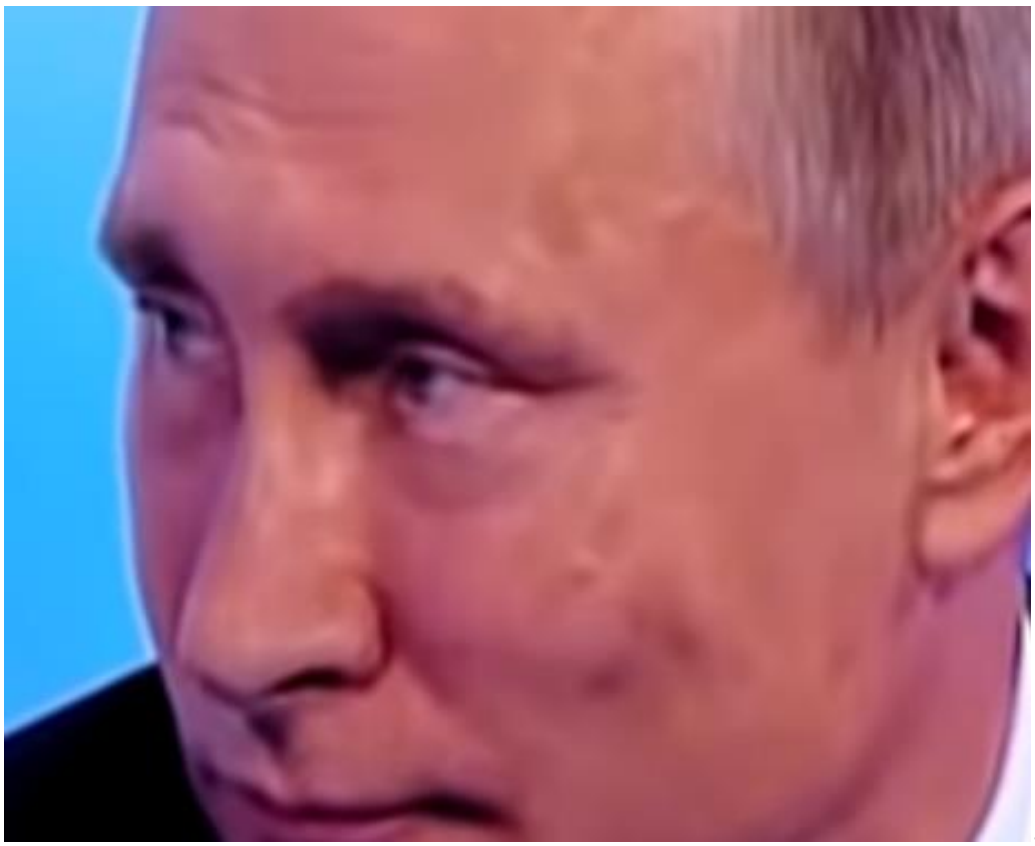
55

56

57 (09.05.2012)

58 (20.07.2012)

59

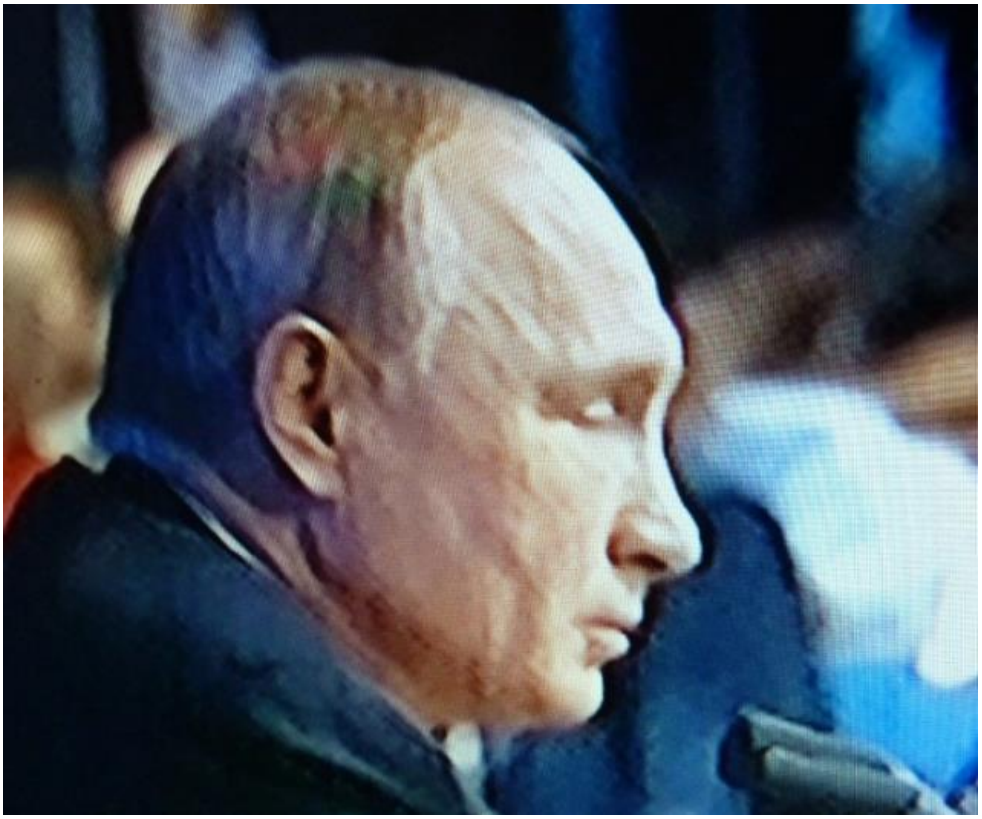


.

60

61

62



63

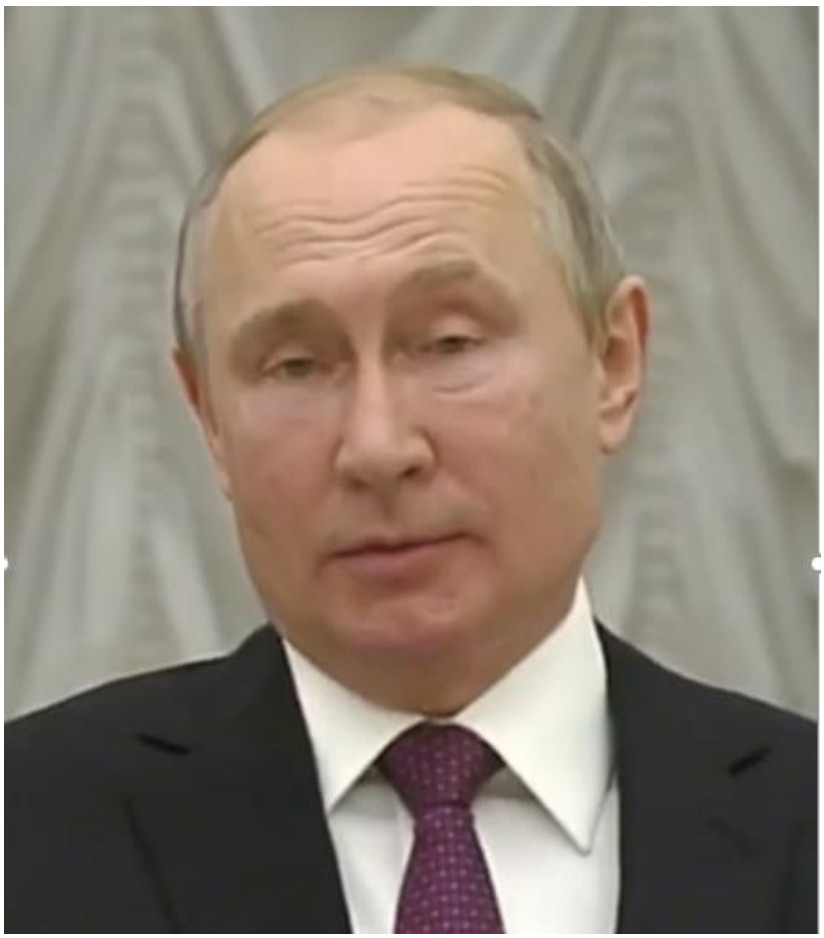
64

65

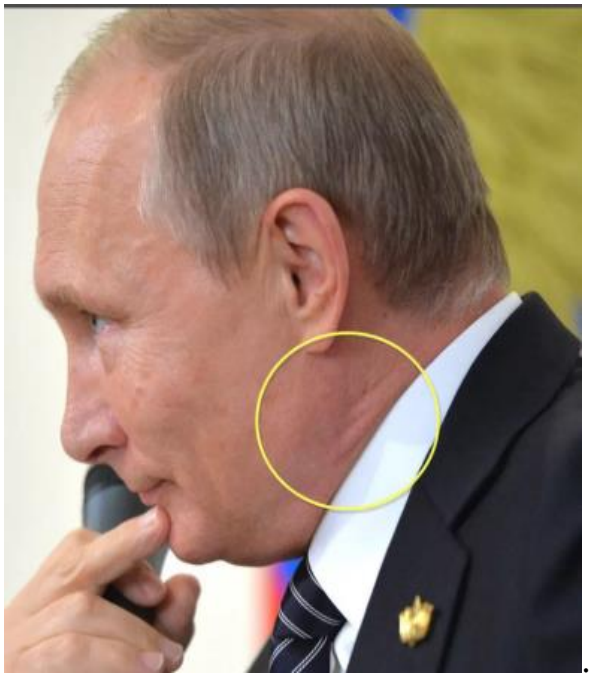
66

67

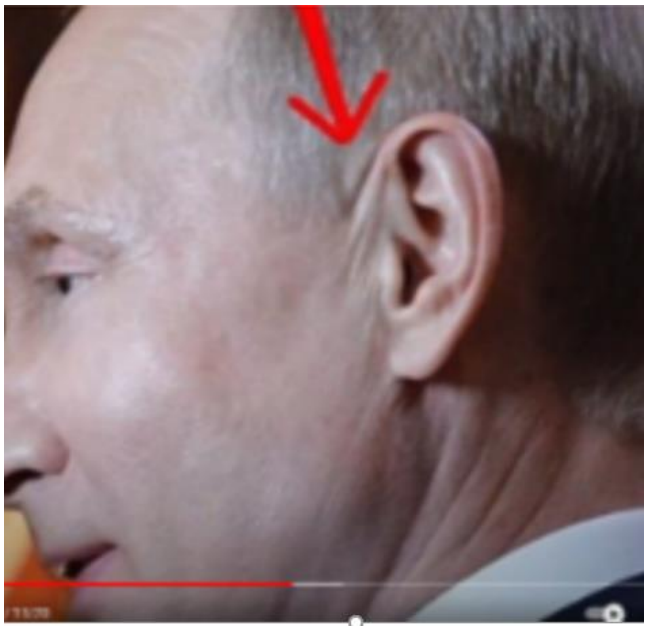
68



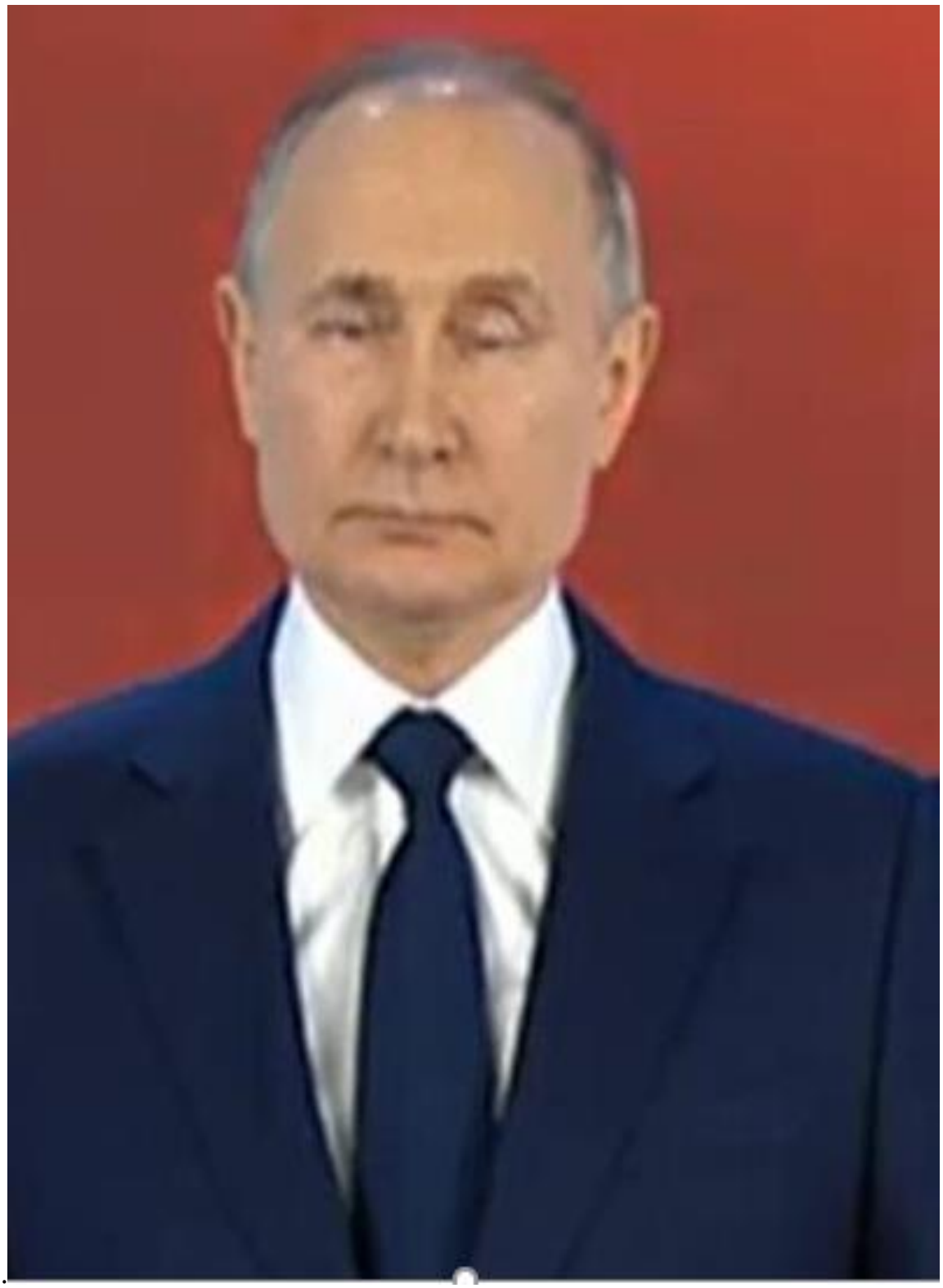
69



70



71



72

73

74

75

76

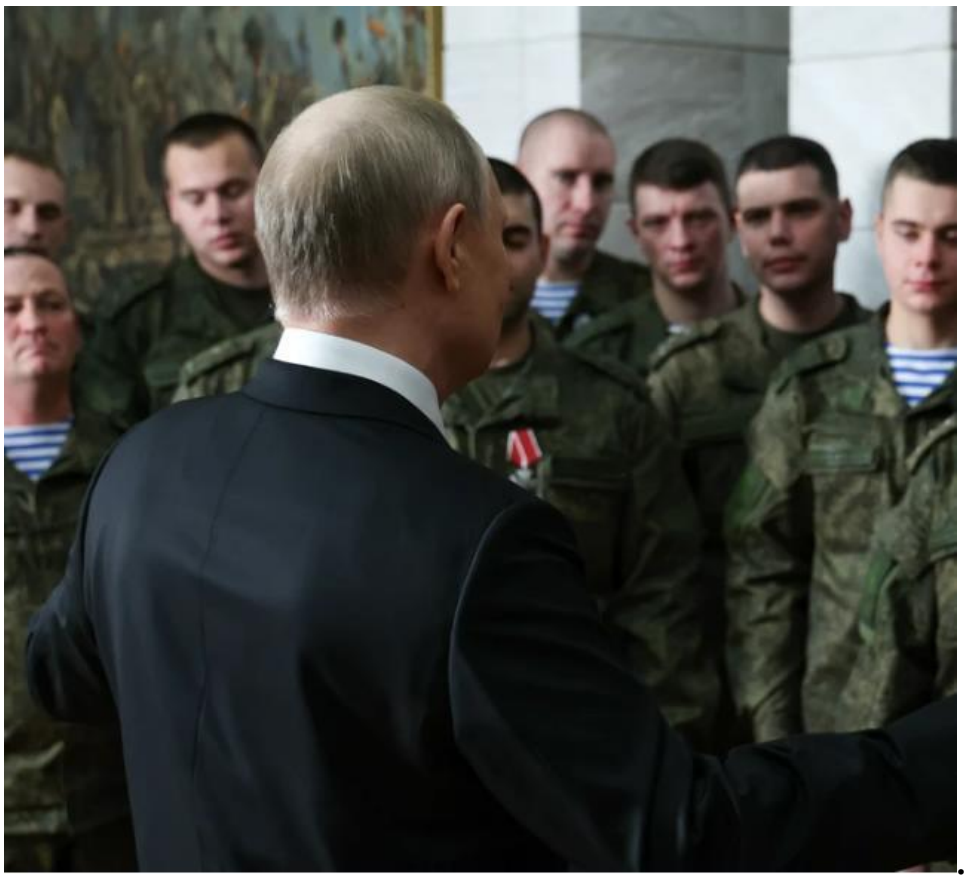
.

77

78

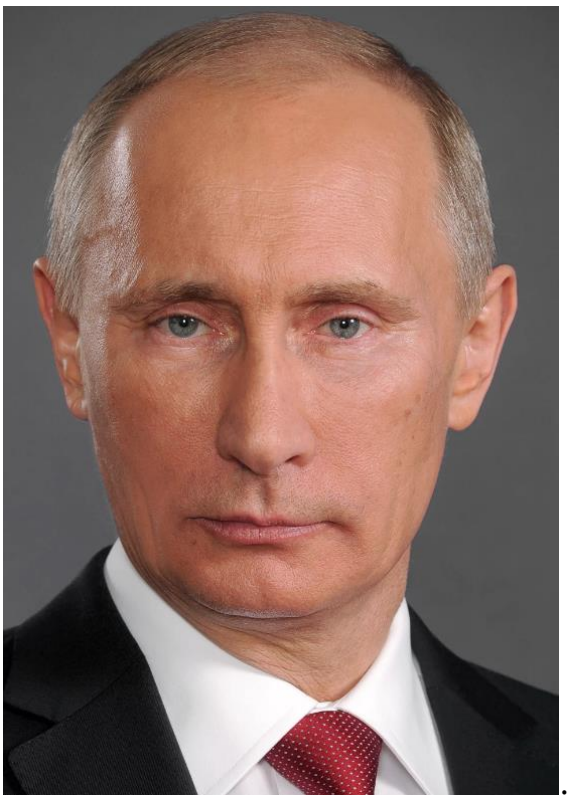
79

80

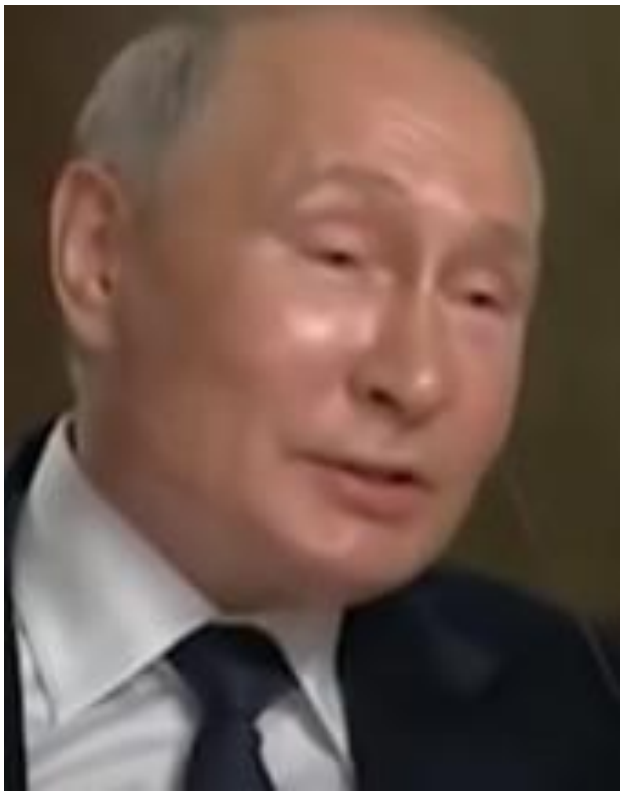


81

82



83



84

85

86

87

88

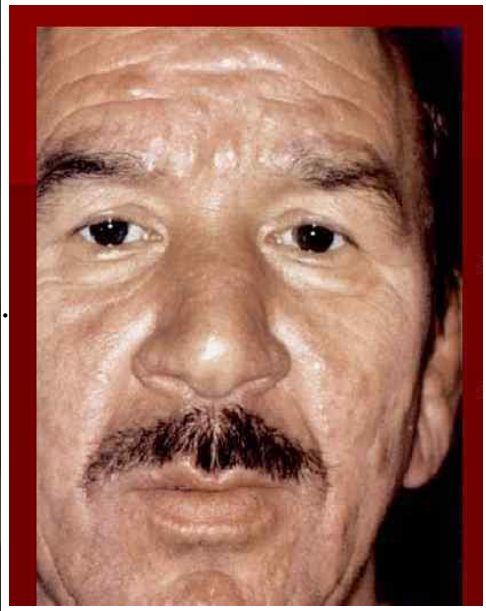
89

https://www.topnews.ru/news_id_121001.html Был избит или перенес инсульт: первые фото Медведева после пропажи озадачили россиян

Россияне уверены, что вместо Медведева им показали его двойника, либо с премьер-министром могло случиться что-то плохое.

