

**MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Polityki Zdrowotnej**

Program polityki zdrowotnej

Nazwa programu:

**„PROGRAM ELIMINACJI NIEDOBORU JODU w POLSCE”
NA LATA 2006-2008”**

WARSZAWA, MARZEC 2006 rok.

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)

I. STRESZCZENIE

Niedobór jodu został uznany przez Światową Organizację Zdrowia jako jeden z czynników mający bezpośredni wpływ na stan zdrowotności i populacji. Głównym objawem niedoboru jodu jest powiększenie tarczycy czyli tzw. wole endemiczne pociągające za sobą zwiększoną chorobowość gruczołu tarczycowego. W zależności od stopnia niedoboru jodu brak tego pierwiastka powoduje szereg innych zaburzeń, z których do najważniejszych należą: nieodwracalne uszkodzenie mózgu u płodu i noworodków, opóźniony rozwój psychomotoryczny u dzieci, obniżenie funkcji reprodukcyjnych oraz wpływ na ogólny rozwój intelektualny społeczeństw. Główne grupy ryzyka to: kobiety w ciąży, noworodki oraz dzieci i młodzież w okresie dojrzewania. Narodowy Program Eliminacji Niedoboru Jodu finansowany był przez Ministerstwo Zdrowia w latach 1999-2003. Do najważniejszych uzyskanych efektów zaliczyć należy:

- zlikwidowanie endemii wola u dzieci w najmłodszych grupach wiekowych,
- zmianę dystrybucji poszczególnych typów raka tarczycy w kierunku przewagi procentowej mniej agresywnych postaci tego raka,
- poprawę w zakresie podaży jodu u ciężarnych.

Na Konferencji (Ministerstwo Zdrowia - 2002 rok) ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, Międzynarodowej Komisji ds. Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu (ICCIDD) UNICEF i Polskiej Komisji Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu (PKKZzNJ) wysoko oceniono skuteczność realizowanego modelu. Według WHO i ICCID w 2003 - Polska została zaliczona do grupy krajów europejskich (zaledwie ok. 30 % populacji Europy) z prawidłową podażą jodu na poziomie populacyjnym. Rekomendowano również kontynuację wymienionego Programu. Program Eliminacji Niedoboru Jodu uwzględni również Rezolucję 58 Światowego Zgromadzenia Zdrowia odbytego w maju 2005 r. w Genewie na temat intensyfikacji profilaktyki jodowej – zwłaszcza w ciąży.

W związku z zaprzestaniem finansowania Programu Eliminacji Niedoboru Jodu istnieją czynniki ryzyka, które grożą zaprzepaszczeniem osiągniętych wyników. Najpoważniejszym jednak zagrożeniem dla efektywności programu jest zbyt wysoka konsumpcja soli kuchennej. Ograniczenie spożycia głównego nośnika jodu grozi w następnych latach załamaniem systemu profilaktyki jodowej w Polsce i już zmusza do opracowania komplementarnych modeli profilaktyki jodowej. Przerwa w finansowaniu Programu Eliminacji Niedoboru Jodu w latach 2003-2005 spowodowała niebezpieczną lukę w systemie kontroli stanu endemii wola u dzieci szkolnych i u kobiet w ciąży, uniemożliwiła zbieranie danych dotyczących poziomu spożycia głównego nośnika jodu - soli kuchennej, kontroli jakości jodowania soli i zapadalności na raka tarczycy - zwłaszcza u kobiet.

Planowane środki finansowe na realizację Programu w 2006 roku - 500 000 zł., a w latach 2007-2008 - po 1 000 000 zł.

II. ZDEFINIOWANIE PROBLEMU

Opis problemu

W roku 1980 została przerwana w Polsce profilaktyka jodowa co spowodowało następujące konsekwencje zdrowotne na poziomie populacyjnym:

- wzrost częstości wola i przemijającej niedoczynności tarczycy u noworodków do 2,0 %,
- wzrost częstości wola u dzieci szkolnych - w niektórych obszarach do 51 %,
- wzrost częstości wola u dorosłych do 30, u kobiet w ciąży - do 80% oraz 3-5 krotny wzrost zapadalności na zróżnicowanego raka tarczycy u kobiet powyżej 40 roku życia.

