

Zaburzenia lipidowe a społeczne determinanty zdrowia w populacji polskiej

Tomasz Zdrojewski

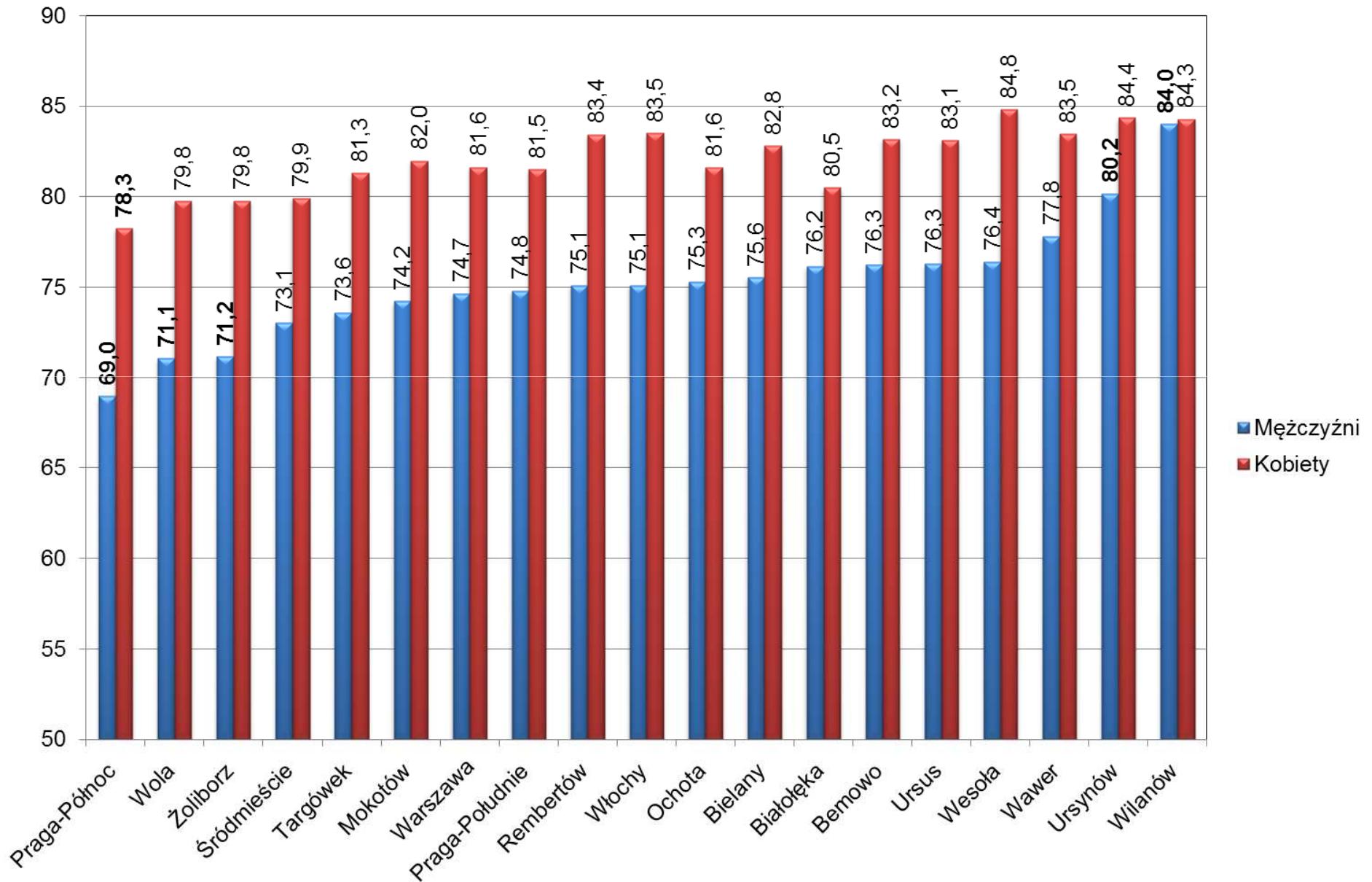


Gdański Uniwersytet Medyczny
PZH - Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