90

91

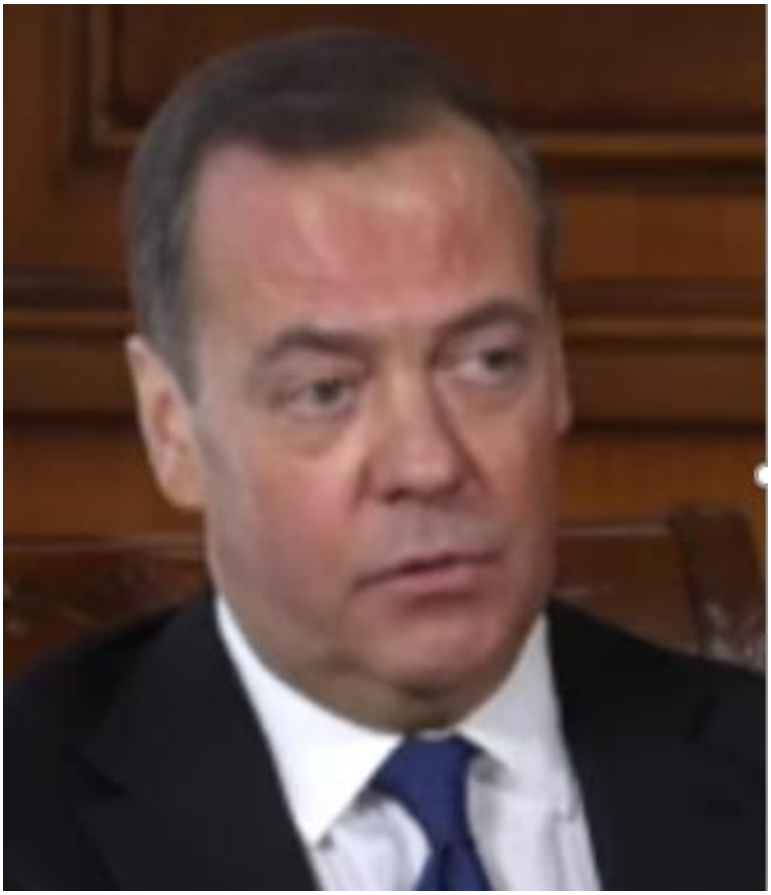


92

93

94

95



8. Загадочные VIP-больные

Через шесть лет от вступления Ющенко в должность президента Украины в разных странах стали появляться VIP-больные, которым не смогли установить диагнозы для объяснения появившихся симптомов.

Бил Клинтон

В 2010 г. 63-летний бывший президент США Билл Клинтон неожиданно тяжело заболел. По сообщению журнала The National Enquirer, «*Билл очень сильно похудел, и выглядит ужасно. За год он постарел на десять лет – большие мешки под глазами, впалые щеки*». *Взгляд стал отсутствующим, нетвердая походка. Билл Клинтон боится не дожить до весны* [59,60]. Предположили атеросклероз и его осложнение в виде ишемической болезни сердца [61]. Но атеросклероз имеет совершенно иную клиническую картину.

12 октября 2021 г. Клинтон был экстренно госпитализирован в отделение интенсивной терапии Калифорнийского медицинского центра с диагнозом «заражение крови от обострения хронического простатита» [62]. Маловероятно, чтобы врачи президента США не сумели справиться с банальным простатитом и довели больного до септического состояния.

В то же время остались без внимания возникающие на фоне внешнего здоровья (фото 96) затяжные периоды красно-бордовой инфильтрации кожи лица (фото 97-98).

Юлия Тимошенко

В августе 2011 г. внезапно заболевает находящаяся в тюрьме Юлия Тимошенко – ближайшая соратница Ющенко (фото 99). По сравнению с обычным лицом (фото 100) внезапно возникла опухлость в области надбровий и верхних скул, блестящая от сальных выделений кожа (фото 101,102). Появились эритематозные пятна на лице (фото 103). На разгибательных поверхностях предплечья – пигментные высыпания (фото 103), пятна ржавого цвета по всему телу (фото 104) [63]. Развился бурсит (воспаление) левого локтевого сустава (фото 105).

Директор берлинской клиники «Шарите» профессор неврологии Карл Макс Айнхойпль, обследовавший Тимошенко вместе с ортопедом Норбертом Хаасом, подтвердил, что она действительно тяжело больна (фото 106). Возникли сильные боли в позвоночнике, затрудняющие передвижение (фото 107). При

инструментальном обследовании выявлены множественные поражения стволов периферической нервной системы, без уточнения нозологической причины. Заключительным диагнозом была объявлена грыжа Шморля [64], хотя её несостоятельность в объяснении картины болезни совершенно очевидна. Изменились черты лица (фото 108). Несмотря на последующие после выписки косметические операции, сохранялись подкожные бугорки (фото 109).

Хилари Клинтон

Следующей VIP-загадкой стало в 2012 году внезапное заболевание Государственного секретаря США Хилари Клинтон. Из-за болезни отменили важную поездку на конференцию в Марокко. Полагая, что всё быстро наладится, случившееся объяснили недомоганием её матери. Однако болезнь затянулась и стали говорить о желудочном гриппе, осложнённом тяжёлым гастроэнтеритом. Со слов пресс-секретаря Виктории Нуланд, «*она заболела очень сильно». «В течение недели при лечении от кишечной инфекции организм госсекретаря страдал от обезвоживания, что и привело к обмороку. Она упала и ударилась головой с развитием сотрясения мозга*» [69].

А через пару месяцев президент США Барак Обама неожиданно сместил Хиллари с должности Государственного секретаря и назначил вместо неё Джона Керри. Такое важное решение едва ли было обусловлено банальной кишечной инфекцией. Добровольный отказ Хилари от высокого поста мало вероятен, учитывая её политические амбиции. Значит, выявилось что-то важное, о чём не стали говорить.

По заключению независимых врачей, «…*обезвоживание действительно может обуславливаться проблемами с кишечником, например, дизентерией. Но только в случае полного отсутствия элементарной медицинском помощи. Невероятно, чтобы Госсекретаря США довели до такого состояния. Желудочный вирус – это вообще чья-то некомпетентная выдумка. Более того, от обезвоживания сознание не теряют. Потеря сознания может быть вызвана совершенно иными проблемами, о которых, видимо, американцы не захотели говорить. ... Совершенно очевидно, что состояние здоровья 65-летней Клинтон намного хуже, чем пытаются представить, объясняя все банальной дизентерией*» [70].

Позже появились покашливания, нарастая вплоть до сильных приступов, мешающих при выступлениях (фото 110). На языке и слизистой полости рта возникали темные пятна (фото 111), что бывает при лепре. В сентябре 2016 г. во время предвыборной президентской компании случались загадочные приступы тряски тела (фото 112), которые списывали на обезвоживание. По этому поводу Билл Клинтон в интервью CBS News сказал, что с ней «и раньше происходило нечто подобное на фоне обезвоживания». «…Больше чем один раз за последние годы с ней уже происходили подобные случаи – тогда причиной было обезвоживание» [71]. Такое обезвоживание наблюдается при нехватке кортикотропных гормонов из-за поражения надпочечников (болезнь Аддисона), сопровождаясь избыточным выведением ионов натрия и калия. Причина – поражение коркового слоя надпочечников микобактериями Коха или Ханзена.

Ангела Меркель

22 июня 2019 года при официальной встрече канцлера ФРГ Ангелы Меркель с президентом Украины Владимиром Зеленским у неё появилась тряска тела, продолжавшаяся более минуты (фото 113). Через пару дней – ещё одна, 27 июня – то же самое при встрече с президентом ФРГ Ф. Штайнмайером, вызвав удивление у окружающих (фото 114). А 11 и 16 июля Меркель оказалась вынужденной встречать премьеров Дании и Молдавии сидя. Подобное бывало с ней и раньше, как свидетельствует германское агентство новостей DPA.

Происшедшее объяснили 30-градусной жарой, вызвавшей обезвоживание. «После этого я выпила три стакана воды. Видимо, мне их и не хватало» [72]. И здесь – обезвоживание, как у Хилари Клинтон. Но за несколько часов жаркой погоды обезвоживание не наступает. Для этого требуются сутки профузной диареи и непрерывной рвоты. К тому же следующие приступы случилась в комфортных условиях.

Природа тряски, по мнению врачей, могла объясняться разными причинами: болезнь Паркинсона, диабет, прием антидепрессантов (П. Ткачук – к.м.н., сотрудник Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; И. Мисникова – д.м.н., профессор кафедры эндокринологии МОНИКИ им. Владимирского; В. Читлова – к.м.н., врач психотерапевт; А. Кулагина – врач кардиолог НМХЦ им. Пирогова). По мнению Павла Воробьева д.м.н., профессора, председателя Московского городского

научного общества терапевтов, приступы дрожи могли начаться, в том числе, из-за проказы. «*Ясно, что у Меркель серьезные проблемы со здоровьем, которые уже не удается скрыть. Это может быть все, что угодно … А может быть и проявлением проказы. …Такой диагноз под вопросом ставили экс-президенту Украины Ющенко …С ним контактировала Меркель*» [73]. Поражение надпочечников микобактериями Ханзена характеризуется как раз приступами внутреннего напряжения и жажды, тряской тела при стрессовых ситуациях, вплоть до судорог (симптомы Аддисоновой болезни).

ь

Сравнение симптомов заболеваний у контактировавших между собой VIP-персон разных стран обнаруживает их сходство. При этом четыре признака являются стигмами проказы (таблица 1).

Таблица 1. Тождественность патологических симптомов VIP-больных

№ №	**Симптомы**	**Ющен-ко**	**Путин**	**Тимо-шенко**	**Медве-дев**
Неспецифические симптомы					
1	Вздутие щёк и надбровий	+	+	+	+
2	Бугорки и инфильтраты на лице	+	+	+	+
3	Пигментные пятна по телу	+	+	+	+
4	Сальная блестящая кожа	+	+	+	+
5	Корешковые боли в спине	+	+	+	?
6	Нет полноценного диагноза	+	+	+	+
Стигмы проказы					
7	Изменение черт лица	+	+	+	+
8	Парез верхней ветви левого лицевого нерва	+	+	?	?
9	Деформация ушных раковин	+	+	?	?
10	Увеличение мочек ушей	+	+	?	?

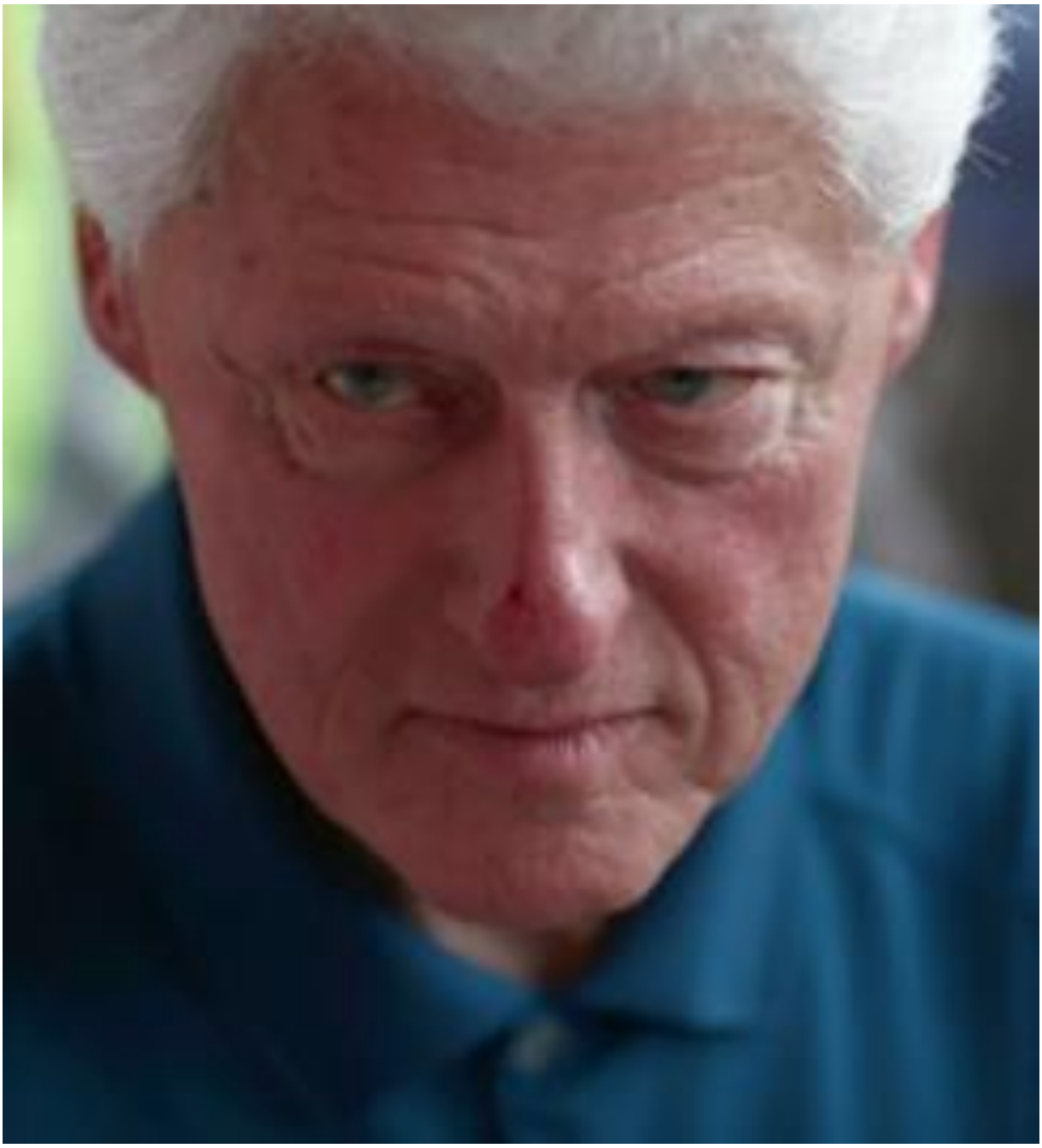
Важно подчеркнуть, что появления перечисленных VIP-больных случилось через 6-7 лет от первых встреч с президентом Ющенко. Учитывая их принадлежность к разным государствам, правомерно говорить о возникновении VIP-пандемического процесса. У одних диагноз лепры клинически не вызывает сомнений (Ющенко, Тимошенко, Путин, Медведев), у других требуются дополнительные обследования.

ИЛЛЮСТРАЦИИ – § VIII

96

97

98



99

100

101

102

103

104

105

106

Немецкий врач рассказал, чем больна Тимошенко: состояние настолько тяжелое, что почти не может ходить

время публикации: 19 апреля 2012 г., 10:29 | последнее обновление: 7 декабря 2017 г., 08:56

Экс-премьер Украины Юлия Тимошенко, отбывающая срок наказания в Качановской колонии, действительно тяжело больна, подтвердил директор берлинской больницы "Шарите" профессор неврологии Карл Макс Айнхойпль, который вместе с ортопедом Норбертом Хаасом на днях обследовал осужденную.

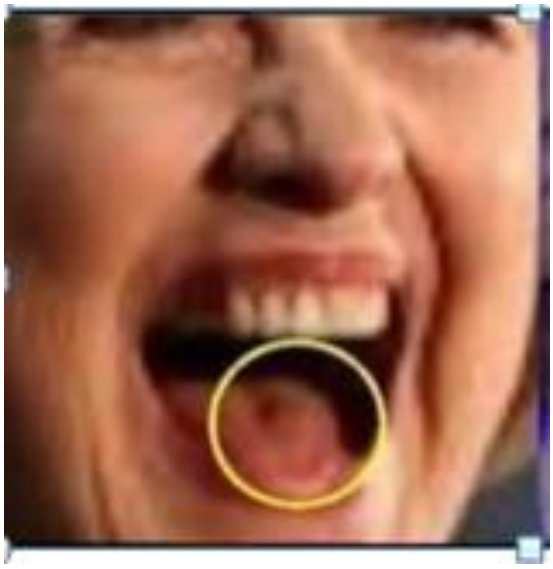
107

108

109

110

111



112

113

Одноклассники
ркель на встрече с Зеленским трясёт и покачивает

114

нгела Меркель перенесла третий приступ дрожи
Смотреть ...
ТЬ ДРУГИЕ ВИДЕО
0:09 / 1:13

9. Эпидемиологию не отменяли

Эпидемиология – это наука о массовых явлениях, происходящих в обществе. Эпидемией называется рост заболеваемости сверх установленных порогов, вызванный действием заразного (контагиозного) агента, передающегося от человека к человеку. «Зараза» может быть инфекционной (бактерия или вирус) и неинфекционной (эмоция или смысл). Под пандемией понимают распространение заболевания на несколько стран. В зависимости от длительности инкубационного периода эпидемии (пандемии) бывают быстрыми и медленными. Инкубационный период у лепры – до 30 лет, в среднем составляет 4–6 лет. Поэтому она порождает волны медленной эпидемии (пандемии), создавая длительную иллюзию здорового состояния. В силу малой распространённости проказы её эпидемические пороги не высокие.

У любой инфекции выявляются три характеристики: «заразительность», «поражаемость» и «заболеваемость». Заразительность показывает, какая часть контактировавших с больным людей становятся инфицированными. Заражение микобактериями Хансена происходит преимущественно воздушно-капельным путём через слизистую оболочку верхних дыхательных путей. Заражение возможно и через повреждённые кожные покровы. В почве эндемичных территорий бактерии живут десятилетиями. А при обычных условиях вне человеческого организма они остаются жизнеспособными до 7 дней. Одни инфекции имеют почти 100%-ю заразительность, например, корь, оспа. У других она небольшая. Заразительность лепры составляет около 30%. Остальные 70% людей обладают врождённой невосприимчивостью к болезни.

Поражаемость показывает, какая доля заразившихся людей становятся больными. Для одних инфекций ставится знак равенства между заражением и заболеванием, например, корь и оспа. При других ситуациях заболевает лишь часть из заразившихся. Например, скарлатиной переболевают 30-35% от инфицированных, дифтерией – 18-20%, при лепре – 3-4%. В поражаемости важную роль играет иммунитет, обеспечивающий невосприимчивость (резистентность) организма к инфекции. «Чтобы заболеть, нужен контакт с больным и какая-то дыра в иммунитете. Лепра относится к иммунодефицитным заболеваниям [32], где поражаемость регулируется уровнем резистентности населения. В свою очередь,

иммунитет сильно зависит от психического состояния человека. В крови у Ющенко, по данным Института вирусологии Украины, перед выборами было обнаружено семь типов вирусов [7,9]. Причиной вирусемии стал стресс во время президентских выборов, который вызвал подавление иммунитета и активизацию вирусной биоты.

На основании «заразительности» и «поражаемости» рассчитывается «заболеваемость». Заболеваемость показывает число новых случаев болезни на 1000 населения, находящегося в зоне проживания больных. Для этого надо умножить величину заразительности на величину поражаемости и разделить на 100. Так, при заразительности проказы 30% и поражаемости 3-4% заболеваемость составит примерно 1%. Значит, из 200 человек, часто контактировавших с больным бугорковой лепрой, заболеют два человека. Приведенные цифры относятся к туберкулоидной и промежуточной формам заболевания. Что касается бугорковой (лепроматозной) лепры, при ней «*…риск заражения почти в четыре раза выше, чем для лиц, контактировавших с больными туберкулоидной лепрой» (Доулл, 1942 г.).* По другим исследованиям – до восьми раз выше *(Гуинто, 1954)*» [по 77, с. 32]. Заразившиеся становятся разносчиками инфекции, формируя эпидемический шлейф.

Более половины заражений происходят при невыясненных обстоятельствах, т.е. в случайных контактах. По данным исследований в Таджикистане «источники заражения установлены лишь у 45,9% больных» [53, с.447]. В значительном проценте лепрозных заболеваний нельзя установить источник заражения.

Распространено мнение, что заразиться лепрой чрезвычайно трудно. Поэтому, мол, контактирующие с больными медработники не заболевают. Тогда как реальная жизнь показывает иное. Об этом свидетельствует интервью журналиста Никиты Аронова с работниками астраханского научно-исследовательского института по изучению лепры (НИИИЛ) [75]. У поступавших на работу в лепрозорий врачей через год-два могла появляться болезненность локтевых нервов. Как рассказывает заведующая клиническим отделением Юлия Левичева, «*когда у меня это случилось, я очень испугалась. Но ни потери чувствительности, ни каких-то дальнейших последствий не было. Боль прошла, и все тесты у меня отрицательные. Видимо, организм так адаптируется к инфекции*».

Рассеиванию лепры способствует отсутствие на начальном этапе специфической картины заболевания. Поэтому лепрозных больных могут долго лечить невропатологи от остеохондроза, невритов и радикулитов; гастроэнтерологи – от гастрита, язвенной болезни желудка, колита; дерматологи – от диатезов, аллергических дерматитов, герпеса, рожи и т.д.

Частота заболеваемости увеличивается по мере учащения общений между больным и реципиентами. Самое большое исследование среди контактировавших лиц проведено в диссертационной работе директора НИИИЛ Виктора Дуйко [32]. Наблюдались 492 жителя преимущественно Астраханской области без признаков болезни, имевших длительные общения с больными лепрой. За первые десять лет наблюдения (1944-1953 гг.) заболели лепрой 52 человека, т.е. 10,6%. За последующие 20 лет (1954-73 гг.) заболели ещё 7 человек, или 1,4%. В дальнейшие 35 лет новые больные не появились. Тем самым шанс возникновения болезни у контактных лиц составляет 12%, а длительность ожидания – до 30 лет.

В конце 1980-х годов по миру насчитывалось около 16 миллионов больных лепрой, или 0,7% на 2,3 миллиарда взрослого населения. В конце XX века, поддавшись прессингу политиков, ВОЗ приняла решение о ликвидации проказы к третьему тысячелетию. Однако достичь этого не удалось [78]. Тогда изменили принципы подсчёта. Стали учитывать лишь вновь выявленных больных, а прошедших шестимесячное лечение снимали с диспансерного контроля. В результате, по мнению научного сотрудника НИИИЛ Михаила Юшина, «*из-за изменений подсчета число больных лепрой в мире сократилось с 16 млн в 1990-х годах до 200 тысяч в 2000-х*» [75]. Хотя примерно у 10% «выздоровевших» через 7-10 лет возникают поздние рецидивы [56]. Поэтому при бугорковой проказе до 70% больных должны получать лечение всю жизнь. Тем более, что до сих пор «отсутствуют абсолютные критерии их излечиваемости» [32].

