

3.3. Вакцинация по поводу гепатита В

«Нет ничего сильнее жажды познания, силы сомнения... И это искание, это стремление — есть основа всякой ученой деятельности... ищешь правды, и я вполне чувствую, что могу умереть, могу сгореть, ища её, но мне важно найти, и если не найти, то стремиться найти её, эту правду, как бы горька, призрачна и скверна она ни была!»

В. И. Вернадский (из письма жене Н.Е. Старицкой)

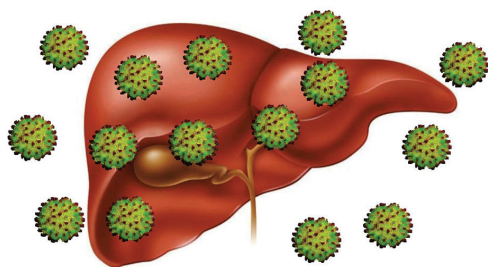
Владимир Иванович Вернадский развивал учение Эдуарда Леруа о ноосфере, как едином поле мыслей человечества. Так что автору данного исследования о вакцинах не было нужды ничего выдумывать, я лишь привёл конспект мыслей учёных и врачей-практиков. Поскольку собственных мыслей по ненужности крайне мало, они приведены курсивом. Итак, приступим.

3.3.1. Вирусносительство

В нашем богохранимом Отечестве всем подряд новорожденным в первые 24 часа жизни навязывается вакцинация по поводу гепатита В. Национальное руководство по инфекционным болезням утверждает: «В связи с тем, что 90–95% больных острым гепатитом В выздоравливают, необходимость

специфического противовирусного лечения у преобладающего большинства больных отсутствует... На ранних этапах хронического гепатита В может обнаруживаться как «дикий» тип HBV, так и HBeAg-негативный мутантный штамм. По мере увеличения длительности инфицирования под воздействием иммунной системы организма происходит эволюция «дикого» штамма вируса и процентное содержание мутантных форм постепенно начинает преобладать, и впоследствии мутантный вариант может вытеснить «дикий» тип вируса. В течении хронического гепатита В возможно как спонтанное, так и обусловленное лечением прекращение продукции HBeAg и вслед за этим появление антител к нему (анти-HBe)... Спонтанное прекращение репликации вируса, сопровождающееся сероконверсией по HBe-Ag, происходит с частотой 5–20% в год, преимущественно в возрасте до 30 лет... У детей, инфицированных внутриутробно или перинатально, до 18–20 летнего возраста наблюдают фазу иммунной толерантности — нормальный уровень аланинаминотрансферазы, отсутствие клинических признаков болезни... По достижении совершеннолетия у части этих больных происходит спонтанный клиренс (исчезновение — АА) HBeAg»².

Профессор Георгий Николаевич Дранник поясняет: «Гепатит В может персисистировать несколько месяцев или лет, постоянно находясь в печени. Латентное состояние вируса обусловлено тем, что, встраиваясь в геном клетки, вирус не экспрессирует на мембране клетки свои антигены. Например, все герпесвирусы у человека могут оставаться латентными, подвергаясь периодическим циклам активации и репликации. Когда нарушается равновесие между вирусом и иммунной защитой хозяина, (например, под действием других инфекций, при развитии вторичного имму-



нодефицита) вирус может активироваться с последующим клиническим проявлением»³. Это используется при создании математической модели инфекции: «Например, вирусы гепатита В начинают продуци-

роваться спустя несколько дней после заражения, и в сутки в одной заражённой клетке образуется 5–10 новых частиц. Заражённая клетка при этом не гибнет и продолжает выполнять свои функции в печени на протяжении обычной продолжительности жизни — около 100 дней... Время жизни заражённой клетки не отличается от времени жизни здоровой клетки»⁴.

«Наиболее частым исходом заражения является развитие иннаппарантных форм заболевания, соотношение которых с клиническими выраженными формами составляет 100 : 1 — 200 : 1. Перенесённое заболевание приводит к формированию длительного, возможно пожизненного иммунитета»⁵. «Инаппарантная инфекция (от лат. *in* — отрицательная частица и *apparens*, род. падеж *apparentis* — проявляющийся, очевидный), непроявленная инфекция, характеризующаяся отсутствием клинических признаков при остром течении и заканчивающаяся через определённый срок исчезновением возбудителя из организма»⁶.