Przyczyny istnienia problemu

Polska leży w obszarze niedoboru jodu. Brak profilaktyki jodowej prowadzi do ciężkich konsekwencji zdrowotnych

na poziomie populacyjnym:

- endemii wola,
- występowania niedoczynności tarczycy i nieodwracalnego uszkodzenia mózgu u noworodków w postaci kretynizmu endemicznego,
- obniżenia wskaźnika inteligencji u dzieci,
- wzrostu częstości raka tarczycy.

Profilaktyka jodowa wprowadzona w 1935 roku, a następnie po przerwie spowodowanej II Wojną Światową od roku 1947 zlikwidowała ciężkie następstwa niedoboru jodu, jednak nie doprowadziła do całkowitego zlikwidowania endemii wola. Przerwanie profilaktyki jodowej w roku 1980 spowodowało ponowne nasilenie skutków endemii pogłębione radiacyjnym naświetleniem tarczycy w wyniku awarii atomowej w Czarnobylu i grożące w niektórych obszarach kraju nawrotem najcięższych jej postaci.

Waga problemu dla społeczeństwa

Brak dotychczas danych szacujących bezpośrednio i pośrednio koszty chorobowości tarczycy spowodowanej niedoborem jodu, są one jednak wysokie ze względu na rozmiar zjawiska: około 10 milionów osób z powiększoną tarczycą, wśród ok. 150.000 kobiet w ciąży rocznie – 20 % ma powiększoną tarczycę i tylko ok. 40% jest zabezpieczone rekomendowaną dodatkową dawką profilaktyczną jodu, rocznie zapada na zróżnicowanego raka tarczycy ok. 600 osób, w tym ok. 70% kobiet powyżej 40 r. życia. Obliczenie kosztów bezpośrednich jest możliwe w oparciu o dane statystyczne Ministerstwa Zdrowia. Koszty pośrednie wymagają opracowania modelu – co stanie się jednym z zadań Programu Eliminacji Niedoboru Jodu. W stosunku do wysokich kosztów tych następstw, profilaktyka jodowa oparta w Polsce na obowiązkowym jodowaniu soli kuchennej została uznana przez ekspertów WHO za efektywną, tanią i bezpieczną.