В борьбе против стигматизации лепрозных больных политики пошли на игнорирование эпидемической настороженности. Получившим полноценный курс лечения разрешили включаться в общественную жизнь. Даже лепрозные учреждения, прежде располагавшиеся изолированно от обычного здравоохранения, приравняли к стационарам общетерапевтического профиля. Пренебрежение эпидемической опасностью привело к уничтожению системы выявления

заболевших при подворных обходах и обследования контактов. Как свидетельствуют сотрудники НИИИЛ, «… *сейчас выявлять их просто некому. В 1970-е, например, практиковались подворные обходы — в селах эндемичных по лепре районов выявляли болезнь на ранней стадии. У каждого заболевшего проверяли родственников и контактных лиц. Теперь нам не выделяют средств на обследование в селах. Только на лечение больных*». *Поэтому мы, конечно, проверяем контактных лиц, но за свой счет. На масштабную работу денег нет, и мы просто не выявляем многих больных* [75].

В интервью журналисту редакции «Город812» заведующая Оргметодотделом Петербургского городского кожно-венерологического диспансера Ольга Гайворонская заявила: «Петербургские врачи и эпидемиологи признают, что *опасность лепры недооценивается. ...мы с ней встречались в Петербурге! Последний случай регистрировали лет пять назад, и было еще несколько больных, которые ее перенесли в прошлом и наблюдались у нас. ...Много заболеваний в начальной стадии могут иметь такие же клинические проявления. О лепре просто не вспомнили. Мы забываем об этом заболевании. И теряем бдительность. Поэтому и выявляются более поздние формы, а не начальные. В принципе, диагностировать ее не сложно. Обычно берем соскоб со слизистой носа.…Главное, чтобы были специалисты, которые могли провести анализ. Сегодня тех, кто помнит, как он выглядит, осталось не так много*». Врач клинической инфекционной больницы им. Боткина Олег Парков заявил, что лепрой «*…заразиться возможно, она достаточно контагиозное заболевание*» [79].

Основным методом диагностики лепры является бактериоскопическое исследование под микроскопом. Соскобы берут со слизистой оболочки носа путем лёгкого поскабливания, а также с очагов поражения на коже. Революционным решением стала разработка экспресс-метода ПЦР-диагностики, обеспечивающего массовость эпидемиологического скрининга. Более сложный метод иммуноферментного анализа позволяет выявлять в крови лепрозный антиген путём обнаружения специфических антител. Из них иммуноглобулин «M» указывает на активную стадию болезни, а иммуноглобулин «G» – на перенесенное заболевание в прошлом.

Прорывной эпидемиологической технологией стало изучение признаков лепры в материалах астраханской станции переливания крови. Ежегодно отбирались пробы по 200-300 человек для иммуноферментного анализа. Результаты оказались шокирующими. Наличие антител к лепре обнаружено у 9% доноров. Из них 2% имели иммуноглобулин «М» (активный лепрозный процесс), а 7% – иммуноглобулин «G» (перенесенная болезнь). И это – не общая выборка из всего населения, а отобранные для донорства здоровые люди. Получается, что как минимум 9% жителей Астрахани инфицированы проказой. И их необходимо обследовать, утверждает заведующая лабораторно-экспериментальным отделом НИИИЛ доктор медицинских наук Людмила Сароянц [75, 80].

Такой анализ необходимо проводить на станциях переливания крови по всему миру. Этим обеспечится возможность межстранового сравнения распространённости заражённых лепрой донорских материалов. Более того, чтобы не распространять лепру через донорскую кровь необходимо её проверять на наличие признаков инфицирования с использованием иммуноферментного анализа. В противном случае опасность лепрозного заражения присутствует как минимум у 0,02% реципиентов. По миру – это миллионы жертв. Тем самым правомерно говорить о международной значимости разработанного в НИИИЛ метода, достойного быть номинированным на Нобелевскую премию.

При одних ситуациях эпидемический процесс диффузно распространяется по всему населению, при других – направляется по отдельным стратам. Второй вариант случился в результате заболевания Ющенко, когда инфекция пошла преимущественно по политическому уровню. Здесь правомерно говорить о VIP-пандемии. Наличие лепры среди политиков известно из клинической практики. По свидетельству Николая Голощапова, д.м.н., профессора, руководителя научно-исследовательской лаборатории иммунохимиотерапии лепры и иммунотропных средств МЗ РФ (до 2003 г. – главного специалиста по лепре в Минздраве РФ), в его клинике в Сергиевом Посаде лечились высокопоставленные пациенты из Испании, Лаоса, Конго, Индии, Ирана, в т.ч. бывший диктор телекомпании Би-Би-Си. И у двух третей заболевших установить источник заражения не удалось.

Заразиться можно даже при непродолжительной встрече с больным. В Челябинске описан случай заболевания молодого мужчины от кратковременного

общения с носителем лепроматозной лепры. Спустя несколько лет после контактов была обнаружена туберкулоидная лепра [34]. Разносчиком инфекции бывает и внешне здоровый человек. В 2012 году у российского политика Владимира Рыжкова (фото 115) появились выраженная отёчность обеих щёк, инфильтрация скуловых дуг и надбровий (фото 116). Развилось воспаление левого тройничного нерва с сильными болями. Одновременно случился паралич левого лицевого нерва с перекосом лица вправо (фото 117). Как пишет Максим Блант, экономический обозреватель Newsru.com, член Лиги избирателей (в Facebook), "…*у Рыжкова после митинга … парализована половина лица, врачи ничего пока сделать с этим не могут*» [96]. Возник парез орбитальной ветви левого лицевого нерва – стигма проказы. В результате при моргании левое веко не закрывалось (фото 118), вынуждая спать с открытым глазом. Версия банального неврита от простуды, который излечивается за пару недель, опровергается многолетним течением болезни. Сам Рыжков не встречался с Ющенко, но мог заразиться от переносчика инфекции Немцова – активного участника киевского майдана (фото 119,120).

Что касается эндемичных районов, искоренить в них лепру невозможно. Она автоматически воспроизводится устоявшимся биогеоценозом. Заражённая микобактериями земля, а это 30-50% окружающей почвы, служит постоянным источником новых случаев болезни.

В отличие от других инфекций, у лепры важное эпидемическое значение имеют рецидивы. Что считается рецидивом? Если лечение было недостаточным, и возникло обострение, это – не рецидив, а «активация» дремлющего процесса. Если же больной был излечен и снова заболел, то возник «рецидив». Ситуация осложняется тем, что понятие «излеченность» имеет в лепрологии относительное значение. Надёжных тому критериев нет. «J. Lowe (1958 г.) показал, что после 3-5 летнего лечения сульфонами 139 больных бугорковой лепрой, при исчезновении в посевах бактерий в 5-летнем наблюдении у 10,8% случился рецидив. Торсуев Н.А (1959 г.) наблюдал рецидив у 12,8% из 90 пролеченных. Евстратова В.А. за 12 лет наблюдения над выписанными по излечении больными лепрой имела рецидивы: при бугорковой лепре – 28,8%, при недифференцированной лепре – 17%, при туберкулоидной лепре – 13,4%. По данным Торсуева Н.А. с соавторами (1965 г.) за

18 лет из Ростовского лепрозория было выписано 169 больных, среди которых у 32% вновь появилась лепра» [по 82].

ИЛЛЮСТРАЦИИ – § IX

115

116

117

118

119

120

10. Унижать врачей – себе дороже

Нахождение на вершине политической власти деформирует человеческую психику. Развивается уверенность в способности решать любые проблемы, навязывая профессионалам ошибочные мнения. В полноценном лечении президента Украины были заинтересованы большинство общавшихся с ним врачей. Почему тогда украинские, австрийские, швейцарские и американские коллеги не диагностировали лепру? Причиной стал политический «гипноз», поразивший медицинское сообщество. В подобных обстоятельствах министр здравоохранения Украины Виктор Князевич заявил: «*Меня возмущает и ужасает тот факт, что политика стала доминировать даже в вопросах здравоохранения*» [83]. В результате «замутнённый» разум врача ведёт к потере интуиции, снижению профессионализма и росту ошибочных решений.

Так, оправдывая отказ Ющенко от диагностической биопсии лицевой ткани, Корпан ссылается, мол «… *шла предвыборная кампания, Виктор Андреевич много выступал перед избирателями и не хотел появляться перед ними с огромной повязкой на лице ... он часто переезжал с места на место, а делать это с открытой раной очень опасно*» [22]**.** Но о какой открытой ране идёт речь, если для биопсии требуется кусочек ткани диаметром 2 миллиметра? Почему говорится об огромной повязке, когда требуется небольшая наклейка бактерицидного пластыря? И почему обязательно брать биопсию с лица, если есть другие пораженные участки тела?

Понимая, что имеющиеся у Ющенко симптомы не соответствуют диоксиновой интоксикации, Корпан объяснял их «уникальностью» поступления яда в организм – через рот с пищей. «*Попадание этого яда в человеческий организм через желудочно-кишечный тракт неизвестно человечеству и неизвестно медицине». «Данный случай – первый и единственный в истории человечества и в истории медицины. Экспертиза должна ещё раз научно доказать, что именно при этом пути попадания яда именно такой механизм действия и именно такая первая симптоматика*» [14, ч.2]. Тогда как в реальности главным источником поступления диоксинов в организм на 80-90% является пища. И только 10-20% – с воздухом через лёгкие [44].

Ольга Богомолец закончила ординатуру по дерматологии, защитила кандидатскую диссертацию по аллергодерматозам, прошла курсы дерматопатологии и экологической дерматологии в США, в 2003 г. защитила докторскую диссертацию по теме пороков развития кожи. Но и она под политическим «гипнозом» потеряла эпидемиологическую настороженность в отношении кожных поражений Ющенко. Иначе невозможно объяснить грубые просчёты, когда в интервью журналисту «Украинской правды» спокойно объясняла, что лечила президента, не зная от чего [5].

Журналист: *«Но перед тем, как вы начнете лечение, вы же должны знать, от чего вы лечите пациента?» Богомолец: «Да».*

Журналист: *«От чего вы лечили Виктора Ющенко?» Богомолец: «В декабре я лечила Виктора Андреевича от тех проявлений на коже, которые наблюдала …».*

Журналист: *«Какой предварительный диагноз вы поставили Виктору Ющенко?» Богомолец: «Реактивное (то есть связанное с воздействием какого-либо внешнего токсина) изменение кожи в виде диффузной акнеподобной сыпи, единичных и сливных кист».*

Журналист: «*Вы смогли на тот момент определить, какие именно процессы проходили в организме пациента?» Богомолец: «Я знала совершенно четко, что у моего пациента не заболевание кожи, а реакция кожного покрова на интоксикацию, причина которой мне была не известна. Поэтому здесь не просто заболевание, которое вдруг появилось и его можно лечить, а патологический процесс, т.е. болезнь, которая находилась на определенной стадии развития».*

Журналист: *«То есть все то время, что вы лечили Виктора Ющенко, вы не имели представления о том с какой болезнью вы боретесь?» Богомолец:* **«***Нет, вы не правы. Мы с Вами говорим о декабре, то есть о начале моей работы. На тот момент я понимала, что какая-то причина должна быть, потому что такой процесс не мог возникнуть спонтанно. У человека, который съел какой-то испорченный продукт, таких последствий не бывает. И я хорошо понимала, что у моего пациента не кожное заболевание, а что эти изменения в коже связаны с определенным токсическим воздействием».*

Тяжело говорить об ошибках коллег, но дело доходило до преступной халатности, приводящей в недоумение даже журналистов. Вот разрозненные фрагменты интервью Богомолец для «Украинской правды»:

Журналист: *«Я не совсем понимаю… Виктор Ющенко не был простым пациентом, и вы не могли не осознавать ответственность, которая на вас лежит. Как можно было приступать к лечению, не делая никаких предварительных анализов?!». Богомолец: «Для начала лечения проводить какие-то клинические анализы не было необходимости».*

Журналист: *«Давайте с другой стороны – вы лично делали пациенту какие-то анализы в вашей клинике?». Богомолец: «В декабре – нет».*

Журналист: *«Берясь за лечение, вы должны были понимать все риски? Неужели даже для этого не проводились анализы?». Богомолец: «Для этого не нужно брать дополнительные анализы».*

Журналист: *«Давайте ещё раз. Я правильно понимаю, что в вашей клинике у Виктора Андреевича не делались абсолютно никакие анализы?». Богомолец***: «...** *никакие исследования, кроме банальных анализов мочи и крови, я не проводила».*

У VIP-больных врачи «забывают» изучать историю болезни (anamnesis morbi) и историю жизни (anamnesis vitae). Удивляешься ответам Богомолец в беседе с журналистом [5]. Журналист: «*Вас, как врача знакомили с какой-то историей болезни? Какие документы вы видели?». Богомолец: «В декабре предыдущей истории болезни мне не показывали. Но у меня и не было никогда необходимости в получении этой истории».*

Журналист: *«А в Женеве вам показывали полную историю болезни Виктора Ющенко?». Богомолец: Полную историю болезни? Нет. Я ее никогда не видела, и она мне была не нужна – у меня была своя история болезни.*

Если бы Богомолец ознакомилась с заключением коллег из Рудольфинерхаус, тогда не сказала бы: «*Повторяю ещё раз – основные проявления болезни Виктора Андреевича были дерматологическими. Основное, что беспокоило пациента – это изменения на коже…*». Как грамотный врач она бы обнаружила у Ющенко с конца 90-х годов характерный синдром, состоящий из неврологических, гастроэнтерологических и дерматологических симптомов. Получается, что проводимое у Ющенко лечение имело сугубо симптоматический характер.

Без вмешательства политиков врачи смогли бы поставить Ющенко правильный диагноз. И не пришлось бы ему переносить тяжёлые страдания от запущенности болезни. По оценке Богомолец: *боли были колоссальными, никто не может жить, постоянно ощущая страшную боль* [5,6]. С 2007 г. состояние Ющенко стало улучшаться. В том – заслуга московских профессоров: эпидемиолога Игоря Гундарова и директора Центрального НИИ кожно-венерологических заболеваний Анны Кубановой. К ней был телефонный звонок из Киева с просьбой приехать для консультации больного. Она отказалась, но добавила, что наблюдаемая клиническая картина характерна для лепры. И порекомендовала схему этиологического лечения.

В результате стало доступным проведение у Ющенко косметической и других видов хирургии. До лечения это было невозможно из-за выраженного поражение подкожной клетчатки – швы прорезывались и раны не заживали. По описанию лечивших его в 2007 году французского хирурга профессора Жан-Илер Сора и киевского профессора Ольги Богомолец, была сделана пробная лазерная процедура на нескольких лицевых участках кожи. Но на местах разрезов появились эрозии, язвы, корочки, оставив через две недели рубцовые следы [5,6]**.** Аналогично случилось с разрезами у Путина, описанными выше.

Со слов Богомолец, *в швейцарской клинике Ющенко провели 24 многочасовые (по 4-5 часов) операции бригадами по 5-6 хирургов, под общим наркозом* [5]. Вероятно, проводился невролизис многочисленных нервных стволов, т.е. освобождение нервных веточек от сдавливающих их инфильтратов и рубцов. Цель операции – рассечение и удаление всех тканей, вызывающих сдавление нервных волокон. Плюс транспозиция нервов, т.е. перемещение в новое ложе, и эпиневрэктомия – отделение от соединительнотканной оболочки. Такие операции широко применяются с 40-х годов XX века [84,85]. «*Методика ... заключается в нанесении разрезов, широко обнажающих ствол нерва в месте его утолщения, иссечении апоневроза, примыкающего к нерву и вызывающего сжатие последнего, глубоком продольном рассечении нерва, отсепарировании эпиневрия и в дополнительном нанесении продольных насечек в глубине разреза»* [86, с.88]. Операции трудоёмкие, длительные, под общим наркозом, так как «*в случаях старых невритических поражений из-за спаечных процессов декапсуляция и*

распучковывание представляют значительные трудности» [87, с. 91]. Операции болезненные: «…*больные с неохотой соглашались на операцию, страшась возможной болезненности последней*» [86, с. 89].

А ведь страданий можно было избежать, если анализом симптомов занимались независимые врачи. Однако в политической суматохе никого не интересовало состояние самого больного. Дело доходило до абсурда, когда лечащего врача Ольгу Богомолец вызвали на допрос к следователю лишь спустя четыре года после известных событий. Задача врачей – ставить правильный диагноз и лечить вне зависимости от личных симпатий, идеологической ориентации и социального статуса пациента. А не прислуживать идеологии и власти. По этому поводу депутат Верховной Рады Анна Герман сказала, что ей жалко президента, у которого такие врачи. Но виноваты в этом не столько врачи, сколько президенты.

Профессиональную деградацию от «дружбы» с политиками иллюстрирует заявление французского профессора Жана Сора, руководителя Клиники дерматологии университетского госпиталя Женевы: Ющенко «*сам убивал диоксин и переваривал диоксин»; «впоследствии организм постепенно приспособился к отраве. Кожные бугорки концентрируют диоксин, а потом его переваривают. В результате за два года выведено почти 90% яда* [29].

В 2004 г. на телефонный вопрос директору астраханского НИИИЛ профессору Виктору Дуйко «Не лепра ли у Ющенко?», тот отказался обсуждать опасную тему. В интервью корреспонденту он прямо ответил: «*В прошлом году звонил один товарищ из Москвы, спрашивал: «Вам не кажется, что у Ющенко лепра?» Я ему сказал, «Вы лучше не вмешивайтесь в это дело*» [34]**.**

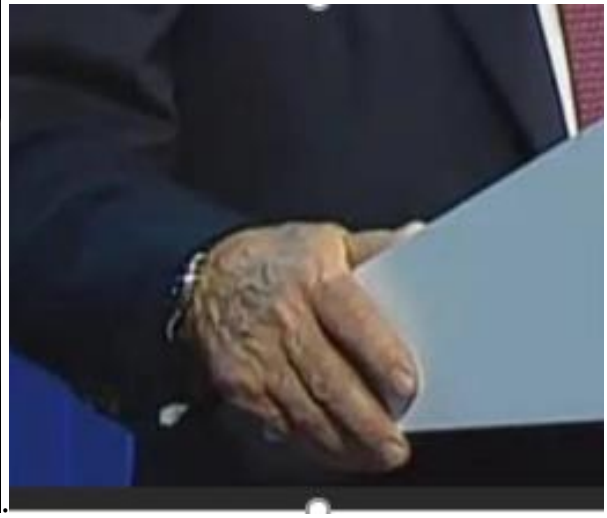
Так и в ситуации с Путиным – не в воле врачей оказалось сказать президенту горькую правду. Это привело к лепроматозу гортани и необходимости в 2017 г. реконструктивной операции по восстановлению проходимости дыхательных путей. Разрез был аккуратный, заживший первичным натяжением. Но полноценных выводов из случившегося не сделали. Хотя в состав врачей ввели инфекциониста и дерматовенеролога, предположив специфическую природу трахео-ларингита. А второй стеноз гортани случился внезапно. Поэтому экстренную трахеотомию делал не специалист. Поразительно, что и на этот раз не сделали прогностических выводов, доведя ситуацию до третьего стеноза и следующей операции.

«*Лепра есть вид иммунологической болезни... При бугорковой лепре наблюдается подавление клеточного звена иммунитета, снижение бактерицидных свойств крови и уровня лизоцима* [88]. Стрессы от президентской работы у Путина могли привести к развитию резистентного к лечению состояния. Это требует увеличения дозировки принимаемых препаратов. Среди них базовыми, согласно рекомендованной ВОЗ комплексной терапии, являются сульфоновые производные (дапсон и др.). При передозировке сульфонов происходит массированное повреждение эритроцитов, развивается метгемоглобинемия, затрудняя доставку кислорода к тканям. Страдают структуры головного мозга. Кожа приобретает синюшный оттенок, особенно заметный на кистях рук. Такие признаки стали наблюдаться у Путина с 2014 года. При встрече с украинской делегацией после присоединения Крыма на фотографии справа – нормальный цвет руки Петра Порошенко, а слева – синюшный цвет руки Путина (фото 121). Симптомы метгемоглобинемии повторялись и в последующем, в том числе на коже лица (фото 122,123).

ИЛЛЮСТРАЦИИ – § X

121

122



123

11. «Биокамикадзе» – новое биологическое оружие

В программе 54-го Всемирного форума в Давосе (2024 г.) одна из секций была посвящена угрозе пандемии болезни «Х». Рассматривались два варианта. Первый ориентировался на появление новой инфекции, которой на текущий момент не существует. Второй – что инфекция уже существует, но является необнаруженной. И смысл обеих ситуаций в том, чтобы максимально сократить время от обнаружения болезни «Х» до начала профилактического реагирования.

Тем удивительнее, что обсуждением столь важной темы занимались не профессионалы – эпидемиологи, а дилетанты – политики. Такое уже было в 2020-2021 годы, когда для борьбы с коронавирусной инфекцией создавались штабы без адекватного участия врачей. Расплатой за самоуправство стала разбалансировка здравоохранения. В результате 75% избыточных смертей возникли не от коронавируса, а от внутрибольничного сепсиса.

Так же и в отношении «необнаруженной» пандемии лепры. Профессионалы предупреждали: «*Возможен ли сейчас или в ближайшем будущем рост числа больных лепрой в странах со спорадической заболеваемостью? Возможны ли эпидемические вспышки этого заболевания?*» – риторический вопрос директора астраханского НИИИЛ (1974-2004 гг.) профессора Анатолия Ющенко. И его ответ: «*Мировое сообщество в последние 20 лет получило хороший «урок» как опрометчиво объявлять «побежденными» хронические инфекционные болезни, и вынуждено было в третье тысячелетие вступать в сопровождении роста заболеваемости туберкулёзом, сифилисом, малярией. … С некоторой задержкой это же произойдёт и с лепрой. Возбудитель лепры, как и другие патогены, вырабатывает лекарственную устойчивость, могут появиться мутанты, размножение которых сегодняшняя мощная комбинированная терапия не остановит*» [34].

Вот и пришла нераспознанная болезнь «Х» в виде VIP-пандемии лепры. В США в 2022 г., согласно сообщению Федерального центра по контролю и профилактике заболеваний (CDC), наблюдался её двукратный рост, преимущественно в богатых штатах Флориде, Калифорнии, в Нью-Йорке и Техасе [99]. В Индия в 2005 году заявили о полной ликвидации лепры, а через 6 лет – взлёт заболеваемости. Число новых случаев превысило 120 тысяч в год. По оценке ВОЗ:

«*Все это свидетельствует о том, что успехи в борьбе с лепрой могут быть утрачены, и что Индия может потерять статус страны, элиминировавшей это заболевание*» [98].