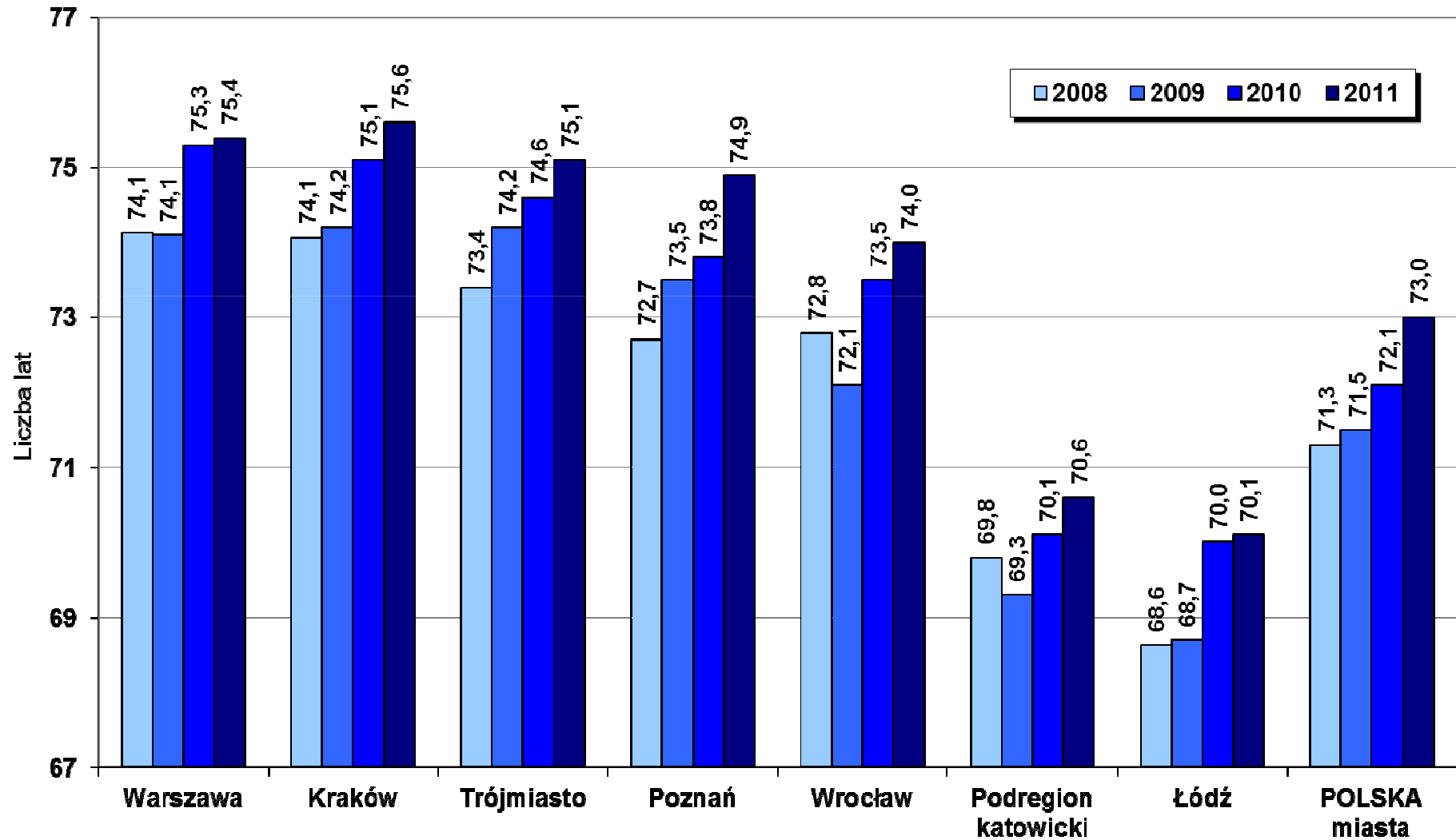


Brak konfliktu interesu

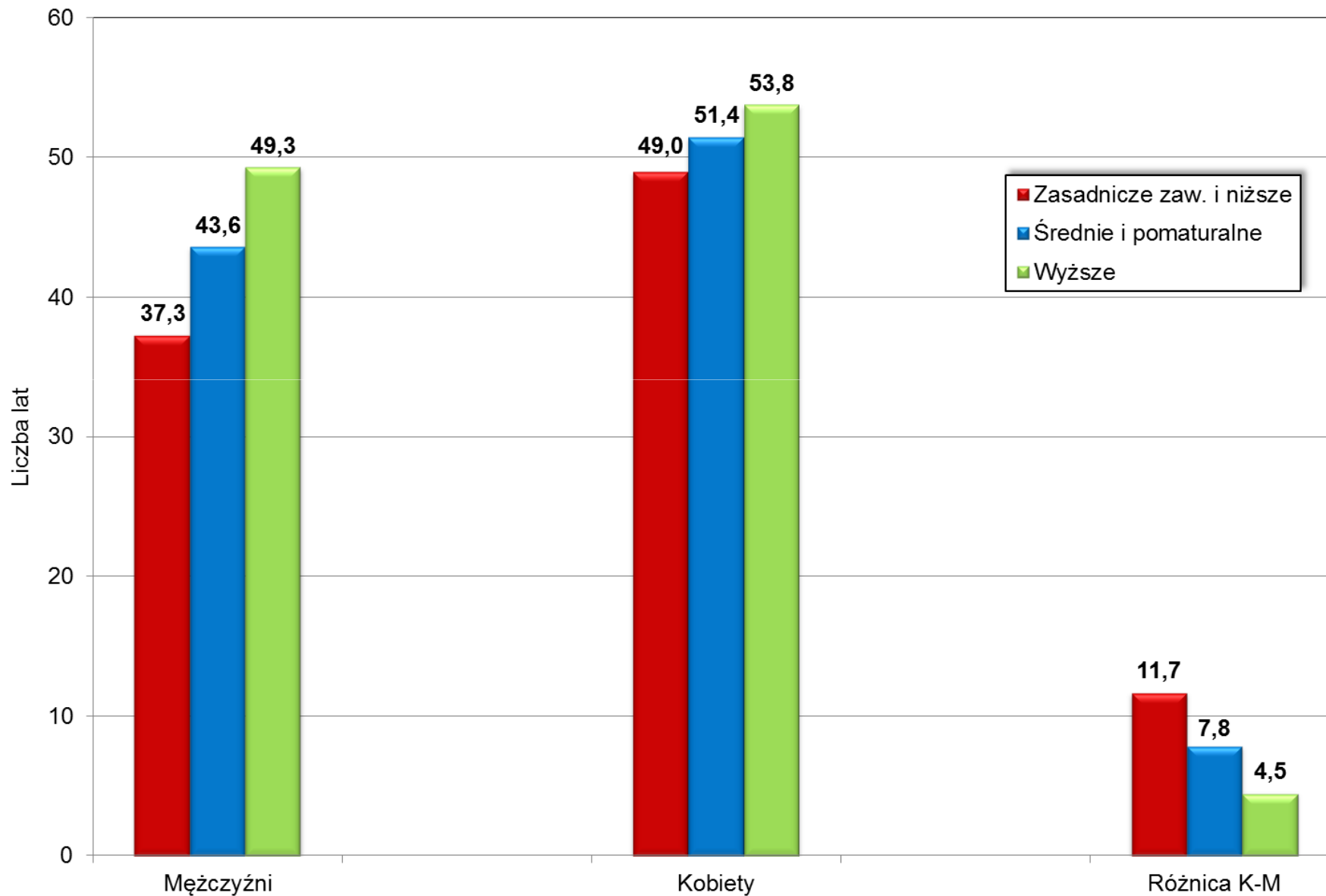
Średnia długość życia (liczba lat) mieszkańców dzielnic Warszawy w latach 2008-2010 (za zgodą Wojtyniak B. i wsp. PZH-NIZP)