Dotychczasowe próby rozwiązywania problemu

Od roku 1986 wobec pojawiających się przypadków wola noworodków na skutek interwencji Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego ponownie przywrócono jodowanie soli kuchennej (20mg KJ/Kg) w nieskutecznym jednak modelu nieobowiązkowego jodowania. W roku 1987 został uruchomiony program Ministerstwa Zdrowia, oceniający skutki awarii w Czarnobylu, który ujawnił wysoką częstość wola w populacji dorosłych (do 30%). W roku 1991 została powołana przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia Polska Komisja ds. Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu (PKKZNJ - z siedzibą w Klinice Endokrynologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie), która na wzór innych krajów Europy skupia czołowych endokrynologów w dziedzinie związanej z profilaktyką jodową. Komisja opracowała Program Celowy Ministra Zdrowia na temat epidemiologii wola u dzieci realizowany w latach 1992/93, który wykazał wysoką częstość wola do (50 %) wśród reprezentatywnej próbki dzieci szkolnych (losowanie szkół). Stosując kryteria WHO i ICCIDD stan niedoboru jodu w Polsce został oceniony jako średnio-ciężki dzięki wyeliminowaniu przez profilaktykę jodową ciężkich skutków niedoboru jodu, a tylko w pasie nadmorskim jako lekki. Badania ujawniły również w obszarze endemii Karpackiej i Sudeckiej możliwość przejścia w endemię ciężką. Na wniosek Polskiej Komisji Minister Zdrowia wydał w roku 1996 Zarządzenie o powszechnym jodowaniu soli kuchennej (20-40 mg KJ / 1 Kg), a Polska Komisja określiła pozostałe składowe polskiego modelu profilaktyki jodowej: dodatkowe jodowanie odżywek na poziomie 10 mg I / 100 ml mleka - dla noworodków nie karmionych piersią, oraz dodatkowe podanie każdej kobiecie w ciąży i w okresie karmienia piersią 100-150 mg I / dobę w postaci dostępnych na rynku farmaceutyk. Ministerstwo Zdrowia zatwierdziło Narodowy Program Eliminacji Niedoboru Jodu na najbliższy okres w latach 1999-2003 zakładając, że po końcowej analizie wyników zostaną określone następne zadania programu. W kolejnych latach badań kontrolnych: 1999, 2000, 2001 i 2002 wykazano wybitną poprawę we wszystkich badanych wskaźnikach: częstość wola u dzieci szkolnych zmniejszyła się o 30-80 % w odniesieniu do lat 92/93 (4), a w grupie najmłodszej 6-8 l. obniżyła się poniżej 5,0 %, a więc poniżej granicy endemii. Częstość tyreotropinemii noworodków (badania na ogólnopolskim rejestrze przesiewu) powyżej 15 mUI / ml spadła z 3,3 % do 0,4 %, częstość wola u kobiet ciężarnych (wybrane grupy kobiet z bieżącego materiału klinicznego w kilku ośrodkach) zmniejszyła się z 80% do 19 %, oraz została zahamowana dynamika wzrostu zapadalności na raka zróżnicowanego tarczycy u kobiet. (standaryzowany rejestr raka tarczycy w kilku ośrodkach). Uzyskane wyniki zostały wysoko ocenione przez Konferencję ekspertów ICCIDD, UNICEF i WHO, a polski model uznano za efektywny i bezpieczny – nie stwierdzono bowiem populacyjnego zagrożenia indukowaną jodem nadczynnością tarczycy ani zagrożenia zwiększoną alergizacją związaną ze zwiększonym spożyciem jodu. Na podstawie oceny przeprowadzonej przez WHO i ICCIDD Polska została przesunięta do grupy krajów europejskich z prawidłową podażą jodu na poziomie populacyjnym.

Trudności w uzyskiwaniu świadczeń

Podstawowym problemem w realizacji Programu Eliminacji Niedoboru Jodu jest brak ciągłości w systemie finansowania Programu. Przerwanie finansowania w latach 2003-2005 stworzyło realne zagrożenie obniżenia efektywności profilaktyki jodowej i zaprzepaszczenia osiągniętych rezultatów. Uniemożliwiło ciągłość oceny aktualnej sytuacji endemii wola w Polsce i wstrzymało działania zmierzające do wprowadzenia dodatkowych źródeł jodu na poziomie populacyjnym

III. UZASADNIENIE

Realizowany w minionych latach Narodowy Program Eliminacji Niedoboru Jodu przyniósł Polsce wielki sukces i stał się wzorem dla innych krajów.

Program Eliminacji Niedoboru Jodu jest jednym z prewencyjnych programów zdrowotnych finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Program ten ma charakter wdrożeniowy w odniesieniu do wniosków płynących z badań

epidemiologicznych, odpowiada strategicznym celom określonym w dokumencie " Narodowa Ochrona Zdrowia" w części dotyczącej Polityki Zdrowotnej Państwa i spełnia postulat : „ograniczenie chorób związanych z żywnością i żywieniem”. Poza tym realizacja Programu wypełnia zobowiązania Polski podpisane w roku 1990 na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w Nowym Jorku i w 2005 r. w Genewie.