Существующая мировая статистика не отражает реальную картину распространённости проказы. Источниками информации служат случаи по обращаемости, что в разы меньше, чем при подворных обходах. Но и эта информация – лишь надводная часть айсберга. Подводной частью является инкубационный период в десятки лет с неспецифической клинической картиной. «*С инфекциями нельзя шутить, они имеют циклическое течение, штаммы мутируют. Завозная лепра в связи миграционными потоками у более половины случаев имеет бессимптомное, трудно диагностируемое течение*», считает старший научный сотрудник НИИИЛ Михаил Юшин [75]. Так, на начало 2020-х гг. в Астраханской области было зарегистрировано менее 200 больных. Тогда как ПЦР-анализ крови доноров городской станции переливания крови обнаружил следы инфекции у 9% (7% – в прошлом и 2% – активный процесс).

В пересчёте на другие территории возьмём величину десятикратно меньшую – 1%, что соответствует оценке заместителя министра здравоохранения Астраханской области Светланы Смирновой: «*Да, болезнь имеет низкую заразительность, но и этого достаточно, чтобы могли заболеть проказой 1% населения планеты»* [81]. Для сравнения сопоставим с распространённостью ВИЧ, общепризнанно опасной инфекцией: США, Франция, Испания, Великобритания, Россия – 0,7-1,0%; Казахстан, Германия, Норвегия, ОАЭ – 0,3-0,5%; Индия, Китай – 0,02-0,09%. Тем самым лепра и ВИЧ оказываются заболеваниями одного порядка по распространённости.

В России для компенсации демографических потерь требуется активизация миграционного притока. В первую очередь – из стран Азии, Африки, включая Содружество БРИКС (Бразилия, Индия, Китай, Южная Африка) – эндемичных по лепре регионов. Соответственно актуальными становятся меры по недопущению лепрозного завоза.

По этой теме мировые спецслужбы оказались застигнутыми врасплох. Принято считать, что основными средствами поражения VIP-персон являются физические факторы: удар, наезд, колюще-режущие предметы, пуля, отравление.

Соответственно система защита сводится к их блокировке. Значительно меньшее внимание уделяют методам биологической агрессии. Обычно к ним относят массовое инфицирование: водоёмов, продуктов питания, мелких животных и т.д. Хотя заражение может происходить и адресно – через контакты с «биокамикадзе». «Биокамикадзе» – это человек, заражённый опасной инфекцией (оспа, легочная чума, холера и др.) для распространения на территории противника. Например, у оспы инкубационный период длится 10-20 дней. Продрома продолжается 3-4 дня, легкое начало болезни – 2-3 дня. Суммарно – две недели перемещения по миру с целью распространения болезни. Ещё остаётся время вернуться домой, вылечится и наблюдать за эффектом своего био-разрушительного действия.

Важно подчеркнуть, что при пересечении государственных границ остановить «биокамикадзе» невозможно. Нет юридических оснований для его задержания. Чтобы их получить требуется провести обследование, от которого больной может отказаться. Тем более, если это – VIP- персона. Поэтому наивным звучит заявление Роспотребнадзора, что «Россия обладает всем необходимым потенциалом для противодействия биологическим угрозам любого характера, в том числе “болезни X” и своевременного и адекватного реагирования на них».

«Биокамикадзе» может быть специально подготовленным агентом или оказаться случайно заболевшим человеком, как получилось с Ющенко. Спецслужбы мировых держав, посчитав сведения о лепре недостойными проверки, проигнорировали тревожные сообщения. В результате не соблюдались меры предосторожности при проведении многочисленных политических мероприятий (фото 124, 125). Пример – описание Ольги Богомолец международных выступлений Ющенко: «… *Когда я смотрела на президента, стоящего на трибуне Бундестага, или в Конгрессе США, я думала, если бы сидящие в зале люди знали, как выглядит его тело – всё в ранах, повязках и дренажах … Передо мной стоял человек, которому было очень больно, у которого под рубашкой по всему телу были раны. Только представьте себе … поражено все тело и лицо …это не просто прыщики, это кисты и раны…Они, наверное бы, слушали стоя, преклоняясь перед его мужеством…*» [5].

Такую героическую сцену рисует воображение романтической поклонницы. Чтобы не пугаться своих слов, ведь речь шла о болезни президента Украины,

Богомолец называла язвы на теле Ющенко словом «раны». Это - как если бы «язву 12-перстной кишки» именовать «раной 12-перстной кишки». В медицине слово «рана» используется для характеристики нарушений от внешних механических воздействий. В противном случае искажается эмоциональное восприятие ситуации.

Иную картину увидели бы глаза дермато-венеролога. Перед членами Конгрессе США или Бундестага ФРГ (фото 126,127), надеющимися на профессионализм спецслужб, стоял инфекционный больной с кистами и сукровичными язвами по телу – лепроматозный дерматит, как в учебниках по лепрологии (фото 128,129). А вокруг в радиусе до 1,5 метров роились сотни тысяч микобактерий Ханзена, заражая находящихся рядом политиков (фото 130). Узнай они об этом, бежали бы в страхе из зала.

Не соглашаясь с неотвратимостью нахлынувшей беды, больные VIP-политики стараются убедить себя и окружающих, что это не мешает их творческой активности. Для доказательства расширяются управленческие функции, включая даже малой значимости. Так, 5 мая 2020 г. президентом Путиным подписаны поручения правительству:

- продлить программу туристского кэшбека;
- выплатить по 10 тыс. рублей семьям с детьми от шести лет;
- обеспечить бесплатную подводку газа к домохозяйствам;
- обеспечить выплату отдельным категориям беременных;
- приступить к реализации углублённой программы профилактических осмотров.

Трудно поверить, что перечисленные вопросы достойны компетенции президента мировой державы.

Стремление больных к самоутверждению доводит до шутовства, дискредитируя высокий государственный статус. Из этой серии – самонаграждение Брежнева (фото 131); унизительное поведение пьяного Ельцина, дирижирующего оркестром в ФРГ (фото 132); руководство Путиным полёта белых журавлей (фото 133); поиски на дне моря древних амфор (фото 134); демонстрация молодецких возможностей (фото 135).

Считая себя здоровым, Ющенко был активным участником многочисленных международных политических мероприятий (фото 136, 137) и самым целующимся

президентом: с посторонними, друзьями, коллегами-политиками (фото 138-144). За это время среди часто контактировавших с ним людей могли заразиться и стать больными 3-4%.

Невольным «биокамикадзе» оказался и Путин. Широкие общения с молодёжью (фото 145,146), многочисленные поцелуи особенно детей (фото 147-150) могли нести угрозу распространения инфекции. В результате их родители обречены десятилетиями следить за опасностью возникновения в семье проказы.

Не исключено, что заразился лепрой и Виктор Янукович. По сравнению с прежними годами (фото 151) появилась выраженная деформация ушных хрящей и мочек, изменение угла наклона носа (фото 152).

У президента Беларуси Александр Лукашенко при праздновании Дня Победы на Красной площади в Москве в 2023 году обнаружены на спине под пальто контуры корсета, задекорированные тканевой складкой. Объёмы тела значительно увеличены, не соответствуя прежнему размеру одежды (фото 153). Через полгода на встрече лидеров Евро-Азиатского экономического союза в шаге от него – сотрудник охраны и в руках – чёрный саквояж (фото 154). Этот же охранник с саквояжем оказался за столом участников конференции рядом с Лукашенко (фото 155).

Без озвученного диагноза осталась болезнь президента Чечни Рамзана Кадырова. Внешние симптомы – отёк тела, плотные инфильтраты на лице, поражение почек. И – полугодовое лечение. Ориентировочно – гломерулонефрит, осложнённый быстро развивающимся отёком тела. У Ющенко так же был первоначальным диагноз «…*панкреатит … осложнённый быстро развивающимся отёком тела*».

Политическая значимость описанных явлений заслуживает быть включенной в учебники спецслужб как **«синдром Ющенко-Путина»** – возможность, казалось-бы, невозможных медицинских событий. Поэтому проверке должны подлежать все инфекционные факты, пусть даже имеющие один шанс из тысячи. Здесь 0,1% = 100%. Иначе охранники, контактируя с больными лидерами (фото 156), сами становятся «биокамикадзе, заражая новых охраняемых персон. Так, вызывает подозрение возникновение у директора Росгвардии Виктора Золотова отёчности латеральных ветвей надглазничного нерва и бугристости кожи лица (фото 157,158).

Именно он находился постоянно радом с Путиным от начала заболевания, являясь руководителем его личной охраны (фото 159) [95].

Особенное коварство тяжёлых инфекций – в их влиянии на эмоциональное состояние и интеллектуальные способности политиков. В 2010 г. при визите Путина на Украину журналисты заметили, что обычно разговорчивый, на этот раз он был молчаливый, печальный, с плохим настроением [65]. В 2011 г. писатель Эдуард Лимонов, увидев Путина на Селигере, сказал: «*Странное лицо, вдруг изменившееся не то от тревоги, от крайней степени беспокойства … Как «в воду опущенный»…У него явно проблемы, может заболел серьезно, лицо-таки осунувшееся. Нездоровое и рассеянное…Что-то гложет*…» [90].

Гложет опасная для разглашения болезнь и страх смерти от очередного приступа удушья. Этим объясняется избыточность мер самоизоляции даже при нормальной эпидемической обстановке (фото 160,161), проведение тотальной дезинфекции помещений перед массовыми встречами (фото 162,163). И это – на фоне безмятежного поведения остальных мировых лидеров. Хотя обычно Путин позиционирует себя мужчиной-мачо. Причиной испуга является не сама респираторная инфекция, а угроза её наслоения на базовое заболевание, увеличивая риск внезапного стеноза верхних дыхательных путей.

Диссонанс между объективностью нахлынувшей беды и субъективным её отрицанием сопровождается фрустрацией, деформируя восприятие окружающего мира. Примером служит смена мировоззренческих позиций Дмитрия Медведева. В бытность президентом страны он выступал как либерал, ориентированной на широкую демократическую общественность. А после заболевания прежние международные партнёры вдруг стали «*кучкой безумных нацистов-наркоманов, одурманенный и запуганный ими народ и большая стая лающих собак из западной псарни. С ними разномастная свора хрюкающих подсвинков и недалёких обывателей из распавшейся западной империи со стекающей по подбородку от вырождения слюной…». Цель Москвы* — «*остановить верховного властелина ада*» [91].

Негативное влияние на интеллектуально-эмоциональные способности больных оказывают сульфоновые препараты. Их применение в эксперименте на животных сопровождалось развитием циклотимии – колебания настроения от

эйфории до депрессивного состояния. Возникало тоскливо-тревожное настроение, поведенческое отчаяние, дисфория в виде неприязни к окружающим, аффективные реакции со вспышками агрессивности [92-94]. Наличие таких признаков несовместимо с занятием государственных постов.

Из-за потери жизненной перспективы формируется экзистенциальный вакуум (фото 164), избавиться от которого бывает невозможно (фото 165). Боль уменьшается при виде страданий окружающих, формируя социопатию – потерю эмпатии и озлобленность к здоровым людям: «если заболел я, пусть заболеют и другие». Вплоть до героизации апокалипсиса и массовой смерти: «*Мы как мученики попадём в Рай, а они просто сдохнут*». Для сокрытия дискредитирующего заболевания провоцируются социальные катаклизмы, вплоть до инициации войны.

Наличие социопатии у государственного лидера провоцирует ошибочные стратегические решения. В Стратегии национальной безопасности России первой позицией заявлено сбережение народа. В условиях нарастающей депопуляции нет цели важнее. Иными целями руководствуется стратегия широкомасштабных военных действий за пределами государственных границ. Президент Путин выбрал второе, инициировав в 2022 году Специальную военную операцию.

Чтобы оценить её влияние на смертность необходимо исключить другие повреждающие факторы. Для этого сравнили динамику мужской и женской смертности в 2022 году, рассчитав «гендерный летальный индекс» (М/Ж). Исходным уровнем взяли его средние значения за 2020-21 годы. Для возраста 10-14 лет не выявлено различий динамики смертности между полами. Первый подъём появился у подростков 15-19 лет на 22% по сравнению с девушками. Наибольшие приросты случились в возрасте 20-24 лет – 165% и 25-29 лет – 146%. В возрасте 30-34 года – 123%, 35-39 лет – 111%. У 40-44-летних различия между полами почти исчезли (рисунок 1).

Какие особые причины смертности возникли у мужчин в 2022 году по сравнению с женщинами? Единственное существенное различие – появление груза «200» в когортах призывных возрастов.

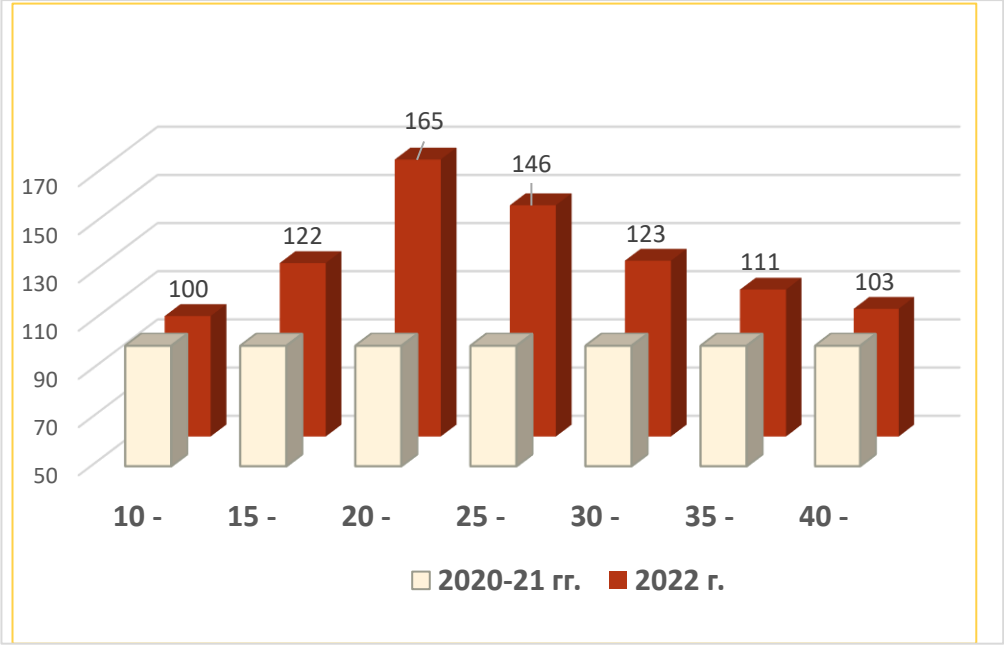


Рисунок 1. Прирост смертности в России в 2022 году у мужчин по пятилетиям возраста относительно динамики смертности у женщин (2020-21 гг.=100%).

Фактически, реализуется установка «стать мучениками и – в Рай». Такая ошибочная президентская политика угрожает исчезновением российского этноса. И в числе её причин – социопатия больного человека.

ИЛЛЮСТРАЦИИ – § XI

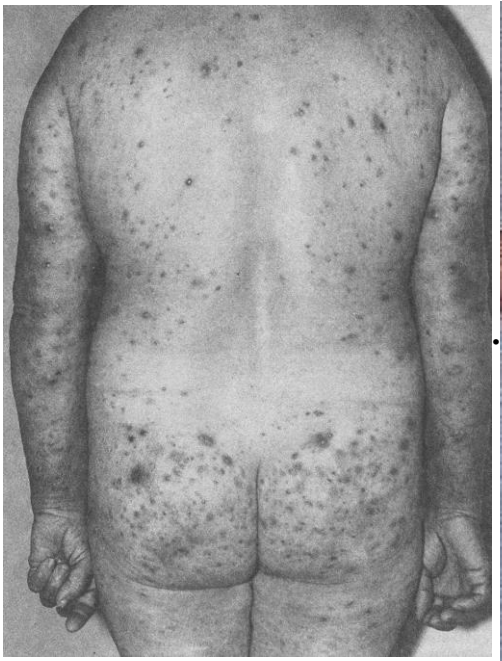
124

125

126

127

128



129

130

131

132

Президент Б.Н. Ельцин дирижирует оркестром в Германии

133

Ямало-Ненецкий АО
ЗВУК ВЫКЛЮЧЕН
WWW.1TV.

134

.

135

136

137

138

139

140

141

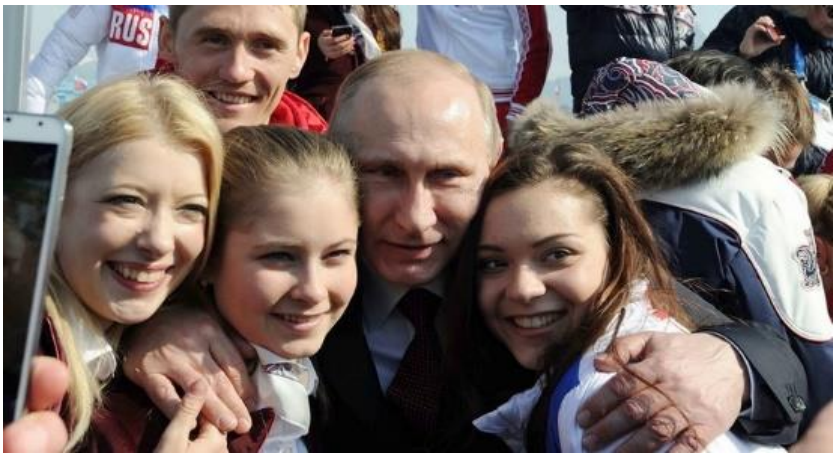
142

143

144

145

146



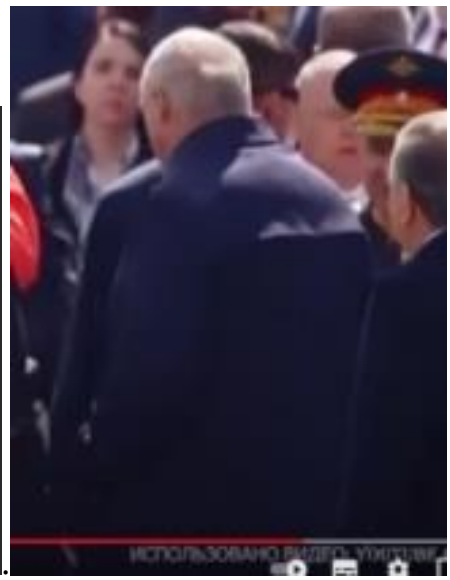
147

148

149

150

151 152 153



154

155

156

157

158

159

160

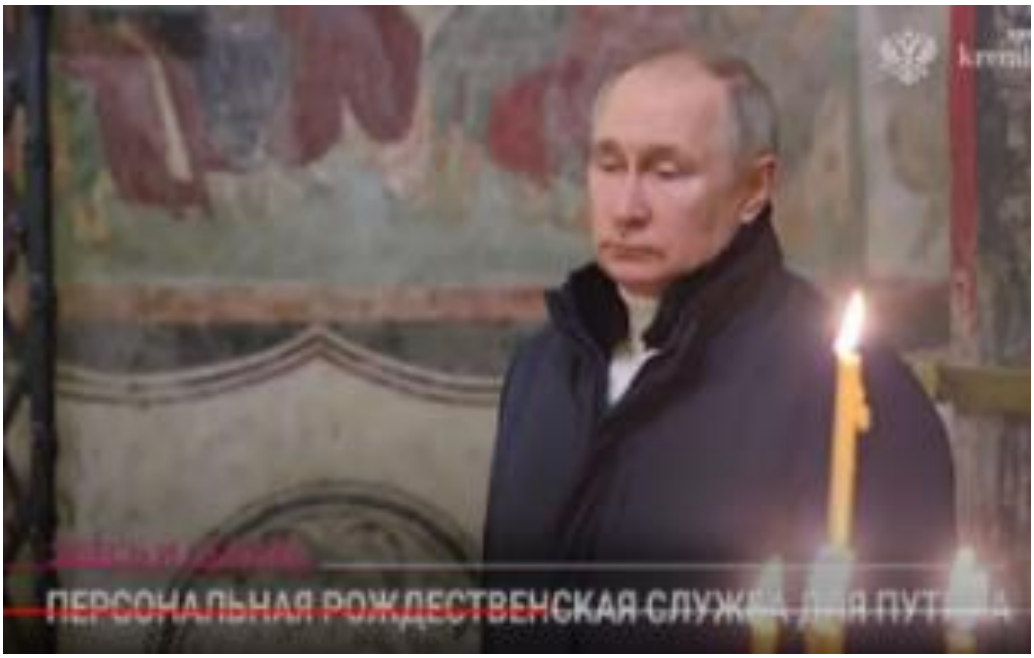
161

162

163

164

165



12. О мониторинге здоровья государственных лидеров

Здоровье государственных лидеров – это не только их личное дело, но и важный предмет общественного внимания. При этом многие болезни не влияют на управленческую деятельность. Так, президент США Франклин Рузвельт был инвалидом и передвигался в коляске, хотя выезжал из своей резиденции не реже, чем Иосиф Сталин – из своей. И управлял страной не хуже. Другие заболевания оказывают негативное влияние на творческую активность. К социально опасным заболеваниям, с учётом Постановления Правительства РФ №715 от 01.12.2004, относятся:

- тяжёлые инфекции (чума, сибирская язва, сап, холера, оспа, лепра, сифилис, открытая форма туберкулеза);

- психические расстройства (шизофрения, паранойя, маниакально-депрессивные состояния, алкоголизм);

- неинфекционные заболевания, характеризующиеся тяжёлым течением или частыми обострениями.

Важно, что при опасных инфекциях подлежат обследованию не только предполагаемые больные, но и контактировавшие с больным люди. По Федеральному закону №52 (ред. от 24.07.2023) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» статья 3, п.1, «больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и **контактировавшие** с больными инфекционными заболеваниями … подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению, а если они представляют опасность для окружающих – то обязательной госпитализации или изоляции …».

В списке инфекций особое внимание уделяется проказе. Это – единственное заболевание, в отношении которого действует «презумпция виновности». При наличии подозрительных симптомов требуется доказать её **отсутствие.** *Заключение об* ***отсутствии*** *лепры* «*…должно выдаваться после клинического обследования врачом-дерматовенерологом…*» (Приложение 4). Лепрозным больным, по решению ВОЗ, даже запрещён выезд из страны проживания.