Официальных данных, позволяющих оценить в целом ситуацию с инфекцией, вызываемой вирусом гепатита В, недостаточно⁷. Чтобы скрыть факт безобидного вирусоносительства и самопроизвольного выведения вируса гепатита В из организма, вакцинователи относят всех вирусоносителей к заболевшим гепатитом, строя фразы соответствующим образом: «По данным ВОЗ, в мире примерно 400 000 000 человек имеют хронический гепатит В, из них как минимум 3 000 000 проживают в России»⁸.

3.3.2. Источник угрозы: наркоманы, проститутки и медицина

«Доля лиц в возрасте 15–29 лет составляет 60–85% от общего количества больных острым гепатитом В, что связано с распространённостью инъекционной наркомании и рискованного сексуального поведения»⁹. «Ведущим в настоящее время считается половой путь передачи, который составляет 55–60% случаев»¹⁰. «Активизация полового пути передачи вирусного гепатита В обусловлена значительной либерализацией сексуальных отношений в нашей стране»¹¹. «В структуре путей передачи возбудителей гепатита В и гепатита С ведущими являются половой путь и внутривенное введение наркотиков, коэффициент корреляции между острым гепатитом В и первичной заболеваемостью наркоманиями в Москве и РФ равен +0,95 и +0,91 соответственно, что характеризуется как прямая очень сильная корреляция»¹². «80% наркоманов, употребляющих инъекционные наркотики — больны гепатитом»¹³. В Самарской области в 1999г заражение HBV вследствие введения наркотиков имело место у 55,2%, половым путём 22,3% больных острым вирусным гепатитом В¹⁴.

«Проституция как социальное явление способствует распространению вирусных гепатитов, преимущественно типа В... В определенном смысле проститутки обоего пола рассматриваются как резервуар вирусов гепатитов»¹⁵. Не будем продолжать далее перечислять многочисленные источники, так как совершенно ясно, что большинство страдающих гепатитом В — наркоманы и проститутки.

Кроме того, третью группу, включающую большой резервуар вирусоносительства гепатита В, составляют медицинские работники. «Доля сотрудников стационара носительства в 5 раз больше чем в общей популяции HBsAg, до 25–30% в этой

группе медиков регистрируется anti-HBs»¹⁶. Возможно поэтому благородные Энтузиасты приготовили им сюрприз. — Универсальная стратегия вакцинации против гепатита В включает вакцинацию всех медицинских работников¹⁷. «В лечебно-профилактических учреждениях возможно инфицирование более чем 20 патогенами. Вероятность заражения при уколе инфицированной иглой — гепатит В: 5 — 30%»¹⁸.

Очень опасны переливания крови: Частота «здорового носительства» HBsAg среди доноров колеблется в значительных пределах: от 0,5—1% в странах Северной Европы и Америки до 20% и более в тропических регионах Азии и Африки¹⁹». Почему парентеральное введение вирусов особенно опасно? — Профессор Надежда Венедиктовна Шабашова разъясняет: «Прежде всего, от внешних воздействий, например, микроорганизмов, организм человека защищают участники врождённого иммунитета — те механизмы, клетки и растворимые молекулы, которые полностью «созрели» внутриутробно и готовы к работе новорожденного ребёнка по индивидуальному генетическому плану, вне зависимости от микроорганизма. Самыми первыми из них в работу против внешних воздействий, например микроорганизмов, вступают барьерные ткани, кожные покровы и слизистые оболочки». Никакие прививки не могут активировать противоинфекционные



свойства врождённого иммунитета, а приобретённый иммунитет слабее врождённого. «Клетки врождённого иммунитета выполняют большую часть работы

для защиты организма от внутренней и внешней агрессии (инфекции), чем клетки адаптивного иммунитета»²⁰.

3.3.3. Детей-то зачем?

«Изменения в иммунной системе при инфекции и вакцинации тождественны, и вакцинацию можно определить как имитацию инфекционного процесса»²¹. Однако вакцинацию по поводу гепатита В неоправданно рекомендуют «детям, относящимся к группам риска (родившимся от матерей-носителей HBsAg, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В»²². Хотя иммунитет после перенесённого вирусного гепатита В длительный, возможно, пожизненный²³. «В возрасте до 3 мес. жизни вакцинация может быть неэффективна, из-за связывания антигенов вакцины специфическими циркулирующими материнскими антителами IgG, прошедшими через плаценту»²⁴. «Иммунологическая толерантность к антигенам вертикально передающихся вирусов (мать-плод — АА) существенно меняет клиническую картину... при гепатите В она чаще всего определяет бессимптомное вирусоносительство»²⁵. Всемирная организация здравоохранения рекомендует не вакцинировать детей, родившихся от иммунных матерей, так как ребёнок первого года жизни защищён её антителами²⁶.