Zdefiniowanie charakteru społecznego Programu

Kontynuacja Programu Eliminacji Niedoboru Jodu ma istotne znaczenie dla zdrowotności populacji polskiej. Rozpoczęty proces cofania się wola endemicznego w najmłodszych grupach wieku i wybitna poprawa w poziomie podaży jodu w ciąży daje szansę w ciągu następnych kilkunastu lat rozwiązania tego problemu na poziomie populacyjnym. Mimo osiągniętych wyników należy podkreślić, że problem niedoboru jodu nie został jeszcze rozwiązany z przyczyn następujących:

1. Nadmierne spożycie soli kuchennej w Polsce powinno zostać ograniczone, co pociągnie za sobą znaczną redukcję podaży jodu na poziomie populacyjnym.
2. Nadal występuje wola w wyższych grupach wiekowych dzieci.
3. Nadal ok. 60 % kobiet w ciąży nie otrzymuje dodatkowej rekomendowanej dawki dziennej jodu (150 mg I), a częstość wola w tej grupie nadal wynosi 19 %. Wyjaśnienia wymaga związek przyczynowy między wcześniactwem a niedoborem jodu.
4. Dynamika zapadalności na zróżnicowanego raka tarczycy u kobiet w większości obszarów badanych uległa zahamowaniu ale jego częstość nadal jest 3-4 krotnie większa niż w roku 1990.
5. Wśród dorosłych zwiększyła się w ciągu ostatnich 10 lat ilość wola guzkowego .
6. Jakość jodowania soli można ocenić jako dobrą, ale nadal ok. 20 % próbek nie osiąga dolnej granicy 20 mg I / kg soli.

Najpoważniejszym jednak zagrożeniem Programu jest nadmierne spożycie soli kuchennej w Polsce. Na podstawie analizy przeprowadzonej przez Instytut Żywności i Żywienia średnie dzienne spożycie chlorku sodu wynosi 10,7 g w tym aż ok. 6 g stanowi sól kuchenna wobec rekomendowanego spożycia przez WHO na poziomie o ok.50% niższym.

Efektywność ekonomiczna i nowatorstwo rozwiązań

Jednym z zadań Programu w latach 2006-2008 jest opracowanie modelu ekonomicznego obliczania kosztów i korzyści Programu. Proponowane rozwiązania w postaci zwiększenia stężenia jodu w mleku i mięsie zwierząt hodowlanych poprzez zwiększenie stężenia jodu w paszach ma charakter nowatorski.

Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń , istniejących środków i współpracy.

Zespoły realizatorów Narodowego Programu Eliminacji Niedoboru Jodu mają charakter wielośrodkowy, działają na bazie Akademii Medycznych i Instytutów Resortowych, dysponują doświadczoną kadrą, zapleczem laboratoryjnymi i olbrzymim doświadczeniem w skali międzynarodowej. Przewodniczący PKKZNI – Prof. Z. Szybiński jest ekspertem ICCIDD i reprezentuje Polskę w Europejskim Zespole Koordynacyjnym (Przewodniczący –Prof. A.Pinchera –Uniwersytet w Pizie). Na zasadzie porozumienia pomiędzy PKKZNI a ICCIDD Polska ma bezpłatny dostęp do ambulansu epidemiologicznego firmy Merck-Darmstadt (Niemcy) – Thyromobil służący badaniem epidemiologicznym dzieci szkolnych. W Zakładzie Diagnostyki Biochemicznej CMUJ w Krakowie działa pracownia referencyjna działająca w europejskim systemie kontroli jakości oznaczeń jodu w moczu .

Możliwości ponownego wykorzystania programu

Stworzona przez ostatnie 10 lat baza daje możliwość ciągłej kontynuacji Programu Eliminacji Niedoboru Jodu. Ma to podstawowe znaczenie ze względu na konieczność ciągłego kontynuowania profilaktyki jodowej i wprowadzania niezbędnych modyfikacji. Ze względu na trwały charakter samego zjawiska niedoboru jodu program ten nie może być przerywany i wymaga ciągłej kontroli i ewaluacji.