Как заставить обследоваться государственных чиновников, подозрительных на наличие опасных заболеваний. По этому поводу один из бывших членов Конституционного суда Михаил Клеандров с удивлением констатировал, что

окажись больной проказой в составе судейского корпуса, отстранить его от работы невозможно. Тем более, если речь идёт о высших политических персонах. В Федеральном законе РФ N 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» по этому вопросу нет необходимых объяснений. Требуется специальный закон «О контроле здоровья государственных руководителей».

По Конституции Украины функции президента страны прекращаются досрочно в случае «*невозможности выполнять свои полномочия по состоянию здоровья*». Такое же положение есть в российской Конституции: президент страны «*прекращает исполнение полномочий досрочно в случае … стойкой неспособности по состоянию здоровья осуществлять принадлежащие ему полномочия*…». Однако алгоритм достоверной диагностики отсутствует. Поэтому попытка депутатов украинского парламента инициировать импичмент Ющенко по состоянию здоровья оказалась заблокированной. Об этом заявил руководитель службы обеспечения связей с Верховной Радой Секретариата Президента Ян Берназюк: «*Законодательная база или юридическое обоснование для принятия таких решений … должна быть определена в специальном законе». «Для президента Украины на сегодня законодательная база Верховной Радой не создана*» [30]. Нет такого закона и в российском праве.

В 1997 г. депутатами Государственной Думы Виктором Илюхиным, Еленой Мизулиной и Станиславом Говорухиным были подготовлены три версии проекта «Федерального закона о порядке медицинского освидетельствования и досрочного прекращения полномочий Президента Российской Федерации в случае стойкой неспособности по состоянию здоровья осуществлять принадлежащие ему полномочия». Во всех вариантах инициаторами обследования предлагались политики – по трети от составов Палат Федерального собрания. Потом вопрос должен рассматриваться на пленарных заседаниях и при одобрении большинством создаётся медицинская комиссия [95].

Мои предложения как эксперта комитета по безопасности Государственной Думы состояли в следующем:

- заявление о наличии заболевания должно исходить не от депутатов, а от врачей;

- состав медицинской комиссии должны формировать не депутаты, а врачи;

- опасная болезнь может возникать внезапно, требуя немедленного реагирования.

Предложения были отклонены. В последующем работу по этому направлению свернули. Однако актуальность закона о контроле над здоровьем государственных руководителей от этого не уменьшилась. В том числе – при проведении выборных компаний. Избирательные комиссии должны иметь полную уверенность, что у кандидатов на руководящие должности нет социально опасных заболеваний.

Надежды на готовность руководителей заявлять о наличии у них опасных заболеваний мало вероятны. Более того, для сокрытия дискредитирующей информации активно используются административные ресурсы. В том числе – бюрократическая волокита и замалчивание вопроса. Так, сведения о болезни президента Украины были переданы письмом самому Ющенко, лично председателю Верховной Рады Украины Александру Морозу, главному санитарному врачу РФ, президенту Российской Академии медицинских наук, представителю Федеральной службы охраны РФ, представителю Федеральной службы безопасности РФ в присутствии директора Центрального кожно-венерологического института МЗ РФ д.м.н., профессора, академик РАМН и РАН Анны Кубановой. Однако ответа не последовало.

Сведения о симптомах проказы у президента Путина направлены члену Совета безопасности РФ Борису Грызлову, Председателю Совета Федерации Сергею Миронову, лечащим врачам, изложены в многочисленных СМИ, ситуация известна пресс-секретарю президента РФ Дмитрию Пескову. Обращения остались без ответа.

Для получения сведений о наличии у лидера опасного заболевания требуется независимый профессиональный механизм. В ситуации с опасными инфекциями предлагается следующий алгоритм:

1) государственные служащие любого уровня подлежат медицинскому обследованию при обоснованном подозрении на наличие инфекции. Обоснованными считаются симптомы, подтверждённые ссылками на профильные медицинские руководства;

2) обоснованное подозрение на наличие инфекции заявляется любым врачом, имеющим профессиональный стаж не менее десяти лет. Для сбора информации

используются не запрещённые законом достоверные источники, в том числе фото и видеоматериалы. Иные аргументы подпадают под действие статьи УК ст. 128.1.: «Клевета, то есть распространение заведомо ложных сведений, порочащих честь и достоинство другого лица…». Не считаются заведомо ложными сведения, обоснованные на момент заявления;

3) заявление о подозрении направляется в Экспертную медицинскую комиссию, которая в 10-дневный срок должна подтвердить или отвергнуть представленные симптомы. Комиссия действует при Министерстве здравоохранения в составе пяти экспертов, отбираемых случайным методом из зарегистрированных в стране врачей-инфекционистов (для лепры – дермато-венерологов). Подозрение считается подтверждённым при невозможности большинством голосов отвергнуть заявленные симптомы;

4) руководитель с подозрением на опасную инфекцию направляется для углублённого обследования в три случайно отобранных профильных медицинских центра. Для лепры такими центрами, согласно Письму Минздравсоцразвития РФ от 13.09.2005 №4317-ВС «Об обследовании на лепру» (приложение 4), являются подразделения Росздрава: Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт (г. Москва), Научно-исследовательский институт по изучению лепры – НИИИЛ (г. Астрахань) и Научно-исследовательская лаборатория иммунохимиотерапии лепры и иммунотропных средств с клиникой и опытно-экспериментальным производством (Московская область, Сергиево-Посадский район, пос. Зелёная дубрава);

5) отсутствие заболевания, доказанное двумя центрами, служат основанием для снятия предполагавшегося диагноза;

6) отказавшиеся от обязательного обследования лица подлежат увольнению из государственной службы.

Диагноз лепры у Виктора Ющенко подтвердили в двух из упомянутых центрах:

- директор Центрального кожно-венерологического института МЗ РФ д.м.н. профессор, академик РАМН и РАН Анна Кубанова (в присутствии представителя ФСБ);

- главный специалист по лепре в Минздраве РФ (до 2003 г.), основатель и директор Научно-исследовательской лаборатории иммунохимиотерапии лепры и иммунотропных средств, д.м.н., профессор Николай Голощапов (в присутствии журналистов).

По этой теме проведен врачебный консилиум на заседании Московского городского научного общества терапевтов (фото 166). Высказано согласие с наличием проказы у Ющенко и необходимости обследования контактировавших с ним лиц. Председатель МГНОТ профессор Павел Воробьёв констатировал: «*В данной ситуации имея Ющенко, у которого не вызывает сомнение наличие заболевания, все остальные … контактировавшие с ним люди должны быть в первую очередь проверены с точки зрения заражения. И это, конечно, абсолютно очевидно. …Сначала Вы исключите возможность заражения* …» [121].

Вместо этого предпринимаются меры по маскировке текущей болезни. Для устранения лепром на щеках используют щадящие операции изнутри ротовой полости. Тогда отсутствует отёчность и синюшность кожи, нет шрамов, никто не заподозрит хирургическое вмешательство. Внешне кажется, что болезнь исчезла, лицо – совершенно чистое (фото 167). Но инфекция берёт своё, и гранулёмы появляются вновь (фото 168).

В январе 2024 г. во время визита на Чукотку при встречах с общественностью Путин представлен совершенно с чистым лицом и гладкой кожей (фото 169). А при неожиданном освещении видны инфильтраты лобных ветвей глазного нерва (фото 170), как бывало прежде. Возникли два бугорка над переносицей, надбровные дуги стали отёчными (фото 171).

Вызывает недоумение появление кожного дефекта и небольшой вмятины слева на лбу, которую не скрыл даже плотный грим (фото 172). Так может выглядеть заживающая рана от удара о твёрдый предмет при падении. Об угрозе внезапного падения говорит появление рядом с Путиным в охраняемой ФСО оранжерее постороннего мужчины, «рассматривающего растения» (фото 173). Вероятно – реаниматолог, а саквояж с набором для интубации – в соседней комнате.

Через несколько дней – аналогичная картина. На совещании по вопросам социально-экономического развития Санкт-Петербурга в охраняемом ФСО

кабинете среди ближайших соратников чуть в стороне – крепкий мужчина, не спускающий с президента глаз (фото 174).

Представленные материалы говорят о грубом нарушении Конституции России (статья 41, п. 3): «Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечёт за собой ответственность в соответствие с федеральным законом».

Согласно Уголовного кодека Российской Федерации статья ст. 237:

- п. 1. Сокрытие или искажение информации о событиях, фактах или явлениях, создающих опасность для жизни или здоровья людей, совершенные лицом, обязанным обеспечивать население и органы, уполномоченные на принятие мер по устранению такой опасности, наказываются … вплоть до лишения свободы на срок до двух лет;

- п. 2. Те же деяния, если они совершены лицом, занимающим государственную должность, … лишением свободы на срок до пяти лет».

Поэтому маскировка признаков заразной болезни (грим, использование специального освещения, хирургическая коррекция и др.) относится к категории преступных действий. Как и массовые встречи больного руководител с населением, особенно – с молодёжью, чья иммунная система менее устойчива к опасным инфекциям (фото 175).

Игнорирование эпидемиологических канонов угрожает международными скандалами. Осенью 2022 года на международном совещании в Астане сидевший рядом с российским президентом эмир Катара с удивлением смотрел на его частые покашливания (фото 176). А вокруг могли роиться волны микобактерий Ханзена.

В 2023 году при визите в Иран Путин встречался с государственными лидерами, несмотря на обострение болезни. Об обострении говорит искажённое до неузнаваемости лицо (фото 177). В том же году – визит в Китай с двумя чемоданчиками: ядерным позади и реанимационным впереди (фото 178).

Координатором противолепрозной работы в стране должно быть наиболее компетентное в данном вопросе учреждение. В СССР научно-методическим центром борьбы с проказой являлся Астраханский научно-исследовательский институт по изучению лепры – НИИИЛ Минздрава СССР (фото 179), а потом –

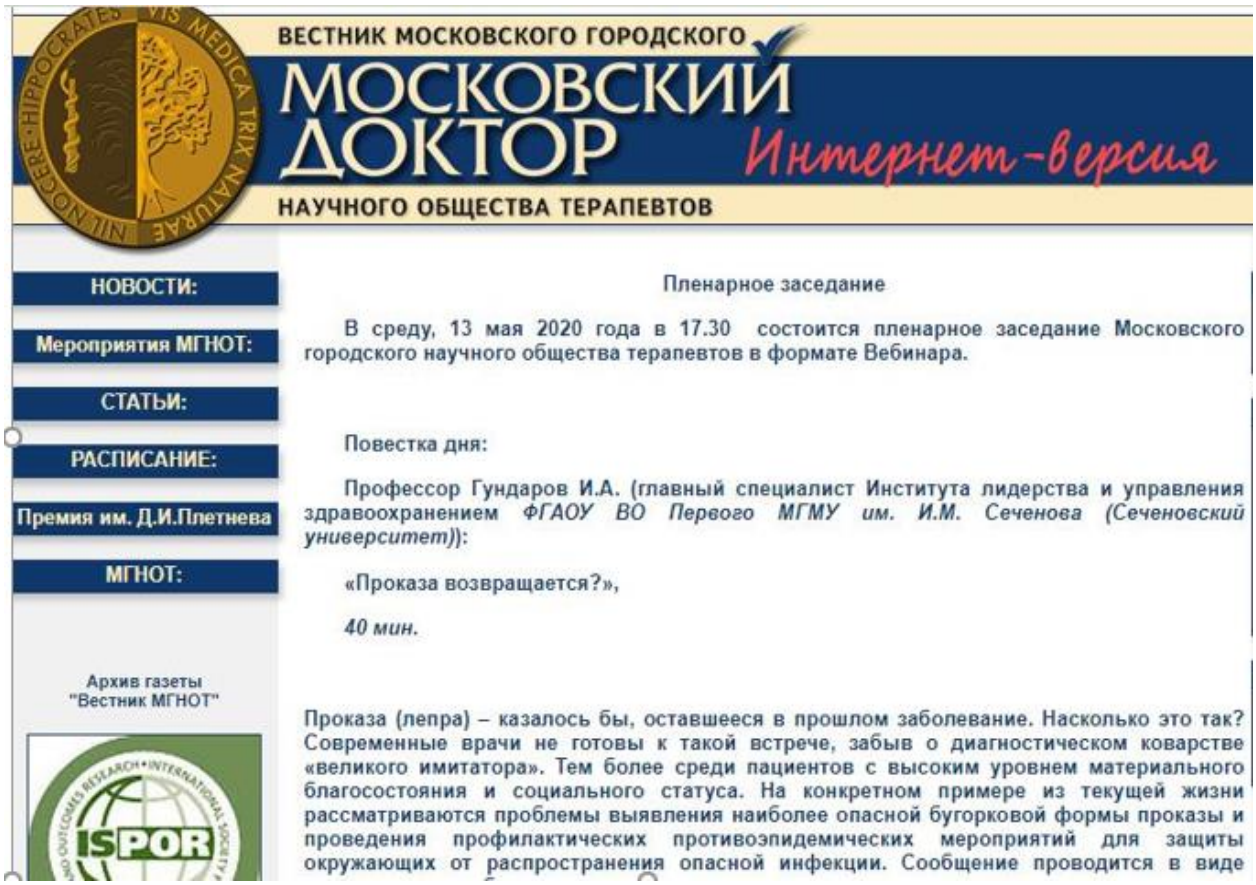
НИИИЛ Минздрава России (фото 180), последний директор – профессор Виктор Дуйко.

В 2020 году в рамках «оптимизации» здравоохранения было принято решение о ликвидации НИИИЛ, чему трудно найти профессиональные объяснения (фото 181). Попытки врачей и депутата Государственной Думы Олега Шеина спасти уникальное научно-практическое учреждение, входящее в лидеры мировой лепрологии, оказались беспомощными. В 2021 г. приказом Министра здравоохранения Михаила Мурашко лепрозорий как самостоятельный научно-клинический центр перестал существовать (фото 182).

С учётом складывающей эпидемической ситуации необходимо восстановление его прежнего научно-методического и территориального статуса. В том числе – для подготовки на созданной клинической базе квалифицированных отечественных и зарубежных лепрологов. По этому поводу предыдущий директор НИИИЛ Анатолий Ющенко писал: «*Прежде всего, следует признать, что несмотря на то, что больные лепрой могут встретиться в любом регионе … представления об этой инфекции у большинства врачей, даже дермато-венерологов, нередко не соответствуют современному состоянию лепрологии. Ведь большинство выпускников медицинских вузов за годы учебы не только не имели возможности присутствовать на клинических разборах больных лепрой, но даже не могли прослушать лекцию о современных проблемах лепрологии, поскольку таковые не включены в программы обучения. В конечном счете, это приводит к тому, что при встрече с больным лепрой зачастую у врача нет даже подозрения на это заболевание, и больной годами лечится от других недугов*» [34].

ИЛЛЮСТРАЦИИ – § XII

166



ВЕСТНИК МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО

МОСКОВСКИЙ ДОКТОР *Интернет-версия*

НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

НОВОСТИ:

Мероприятия МГНОТ:

СТАТЬИ:

РАСПИСАНИЕ:

Премия им. Д.И.Плетнева

МГНОТ:

Архив газеты "Вестник МГНОТ"

Пленарное заседание

В среду, 13 мая 2020 года в 17.30 состоится пленарное заседание Московского городского научного общества терапевтов в формате Вебинара.

Повестка дня:

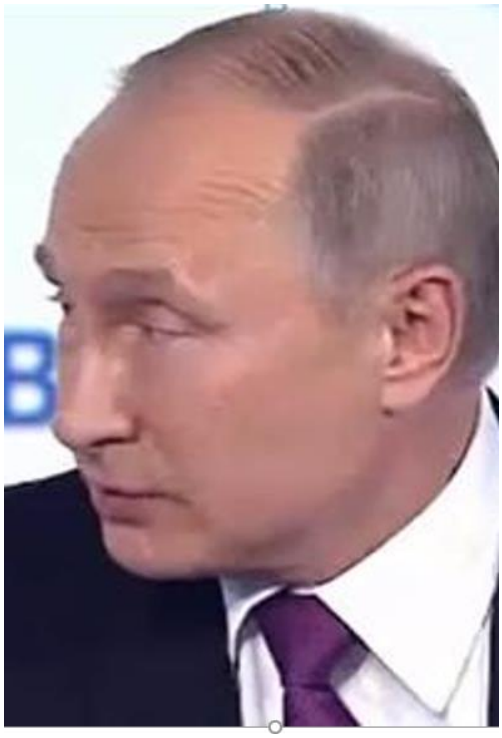
Профессор Гундаров И.А. (главный специалист Института лидерства и управления здравоохранением *ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)*):

«Проказа возвращается?»,

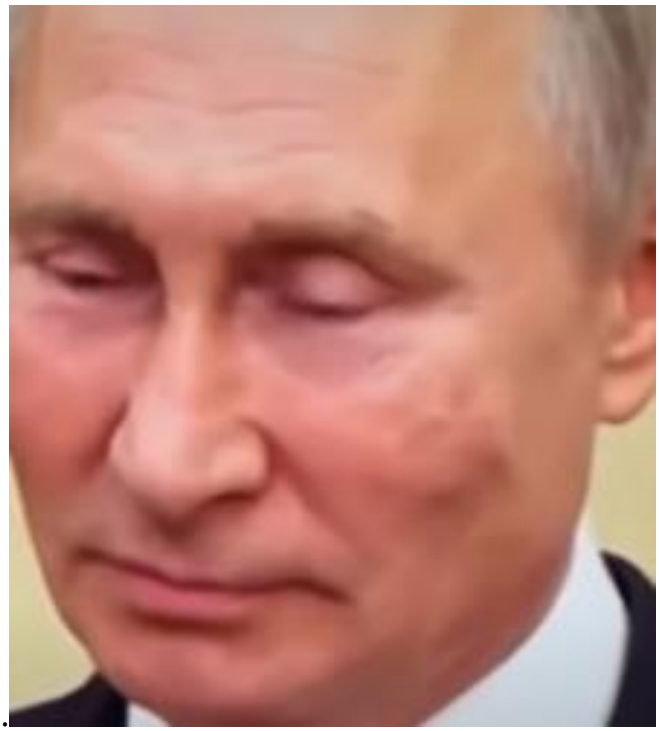
40 мин.

Проказа (лепра) – казалось бы, оставшееся в прошлом заболевание. Насколько это так? Современные врачи не готовы к такой встрече, забыв о диагностическом коварстве «великого имитатора». Тем более среди пациентов с высоким уровнем материального благосостояния и социального статуса. На конкретном примере из текущей жизни рассматриваются проблемы выявления наиболее опасной бугорковой формы проказы и проведения профилактических противоэпидемических мероприятий для защиты окружающих от распространения опасной инфекции. Сообщение проводится в виде

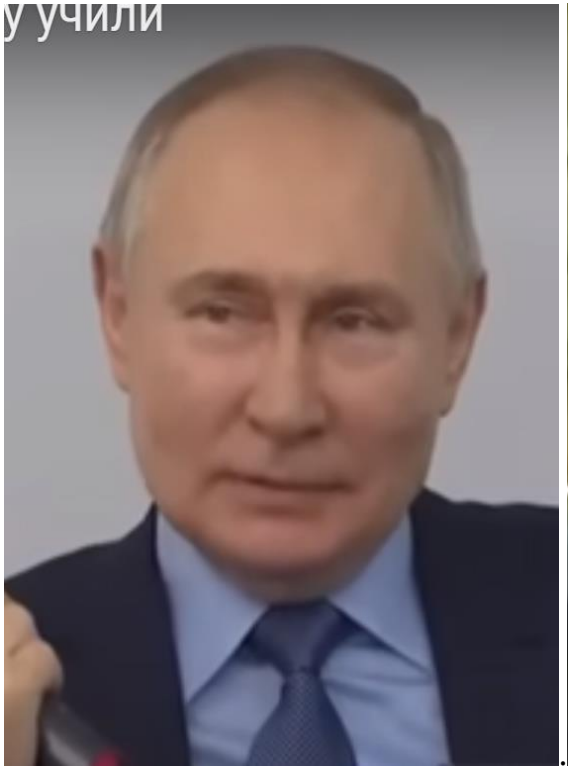
167



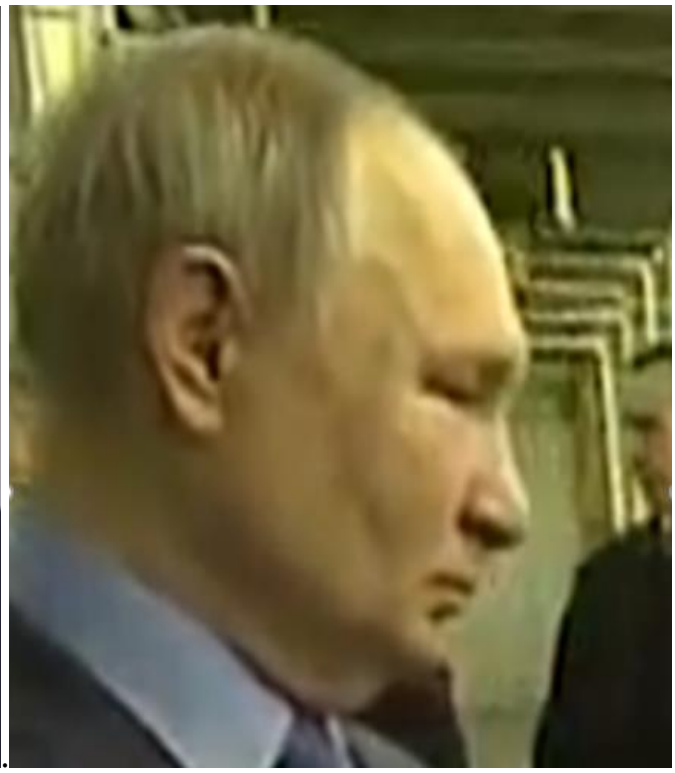
168



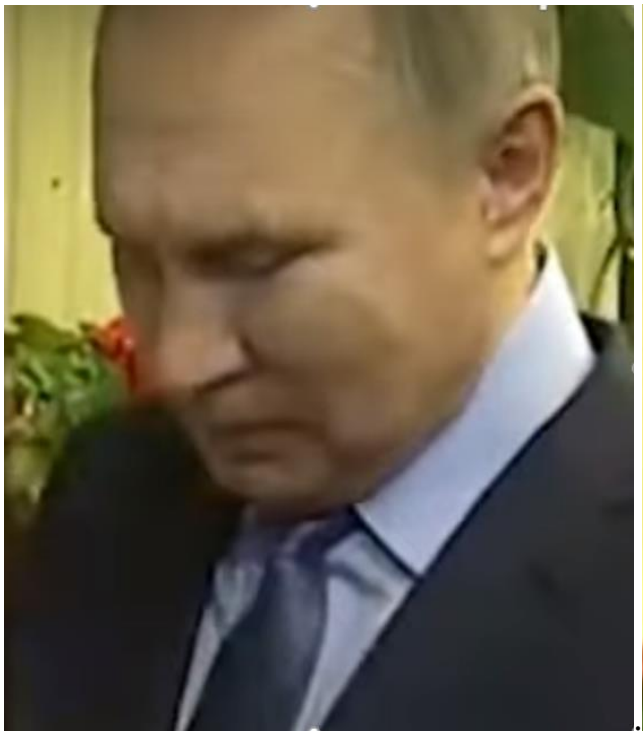
169



170



171



172

173

174

социально-экономического развития агломерации Санкт...