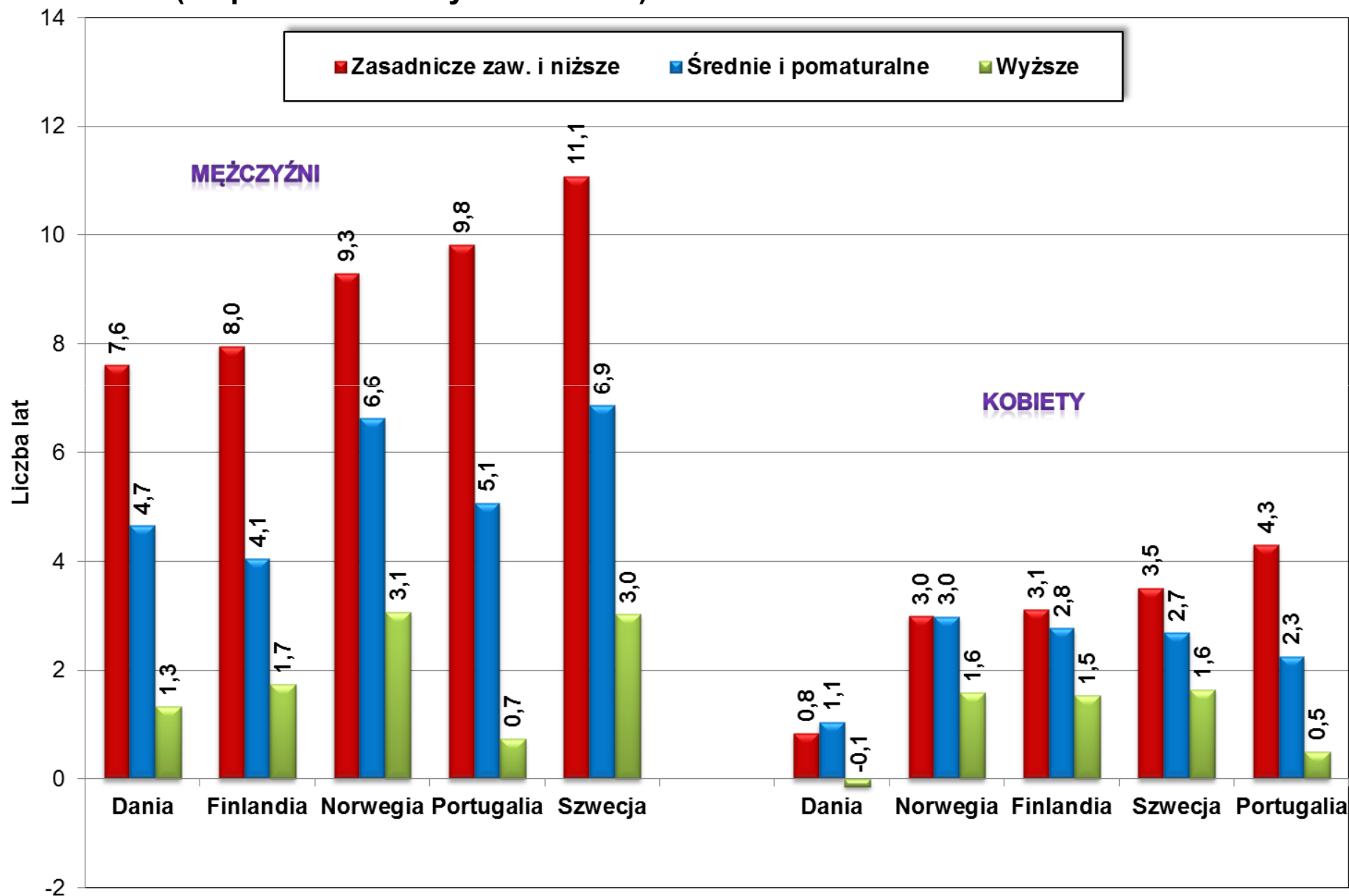
Przeciętna długość życia mężczyzn w największych miastach w Polsce, 2008-2011



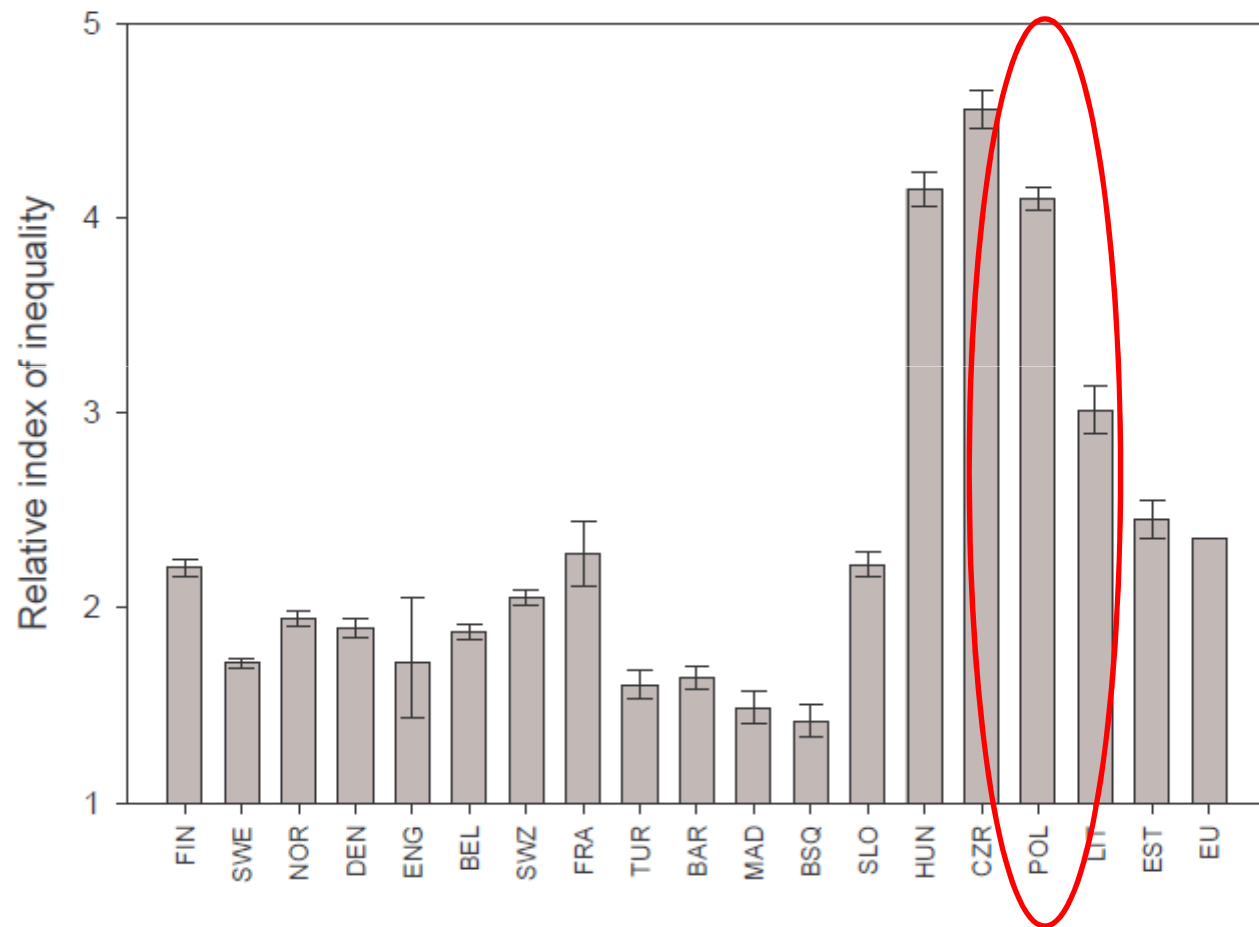
Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat w zależności od poziomu wykształcenia w Polsce w 2010 r. (dane Eurostat)