Rozpoczęcie finansowania Programu Eliminacji Niedoboru Jodu w roku 2006 po dwuletniej przerwie jego kontynuacji jest uzasadnione z następujących przyczyn:

1. Zgodnie z wcześniej ustalonym harmonogramem w IV kwartale 2005 r, został Polsce udostępniony przez firmę Merck-Darmstadt (Niemcy) ambulans epidemiologiczny „Thyromobil„ co umożliwiło przeprowadzenie w październiku 2005 badań częstości wola i poziomu jodurii u dzieci szkolnych i w wybranej grupie dorosłych.
2. Program badań u noworodków stężenia w krwi TSH był kontynuowany i dane dotyczące niedoboru jodu (> 5 mIU/ml) w latach 2003-2005 będą mogły być opracowane w ramach przyznanych w roku 2006 środków.

1. Mimo wstrzymania finansowania programu niektóre ośrodki gromadziły w ograniczonym zakresie dane w następujących zadaniach :

- ⇒ niedobór jodu w ciąży
- ⇒ zapadalność na raka tarczycy
- ⇒ kontrola jakości jodowania soli

Przyznane środki w roku 2006 umożliwią uzupełnienie rejestrów danych co pozwoli na utrzymanie ciągłości systemu kontroli.

2. Przyznane środki pozwolą na przygotowanie organizacyjno-metodyczne zadań przewidzianych w latach 2006-2008:

- ⇒ analiza spożycia soli kuchennej
- ⇒ badania niedoboru jodu w ciąży
- ⇒ opracowanie metodyki i systemu kontroli laboratoryjnej stężenia jodu w mleku.

⇒ opracowanie modelu ekonomiki profilaktyki jodowej.

V. OPIS PROGRAMU

CELE OGÓLNE I ZADANIA SZCZEGÓLNE

Głównym zadaniem programu jest ocena efektywności zastosowanego w Polsce modelu profilaktyki jodowej, a także ocena występowania ewentualnych skutków ubocznych z zwiększenia podaży jodu w diecie na poziomie populacyjnym.

Podstawowymi elementami Programu będą:

- ⇒ analiza poziomu tyreotropiny (TSH) u noworodków,
- ⇒ ocena profilaktyki jodowej u kobiet w ciąży, ocena częstości wola i poziomu jodurii u kobiet w ciąży,
- ⇒ szkolenia i populacyjne akcje promocyjne w zakresie profilaktyki jodowej,
- ⇒ kontrola stanu endemii u dzieci szkolnych oraz w populacji dorosłych,
- ⇒ ocena jakości jodowania soli kuchennej,
- ⇒ ocena indukowanej jodem nadczynności tarczycy i zapadalności na zróżnicowanego raka tarczycy oraz analiza efektywności polskiego modelu profilaktyki jodowej.

1. PROFILAKTYKA JODOWA W CIĄŻY

1.1. Analiza stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) w krwi noworodków.

Oznaczenie TSH w krwi noworodka w zakresie wartości 5-15 uIU/ml w okresie 2-5 dni po urodzeniu jest uznanym wskaźnikiem stanu zaopatrzenia w jod matki i płodu w czasie ciąży.

Sposób realizacji.

Analiza będzie wykonana w oparciu o wykonane oznaczenia TSH w latach 2003-2005 w trakcie badań przesiewowych noworodków w kierunku wrodzonej niedoczynności tarczycy. Rocznie wykonuje się 300.000-400.000 badań obejmując ponad 90% ciąż. Opracowanie tej bazy danych wymaga osobnego oprogramowania i opracowania statystycznego. Ciągła analiza tego wskaźnika jest obok badań dzieci najczulszym instrumentem oceny efektywności modelu profilaktyki jodowej w Polsce.

1.2. Analiza częstości dodatkowej profilaktyki jodowej w ciąży

Przeprowadzona analiza w poprzednich latach wskazuje na stopniowe obniżanie się liczby kobiet w ciąży objętych profilaktyką jodową i aktualnie jest to wartość zaledwie około 40%. Problem ten dotyczy wszystkich krajów Europy i stał się strategicznym kierunkiem rekomendacji ICCIDD i WHO.

Sposób realizacji.