175

@SMOTRI_MEDIA
СЪЕЗДА ДВИЖЕНИЯ ПЕРВЫХ

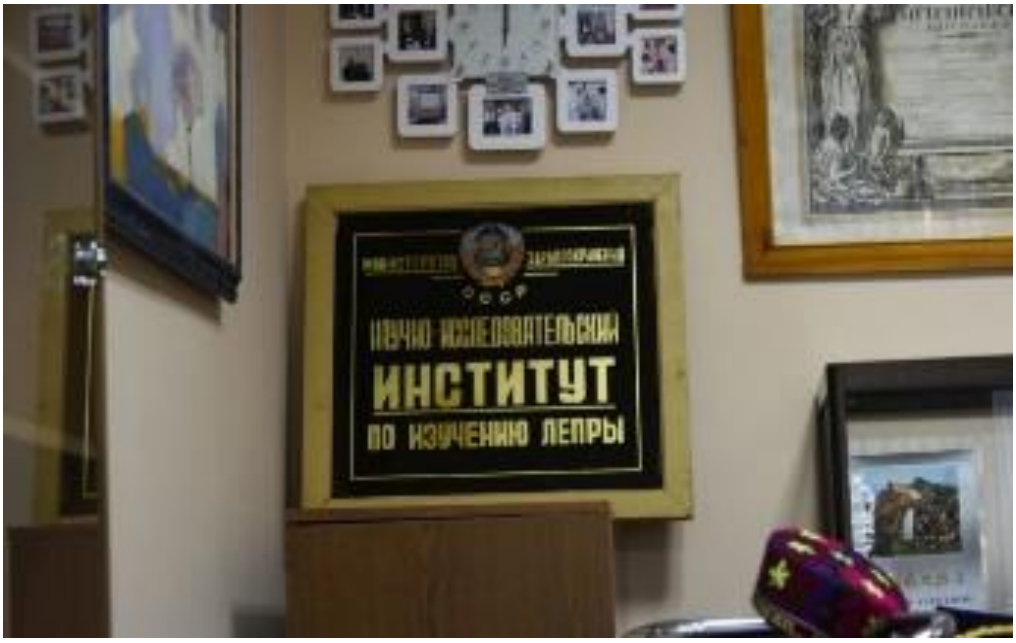
176

177

178

последние события необы как его напугали глава
Кремля Владимир Путин приехал в Китай со своими

179


НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ
ПО ИЗУЧЕНИЮ ЛЕПРЫ

180

федеральное государственное
бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский
институт по изучению
лепры»

181

Сотрудники лепрозория просят одуматься и не закрывать их центр
Инфекция не исчезла
Общество

182

3. Политические механизмы эпидемических процессов

В профилактике опасных инфекций основное внимание уделяется борьбе с возбудителями заболеваний и блокаде путей их распространения. При этом роль воспринимающего субъекта (реципиента) мало учитывается. Хотя иммунная резистентность организма играет важную роль в развитии патологических процессов.

В свою очередь, состояние иммунитета зависит от многих факторов: бытовых условий жизни, экологической обстановки, качества санитарной гигиены, характера питания и др. Последние годы появляется всё больше работ, доказывающих влияние психического состояния населения на уровень коллективного иммунитета. Появились новые научные направления психоиммунология и психодемография, объясняющие многие загадочные явления.

Последние 30 лет в России происходили парадоксальные колебания как неинфекционной, так и инфекционной заболеваемости и смертности. Во времена «перестройки» (1985–1990 гг.) заболеваемость брюшным тифом и паратифами снизилась на 67%, острыми кишечными инфекциями – на 31%, скарлатиной – на 37%, коклюшем – на 41%, менингококковой инфекцией – на 46% и др. [100]. Общая смертность от инфекционных заболеваний уменьшилась на 36% [101,102]. Объяснений этому улучшению нет, поскольку дополнительных санитарно-эпидемиологических мероприятий тогда не проводилось.

С началом либеральных реформ эпидемическая ситуация сменилась на противоположную. Рост инфекционных и паразитарных болезней достиг в ряде регионов страны сотен и тысяч процентов. Так, заболеваемость чесоткой увеличилась в Камчатской области на 1027%, Хабаровском крае – на 848%, республике Карелии – на 401%, в целом по стране – на 566%. Заболеваемость корью в России выросла в 1993 г. на 302%, дифтерией – на 296%, коклюшем – на 64% и др. [104,105]. Инфекционная смертность выросла к 1996 г. на 77%. Беспрецедентным оказался рост дифтерии, заболеваемость которой поднялась на 5900%, а смертность – на 675% [103, 106].

Запредельный характер эпидемического роста вызвал в науке теоретический шок. Учёные «отказались» рассматривать происшедшее как реальный факт, хотя от этого он не перестал быть фактом. Традиционные объяснения в виде низкого охвата

профилактическими прививками и снижения качества противоэпидемической работы не нашли подтверждения [103, 105]. Умершие от дифтерии оказались преимущественно взрослыми людьми, детство которых пришлось на регулярное проведение прививочных кампаний. Среди заболевших детей 71% были привитыми [103, 105]. По данным отчетов санитарно-эпидемиологической службы в начале 1990-х годов не зафиксировано ухудшения противоэпидемической работы [106, 108]. Бактериальный фон за 1988-1993 гг. не ухудшился, о чем свидетельствовало уменьшение доли проб из водоемов, почвы, воздуха, не отвечающих бактериологическим нормативам [100, 106].

Если бы причиной оказалась активизация патогенной микрофлоры, дети пострадали бы сильнее. Их иммунная система менее устойчива к повреждающим воздействиям. В действительности всё оказалось наоборот. В трудоспособном возрасте смертность от инфекций за 1990–2007 гг. увеличилась на 171%, тогда как среди детей уменьшилась на 38% [102, 104, 105, 108].

В 1996-1998 гг. эпидемическая ситуация неожиданно улучшилась: заболеваемость дизентерией снизилась на 120%, дифтерией – на 159%, паратифами – на 25%, сальмонеллезами – на 24%, гепатитом А – на 29%. Частота новых случаев дифтерии сократилась до исходно низкого уровня [109, 110]. Смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний уменьшилась на 11% [110]. Попытка объяснить это мерами повышения коллективного иммунитета не нашла подтверждения, поскольку с 1996 г. федеральные санитарно-эпидемиологические программы практически не финансировались [106].

Следующим парадоксом стало резкое ухудшение обстановки после 1998 г. К 2000 г. заболеваемость выросла для бактериальной дизентерии на 57%, вирусного гепатита – на 50%, скарлатины – на 50% и др. [109]. Инфекционная смертность увеличилась на 32% [110]. И вновь эпидемиологическая наука оказалась неспособной разобраться в причинах происходящих процессов.

Достоверность такой вариабельности проверили на материале С.-Петербурга – многомиллионного города с четкой системой статистического учета и меньшей по сравнению с Москвой миграцией [111]. В 1991-1994 годах смертность от дизентерии поднялась до 1710%, от дифтерии – до 1200%, сальмонеллеза – до 911%, легочных и нелёгочных форм туберкулеза – до 236 и 386%, пневмококковой пневмонии – до

467%, стрептококковой инфекции – до 367%. Заболеваемость острой гонореей увеличилась до 210%, сифилисом (ранние формы) – до 1400%; обострения хронического сифилиса участились до 860%. Затем к 1997 г. большинство показателей снизилось до исходных значений (таблица 2), хотя экстраординарных противоэпидемических мероприятий тогда не проводилось.

Невероятные по амплитуде эпидемические подъёмы дают основание констатировать возникновение «мега-эпидемий». К таковым можно отнести взлёты смертности, допустим, от 500% и выше. В С.-Петербурге за 1991-1994 годы мега-эпидемиями оказались подъёмы: сальмонеллёза – до 911%, дифтерии – до 1200%, дизентерии – до 1626%. Не менее загадочной предстаёт одновременность колебаний смертности от многообразных бактерий и вирусов. Явления настолько запредельные, что учёные отказались воспринимать их как реальность. Не было ни одного заседания Академии медицинских наук, посвящённых этому вопросу.

Единственным объяснением парадоксальных амплитуд могли быть колебания неспецифического иммунитета. Его открытие в начале XX века принадлежит российскому учёному Илье Мечникову [112,113]. Изучением перекрёстной адаптации активно занимается отечественная эпидемиологическая школа: Лев Громашевский и др. [114]. По мнению академика Сергея Пака, «На ранних этапах развития инфекционного процесса защита организма хозяина обеспечивается преимущественно неспецифическими механизмами… Характер и выраженность изучаемых параметров не зависят от этиологического фактора и носят универсальный характер» [115].

Таблица 2. Смертность и заболеваемость инфекционными болезнями в С.-Петербурге за 1991-1998 гг. (на 100 тыс. населения)

Нозологические единицы	**1991 г. на 100 тыс.**	**1994 г.**		**1998 г. на 100 тыс.**
		на 100 тыс.	**1994/1991 (%)**	
Смертность от болезней органов пищеварения				
Бактериальная дизентерия	0,38	6,50	1711	0,23
Сальмонеллёз, шигеллёз	0,9	8,2	911	0,9
Вирусный гепатит	1,1	2,5	227	1,6
Смертность от болезней дыхательной системы				
Пневмококковая пневмония	1,2	5,6	467	1,9
Другие пневмонии	8,8	24,0	273	11,9
Туберкулёз лёгких	6,6	16,3	247	9,4
Абсцесс лёгких, эмпиема	2,8	6,5	232	4,2
Смертность от кожных болезней				
Болезни кожи и клетчатки	1,0	2,1	210	1,4
Смертность от других болезней				
Стрептококк: ангина, скарлатина	0,3	1,1	367	0,5
Дифтерия	0,1	1,2	1200	0,1
Заболеваемость венерическими инфекциями (1991-1995-1997 гг.)				
Сифилис ранний	12,2	168,0	1400	103
Хронический сифилис	8,6	100,0	860	100
Гонорея острая	208	438	210	128
Гонорея хроническая	31	37	119	12

В таком случае логично ожидать аналогичных амплитуд и у неинфекционной смертности. Действительно, в 34-летнем наблюдении за динамикой обоих показателей в России обнаружена их прямая связь с коэффициентом корреляции 0,9 (рисунок 2). Здесь всякое увеличение/уменьшение смертности от неинфекционных заболеваний сочеталось на 81% (коэффициент «детерминации») с увеличением/уменьшением инфекционной смертности.

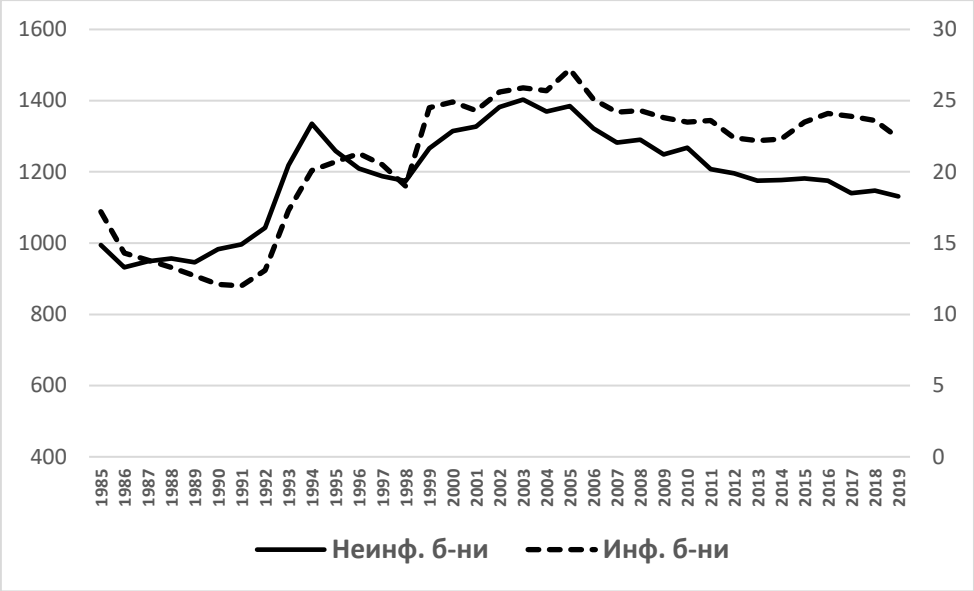


Рисунок 2. Синхронность динамики смертности от неинфекционных и инфекционных болезней в России (на 100 000 человек)

К механизмам неспецифической адаптации относится микроциркуляция, особенно выраженная в паренхиматозных тканях. Её базовыми параметрами служат количество притекающей в артериолы крови, тонус прекапилляров, степень напряжения посткапилляров и сопровождающие биохимические процессы. Описана их зависимость от психического состояния: позитивного (социальный оптимизм, надежда на успех, уверенность в достойном будущем, ощущение радости жизни) и негативного (тревожность, неуверенность в будущем, депрессия, безысходность). В совокупности формируется социальная атмосфера – «*нематериальная реальность в виде доминирующих в обществе смыслов и эмоций, объединяющая людей для совместных действий*».

Обнаружено, что позитивная социальная атмосфера увеличивает интенсивность кровообращения, уменьшает сосудистое сопротивление, повышает концентрацию гемоглобина в крови, снижает скорость оседания эритроцитов и т.д. В результате активируются резервные возможности организма [116, 117]. Противоположным влиянием на жизнеспособность обладает негативная социальная атмосфера.

Статистическими индикаторами негативной социальной атмосферы служат аномальные поступки, связанные с психическим состоянием: убийства, самоубийства, утопления, дорожно-транспортные происшествия и др. Они составляют класс XX (внешние причины смерти, коды V01-98) Международной

статистической классификации болезней и проблем связанных со здоровьем X пересмотра.

Выявлена синхронность их колебаний с инфекционной смертностью. Коэффициент корреляции между обеими траекториями составил 0,8: как в социально бурные 1985-2004 годы, так и в относительно спокойный период 2004-2019 годов (рисунок 3). Такая зависимость подтверждает гипотезу о влиянии психического состояния человека на иммунитет и инфекционную заболеваемость.

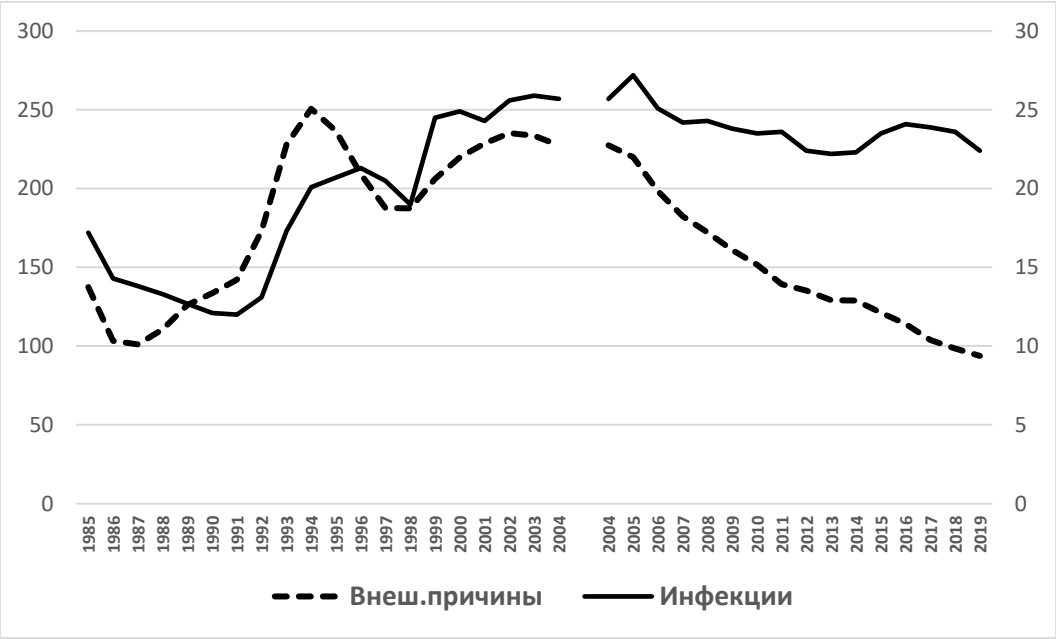


Рисунок 3. Синхронность динамик смертности в России от инфекционных заболеваний и внешних причин (на 100 000 человек)

Выявляется трёхэтапная цепочка причин инфекционных эпидемий – первичная (запускающая) причина, вторичная (опосредующая) причина, третичная (непосредственная) причина:

1) запускающей причиной служат действия политиков, приводящие к возникновению в обществе позитивной («животворящей») или негативной («мертвящей») социальной атмосферы;

2) опосредующей причиной являются колебания социальной атмосферы, вызывающие соответствующие изменения в иммунной резистентности населения;

3) непосредственной причиной оказывается увеличение/уменьшение иммунной резистентности человеческих организмов, сопровождаясь торможением/активацией деятельности находящихся в них микробов.

Из этого следует, что политики могут выступать как в роли социальных докторов, так и психо-биотеррористов. В полной мере это относиться к развитию лепрозных эпидемических процессов.

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Обращение к коллегам

Первое обращение (2009 г.)

Первое обращение к коллегам было сделано автором в монографии «Чем болен президент».

«*Уважаемые коллеги – врачи мира! Пока что ситуация с болезнью Ющенко – это диагностическая ошибка века. Но может стать преступлением века, если мы не сбросим с себя гнёт политического гипноза …Чтобы предупредить пандемию лепры требуется проведение международного консилиума …с выработкой резолюции в адрес Всемирной организации здравоохранения*…» [3, стр. 115].

Второе обращение (2024 г.)

Уважаемые коллеги – врачи мира! Эпидемическая беспечность в отношении распространяющейся по миру лепры угрожает развитием широкомасштабной VIP-пандемии. Международный консилиум врачей по этой теме состоялся в Москве в 2022 году. Принята резолюция о необходимости формирования противоэпидемического контроля над здоровьем политических лидеров.

Требуется разработка соответствующего международного закона с утверждением его на уровне Всемирной Ассамблеи здравоохранения. Иначе диагностическая ошибка века станет политической трагедией века вплоть до развязывания больными государственными лидерами термоядерной войны.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

КЛЯТВА ГИППОКРАТА

Клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и разумению, следующую присягу и письменное обязательство: считать научившему меня врачебному искусству наравне с родителями, делиться с ним своими достатками и в случае необходимости помогать ему в его нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и всё остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому.

Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария.

Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимися этим делом.

В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами.

Чтобы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.

Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

Приложение 2.

Источники: газета «Братство» №43 (52) от 20.12.2004 г.; https://varjag-2007.livejournal.com/950080.html?ysclid=ll37bbonu6137761284

СПИСОК БОЛЕЗНЕЙ ЮЩЕНКО

Пропонуємо увазі наших читачів витяги з експертного висновку, зробленого групою провідних фахівців-дерматовенерологів, створеної наказом Міністерства охорони здоров"я України (МОЗ) № 321 -адм. від 6.10.2004 року на вимогу Тимчасової слідчої комісії Верховної Ради України з питань розслідування обставин отруєння народного депутата України В. Ющенка, поданий першому заступнику Міністра охорони здоров"я України Орлі О.М. 7.10.2004 р. за № 1.05/16.

ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК

Експертна група фахівців-дерматовенерологів, створена відповідно до Наказу МОЗ України № 321-адм. від 06.10.2004 р., у складі професора Степаненка В.І. (голова), професора Коляденка В.Г., професора ПроценкаТ.В., к.м.н. Лобанова Г.Ф., к.м.н. Каденка О.А. розглянула представлену ксерокопію первинної медичної документації пацієнта Ющенка Віктора Андрійовича, 1954 року народження, з республіканської клінічної лікарні при Кабінеті Міністрів України, за період з 1994 року по вересень 2004 року.

Експертна група встановила:

.....2. Встановлено, що пацієнт Ющенко В.А. постійно знаходився під наглядом лікарів різного фаху і часто звертався за медичною допомогою. Так, наприклад, лише за 9 місяців 2002 року зафіксовано 65 звернень. Це дозволяє віднести пацієнта до групи часто хворіючих.

3. Згідно медичної документації пацієнту Ющенку В.А. були встановлені наступні захворювання:

1) астеноневротичний синдром;

2) атеросклероз судин головного мозку;

3) вузловатий зоб;

4) геморой;

5) дисбактеріоз кишковика;

6) дисциркуляторна енцефалопатія I ступеня;

7) лівостороння ішіалгія;

8) полірадикулярний синдром;

9) розповсюджений остеохондроз хребта;

10) стан після венектомії поверхневих вен правої гомілки (1998 р);

11) стан після дискектомії (1997 рік);

12) тораколгія;

13) хронічна анальна тріщина;

14) хронічний блефарокон"юнктивіт;

15) хронічний гастрит;

16) хронічний гастродуоденіт;

17) хронічний коліт;

18) хронічний холецистит;

19) цукровий діабет II типу.

