KOMENTARZ DO PRACY ORYGINALNEJ

Czynniki społeczne: moda czy ważny kierunek badań?

dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski

Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Już pod koniec XVIII wieku niemiecki lekarz Johann Peter Frank wskazywał na znaczenie czynników społecznych dla zdrowia populacji (Frank, 1779). W XIX i XX wieku wraz z postępem nauk medycznych stale zwiększało się rozumienie roli czynników socjoekonomicznych w promocji i utrzymaniu zdrowia. Determinują one styl życia i zachowania prozdrowotne, a w konsekwencji częstość występowania czynników ryzyka. W ostatnich 20 latach, w dobie medycyny opartej na faktach wykazano nieoczekiwanie duży wpływ czynników socjoekonomicznych w porównaniu z efektami współczesnej medycyny naprawczej. Marmot [1], jeden z twórców tej dziedziny badań, jako przykład podaje fakt, że w odległości niespełna półgodzinnej jazdy rowerem od jego miejsca zamieszkania w okolicach Londynu znajdują się grupy osób z różnicami w przewidywanej długości życia 10 lat lub więcej!

Do analizy statusu społecznego stosuje się najczęściej takie parametry, jak: poziom wykształcenia, przynależność do klasy społecznej, wysokość dochodu czy rodzaj wykonywanej pracy. Wyniki współczesnych badań wskazują, że gorsze miejsce jednostki zajmowane w hierarchii społecznej powoduje większe ryzyko zachorowania, w tym na choroby serca i naczyń.

W aktualnych dokumentach zdrowotnych Unii Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) obszar społecznych determinant zdrowia stał się jednym z priorytetów. Najważniejszą komisją powołaną w ubiegłej dekadzie przez WHO była *Commision on Social Determinants of Health* (SDH), której przewodniczył prof. Sir Michael Marmot. Raport tej Komisji [2], opublikowany w 2008 r., stanowił rok temu punkt wyjścia dla pierwszej światowej konferencji na temat SDH z udziałem uczestników z 125 krajów.

Dlatego ważne jest promowanie badań dotyczących związku czynników społecznych z chorobami układu sercowo-naczyniowego również w naszym kraju. Bardzo dobrze się stało, że Redakcja „Kardiologii Polskiej" publikuje oryginalną pracę [3] opisującą te czynniki w relacji do występowania zespołu metabolicznego (ZM). Istotnym argumentem jest tu też fakt, że Polska na tle innych krajów dysponuje bardzo dobrym materiałem badawczym (projekty NATPOL, WOBASZ, PolSenior) oraz że podjęty przez Autorów temat nie był dotąd opisany w piśmiennictwie krajowym.

Zespół metaboliczny to współwystępowanie otyłości brzusznej, podwyższonego ciśnienia tętniczego oraz zaburzeń gospodarki węglowodanowej i lipidowej. Mimo utrzymujących się różnic poglądów co do istoty i mechanizmów ZM problem jest bardzo ważny. Mottillo i wsp. [4] (podsumowanie 87 badań u 951 083 pacjentów) wykazali, że ZM wiąże się z 2-krotnym wzrostem liczby powikłań sercowo-naczyniowych i 1,5-krotnym zwiększeniem umieralności ogólnej. Dlatego potrzebne są dalsze badania, by odpowiedzieć, czy znaczenie prognostyczne zespołu czynników jest większe niż suma ich indywidualnych efektów.

Istotną trudność w badaniach nad epidemiologią ZM stanowią różne definicje zespołu. Najczęściej używane są kryteria ekspertów amerykańskich (*ATP III* z 2001 r. i AHA/NHLBI z 2005 r.) oraz *International Diabetes Association* (IDF) z 2005 r. [5]. W definicji amerykańskiej konieczna do rozpoznania ZM jest obecność 3 z 5 kryteriów, zaś w IDF — otyłość brzuszna (≥ 94 cm dla mężczyzn i ≥ 80 cm dla kobiet) oraz co najmniej 2 z pozostałych czynników. Dobrze się stało, że Autorzy omawianej pracy przeprowadzili swoje analizy zarówno dla definicji ATP III, jak i IDF. Warto podkreślić, że niedawno opublikowano wspólne zalecenia głównych grup ekspertów z próbą harmonizacji definicji ZM, co niewątpliwie ułatwi interpretację i porównywanie wyników.

W większości prac wykazano, że u osób z niskim poziomem wykształcenia i statusem socjoekonomicznym ZM występuje częściej, jednak siła tych relacji u kobiet i mężczyzn jest różna. W badanej reprezentatywnej próbie dorosłych mieszkańców Polski w wieku 20–74 lat wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia u kobiet obserwowano redukcję częstości występowania ZM, a u mężczyzn niższe stężenie cholesterolu frakcji HDL i ciśnienia tętniczego.

Warto podkreślić, że w polskim badaniu nie stwierdzono związku między poziomem dochodu a występowaniem ZM. W badaniach zagranicznych (np. u kobiet w USA i Francji) w grupie z niskim dochodem prawdopodobieństwo ZM było istotnie wyższe niż w grupie o wysokim dochodzie, natomiast u mężczyzn tego nie stwierdzono.

Podsumowując, nie ulega wątpliwości, że zarówno w celach poznawczych, jak i dla dobrego planowania działań profilaktycznych niezbędny jest w Polsce dalszy intensywny rozwój badań nad czynnikami społecznymi w chorobach serca i naczyń.

Konflikt interesów: *nie zgłoszono*

Piśmiennictwo

1. Marmot MG, Davey Smith G, Stansfeld SA et al. Health inequalities among British Civil Servants: the Whitehall II study. Lancet, 1991; 337: 1387–1393.
2. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization (NLM classification: WA 525).
3. Sygnowska E, Piwońska A, Waśkiewicz A, Broda G. Socioeconomic factors and the risk of metabolic syndrome in the adult Polish population: the WOBASZ study. Kardiol Pol, 2012; 70: 718–727.
4. Mottillo S, Filion KB, Genest J et al. The metabolic syndrome and cardiovascular risk a systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol, 2010; 56: 1113–1132.
5. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome. A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. Circulation, 2009; 120: 1640–1645.