3.3.4. Брок эффективности вакцин

«У взрослых при вторичном иммунном ответе основные антитела — IgG, составляющие 75% сывороточных иммуноглобулинов. Они наиболее медленно обновляемые: период полураспада их в крови составляет 23 сут... Приобретённый иммунитет может сохраняться в течение 8—10 лет, для его пожизненного

поддержания необходима персистенция антигена в организме или реиммунизация»²⁷. Если говорить о гепатите В, «показано, что через 9—11 лет после вакцинации у 60% привитых уровень антител становится ниже защитного или не определяется»²⁸. В связи с угасанием защиты благородным Энтузиастам остаётся лишь «надеяться на долгосрочный профилактический эффект вакцинации против гепатита В... Длительность сохранения поствакцинального иммунитета... через 3 месяца достигала 90%, через 4—5 лет 80—90%, через 6—8 лет 55—67%»²⁹. В аннотации к вакцине указано: «Ревакцинация: повторная вакцинация может понадобиться через 5 лет после первичного курса. При первичной иммунизации в 0, 1, 2 мес рекомендуется повторная иммунизация через 12 мес после первой дозы. Следующая вакцинация может понадобиться через 8 лет»³⁰.

Довольно быстрая потеря поствакцинального иммунитета против гепатита В обнаружена у медицинского персонала отделения больницы по работе с наркозависимыми: «Защитные титры антител к вирусу гепатита В имели 74,5% медицинского персонала, из них 49,8% низкие»³¹. Из-за падения иммунной защиты «ревакцинацию однократно проводят через 5—7 лет в случае снижения защитного уровня антител»³².

Самое прелюбопытное, что несмотря на потерю противoinфекционной защиты никто не собирается её восстанавливать ревакцинациями каждые 5—7 лет, потому что всё это бессмысленно было изначально и навязывание всем подряд вакцинации по поводу гепатита В в первые 24 часа жизни — это лишь бизнес, если не предположить ещё чего хуже.

В противовес нелогичным попыткам вакцинопрофилактики научные источники сообщают, что «иммунитет после перенесённого острого гепатита В, закончившегося выздоровлением, длительный, возможно и пожизненный»³³.

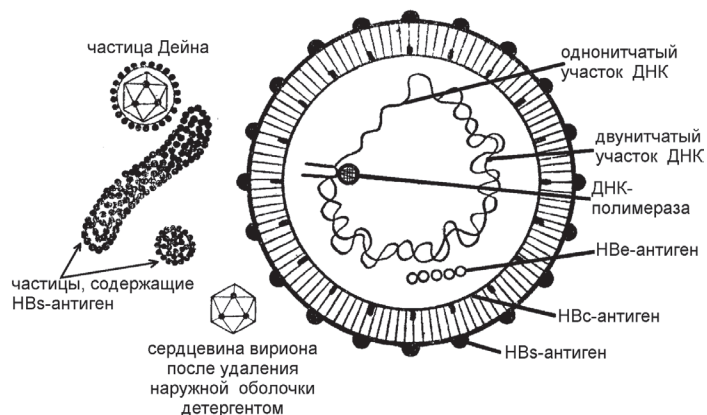
3.3.5. Микст-инфекция

Смешанные инфекции (микстинфекции, миксты) развиваются в результате заражения несколькими видами микроорганизмов³⁴. «Согласно медицинским показателям выявлено, что в среднем микст-инфекция фиксируется в 52% случаях, где третья часть — совокупность 3-х и более возбудителей»³⁵. «Микст-инфекция отличается искажёнными показателями при использовании методов ИФА и ПЦР»³⁶.

Это общие пояснения, но не является исключением и гепатит В, так как он часто сочетается с вирусами С, Д, GBV-C/HGV, герпетическими и т.д. «Инфицирование вирусом гепатита С пациентов с хроническим вирусным гепатитом В спустя 1,5–2 года приводит к стойкому исчезновению из сыворотки крови того или иного вирусного генома более чем у половины пациентов, причём наиболее часто обнаруживается элиминация HBV ДНК... Возникают не только ситуации взаимного ингибирования двух геномов но, и единичные случаи полного самоизлечения»³⁷.