Stężenie hormonu TSH w krwi noworodków będzie oznaczane między 2 a 5-tym dniem po urodzeniu zestawem „Neonatal TSH LIA-MAT, Byk Sangtec, Germany”. Ocena profilaktyki jodowej w ciąży zostanie przeprowadzona na podstawie danych ankietowych zebranych w latach 2003-2005 u kobiet u których dzieci wykonano oznaczenie TSH w trakcie przesiewu neonatologicznego.

1.3. Ocena częstości wola i stężenia jodu w moczu kobiet w ciąży.

Dla pełnej oceny efektywności profilaktyki jodowej w ciąży zostanie podjęta wzorem poprzednich lat akcja badania kobiet w ciąży.

Sposób realizacji.

Ocena zostanie wykonana u kobiet badanych w I i III trymestrze ciąży w latach 2003-2005. Badania polegają na ankietyzacji w kierunku diety zawierającej nośniki jodu, stylu życia, używek, przebiegu poprzednich ciąż, stosowania dodatkowej profilaktyki jodowej, oraz pomiarze objętości tarczycy metodą USG i pomiarze stężenia jodu w moczu.

1.4. Organizacja szkolenia podyplomowego w zakresie profilaktyki jodowej w ciąży

Zadanie będzie polegało na opracowaniu odpowiednich materiałów dla prasy, radia i telewizji oraz przygotowaniu 15-20 min. programów informacyjno- popularyzatorskich dotyczących Programu Eliminacji Niedoboru Jodu, a szczególnie profilaktyki jodowej w ciąży.

W szkoleniu podyplomowym dla lekarzy pierwszego kontaktu, położników i endokrynologów zostanie wprowadzony temat : „Wole endemiczne, niedobór jodu w ciąży, profilaktyka jodowa.”

Zadanie będzie wykonywane poprzez współdziałanie nadzoru krajowego w ginekologii i położnictwie oraz w endokrynologii i będzie polegało na następujących działaniach:

- opracowanie rekomendacji dla lekarzy ginekologów i położników w trakcie wykonywania kontroli w nadzorze przebiegu ciąży,
- organizacji regionalnych konferencji naukowo-dydaktycznych w ramach szkolenia podyplomowego lekarzy ginekologów i położników, endokrynologów i lekarzy rodzinnych – poświęconych zagadnieniu niedoboru jodu w ciąży i jego konsekwencjom.
- przewiduje się również wprowadzenie tego tematu w programy nauczania na Wydziałach Lekarskich.

2. OCENA EFEKTYWNOŚCI PROFILAKTYKI JODOWEJ

2.1. Określenie częstości występowania wola i jodurii u dzieci szkolnych - akcja „Thyromobil”

Celem badań jest ocena częstości wola i jodurii u dzieci szkolnych w grupach wieku 6-8, 9-12 lat. Badania w latach 2000-2003 wykazały cofnięcie się częstości wola poniżej poziomu endemii- 5 % w grupie wieku 6-8 lat. Określenie częstości wola w wyższych grupach wieku obejmujących okres pokwitania ma podstawowe znaczenie dla oceny efektywności modelu profilaktyki jodowej.

Sposób realizacji. Badanie dzieci jest wykonywane przy pomocy ambulansu „ Thyromobil” wypożyczanemu z firmy Merck-Darmstadt-Niemcy (obsada „Thyromobil’u własna) na zasadzie porozumienia pomiędzy Polską i Międzynarodową Komisją ds. Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu. W roku 2005 przebadano 1373 dzieci szkolnych i 538 dorosłych. Wyniki zostaną opracowane w roku 2006.

2.2. Częstość wola i joduria u dorosłych – powyżej 25 r. życia .

Wobec stwierdzonego w poprzednich badaniach narastania częstości wola guzkowego u dorosłych które jest czynnikiem ryzyka raka tarczycy, ocena dynamiki tego zjawiska jest istotna dla określenia zarówno efektywności profilaktyki jodowej (częstość wola mięsaszowego i joduria) jak i stopnia zagrożenia rakiem tarczycy w następnych latach.