Крім цього, згідно даних медичної документації пацієнт Ющенко В.А. часто звертався за медичною допомогою з приводу респіраторно-вірусних інфекцій, грипу, з розвитком Herpes simplex на шкірі обличчя, зокрема носогубного трикутника справа (03.02.2000 р.).

В 1999 році при черговому загострені розповсюдженого остеохондрозу з больовим синдромом описується асиметрія носо-губних складок з правого боку на обличчі.

Згідно медичної документації 31.07.2000 р. у пацієнта Ющенка В.А. описана гіперемія шкіри обличчя, яка трактувалась як алергічний дерматит.

В січні 2001 року у пацієнта Ющенка В.А. було зафіксовано бешиху (рожа) лівого стегна.

В липні 2002 року (згідно запису в наданій ксерокопії медичної документації) пацієнт Ющенко В.А. проходив обстеження і лікувався у лікаря-проктолога в Австрії.

Згідно медичної документації на початку вересня 2004 року (більш точну дату із-за поганої якості ксерокопії встановити не можливо) у пацієнта Ющенка В.А. було зафіксовано гострий аліментарний гастрит, харчова токсикоінфекція після

вживання (згідно анамнезу) кавуна, раків, суши, коньяку. Від промивання шлунку пацієнт категорично відмовився. Було призначене лікування (креон, полісорб, активований вугіль), а у подальшому - мотіліум, еспумізан.

У подальшому (точну дату із-за поганої якості ксерокопії встановити не можливо), згідно запису в меддокументації пацієнт виїздив до лазні та порушив дієту (вживав сало з часником). У зв"язку з тим, що стан самопочуття пацієнта Ющенка В.А. не покращувався, він проінформував лікаря, що подальше лікування в умовах лікарні "Феофанія" вважає недоцільним та від"їздить за кордон.

Слід зауважити, що при останньому зверненні Ющенка В.А. за медичною допомогою стан шкіри не оцінювався і не описувався.

Згідно лікарського висновку від 16.09.2004 р. з клініки "Рудольфинерхаус" у пацієнта Ющенка В.А. встановлено наступні діагнози:

1. атипичное полисегментарное заболевание кожи, вызванное вирусами;
2. острые изьязвления желудка;
3. острый панкреатит с интерстициальными отечными изменениями, степень тяжести II;
4. острый проктоколит с левой стороны;
5. периферический парез Nervus facialic sin. отит с левой стороны...;
6. рефлюкс-эзофагит степени II.

14 жовтня 2004 року комісія МОЗ України, створена відповідно до наказу МОЗ України № 305/адм від 21.09.04 р. із залученням експертів-консультантів розглянула надану Тимчасовою слідчою комісією з питань розслідування обставин отруєння В. Ющенка медичну картку амбулаторного хворого В. Ющенка на 248 аркушах (прошнурована, зброшурована, скріплена печаткою Генеральної прокуратури України).

«За результатами розгляду встановлено: Згідно медичної документації в амбулаторній картці на ім"я Ющенка В.А. за період з 1994 року по вересень 2004 року наявні записи про наступні діагнози:

1. астеноневротичний синдром;
2. атеросклероз судин головного мозку;
3. бешиха;
4. вегето-судинна дистонія;

5. виразкова хвороба 12-палої кишки;

6. вузловатий зоб;

7. геморой 2 ст.;

8. гострий корінцевий больовий синдром на рівні шийного та поперекового відділів хребта;

9. дисбактеріоз кишківника;

10. дисциркуляторна енцефалопатія I ступеня;

11. етап після венектомії поверхневих вен правої гомілки (1998 р.);

12. полірадикулярний синдром;

13. розповсюджений остеохондроз хребта;

14. сольовий діатез. Гепатоз;

15. стан після дискектомії (1997 рік);

16. хронічна анальна тріщина;

17. хронічний блефарокон"юнктивіт;

18. хронічний гастрит;

19. хронічний гастродуоденіт;

20. хронічний коліт;

21. хронічний простатит;

22. хронічний холецистит;

23. цукровий діабет, латентна форма.»

Приложение 3

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

№715 от 01.02.2004 г.

Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих

Код заболеваний по МКБ-10	Наименование заболеваний
1. B20-B24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
2. A90-A99	Вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные Геморрагические лихорадки
3. B65-B83	Гельминтозы
4. B16, B18, B18.1	Гепатит В
5. B17.1, B18.2	Гепатит С
6. A36	Дифтерия
7. A50-A64	Инфекции, передающиеся преимущественно половым путём
8. A30	Лепра
9. B50-B54	Малярия
10. B85-B89	Педикулёз, акариаз и другие инфестации
11. A24	Сап
12. A22	Сибирская язва
13. A15-A19	Туберкулёз
14. A00	Холера
15. A20	Чума

Приложение 4

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПИСЬМО

13 сентября 2005 Г.

№ 4317-ВС

ОБ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ЛЕПРУ

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации в целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 2 апреля 2003 г. №188 «О перечне инфекционных заболеваний,

представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации» и упорядочивания обследования иностранных граждан на лепру для получения разрешения на проживание на территории Российской Федерации рекомендует.

Заключение **об отсутствии** лепры должно выдаваться после клинического обследования врачом дермато-венерологом, прошедшим подготовку по специальности «дермато-венерология».

При подозрении на лепру обследуемого следует направлять для уточнения диагноза в любое из федеральных медицинских учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь больным лепрой:

1. ФГУ «Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт» Росздрава (107076, Москва, ул. Короленко, 3, корп. 4; телефон (095) 964-39-55);

2. ФГУ «Научно-исследовательский институт по изучению лепры» Росздрава (414057, Астрахань, проезд Н.Островского, 3; телефон (8512) 33-13-22);

3. ФГУ «Научно-исследовательская лаборатория иммунохимиотерапии лепры и иммунотропных средств с клиникой и опытно-экспериментальным производством» Росздрава (141321, Московская область, Сергиево-Посадский район, п/о Краснозаводск, пос. Зелёная дубрава; телефон (09654) 5-11-39; 5-22-83).

Заместитель министра В.И. Стародубов

Приложение 5

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ПРИКАЗ N 483 14 декабря 1990 Г.

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ИНСТРУКЦИЙ ПО БОРЬБЕ С ЛЕПРОЙ

В целях обеспечения дальнейшего снижения заболеваемости лепрой и совершенствования оказания медицинской помощи больным лепрой

1. Утверждаю:

1.1. «Инструкцию по борьбе с лепрой» (приложение 1);

1.2. «Инструкцию по превентивному лечению контактных с больными лепрой лиц» (приложение 2);

1.3. Дополнение к «Перечню форм первичной документации учреждений здравоохранения», утвержденному приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 г. N 1030 (приложения 3, 4, 5, 6).

Министр

И.Н.ДЕНИСОВ

Приложение N 1 к приказу Минздрава СССР

от 14 декабря 1990 г. N 483

ИНСТРУКЦИЯ ПО БОРЬБЕ С ЛЕПРОЙ

1.ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Мероприятия по борьбе с лепрой включают медицинские и социальные аспекты и призваны обеспечивать своевременное выявление больных лепрой, полноценное их лечение, последующее диспансерное наблюдение, а также соответствующие меры профилактики.

1.2. Организационно-методическое руководство работой по борьбе с лепрой в СССР (планирование, разработка методических документов, положений, проведение совещаний, конференций и др.) осуществляет Министерство здравоохранения СССР.

Министерства здравоохранения союзных республик непосредственно организуют и контролируют деятельность противолепрозных учреждений, находящихся на их территории (утверждение штатов, финансирование, выделение фондов, снабжение медицинским оборудованием и медикаментами).

1.3. Противолепрозные учреждения и местные органы здравоохранения несут полную ответственность за выявление больных лепрой, их своевременную госпитализацию в противолепрозные учреждения, систематический контроль за членами семей больных и других групп повышенного риска заболевания. В их обязанности входит организация и проведение амбулаторного лечения выписываемых из противолепрозных учреждений больных, превентивное лечение членов семей больных, санитарно – просветительная и воспитательная работа по лепре среди населения.

1.4. Научно-исследовательским и методическим центром по борьбе с лепрой является НИИ по изучению лепры Минздрава СССР (Астрахань). Директор института является внештатным Главным специалистом- лепрологом Министерства здравоохранения СССР.

1.5. Проведение лечебной и профилактической работы по лепре возлагается на зональные противолепрозные и дерматовенерологические учреждения.

1.6. В каждом республиканском, краевом, областном и районном дерматовенерологическом учреждении выделяется врач, ответственный за проведение противолепрозных мероприятий.

1.7. Медицинский персонал лечебно- профилактических учреждений участвует в противолепрозных мероприятиях под руководством врачей противолепрозных и дерматовенерологических учреждений.

2. РЕГИСТРАЦИЯ И УЧЕТ БОЛЬНЫХ ЛЕПРОЙ И КОНТАКТНЫХ ЛИЦ

2.1. Медицинский работник, выявивший больного лепрой, заполняет на него «Экстренное извещение об инфекционном заболевании» (учетная форма 058-у) и направляет его в районную (городскую) СЭС. Территориальная СЭС организует госпитализацию больного в зональное противолепрозное учреждение и проведение дезинфекции.

2.2. В противолепрозном учреждении на вновь выявленного больного, а также на больного с рецидивом заболевания заполняется «Извещение на больного с впервые установленным диагнозом лепры, на больного с рецидивом лепры» (приложение N4). «Извещение» составляется в 3-х экземплярах. Один экземпляр остается в зональном противолепрозном учреждении, другой направляется в НИИ по изучению лепры Минздрава СССР, а третий передается врачу, ответственного по борьбе с лепрой областного (краевого,республиканского) кожно-венерологического диспансера.

2.3. При переезде больного на постоянное жительство в другой регион в соответствующее зональное противолепрозное учреждение вместе с выпиской из истории болезни высылается также копия ранее составленного «Извещения».

2.4. Соответствующая информация направляется в Институт по изучению лепры при выписке больного из противолепрозного учреждения на амбулаторное лечение, при переводе на диспансерное наблюдение, а также в случае смерти больного.

2.5. В противолепрозном учреждении на лиц, имевших тесный контакт с больными лепрой, заполняется «Контрольная карта на члена семьи больного лепрой или на лицо, имевшее тесный контакт с ним» (приложение N 5), для учета и регистрации результатов наблюдения за состоянием их здоровья.

На учет берутся лица, находившиеся в условиях, заведомо способствующих передаче инфекции (тесный, длительный контакт с больным в семье).

Наблюдение за контактными лицами наряду с врачами противолепрозных учреждений проводят врачи- дерматовенерологи.

3. ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЛЕПРОЙ

3.1. Своевременному выявлению больных лепрой способствуют знания медицинскими работниками начальных проявлений лепрозного процесса (поражения кожи, периферических нервов, слизистых оболочек и т.д.); длительный контроль за лицами, имевшими тесный контакт с больными;

обследования населения отдельных пунктов, в которых регистрировались повторные случаи заболевания лепрой; повышение санитарно-гигиенической грамотности населения.

3.2. Контактные с больными лепрой лица подвергаются регулярному ежегодному осмотру (при необходимости и лабораторному обследованию) в течение 20 лет с момента регистрации у больного лепроматозной или пограничной лепрой и в течение 10 лет при туберкулоидной, погранично-туберкулоидной и недифференцированной лепре.

При возникновении у диспансерных больных рецидива болезни, подтвержденного бактериоскопическими и патогистологическими исследованиями, контактные лица берутся на учет как при первичной регистрации больного.

3.3. Ежегодные осмотры контактных лиц организуют и проводят зональные противолепрозные учреждения или по их поручению ответственные за противолепрозные мероприятия врачи, которым направляются списки или контрольные карты подлежащих осмотру лиц.

3.4. Проведение массовых осмотров населения согласовывается с исполкомами местных Советов и осуществляется с привлечением работников территориальных органов здравоохранения. Осмотры проводятся путем подворного обхода или приглашения населения в медицинские учреждения.

3.5. Проводится тщательный осмотр кожного покрова, видимых слизистых, пальпация крупных нервных стволов, лимфатических узлов. При подозрении на лепру проводится исследование тактильной, болевой и температурной чувствительности в области имеющихся поражений кожи, бактериоскопическое исследование соскобов со слизистой носа и скарификатов кожных поражений, патогистологическое исследование биоптата кожи, функциональные пробы. При необходимости обследуемый направляется на консультацию в зональное противолепрозное учреждение или НИИ по изучению лепры.

4. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ

4.1. Больные лепрой подлежат обязательному противолепрозному лечению и постоянному диспансерному наблюдению.

4.2. Независимо от места проживания, все вновь выявленные на территории СССР больные лепрой подлежат госпитализации в клинику НИИ по изучению лепры Минздрава СССР (г. Астрахань) сроком на 3-6 месяцев для всестороннего первоначального обследования, разработки

индивидуальной тактики комплексного противолепрозного лечения. Дальнейшее лечение может осуществляться как в противолепрозном учреждении, так и амбулаторно по месту жительства больного.

4.3. Обязательной госпитализации в противолепрозные учреждения подлежат:

- все больные с лепроматозной и пограничной лепрой;
- больные с туберкулоидной и недифференцированной лепрой при наличии распространенных поражений;
- больные с туберкулоидной и недифференцированной лепрой, если в соскобах со слизистой носа и скарификатах кожи обнаруживаются микобпктерии лепры;
- больные, выписанные на диспансерное обслуживание, при возникновении рецидива болезни.

4.4. Больные туберкулоидной или недифференцированной лепрой с ограниченными кожными проявлениями и отрицательными результатами бактериоскопических исследований могут лечиться амбулаторно по месту жительства при наличии соответствующих условий (изолированная жилплощадь, наличие медицинского учреждения). При невозможности обеспечить полноценного амбулаторного лечения больной должен быть госпитализирован.

4.5. Госпитализации в противолепрозные учреждения подлежат больные, находящиеся на диспансерном обслуживании, в случаях необходимости противорецидивного лечения, для лечения различных осложнений лепрозного процесса, сопутствующих заболеваний, для обследования в связи с переосвидетельствованием ВТЭК.

5. ВЫПИСКА БОЛЬНЫХ ИЗ ПРОТИВОЛЕПРОЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Стационарное лечение является первым и основным этапом медицинской реабилитации больных. После достижения клинического регресса больные выписываются на диспансерное обслуживание, которое включает амбулаторное лечение и последующее диспансерное наблюдение.

5.1. Условия выписки больных

5.1.1. Выписка больных на амбулаторное лечение производится при достижении регресса лепрозного процесса и полной эпидемиологической безопасности для окружающих. Обязательным условием для выписки больного является наличие изолированной жилой площади, соответствующего материального обеспечения и возможности лечения по месту жительства.

5.1.2. Выписка производится комиссией в составе главного врача или его заместителя по лечебной части (председатель комиссии), заведующего отделением, врача –эпидемиолога и лечащего врача.

5.1.3. Комиссия рассматривает и утверждает план амбулаторного лечения, дает рекомендации по трудоустройству. Контрольное обследование находящихся на амбулаторном лечении больных должно проводиться ежеквартально (по показаниям – чаще). При отсутствии возможности регулярного посещения противолепрозного учреждения наблюдение за больным поручается врачу-дерматовенерологу, ответственному по лепре.

5.1.4. Больные лепрой, переведенные на амбулаторное лечение, не имеют ограничений в выборе гражданской профессии по эпидемиологическим показаниям, но им не рекомендуется заниматься работой, связанной с непосредственным обслуживанием детей и на предприятиях общественного питания. При разработке трудовых рекомендаций амбулаторным больным необходимо учитывать наличие осложнений лепрозного процесса и способствовать трудоустройству на производства, исключающие возможность травм, ожогов, переохлаждений, профессиональных вредностей, чрезмерных физических нагрузок.

5.1.5. О выписке больного на диспансерное обслуживание противолепрозное учреждение сообщает врачу-дерматовенерологу, ответственному по борьбе с лепрой областного (республиканского) кожно- венерологического

диспансера, а также одновременно направляет обменную карту (приложение N 6) и выписку из истории болезни в лечебное учреждение, в котором будет лечиться больной.

Учреждение, получившее обменную карту, информирует противолепрозное учреждение о прибытии больного.

5.1.6. При выписке больному выдается справка с указанием даты поступления в противолепрозное учреждение, перевода на диспансеризацию и явки для контрольного обследования.

5.1.7. При явке для очередного обследования больной должен иметь на руках выписку из «Медицинской карты амбулаторного больного», содержащую сведения о проведенном лечении, его переносимости, результатах лабораторных исследований. Медицинскому работнику, ответственному за амбулаторное лечение, сообщаются дальнейшие рекомендации по лечению больного, дата его очередной явки.

5.1.8. Работающим больным на срок обследования в противолепрозном учреждении при необходимости выдается листок временной нетрудоспособности.

5.2. Показания для выписки больных

5.2.1. Больные лепроматозной, погранично- лепроматозной или пограничной лепрой выписываются при отчетливом регрессе клинических проявлений заболевания, отрицательных результатах бактериоскопических исследований в течение 6-12 месяцев.

Гистологическое исследование биоптатов кожи к моменту выписки должно показывать регрессивные изменения, выражающиеся заменой специфической гранулемы инфильтратом неспецифической структуры с явлениями фиброза ткани; при полярном лепроматозном процессе может определяться небольшое количество вакуолизированных липидосодержащих лепрозных макрофагов. Допускается присутствие единичных зернистых микобактерий.

5.2.2. Больные туберкулоидной и погранично – туберкулоидной лепрой, бактериоскопически положительные при поступлении, могут быть выписаны на амбулаторное лечение после исчезновения активных проявлений болезни, при двукратных за последние 6 месяцев отрицательных результатах бактериоскопических исследований.

5.2.3. Больные с недифференцированной лепрой, бактериоскопически положительные при поступлении, могут быть выписаны на амбулаторное лечение после двукратных в течение последних 6 месяцев отрицательных результатов бактериоскопических исследований и регресса клинических проявлений болезни.

Гистологически к моменту выписки может сохраняться нехарактерная инфильтрация, но без тенденции к прогрессированию и без микобактерий лепры.

5.2.4. Больные с недифференцированной и туберкулоидной лепрой, бактериоскопически негативные при поступлении, выписываются на амбулаторное лечение после регресса активных проявлений болезни.

5.2.5. Больные, госпитализированные по поводу рецидива лепры, могут быть выписаны после 6 месяцев бактериоскопической негативности, при условии регресса клинических проявлений заболевания (см. пп.5.2.1., 5.2.2., 5.2.3.).

5.2.6. Больные, находящиеся на диспансеризации и поступившие в противолепрозные учреждения для лечения осложнений лепрозного процесса или по поводу сопутствующих заболеваний, а также для противорецидивного лечения и специальных обследований, могут быть выписаны без представления на комиссию.

6. ПЕРЕВОД НА КОНТРОЛЬНОЕ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Больные лепрой переводятся на контрольное наблюдение только в случае клинического выздоровления.

6.1. Больные с лепроматозной, погранично- лепроматозной и пограничной лепрой должны лечиться, как правило, в течение всей жизни. Больных туберкулоидной, погранично-туберкулоидной и недифференцированной лепрой рекомендуется лечить не менее 5 лет, в зависимости от распространенности процесса и результатов терапии.

6.2. Показаниями для перевода больных с амбулаторного лечения на контрольное наблюдение являются:

- отсутствие на кожном покрове в течение последних 3 лет активных проявлений лепры;

- отрицательные результаты повторных бактериоскопических исследований соскобов со слизистой носа и скарификатов кожи в течение последних 3 лет;

- наличие в гистологических препаратах кожи на месте специфических инфильтратов выраженного фиброза соединительной ткани без возбудителя лепры;

- стабильное состояние в течение последних 3 лет имеющихся нейротрофических изменений (расстройство чувствительности, амиотрофии, контрактуры, парезы и т.д.).

6.3. Перевод больных на контрольное наблюдение проводится в противолепрозном учреждении комиссией в составе главного врача или его заместителя по лечебной части (председатель), заведующего отделением, лечащего врача и врача-эпидемиолога. К заседанию комиссии врач, ответственный за амбулаторное лечение больных, представляет эпикриз, в котором отмечаются продолжительность амбулаторного лечения, количество курсов и перечень применяемых препаратов, их дозировка, переносимость. Описывается состояние кожного покрова и периферической нервной системы больного за период амбулаторного лечения, результаты бактериоскопических и гистологических исследований в динамике, состояние больного на день освидетельствования. Комиссия дает заключение о возможности прекращения лечения и устанавливает дату контрольного обследования больного.

6.4. Больные, переведенные на контрольное наблюдение, один раз в год обследуются противолепрозным учреждением.

7. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ОТПУСКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ

7.1. В период стационарного лечения больным один – два раза в год может быть предоставлен отпуск на срок до 20 дней.

Предоставление отпусков аккуратно лечащимся больным способствует успешному осуществлению мероприятий по их социальной реабилитации. Условия предоставления отпуска:

- регрессирующее течение болезни;

- отсутствие микобактерий лепры в соскобах со слизистой носа в течение последних 3 месяцев;

- соблюдение больным правил внутреннего распорядка противолепрозного учреждения, а также санитарно – гигиенических норм.

7.2. Вопрос о предоставлении больному краткосрочного отпуска решается комиссией в составе главного врача или его заместителя по лечебной части, врача-эпидемиолога и лечащего врача. Комиссии представляется краткий эпикриз с указанием диагноза, стадии заболевания, результатов бактериоскопических исследований.

7.3. Решение комиссии записывается в историю болезни и подписывается членами комиссии.

7.4. Больному выдается справка, в которой указывается населенный пункт, куда выезжает больной, и продолжительность отпуска. С целью обеспечения непрерывности лечения выдаются лекарственные препараты.

7.5. Проезд и другие расходы больному не оплачиваются.

7.6. На время отпуска больной снимается с питания.

8. ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНЫХ

8.1. Транспортировка вновь выявленных больных, больных с рецидивом заболевания производится санитарным транспортом, выделяемым местной СЭС или противолепрозным учреждением. Больного должен сопровождать медицинский работник, в обязанности которого входит обеспечение обязательного соблюдения больным санитарно-гигиенических правил, включая пользование личной посудой, исключение посещения учреждений общественного питания, парикмахерских и т.п.