Однако с другим агентом дело обстоит плохо. «Вирус гепатита D (гепатит-дельта, вирусный гепатит с дельта-агентом) — ВГ с контактным механизмом передачи возбудителя, вызываемый дефектным вирусом, репликация которого возможна только при наличии в организме HBsAg. Заболевание характеризуется тяжёлым течением и неблагоприятным прогнозом»³⁸.

Оболочка вируса гепатита D состоит из антигена вируса гепатита В, настолько



прочны связаны эти два вируса. «Маркёры дельта-инфекции обнаруживают у 20% и более носителей HBsAg»³⁹. Не исключено, что в прежние годы интерпретированного поражения печени вирусом В может и не было собственно болезни, до открытия вируса D, может быть существует только В-вирусоносительство, а присоединение дельта-частицы преобразует носительство в тяжёлую форму гепатита? И при несовершенстве лабораторий на местах это невозможно уточнить. Гораздо выгоднее и проще всё смешать в одну кашу, и носительство, и болезнь. «Присоединение инфекции HDV утяжеляет течение хронического гепатита В, приводит к клиническому, лабораторному обострению, часто ассоциированному с гистологической картиной хронического гепатита умеренной и тяжёлой степени активности с мостовидными некрозами», сообщает профессор Светлана Дмитриевна Подымова⁴⁰. Между тем отмечается «высокая частота распространения HDV — инфекции среди лиц, ведущих беспорядочную половую жизнь (особенно среди мужчин-гомосексуалистов)»⁴¹. Встаёт вопрос: Это что, наказание за грех мужеложства, — на фоне безобидного носительства вируса В вдруг приобретение дельта-частицы и появление тяжёлого гепатита? Тогда остаётся невыясненным ещё вопрос: если с вакциной вводятся синтезированные частицы HBsAg⁴², не привлечёт ли это рост гепатита D, которому необходимы для существования частицы HBsAg?

Как мы говорили выше, часто носительство вируса гепатита В сочетается с носительством вирусов гепатита С. Эти вирусы внутри организма человека вступают между собой во взаимодействие причём иногда вирус С удаляет из организма вирус В и наоборот. Но есть ещё GBV-C/HGV-инфекция, с парентеральным механизмом передачи возбудителя, протекающая бессимптомно. Любопытно, что этот безобидный вирус даже полезен, так как он подавляет репликацию ВИЧ⁴³. Таким образом, не углубляясь далее в сложные проблемы вирусо-

носительства, ряд данных позволяет предположить, что вирусы гепатитов являются условно патогенными, их носительство не фатально а даже иногда полезно для человека.

3.3.6. В путаницу необходимо внести ясность

«Около 5,5 миллиардов человек имели контакт с HBV-инфекцией. Около 2 миллиардов человек имеют маркёры HBV»⁴⁴. Однако ежегодно регистрируется всего лишь 36 тысяч случаев смерти от ХГВ⁴⁵, что на фоне имеющих контакта 5,5 миллиардов показывает, что вирус гепатита В это скорее условно-патогенная флора человека, менее опасная, чем тот же условно-патогенный *Staphylococcus aureus*, который инициирует более 100 нозологических форм инфекций, «наиболее часто вызывает гнойно-воспалительные процессы в коже и подкожной клетчатке, способные переходить в генерализованные формы, завершаясь сепсисом»⁴⁶. При этом почти в четверти случаев сепсиса причиной этого фатального поражения является *Staphylococcus aureus*⁴⁷ «Американские ученые заявили, что от сепсиса (заражения крови) ежегодно умирает 11 миллионов человек... Такие выводы ученые из Вашингтонского университета разместили в британском медицинском журнале *Lancet*, пишет CNN. 11 миллионов летальных случаев от сепсиса составляют пятую часть всех смертей в мире»⁴⁸. Частота виросоноительства гепатита настолько же высока, как и герпетических вирусов, поэтому здесь уместно вспомнить формулировку одного из ведущих микробиологов России профессора Сергея Владимировича Яковлева: «Термин «**инфекция**» (инфекционный процесс) предложено использовать для описания всех процессов приобретения хозяином нового микроорганизма и размножения последнего в организме хозяина. В част-

ности, инфекцией является заселение организма новорождённого «нормальной» микрофлорой»⁴⁹. Национальное руководство по инфекционным болезням указывает, что «в результате инфицирования HBV частота развития HBV-инфекции... у детей первого года жизни регистрируется в 90% случаев»⁵⁰.

