

Promjene kalendara cijepljenja – lobiranje ili struka?

Milas J (1), Smoljanović M (2), Miškulin M (1)

1 Zavod za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije

2 Zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije

Kurativna i preventivna medicina su dva osnovna dijela medicine. U prošlosti, preventivna medicina je bila prevladavajuća jer se nisu poznavali uzročnici zaraznih bolesti niti lijekovi s kojima se zaraza mogla liječiti. Da bi se preventivne mjere provodile, morale su postati dogme i biti napisane u vjerskim dokumentima ili slično. Kurativna medicina kakvu danas poznajemo započinje svoj razvoj tek primjenom asepse i antiseptike, pronalaskom antibiotika i općenito, spoznajama o uzročnicima i uzrocima bolesti. Tada postupno započinje otklon od preventivne medicine i zajednice kao subjekta zanimanja prema kurativnoj medicini i bolesniku kao subjektu. Takvom preraspodjelom unutar medicine započinje moderna medicina vezana i ovisna gotovo isključivo o financijskim izvorima. Danas kurativna medicina u Hrvatskoj košta više od 98% ukupnog novca s kojim zdravstvo raspolaže što se može iščitati i iz podataka Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Danas preventivne mjere pretjerano ne zanimaju mnoge ljude u zdravstvu i u politici jer polako donose rezultate i onaj koji ih započne, teško može i dočekati rezultate. Zato je danas lakše otvoriti neki novouređeni odjel u bolnici, kupiti skupocjeni uređaj (što je i potrebno) i slično nego snažno i beskompromisno poduprijeti i aktivno sudjelovati u nekom preventivnom programu. Ipak, preventivna se medicina zadržala i bitno unaprijedila jednu aktivnost koja će se u budućnosti sve više i više razvijati i to u svim medicinskim granama, a ne samo u infektologiji. Tu mjeru zovemo cijepljenje.

Cijepljenje je jedina prava preventivna medicinska aktivnost koja čuva zdravlje, a ne liječi bolest i koju kurativna medicina ne može niti istisnuti niti zamijeniti, dapače. Tako ova mjera postaje vrhunskim i nedostižnim dobrom u medicini i niti jedan kurativni postupak nema toliku snagu u borbi za očuvanje zdravlja. Na veliko su produljenje života i uopće na kvalitetu življenja bitno utjecala tri postupka. Dva su iz područja higijene, zdravstveno ispravna voda za piće i zdravstveno ispravna hrana, a samo je cijepljenje posljedica medicinske intervencije. S edukacijom i malo novca postiže se ogroman uspjeh koju kurativna medicina ne može ostvariti. Što bi bilo kada bi se ovoga časa iz bilo kojih razloga prestale primjenjivati ove tri mjere? Afganistan? 19. stoljeće?

Provođenje cijepljenja je vrlo odgovoran posao, kako za onoga koji donosi Program cijepljenja, tako i za onoga koji ga provodi. Cijepljenje košta. Ipak, količina novca za cijepljenje (očuvanje zdravlja) je neizmerno mala prema količini novca koji se troši za liječenje. Manje ili veće farmaceutske i druge tvrtke prepoznale su financijsku vrijednost cijepljenja i cjepiva u budućnosti tako da se danas ulaže iz godine u godinu sve veći novac u proizvodnji novih i boljih cjepiva. Kao u kurativnoj medicini prije, tako sada u cijepljenju počinje dominirati novac i borba na tržištu. Pod stručnim i opravdanim, ali i pod neopravdanim ili lobističkim pritiscima se u manjoj ili većoj mjeri mijenja Program cijepljenja. U Hrvatskoj je bilo moderno "torbariti" po mnogim ordinacijama i cijepitelje na različite načine stimulirati da primjenjuju neka druga cjepiva koje nisu u Programu cijepljenja. Program cijepljenja ima snagu Zakona i mora ga se poštivati. Registrirana cjepiva u Hrvatskoj koja nisu u Programu cijepljenja (te se ne smiju koristiti) nedovršenošću Programa (nepostojanjem izričite izrijeke) tumače se kako se kome sviđa te se tako neformalno mijenja Program cijepljenja i stvara prostor za možebitne neargumentirane pritiske. Takva su se cjepiva mogla i mogu bez problema kupiti u ljekarnama, od posrednika neke farmaceutske kuće ili nekako drugačije. Drugi je korak da cijepitelji uvjere roditelje da su cjepiva izvan Programa bolja, ali da ih trebaju platiti. Na ovaj se način krši Zakon (Program cijepljenja), a nitko ne odgovara jer nedostaje želja da se to spriječi. Osim toga, ne postoji kontrola potrošnje cjepiva izvan Programa. Na taj se način Program (Zakon) sve više pretvara u preporuku.