Różnica przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat w Polsce i w innych krajach europejskich w zależności od poziomu wykształcenia w 2010 r. (na podstawie danych Eurostat)

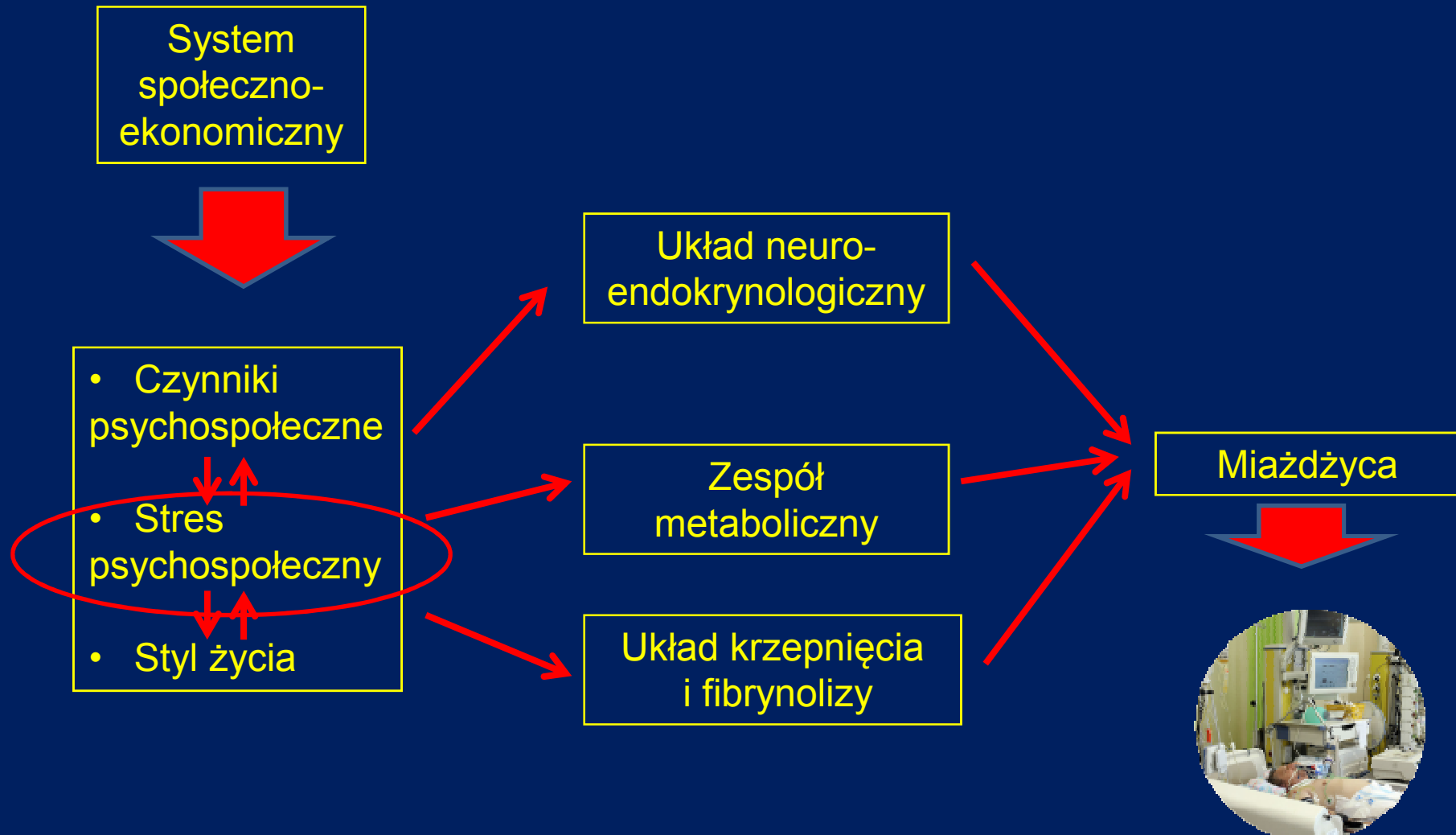


Relative inequalities in total male mortality by level of education (18 countries)