Существует путаница не только с терминами «заразность», «болезнь» и «инфекция». При подсчёте смертности напускается много тумана, указывается не конкретно смертность от гепатита В, а неясная формулировка: «приблизительно 650 тыс. смертей ежегодно в мире связано с патологией, ассоциированной с HBV»⁵¹.— *И что хотели сказать?* — ВИЧ тоже ассоциирован с HBV однако. А у одноглазого пирата Джона Силвера тоже мог быть гепатит, ассоциированный с одноглазостью.

Кстати, гепатит С похож не страшен, если человек не старается подрывать свой собственный иммунитет бытовыми или лекарственными иммунодепрессантами и гепатотоксинами. Исследование инфицированных вирусом гепатита С показало, что у женщин отмечается более частое очищение от вирусов — отсутствие определяемости вирусов без медикаментозной терапии⁵². Медицинское начальство пытается рапортовать об успехах вакцинации, но они сомнительны. «В РФ, и Москве установлено достоверное снижение показателей заболеваемости острыми гепатитами В и С... В то же время выявлен рост хроническими формами рассматриваемых инфекций»⁵³.

Почему в настоящее время эффективность вакцинации невысока? — «Обсуждается вопрос о необходимости создания вакцин нового поколения, способных защищать как от «диких» штаммов, так и от мутантных форм ВГВ»⁵⁴. Существует много различных генотипов вируса, «полного соответствия между генотипами HBV и субтипами HBsAg не установлено... изучение

субтипов и генотипов HBV... важно для создания вакцин», — утверждается в национальном руководстве по инфекционным болезням⁵⁵. Вполне согласны с этим и авторы национального руководства по вакцинам и вакцинации: «Вирус гепатита В — самый изменчивый из известных ДНК-содержащих вирусов... Сейчас установлено наличие более 150 мутантных штаммов вируса гепатита В»⁵⁶. «Данные о растущей распространённости мутантов, «ускользающих» от вакцинации, ставят на повестку дня вопрос о необходимости создания вакцин нового поколения, способных защищать как от «диких» штаммов, так и от мутантных форм вирусов гепатита В. Внедрение в практику здравоохранения подобной поливакцины позволит ограничить появление и распространение мутантов вируса гепатита В и, следовательно, приведёт к снижению заболеваемости гепатитов В»⁵⁷.

Искали бы и искали учёные себе на здоровье, да только не найдя решения проблем группа неких лоббистов заставила всех поголовно прививаться экспериментальными вакцинами, от побочных эффектов которых начало болеть множество людей.

3.3.7. Побочное действие вакцин по поводу гепатита В

Очень часто: лихорадка, боль в месте введения. Часто: головная боль. пневмония, кашель, озноб, длительный плач, местное уплотнение, местный отек, покраснение⁵⁸. Кроме того: менингит, тромбоцитопения, анафилаксия, аллергические реакции, включая анафилактоидные реакции и имитация сывороточной болезни, паралич, судороги, гипестезии, энцефалиты,

энцефалопатии, нейропатии, невриты, гипотензия, васкулит, ангионевротический отек, мультиформная эритема, плоский лишай, артрит, мышечная слабость⁵⁹. После вакцинации по поводу гепатита В возникает опасность сахарного диабета считают учёные США. Также «обнаружено, что частота инсулин-независимого диабета — аутоиммунного заболевания — в Новой Зеландии возросла на 60% после введения массовых прививок против гепатита В⁶⁰. Особенно благородные Энтузиасты любят помалкивать по поводу смерти от прививки: «Статистик Майкл Белкин из Нью-Йорка, чья пятинедельная дочь скончалась 15 часов спустя после второй прививки против гепатита В, изучил базу данных Системы сообщений о побочных эффектах прививок (VAERS) по осложнениям на эту прививку. На слушаниях по прививке против гепатита В в подкомитете конгресса США 18 мая 1999 г. он заявил, что по сделанным им подсчётам, в VAERS с июля 1990 г. по октябрь 1998 г. было направлено 24 755 сообщений о побочных реакциях, последовавших вслед за введением вакцины против гепатита В, причём 439 случаев закончились смертью привитых»⁶¹. Однако в России ни побочные эффекты, ни смертельные исходы вследствие вакцинации почти не учитываются. Это закон либеральной медицины: вовлекать в опасные мероприятия, но замалчивать неблагоприятные последствия.