U SAD-u je objavljen članak o cijepljenju protiv pneumokoka PCV7 cjepivom. U studiji ističu da je od 1999. godine do 2003. godine bitno smanjen broj oboljelih od pneumokoka. U 2005. godini ponovno je počeo rasti broj oboljelih od ovog uzročnika s tom razlikom što je postao dominantan rezistentni pneumokok serotip 19A (azijski tip) koji je dokazan u 96% oboljelih, a koji nije sadržan u spomenutom cjepivu. Prije cijepljenja je u pučanstvu SAD-a bio jedva zastupljen. Bilo je zanimljivo slušati predavanje na 46th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, San Francisco, 27. – 30. rujna 2006. godine. Sutradan se vodila rasprava o pneumokoknom cjepivu. Na toj raspravi nisu dali autoru predavanja da raspravlja o svojim rezultatima (iako je strpljivo pred

mikrofonom čekao više od sata) niti da postavlja pitanja. Ovi rezultati danas bitno imaju utjecaja na shvaćanje kvalitete cjepiva u smislu njegove konačne učinkovitosti u populaciji koja se cijepi.¹⁻³ Slične se posljedice mogu dogoditi i s drugim cjepivima s dalekosežnim posljedicama na onima koje danas cijepimo. I u našoj zemlji postoji stalni pritisak da se pneumokokno cjepivo uvede u Program cijepjenja. Primjer za to može biti i cjepivo protiv hepatitisa B koje nije učinkovito u zaštiti protiv mutiranog virusa koji će postati veliki problem javnog zdravstva kada se zarazi dovoljan broj nositelja i kada ponovno nastane kritična masa za brzi prijenos virusa (sadašnji problemi u Kini).

Cijepjenje protiv hepatitisa A je jedno od vrlo zanimljivih tema o kojoj se raspravlja u mnogim zemljama uvesti ga ili ne uvesti u obvezatan program cijepjenja. Neke su ga zemlje i uvele.^{4,5} Vjerujemo da ga je poželjno uvesti u zemljama u kojima je visoki standard i ne postoji poteškoća u osiguranju novca. Znamo da hepatitis A ide zajedno s drugim crijevnim bolestima, ali i da iznimno rijetko ostavlja trajne posljedice. Poboljšanje higijensko-sanitarnih prilika na nekom području istodobno dovodi do nestanka bolesti koje su posljedica niske higijene. Puno je lakše osigurati novac za cijepjenje (makar i donacijama), nego uložiti napor, puno više novca i vremena da se poprave higijensko-sanitarne prilike, a time i spriječi širenje ne samo jedne bolesti protiv koje postoji cjepivo, nego i puno više.⁶ U Hrvatskoj tijekom Domovinskog rata, unatoč velikim emigracijama i migracijama, nije došlo do niti jedne značajnije epidemije koje uobičajeno prate ratove bilo gdje na kugli zemaljskoj.⁷ Razlog za to je dovoljno visoki stupanj izobrazbe hrvatskog pučanstva o načinima kako spriječiti širenje crijevnih zaraznih bolesti, da je osobna higijena, zdravstveno ispravna voda i zdravstveno ispravna hrana jednostavna i jedina preventivna mjera u borbi protiv epidemijskih bolesti koje su prije 3 desetljeća bile ovdje redovita pojava.⁸