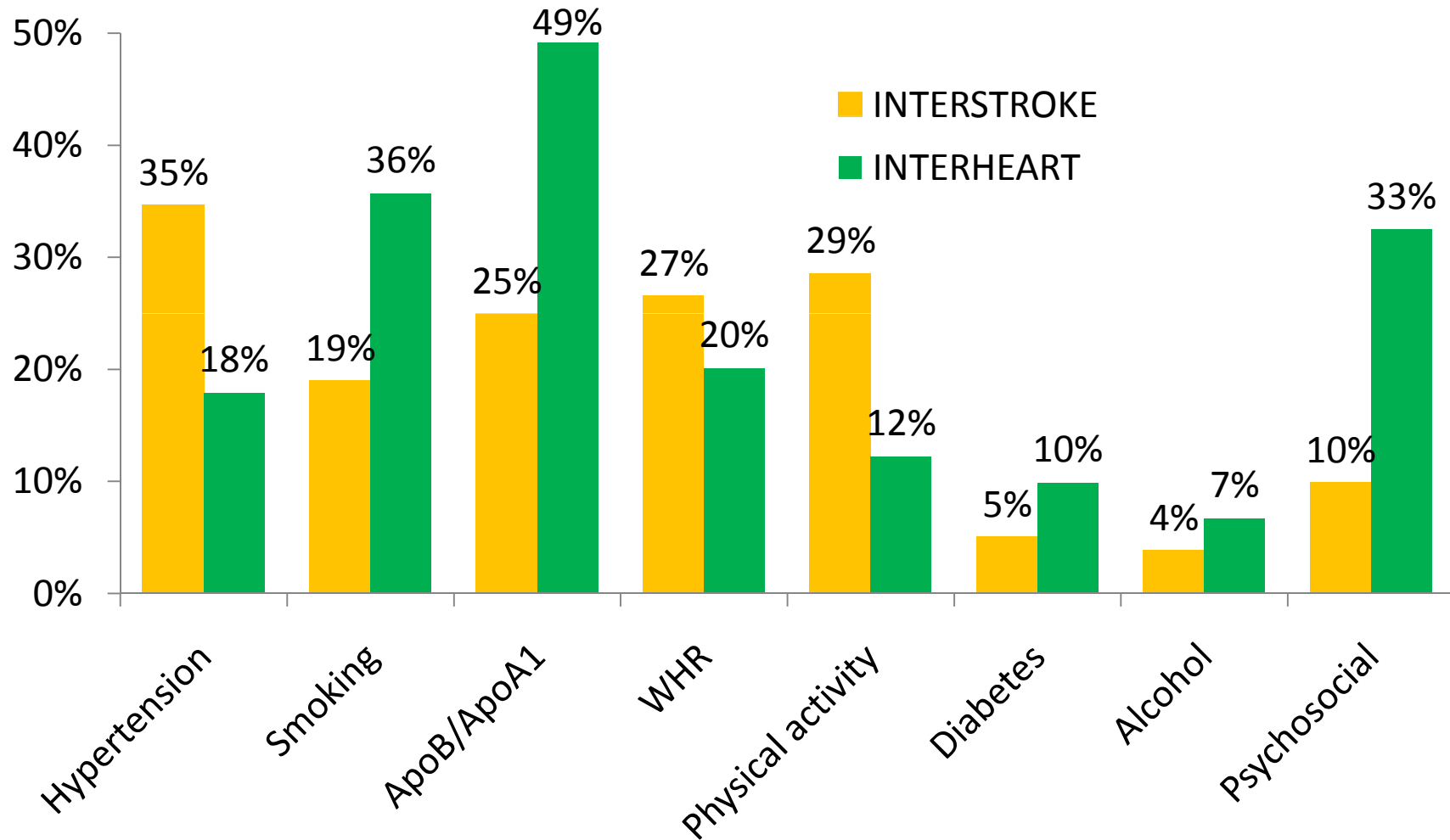


Source: J. Mackenbach et al. (2008), Final Eurothine Report, Rotterdam.

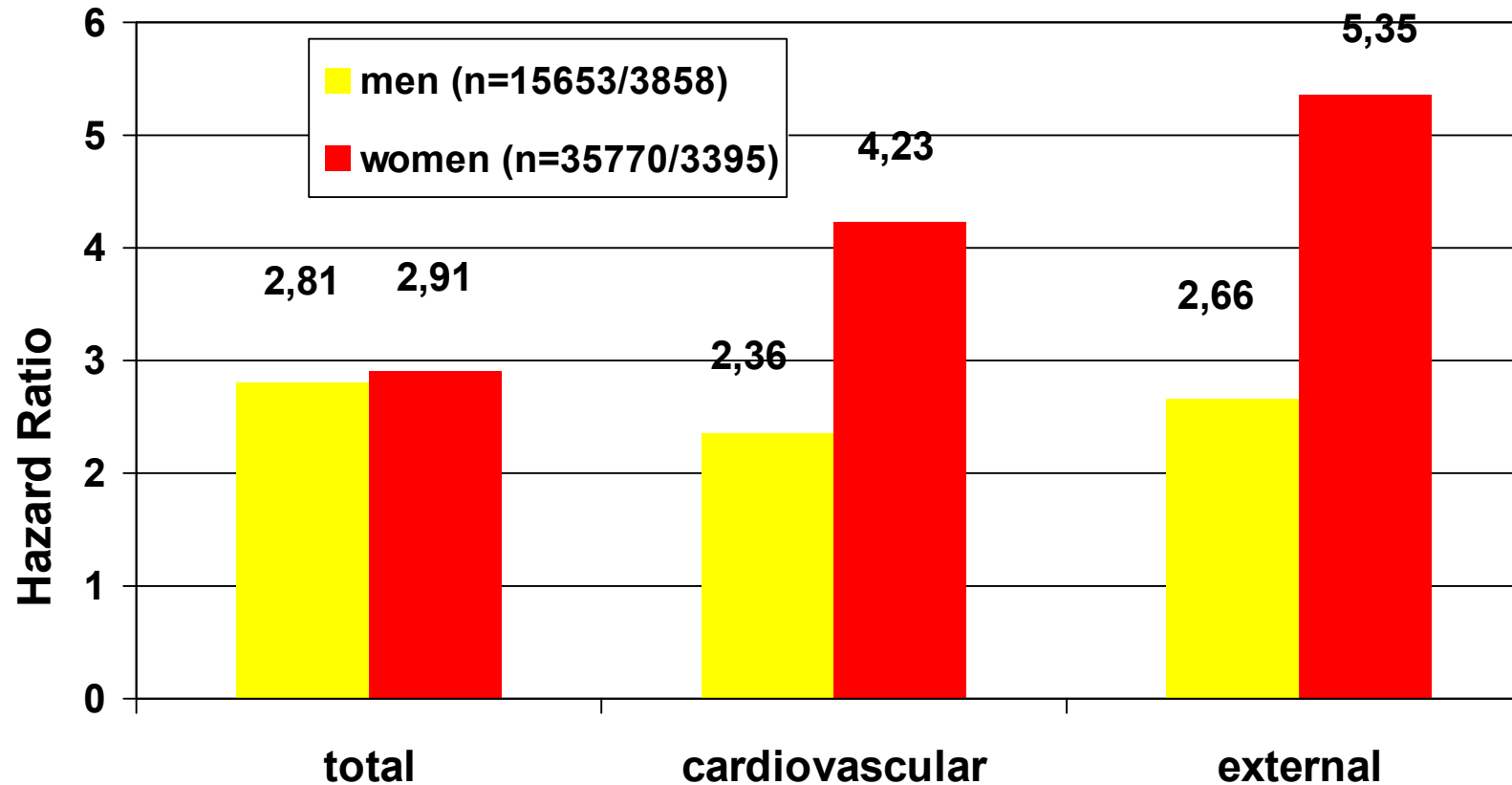
Etiologia ChUK



Comparison of population attributable risk for risk factors of CHD and stroke



Long-term unemployment and mortality (10 yrs. follow up 1990-2000)