Sposób realizacji. Badania zostały przeprowadzone w grupie 538 osób dorosłych powyżej 25 r. życia wybranych z spośród zakładów pracy w ramach akcji „Thyromobil”. Wyniki zostaną opracowane w roku 2006.

3. OCENA ZAPADALNOŚCI NA ZRÓŻNICOWANEGO RAKA TARCZYCY

W wyniku zaprzestania profilaktyki jodowej w roku 1980 i ekspozycji populacji na promieniowanie jonizujące w wyniku awarii nuklearnej w Czernobylu począwszy od pierwszej połowy lat 90-tych obserwujemy dynamiczny wzrost zapadalności na zróżnicowanego raka tarczycy głównie u kobiet po 40 r. życia. Proces ten uległ w latach 2002-2004 wyraźnemu zahamowaniu w związku z profilaktyką jodową jak również dał się zauważyć wybitny spadek częstości bardziej złośliwej formy pęcherzykowej raka. Jednakże nadal częstość tego nowotworu jest 3-4- krotnie wyższa niż w latach 80-tych. Proces ten powinien być nadal monitorowany – jak w latach poprzednich, tym bardziej że obserwujemy wzrost częstości wola guzkowego przy nie w pełni skutecznej profilaktyce jodowej w czasie ciąży u kobiet.

Sposób realizacji.

Badanie histopatologiczne raka tarczycy po zabiegu operacyjnym oparte jest na klasyfikacji ICD-10. Rejestr raka tarczycy zawiera wynik badania histopatologicznego i obliczony współczynnik zapadalności (N/100.000 mieszkańców/rok) w dokładnie określonym administracyjnie obszarze. Planuje się kontynuację rejestru w trzech obszarach o najdłużej prowadzonym rejestrze : w Krakowie (Klinika Endokrynologii- Szpital Uniwersytecki, CMUJ) -woj. małopolskie, w Gliwicach(Instytut Onkologii) - woj. śląskie, w Olsztynie (Centrum Diabetologii i Chorób Metabolicznych Szpitala woj. w Olsztynie) woj. Warmińsko-mazurskie, w Poznaniu (Klinika Endokrynologii AM)woj. Wielkopolskie, W szczecinie (Klinika Endokrynologii AM) woj. Pomorskie. Zadanie będzie polegało na uzupełnieniu rejestrów z lat 2003-2005 i kontynuacji w latach 2006-2008. W ramach uzyskanych środków możliwe będzie poszerzenie rejestru we Wrocławiu, Białymstoku, Lublinie, Rzeszowie i w Łodzi.

4. OCENA CZĘSTOŚCI INDUKOWANEJ JODEM NADCZYNNOSCI TARCZYCY

Prowadzony w latach 2000-2002 w ramach Narodowego Programu Eliminacji Niedoboru Jodu rejestr oceniający częstość indukowanej jodem nadczynności tarczycy wskazał, iż wprowadzenie profilaktyki jodowej w Polsce mogło wywołać wzrost zapadalności na nadczynność tarczycy zwłaszcza na obszarach charakteryzujących się wcześniej względnie głębszym niedoborem jodu (Olsztyn, Zgierz). Dla potwierdzenia tego przypuszczenia niezbędna jest kontynuacja rejestru na identycznie zdefiniowanych obszarach administracyjnych. Badania takie pozwolą na ocenę dynamiki zapadalności na nadczynność tarczycy indukowaną jodem w szerszym horyzoncie czasowym, co pośrednio pozwoli na wnioskowanie dotyczące związku obserwowanych zachorowań na nadczynność tarczycy ze zmianą podaży jodu na poziomie populacyjnym.

Ze względu na fakt, iż realizacja tego zadania polega na prowadzeniu rejestru, nie można dokładnie przewidzieć liczby pacjentów objętych badaniami (zgłoszonych do rejestru). W ramach prowadzonej oceny konieczne będzie wykonanie oznaczeń stężeń hormonów tarczycy FT3 i FT4 i TSH, oznaczenie jodurii, miana przeciwciał, wykonanie USG tarczycy, a u pacjentów z guzkami badania scyntygraficznego tarczycy.