8.2. Расходы по транспортировке больных в противолепрозные учреждения оплачиваются отделами здравоохранения, на территории которых выявлен больной лепрой.

Заместитель Начальника Управления
специализированной медицинской помощи Минздрава СССР
Г.Г. ВОЛОКИН

Приложение 6.

Приложение N 2 к приказу Минздрава СССР
от 14 декабря 1990 г. N 483

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРЕВЕНТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ КОНТАКТНЫХ С БОЛЬНЫМИ ЛЕПРОЙ ЛИЦ

1. Большая продолжительность инкубационного периода (3 - 7 и более лет) позволяет проводить инфицированным лицам превентивное лечение с целью предупреждения развития у них заболевания.

2. Превентивное лечение назначается лицам в возрасте от 2 до 60 лет, проживавшим в одной семье с первично выявленным больным, а также при рецидиве заболевания, сопровождающимся обнаружением возбудителя лепры в соскобах со слизистой носа или скарификатах кожи с мест поражений.

3. В медицинской карте амбулаторного больного (учетная форма 025-у) отражается эпидемиологический анамнез и данные клинико-лабораторных исследований. В дальнейшем лабораторные исследования крови и мочи повторяются ежемесячно.

4. Для превентивного лечения применяются препараты сульфонового ряда. Предпочтение следует отдавать инъекциям солюсульфона. 50% водный раствор солюсульфона вводится внутримышечно 2 раза в неделю: первая инъекция - 1 мл, вторая – 2 мл, третья - 3 мл, четвертая и все последующие - по 3,5 мл. Курс лечения состоит из 50 инъекций и продолжается 6 месяцев.

Авлосульфон назначается внутрь ежедневно. В первые две недели препарат принимают по 50 мг 2 раза в день, а в последующие и до конца курса - 100 мг 2 раза в день. Продолжительность курса лечения составляет 6 месяцев. Доза препарата зависит от возраста больного. Суточная доза для детей в возрасте от 2 до 4 лет - 1/6 дозы взрослого, от 4 до 6 лет - 1/4, от 6 до 8 лет - 1/3, от 8 до 12 лет - 1/2, от 12 до 16 лет - 3/4. При развитии побочных явлений и плохой переносимости допустимо снижение применяемых доз препарата на 1/3.

5. Превентивное лечение ограничивается одним курсом. В отдельных случаях (позднее диагностирование лепры у больного-источника возможного инфицирования, обширные поражения кожного покрова и верхних дыхательных путей) после месячного перерыва проводится повторный курс лечения. При превентивном лечении в связи с возникновением рецидива заболевания у больного лепрой назначается только один курс.

6. Противопоказаниями к назначению сульфоновых препаратов при профилактическом лечении являются нарушения функции печени и почек, заболевания органов кроветворения, сердечно–сосудистой системы в стадии декомпенсации, острые заболевания желудочно-кишечного тракта. Нормально протекающая беременность не является противопоказанием для превентивного лечения.

7. Превентивное лечение назначается врачом противолепрозного учреждения и осуществляется по месту жительства под контролем медицинского работника. Следует обеспечивать регулярность лечения.

8. При превентивном лечении иногда наблюдаются побочные явления: диспепсия, головные боли, головокружение, токсикодермия, гипохромная анемия. В случаях плохой переносимости пациентами сульфоновых препаратов необходимо о результатах сообщать в противолепрозное учреждение.

Заместитель Начальника Управления специализированной медицинской помощи Минздрава СССР

Г.Г. ВОЛОКИН

Использованная литература

1.Возможно, Виктор Ющенко болен проказой. URL:http://www.kroupnov.ru/5/164_1.shtml; URL: https://ruskline.ru/monitoring_smi/2004/11/29/u_viktora_yuwenko_prokaza/ (дата обращения: 18.01.2020)

2.Борис Немцов: «У Виктора Ющенко – проказа». URL: http://www.forum.ucpb.org/viewtopic.php (дата обращения: 18.01.2022)

3.Гундаров И.А. Чем болен президент. Пособие политикам по профилактике лепры. М., «Поколение», 2009.

4а. URL: https://www.youtube.com/watch?v=O9Wf1j_F15M&t=66s (дата обращения: 18.04.2022);

4б. URL: https://www.youtube.com/watch?v=O9Wf1j_F15M&t=91s&ab_channel=%D0%91%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%81%D0%A2%D1%8E%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%86%D0%B5%D0%B2 (дата обращения: 18.04.2022)

5. Ольга Богомолец: «Почему я не говорила правду о болезни президента». /Украинская правда. 09.09.2008.

6. Ольга Богомолец: «Мы уже не увидим Виктора Ющенко таким, каким он был до сентября 2004 года...». / Украина сегодня. 26.08.2008.

7. URL: https://news.ru/society/u-putina-sluchilsya-pristup-kashlya-na-soveshanii-po-koronavirusu/ (дата обращения: 18.01.2023)

8. «Отравление» Ющенко. Показания австрийских врачей. / Компромат.Ru-Библиотека компромата Сергея Горшкова. URL: http://cccp.narod.ru/work/nkvd/person/jushenok/jushrnko_00a.html 16.06.2008. (дата обращения: 18.01.2023)

9. Ющенко пошёл пятнами. /Илья Жегулёв. Компромат. Ru. 16.06.2008. /«Газета.Ру», 29.09.2004.

10. Протоколы допросов австрийских врачей об отравлении Ющенко. URL: http:/obkom.net.ua/articles/2005-07/01.1115.shtml 04.07.2008. (дата обращения: 18.01.2023)

11. Микроинсультов у Ющенко не было. /UA PORTAL 01.03.2005.

12. MEMBRANA|Здоровье|Яды URL:http://www.membrana.ru/forum/health.html?parent=1052184549&page=0 (дата обращения: 18.01.2022)

13. Врачи о болезни Ющенко: печень, поджелудочная, кишечник раздуты, пищеварительный тракт покрыт язвами. /Regions.ru/Регионы России. 08.12.2004.

14. Диоксиновый террор: хронология отравления. Часть 1., Часть 2. / Донбасс. УРА-Информ. Харьков. 16.06.2008.

15. Президент «Рудольфинерхаус»: Ющенко не был отравлен. /Киев2000. 16.06.2008. Газета ForUm).

16. Методику отравления Ющенко опробовали на швейцарце. /Новый регион-Екатеринбург. Обзор прессы за 26.09.2005.

17. Отравление с одним неизвестным. URL: http:www.tribuna.com.ua/print/digest/2004/12/14/20392/.html (дата обращения: 18.01.2021)

18. «Диоксиновые следы» пиара. Александр Михайлов. /ВОВРЕМЯ.INFO. 16.06.2008.

19. Washington Post: К лечению Ющенко тайно привлекалась группа американских врачей. /Корреспондент.net 11.03.2005.

20. Шестеро американских врачей тайно помогали Ющенко. /Rambler mass media 11.03.2005.

21. Сергей Лозунько. Яд для избранного. /2000.net.ua 30.08.2008. http:/www.news2000.org.ua/f/59145

22. Николай Корпан: «На здоровье Ющенко будут спекулировать ещё долгие годы». /Новые известия. 15.04.2005.

23. Врачи не нашли оснований для выписки Виктора Ющенко из больницы. /Facty i kommentarii 29-май-2001. Политика.

24. Приказ отравить Ющенко отдал Путин? /СТРИМ-ПРЕСС. 10.09.2007.

25. Медицинская тайна: почему Ющенко не заразил Юлию Тимошенко. /ПОЛИТ.РУ. 04.07.2008.

26. Пляски вокруг отравления. /Еженедельная общественно-политическая газета XXI век-политика. 16.06.2008. URL:http://xxi.com.ua/polit/5_46_1.htm

27. Доклад парламентской комиссии о болезни Виктора Ющенко. Стенограмма. Русский перевод. /ПОЛИТ.РУ (Украина). 09.04.2007.

28. Владимир Сивкович: «Я допускал, что в первый день пребывания Ющенко в венской клинике «Рудольфинерхаус» были допущены какие-то ошибки в его лечении». /Деловая столица, 21.04.2008.

29. Французский врач Ющенко подтвердил, что тот был отравлен диоксином. URL:http://www.dengi-ua.com/news/38376.html (дата обращения: 18.01.2018)

30. Выпей йаду! URL:http://www.versii.com/news/154021/ (дата обращения: 18.01.2018)

31. Виктор Дуйко: Лепра ничуть не страшнее СПИДА. /Страна Ru 03.02.2006.

32. Дуйко В.В. Основные направления организации медико-социальной помощи больным лепрой в современных условиях. Автореферет диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук. М., 2013.

33. Ющенко: «двойник», «биоробот», «прокажённый»? /Фраза. 11.04.06.

34. Ющенко А.А. Лепра: прошлое, настоящее, будущее. /МЕДИАФАРМ ХОЛДИНГ 21.06.2006.

35. В деле об отравлении В. Ющенко ГПУ осталось только одно – установить, кто совершил это преступление. / Закон&бизнес. 16.06.2008.

36. Юрий Остапенко: от диоксинов ещё никто не умирал. URL:http://mednovosti.ru/articles/2004/12/19/ostapenko (дата обращения: 18.01.2018)

37. Каракчиев Н.И. Военная токсикология и защита от ядерного и химического оружия. Ташкент, 1988.

38. После отравления Ющенко перенёс 24 операции. /Обозреватель. 04.10.2008.

39. Секретариат заявляет, что здоровье Ющенко – не повод для импичмента. /Корреспондент.net 27.04.2007.

40. Виктора Ющенко предупредили о возможном отравлении ещё в июле? /Facty i kommentarii 14-декабрь-2004. Политика.

41. Австрийский врач: симптомы у Ющенко – большая редкость. /Главред. Независимое аналитическое агентство. 16.06.2008.

42. Visschedijk J., van de Broek J., Eggens H., Lever P., van Beers S. Mycobacterium leprae-millennium resistant! Leprosy control the threshold of a new era. / Trop Med Int Health. 2000 Jun;5(6):388-99

43. Beyene D., Aseffa F., Harboe M., Macdonald M., Klatser P.R., Bjune G.A., Smith W.C. Nasal carriage of Mycobacterium leprae DNA in healthy individuals in Lega Robi village, Ethiopia. /Epidemiol Infect. 2003 Oct; 131(2):841-8

44. Юфит С.С. Диоксины в грудном молоке. / Эко-Согласие центр по проблемам окружающей среды. 14.03.2005.

45. Абдиров Ч.А., Ющенко А.А., Вдовина Н.А. Руководство по борьбе с лепрой. Нукус, 1987.

46. Croft R. Neuropathic pain in leprosy. / Int. J. Lepr. Other Mycobact.Dis. 2004, Jan., 72(2), p. 171-172.

47. Иоффе Ю.Л. О хирургическом лечении лепрозных невритов. / Ученые записки института по изучению лепры. №4 (9). Астрахань, 1964, с. 87-92.

48. Grimaud J., Vallat J.M. Neurological manifestation of leprosy. / Rev. Neurol. (Paris). 2003, Nov., 159(11), p. 979-995

49. Ishida Y., Pecorini L.Sr., Guglielmelli E.Sr. Three cases of pure neuritic (PN) leprosy at detection in which skin lesions became visible during their course. / Nichon Hansenbyo Gakkai. 2000, Jul., 69(2), p. 101-106.

50. Ющенко А.А. Лепра. / Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Под ред. Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. Т.1. М., 1999, с. 345-390.

51. Boggild A.K., Keystone J.S., Kain K.C. Leprosy: a primera for Canadian physicians. / CMAJ, 2004, Jan. 6; 170(1), p. 71-78.

52. Brakel Van W.H., Khawas I.B., Lucas S.B. Reactions in leprosy: an epidemiological study of 386 patients from West Nepal. / Lepr.Rev. 1994, Sept., 65(3), p. 190-203

53. Киямов Ф.А., Мирзоев А.Г. Некоторые вопросы эпидемиологии лепры в Таджикистане. Учёные записки Института по изучению лепры. №8 (13). «Волга», Астрахань, 1974, с. 446-447.

54. Торсуев Н.А., Логинов В.К. Лепра внутренних органов. Учёные записки Института по изучению лепры. №8 (13). «Волга», Астрахань, 1974, с. 7-346.

55. Кубанов А.А, Абрамова Т. В., Мураховская Е. К., Ласачко В. А. Современный взгляд на лепру. / Лечащий врач, 2018, 5, с. 48-52. URL:https://www.lvrach.ru/2018/05/15436975 (дата обращения: 18.01.2021)

56. Kumar d., Dogra S., Kayr I. Epidemiological characteristics of leprous reactions. // Int. J. Lepr. Other Mycobact. Dis. 2004, Jun., 72 (2), p. 125-133.

57. Scollard D.M., Smith T., Bhoopat L. et al. Epidemiologic characteristics of leprosy reactions. / Int. J. Lepr. Other Mycobact. Dis. 1994, Dec., 62(4, p. 559-567.

58. Фёдоров Н.И. Неврологические изменения при лепре и их дифференциальная диагностика. / Ученые записки института по изучению лепры. №4 (9). Астрахань, 1964, с. 3-6.

59. URL: https://www.mk.ru/politics/article/2010/08/08/521681-klinton-teryaet-ves.html (дата обращения: 18.01.2022)

60. URL: https://lenta.ru/news/2021/10/15/active/?ysclid=li3548mqfo606960607 (дата обращения: 18.01.2022)

61. URL: https://echo.msk.ru/news/721934-echo.html (дата обращения: 18.01.2022)

62. URL: https://www.interfax.ru/world/797442 (дата обращения: 18.01.2022)

63. URL: https://www.spr.ru/novosti/2012-04/sinyaki-u-timoshenko-poyavilis-ne-ot-poboev.html (дата обращения: 18.05.2023)

64. URL: https://rg.ru/2012/04/19/timoshenko.html?ysclid=li35tlig7q759556844 (дата обращения: 18.05.2023)

65.URL:https://krsk.sibnovosti.ru/politics/124848-na-ukrainu-putin-pribyl-ne-v-nastroenii-i-s-sinyakom-na-litse-video (дата обращения: 18.01.2022)

66. URL: http://ru.tsn.ua/ukrayina/putin-priehal-v-ukrainu-s-bolshim-sinyakom-na-lice.html (дата обращения: 18.01.2022)

67. URL: https://echo.msk.ru/news/721934-echo.html (дата обращения: 18.01.2022)

68. URL: https://udf.name/news/world/70722-ne-odin-lukashenko-govorit-o-podorvannom-zdorove-putina.html (дата обращения: 18.01.2022)

69. URL: https://www.dp.ru/a/2012/12/16/Gossekretar_SSHA_Hilari_K (дата обращения: 18.01.2022)

70. URL: https://visti.ks.ua/novosti/v-mire/5001-gossekretar-ssha-hillari-klinton-poluchila-sotryasenie-svoego-mozga.html (дата обращения: 18.01.22)

71. URL: https://aif.ru/health/life/vpadaet_v_stupor_i_teryaet_soznanie_mediki_i_smi_o_zdorove_klinton (дата обращения: 18.01.22)

72. URL: https://news.rambler.ru/world/42360064-ne-hvatilo-treh-stakanov-pochemu-merkel-stalo-ploho/

73. Качук А. Причиной дрожи Меркель может оказаться проказа: неожиданную версию озвучили российские врачи. /Комсомольская правда, 10.07.2019.

74. URL: https://gubdaily.ru/news/izbili-ili-insult-posle-travmy-dmitrij-medvedev-stal-stranno-razgovarivat/; https://www.topnews.ru/news id 121001.html; https://rosregistr.ru/raznoe/154581l.html

75. URL: https://www.pravmir.ru/lepra-nikuda-ne-delas-lyudyam-nado-lechitsya-no-nii-po-izucheniyu-bolezni-zakryvayut/

76. Шубин В.Ф. Некоторые соображения о механизме передачи лепры. / Ученые записки института по изучению лепры. №4 (9). Астрахань, 1964, с. 38-44.

77. Бекелли Л.М., Мартинез Домингуез В. Руководство по борьбе с лепрой. ВОЗ, перевод №1129

78. Visschedijk J., van de Broek J., Eggens H. et al. Mycobacterium leprae – millennium resistant! Leprosy control the threshold of a new era. / Trop.Med.Int. Health. 2000, Jun., 5(6), p. 388-399.

79. URL: https://diary.ru/~redcub/p219669996_lepra-u-vysokih-lic.htm?ysclid=li38evk044780587139

80. URL: https://bloknot-astrakhan.ru/news/kovid-nichemu-ne-nauchil-kak-zhivet-edinstvennyy-v

81. URL: https://www.youtube.com/watch?v=Upy8rrxfs6I

82. Лунева Л.М. Некоторые вопросы диспансеризации больных лепрой. /Учёные записки Института по изучению лепры. №8 (13). «Волга», Астрахань, 1974, с. 374-381].

83. Ивженко Татьяна. Политическая прививка. / Независимая газета (Москва), №111, 03.06.2008.

84. Nores J.M., Redondo A., Vernerey C. et al. Surgical treatment of leprous neuritis. The results in 114 operations. / Press Med. 1988 Oct. 8, 17(34), p. 1756-1759.

85. Turkof E., Tambwekar S., Lamal S et al. Leprosy affects facial nerves at the main trunk: neurolysis can possibly avoid transfer procedures. /Plast. Reconstr. Surg. 1998, Oct.102(5), p. 1565-1573.

86. Иоффе Ю.Л. О хирургическом лечении лепрозных невритов. / Ученые записки института по изучению лепры. №4 (9). Астрахань, 1964, с. 87-92.

87. Ариевич А.М. Заболевания кожи. / Терапевтический справочник. Т.2. Под ред. Зеленина В.Ф. и Куршакова Н.А. М., 1951, с. 477.

88. Погорелов В.Н., Назаров К.И., Первухин Ю.В. Некоторые вопросы иммунологии лепры. Учёные записки Института по изучению лепры. №8 (13). «Волга», Астрахань, 1974, с. 382-394

89. URL: https://meduniver.com/Medical/toksikologia/otravlenie_dapsonom.html

90. URL: https://www.tltgorod.ru/reporter/?reporter=15807 (дата обращения: 18.01.2022)

91. URL: https://news.mail.ru/politics/53751696/?frommail=1

92. Кубанов А. А., Карамова А. Э., Воронцова А. А., Калинина П. А. Фармакотерапия лепры. / Вестн. Дерм. Вен. 2016. № 4. С. 12–19.

93. Лужнова С.А., Самотруева М.А., Самотруева М.А., Дуйко В.В., Ясенявская А.Л. Психокорригирующая активность фенотропила при дапсон-индуцированных нарушениях поведения. / Фундаментальные исследования. 2014. № 6-1. С. 67-71. URL: https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=34111 (дата обращения: 17.03.2022).

94. Бахтиярова Ш.К., Капышева У.Н., Аблайханова Н.Т., Баимбетова А.К., Жаксымов Б.И., Корганбаева А.А., Ыдырыс А., Болатхан М.Б., Даутова М.Б. Поведение животных в различных тестах. / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 8-1. С.92-96; URL: https://applied-research.ru/ru/article/view?id=11767 (дата обращения: 17.03.2022).

95. https://www.youtube.com/watch?v=xqnrlO0evws

96. URL: https://newsland.com/post/1340842-chto-sluchilos-s-ryzhkovym?ysclid=li1ay2cnfy253454241 (дата обращения: 17.03.2022).

97. Мария Гордякова. Российский эпидемиолог обнаружил опасную болезнь у Путина и других политиков. /Online812, 24/12/2012

98. ВОЗ предупреждает о возвращении проказы. URL: https://mosclinic.ru/news/3499_voz_preduprezhdaet_o_vozvraschenii_prokazy

99. URL: https://www.yahoo.com/news/leprosy-could-become-endemic-florida-193014455.html (дата обращения: 17.03.2022).

100. Основные показатели уровня жизни населения Российской Федерации в 1993 г. / Госкомстат России. М., 1994.

101. Численность, состав и движение населения в РСФСР / Госкомстат РСФСР. М., 1990.

102. Народное хозяйство в РСФСР / Госкомстат РСФСР. М., 1991.

103. Охрана здоровья населения России: Материалы Межведомственной комиссии Совета Безопасности РФ по охране здоровья населения (март 1994 г. – декабрь 1994 г.). Вып. 1. М., 1995.

104. Демографический ежегодник России / Госкомстат России. М., 1995.

105. Демографический ежегодник России / Госкомстат России. М., 2003.

106. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в России в 1996 году» / Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 1997.

107. Охрана здоровья населения России: Материалы Межведомственной комиссии Совета Безопасности РФ по охране здоровья населения (1995–1996 гг.). Вып. 2. М., 1996.

108. Дети риска в Центральной и Восточной Европе: угрозы и надежды. Исследования положения в странах с переходной экономикой: Региональный мониторинговый доклад № 4. ЮНИСЕФ, 1997.

109. Основные показатели здоровья и здравоохранения Российской Федерации в 1997–2000 гг. / Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2001.

110. Демографический ежегодник России: Статистический сборник / Росстат. М., 2013.

111. Павлов Ю.В., Красильников И.А. Здравоохранение Санкт-Петербурга в годы реформ. СПб, 1999.

112. Мечников И.И. Невосприимчивость в инфекционных болезнях. М., 2012.

113. Мечников И.И. Этюды оптимизма. М., 1988.

114. Громашевский Л.В. Общая эпидемиология. М., 1942.

115. Пак С.Г. Инфекционные болезни: взгляд через призму времени. / Медицинская академия. 25.01.2006.

116. Иванова Г.В., Севастьянова Г.И., Уткин И.В., Бурсиков А.В. Взаимосвязь показателей центральной и церебральной гемодинамики и особенностей внутрисемейных отношений у больных артериальной гипертонией. / Кардиология, основанная на доказательствах. Российский национальный конгресс кардиологов: Тезисы докладов. М., 2000. С. 114-115.

117. Гундаров И.А., Пономарёва А.М., Байкова Н.Н. Гемодинамические особенности больных ишемической болезнью сердца на фоне артериальной гипертонии при разном уровне депрессии. / Проблемы сердечно-сосудистой патологии: Материалы Второго съезда кардиологов Южного федерального округа. М., С. 148-149.

118. URL: https://www.youtube.com/watch?v=EKz8NfddsYc&t=1393s (дата обращения: 12.01.2023).