3.3.8. Где наука или хотя бы здравый смысл?

Ни иммунологического, ни инфекционного смысла в этих прививках нет, учитывая что инфекция инаппарантная, болеет менее одного процента вирусоносителей, а вакцина даже «свежесделанная», всего лишь «в 85—95% случаев предотвращает HBV инфекцию или клинически манифестирующий гепатит В»⁶². «Если и есть что-либо глупее, чем прививать подростка от ВПЧ, то это, безусловно, будет прививать новорожденного младенца от гепатита В»⁶³.

Лет 15 назад мы ехали делать передачу на «Православном радио Санкт-Петербурга» с профессором Верой Васильевной Кирьяновой и разговорились о вакцинации по поводу гепатита В. Вера Васильевна мне сообщила, что есть надежда — через два месяца эту однозначно ненужную вакцинацию уберут. С тех пор минуло пятнадцать лет! С каким-то удивительным упрямством на наших детях продолжают эксперименты, словно исполняя заказ тлетворного Запада. К тому же у русских людей закрадывается подозрение: не в насмешку ли это делается? Намекают, что только что родившийся ребёнок входит в группу риска наркоманов и проституток? Или грудничок — это медицинский работник? Не пора ли прекратить этот абсурд? Мы обязаны поставить эти вопросы новому руководству медицины страны.

Что для человека означает обнаружение антител к вирусам гепатитов В или С? Это значит переход из группы живущих радостно (водка-шашлык-табак-блюды) в группу праведников, то есть воздерживающихся от грешного образа жизни. Для профилактики катастрофы судьбы.

Источники

1. Цитируется по <https://www.litmir.me/br/?b=267888&ρ=1>
2. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2019. — С. 668—675.
3. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. — М., 2003. — С. 215.
4. Математические модели в иммунологии и эпидемиологии инфекционных заболеваний / А.А.Романюха. — М., 2015. — С. 13,54.
5. <http://entsefalopatiya.ru/venerologija/faktorami-peredachi-virusnogo-gepatita-v/5>
6. [https://veterinary.academic.ru/2528/Инаппарантная инфекция](https://veterinary.academic.ru/2528/Инаппарантная_инфекция)
7. <https://www.lvrach.ru/2019/05/15437301/>
8. Вакцины и вакцинация: национальное руководство / под ред. В.В. Зверева, Е.Ф. Семёнова, Р.М. Хаитова. — М., 2011. — С. 479.
9. Инфекционные болезни: национальное руководство. / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.А. Венгерова. — М., 2010. — С. 619.
10. Общая врачебная практика: национальное руководство : в 2 т. — Т.2 / под ред. Акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. — М., 2013, — С. 365.
11. <https://www.lvrach.ru/2019/05/15437301>
12. Современная эпидемическая ситуация по парентеральным вирусным гепатитам и наркомании в Российской Федерации и Москве. Ю.Б. Новикова, А.А. Асратян, Е.В. Русакова ФГБУ «ФНИЦЭМ им. Н.Ф.Гамалеи» Минздрава России, Москва. Эпидемиология 2 (87) С. 24.
13. https://yandex.ru/znatoki/question/pochemu_govoriat_chno_vich_i_gepatit_eto_7e66826d/
И то же <https://gepatit.su/vidy/kakoy-u-narkozavisimyh>
14. Хронический вирусный гепатит по ред В.В. Серпова и Э.Г. Аапросиной. — М., 2004. — С. 371.
15. <http://www.gepatitunet.ru/dict/Prost.htm>
16. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей / под ред. А.В. Калинина, А.Ф. Логинова, А.И. Хазанова. — М., 2011. — С. 693
17. Вакцины и вакцинация: национальное руководство / под ред. В.В. Зверева, Е.Ф. Семёнова, Р.М. Хаитова. — М., 2011. — С. 488.
18. <https://metodich.ru/penzenskij-gosudarstvennij-universitet-medicinskij-institut/index.html>
19. <https://med.wikireading.ru/950>