5. KONTROLA JAKOŚCI JODOWANIA SOLI KUCHENNEJ I JEJ POZIOMU SPOŻYCIA.

5.1. Ciągła kontrola stężenia jodu w soli kuchennej i odżywek niemowląt - i zgodności z normą : 20-40 mg KJ/ 1 kg soli (Metoda Sandella-Kolthoffa) na poziomie producenta i konsumenta. Kontrola jakości i oznakowania opakowań. Dotychczasowe wyniki wskazują iż około 80% pobranych próbek spełniało kryteria jakości.

Sposób realizacji.

Wyrwykowe kontrole próbek soli kuchennej jodowanej u producenta i pobrane w sieci handlowej. Zakłada się przeprowadzenie w roku 2006 - 400 analiz .

5.2. *Analiza spożycia soli kuchennej.*

Dotychczasowe wyniki wskazują na znaczne przekroczenie w populacji polskiej rekomendowanych przez WHO norm spożycia (10,6 g/dz/osobę soli kuchennej wobec rekomendowanej ilości 5 g/dz/osobę). Rozpoczyna się kampania promocji prewencji nadciśnienia i miażdżycy, która powinna doprowadzić do znaczącej redukcji spożycia soli kuchennej w Polsce. Spowoduje to zmniejszenie spożycia jodu i poziom

tego zjawiska powinien być monitorowany.

Sposób realizacji.

Ocena będzie przeprowadzona na pilotowej próbie populacyjnej (200-300 osób powyżej 25 r. życia) i będzie polegała na wywiadzie żywieniowym ze szczególnym uwzględnieniem nośników jodu (sól kuchenna, ryby morskie, mleko, jaja, owoce i warzywa), popartym oznaczeniem stężenia chlorku sodu w moczu.

6. OPRACOWANIE MODELU EKONOMIKI PROFILAKTYKI JODOWEJ W POLSCE

Zadanie polega na stworzeniu modelu obliczania kosztów bezpośrednich skutków niedoboru jodu (leczenie wola, zaburzeń funkcji tarczycy, raka tarczycy), kosztów pośrednich (społecznych) i kosztów profilaktyki jodowej oraz oszacowanie efektywności ekonomicznej profilaktyki.

VI. KONTYNUACJA DZIAŁAŃ PODJĘTYCH W PROGRAMIE

Program Eliminacji Niedoboru Jodu powinien mieć charakter kontrolowanych działań wieloletnich obejmujących całe generacje, co wynika z charakteru niedoboru jodu jako stałego czynnika geochemicznego. Podstawą efektywności tego programu jest jego konsekwentna realizacja uwzględniająca szereg czynników ryzyka występujących w różnym nasileniu w różnych okresach czasu. Sam rozwój medycyny stwarza nowe problemy czego najlepszym dowodem jest aktualna ocena stanu niedoboru jodu w ciąży, który występuje nawet w krajach (np. Wielka Brytania), które przed wielu laty rozwiązały problem niedoboru jodu na poziomie populacyjnym. Program Eliminacji Niedoboru Jodu powinien być realizowany w sposób ciągły, a po każdym okresie finansowania, analiza wskaźników efektywności opartych o międzynarodowe standardy, powinna dawać podstawę do opracowania następnych programów działania.

Kontynuacja Programu Eliminacji Niedoboru Jodu jest podstawowym warunkiem osiągnięcia dalszych efektów, gdyż ten typ profilaktyki wymaga ciągłego monitoringu i nie może być traktowany jako jednorazowa akcja. Brak właściwego monitoringu może doprowadzić do zaprzepaszczenia korzystnych następstw obligatoryjnego modelu profilaktyki jodowej, nie pozwoli na optymalizację profilaktyki oraz dostosowania jej parametrów do zmieniających się warunków środowiska.