Uvođenje u Program cjepiva čije dugoročne posljedice na cijepnu populaciju nisu u cijelosti sagledane, a zbog pritiska javnosti ili bilo kojega drugog neopravdanog razloga, može dovesti do posljedica koje će trpjeti naraštaji. Tko će za to odgovarati? Posljednji primjer je linč javnosti i pritisak pedijatrijske udruge na izmjenu programa cijepjenja protiv hepatitisa B gdje se nije pravodobno provelo ispitivanje o potrebi promjene kalendara cijepjenja, nego je izmjena učinjena preko noći. Na ovaj je način napravljen presedan koji će u budućnosti omogućiti svakome dovoljno upornom, snalažljivom i snažnom mijenjati po svojoj volji kalendar cijepjenja. O različitim se shemama procjepjivanja protiv hepatitisa B raspravljalo na kongresu Pedijatrijskog društva 1998. godine u Slavanskom Brodu kada je kao najbolja shema cijepjenja upravo iznesena i prihvaćena ona da se cijepi djeca u 6. razredu osnovne škole.⁹ Cijepjenje protiv hepatitisa B je u 6. razredu osnovne škole bila dobra odluka, kao što je dobra odluka i da se cijepi djeca odmah po porodu. Razlog za uvođenje cjepiva u 6. razredu osnovne škole bijaše izbjegavanje prevelike opterećenosti cijepljenjem djece odmah po porodu obzirom na HBV prevalenciju u Hrvatskoj. Ostavljena je mogućnost cijepjenja rizične djece rođene od HBsAg+ i aktivno traženje HBsAg+ osoba u obitelji u suradnji s odjelima za transfuziju, udrugama i slično. Promjenom kalendara cijepjenja sada se u pravilu cijepi djeca koja do adolescencije nisu u riziku od zaraze. Mislimo da se na ovaj način željelo opteretiti dijete s velikim brojem cjepiva u prvih nekoliko mjeseci života kao prvi korak u budućem pronalaženju rješenja. „Rješenje“ je primjena polivalentnih i skupih cjepiva. Posljedice su višestruke. Smatramo da je izbacivanjem OPV-a napravljena krupna pogreška jer OPV štiti cijepjenu osobu i od kolonizacije, što nije slučaj s IPV cjepivom. Važno je napomenuti da bi se moralo imati na umu da virus poliomijelitisa još uvijek kruži ne samo u našem okruženju, nego i drugdje u svijetu. Mi ne znamo što nas u budućnosti čeka. Prošli smo jedan rat u vrlo bliskoj prošlosti.

Literatura

1. McCracken GH. Impact of the pneumococcal vaccine on invasive disease at a large Children's Hospital. Grand Session. Presented at: Miami Children's Hospital 42nd Annual Pediatric Postgraduate Course: "Perspectives in Pediatrics". Miami, 2007:19-22.
2. Messina AF, Katz-Gaynor K, Barton T, Ahmad N, Ghaffar F, Rasko D, McCracken GH Jr. Impact of the pneumococcal conjugate vaccine on serotype distribution and antimicrobial resistance of invasive *Streptococcus pneumoniae* isolates in Dallas, TX, children from 1999 through 2005. *Pediatr Infect Dis J.* 2007 Jun;26(6):461-7.
3. Pelton SI, Huot H, Finkelstein JA, Bishop CJ, Hsu KK, Kellenberg J, Huang SS, Goldstein R, Hanage WP. Emergence of 19A as virulent and multidrug resistant *Pneumococcus* in Massachusetts following universal immunization of infants with pneumococcal conjugate vaccine. *Pediatr Infect Dis J.* 2007 Jun;26(6):468-72.
4. Wasley A, Fiore A, Bell BP. Hepatitis A in the era of vaccination. *Epidemiol Rev.* 2006;28:101-11. Epub 2006 Jun 14. Review.
5. Wasley A, Miller JT, Finelli L; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surveillance for acute viral hepatitis--United States, 2005. *MMWR Surveill Summ.* 2007 Mar 16;56(3):1-24.

6. Ninčević J, Smoljanović M, Petrić I, Smljanović A, Marić D, Ropac D. Hepatitis A virus više ne stanuje u Sinju, U Zbornik XI. znanstveno stručni skup: Voda i javna vodoopskrba, Bol na Braču 3.-6. listopada 2007. str. 93-103.
7. Mate Ljubičić, Željko Baklaić, Ira Gjenero Margan, Borislav Aleraj, Bernard Kaić, Aleksandar Šimunović. Efikasnost preventivno zdravstvene zaštite u hrvatskom braniteljskom ratu. HČJZ 2006;8(2):66-74.
8. Smoljanović M. Hidrične epidemije – osobna saznanja, U Zbornik XI. znanstveno stručni skup: Voda i javna vodoopskrba, Bol na Braču 3.-6. listopada 2007. str. 31-51.
9. Milas J. Hepatitis B kao javnozdravstveni problem i mogućnosti specifične zaštite. Paed Croat 1998;42(supl. 2);14-15.

Kontakt

Doc. dr. sc. Josip Milas, specijalista epidemiolog
Služba za epidemiologiju, Zavod za javno zdravstvo Osječko-baranjske županije
Franje Krežme 1, 31000 Osijek
Telefon: +385 31 225700
Telefax: +385 31 206870
e-mail: josip.milas@os.htnet.hr