20. Иммуитет, иммунная система и профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний / Н.В.Шабашова. — СПб., 2016. — С 11,16,34, 52.
21. Л.Г. Кузьменко, Д. Ю. Овсянников, Н.М. Киселёва Детские инфекционные болезни. — М., 2009. — Гл. 4.3.
22. https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_34736.htm
23. Инфекционные болезни: национальное руководство. / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.А. Венгерова. — М, 2010. — С. 618.
24. Л.Г. Кузьменко, Д. Ю. Овсянников, Н.М. Киселёва Детские инфекционные болезни. — М., 2009. — Гл. 4.4.
25. Гавришева Н.А., Антонова Т. В. Инфекционный процесс. Клинические и патофизиологические аспекты: Учеб. пособие. — СПб., 1999. — С. 216–217.
26. Иммуитет, иммунная система и профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний / Н.В. Шабашова. — СПб., 2016. — С. 35.
27. Клиническая лабораторная диагностика: национальное руководство: в 2 т. Т 2 / под ред. В.В. Долгова, В. В. Меньшикова. — М., 2012. — С. 33–35.
28. Вирусные болезни: учебное пособие / под ред. Н. Д. Ющука. — М., 2016. С. 78.
29. Вакцины и вакцинация: национальное руководство / под ред. В.В. Зверева, Е.Ф. Семёнова, Р.М. Хаитова. — М., 2011. — С. 484, 485.
30. https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_34736.htm
31. Эпидемиология и вакцинопрофилактика №3 (58) 2011.
32. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2019. — С. 659
33. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2019. — С. 659.
34. <https://meduniver.com/Medical/Microbiology/154.html>
35. <https://infemed.ru/zppp-ipp/dop-zab/mikst-infekciya.html>
36. <https://fb.ru/article/258391/mikst-infektsiya-diagnostika-i-lechenie>
37. Заболевания печени и желчевыводящих путей: руководство для врачей / В.Г.Радченко, А.В.Шабров, Е.Н.Зиновьева, С.И. Ситкин. — СПб, 2011. — С. 305.
38. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2019. — С. 681.
39. Вирусные болезни: учебное пособие / под ред. Н. Д. Ющука. — М., 2016. С. 66–68.
40. Подымова С.Д. Болезни печени. Руководство. — М., 2005. — С. 346
41. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2019. — С. 683.
42. Вакцины и вакцинация: национальное руководство / под ред. В.В. Зверева,

- Е.Ф. Семёнова, Р.М. Хаитова. — М., 2011. — С. 482.
43. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2019. — С. 702–704.
44. ГБОУ ВПО ЧелГМА Минздрава России Кафедра инфекционных болезней ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ. Учебное пособие. Челябинск 2013 год.
45. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2019. — С. 26.
46. Вакцины и вакцинация: национальное руководство / под ред. В.В. Зверева, Е.Ф. Семёнова, Р.М. Хаитова. — М., 2011. — С. 693.
47. <https://yandex.ru/turbo?text=https%3A%2F%2Fmedside.ru%2Fsepsis-zarazhenie-krovi>
48. <https://gottstat.com/news/kazhdyy-pyatyy-v-mire-chelovek-umiraet-ot-sepsisa-cto-9023669.html>
49. Рациональная антимикробная терапия: руководство для практикующих врачей / под ред. С.В. Яковлева. — М., 2015. — С. 34.
50. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2019. — С. 658.
51. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2019. — С. 657
52. <https://medstrana.com/news/4978>
53. Современная эпидемическая ситуация по парентеральным вирусным гепатитам и наркомании в Российской Федерации и Москве. Ю.Б. Новикова, А.А. Асратян, Е.В. Русакова ФГБУ «ФНИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, Москва, Эпидемиология 2 (87) С.21.
54. Клиническая микробиология, антимикробная химиотерапия 2015, Т. 17, №1.
55. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М., 2019. — С. 656.
56. Вакцины и вакцинация: национальное руководство / под ред. В.В. Зверева, Е.Ф. Семёнова, Р.М. Хаитова. — М., 2011. — С. 476.
57. Клиническая микробиология, антимикробная химиотерапия 2015, Т. 17, №1.
58. https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_34736.htm
59. <https://mixture.ua/yendzheriks-v-instrukcija>
60. Иммуитет, иммунная система и профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний / Н.В. Шабашова. — СПб., 2016. — С. 46.
61. Александр Коток. Беспощадная иммунизация. Правда о прививках. — Новосибирск, 2006. — С. 221.
62. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / Под ред. В.Т.Ивашкина. — М., 2005. — С. 106.
63. <https://www.scibook.org/content/vaccines/hepatitisB>