Source: M. Kivimäki et al. (2003), Am J Epidemiol, 158:663-668.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH 2005-2009



Sir Michael Marmot
Chair CSDH



Margaret Chan
Director General WHO



World Health
Organization



INTERNATIONAL INSTITUTE FOR SOCIETY & HEALTH
PROFESSOR SIR MICHAEL MARMOT FRCP



Dr Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

19 June 2008

Dear Dr Kopacz

Commission on Social Determinants of Health

I am very pleased to receive the news that Poland will participate as a partner country in implementing the findings of the Commission on Social Determinants of Health. I am delighted.

Colleagues from the European office of WHO will be important in helping Poland network with the Commission and other countries that are taking this forward. I am very pleased indeed.

With best wishes

Yours sincerely

Michael Marmot

cc: Tomasz Zdrojewski, Tim Evans, Chris Brawn, Erio Ziglio, Marc Danzon

UCL Department of Epidemiology & Public Health
1-19 Torrington Place London WC1E 6BT
Tel: +44 (0)20 7679 1694 Fax: +44 (0)20 7813 0242
m.marmot@ucl.ac.uk
www.ucl.ac.uk/epidemiology

**COMMISSION ON
SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH**



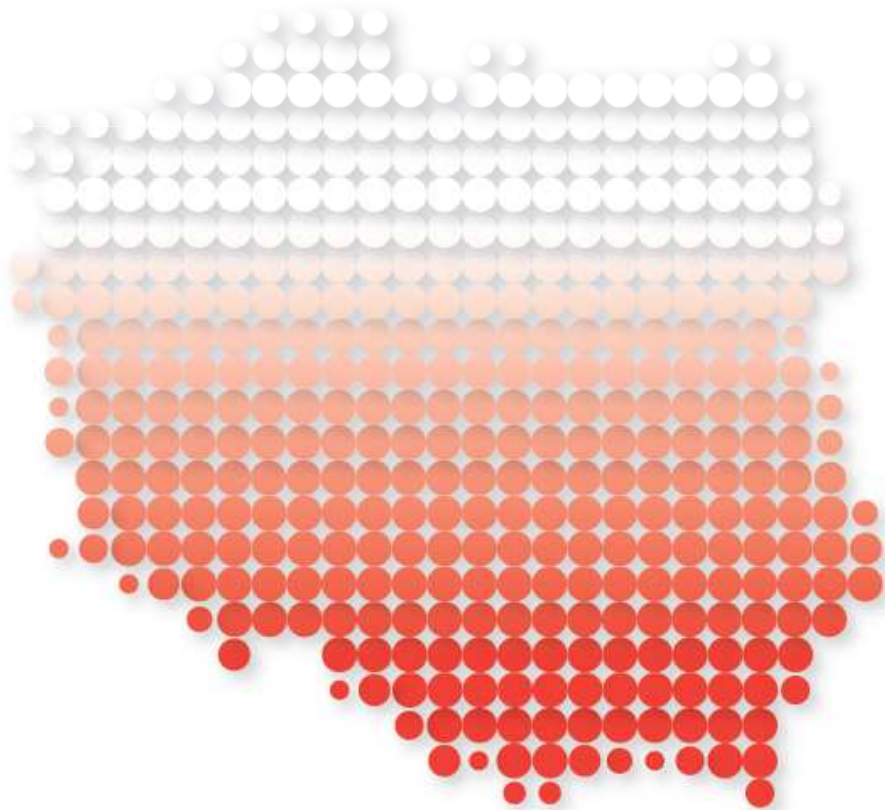
**Nowy Orlean
XI 2007**



**World Health
Organization**



Social inequalities in health in Poland



Copenhagen 2012,
Marek M, Chłoń-Dominiczak A, Kaleta D,
Mazur J, Miskiewicz P, Poznańska
D, Stokwiszewski J, Wojtyniak B, Zdrojewski T.
ISBN 978-92-890-0283-7

POLSKA

CEL GŁÓWNY NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA NA LATA 2007-2015

**Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności
oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu**

STRATEGICZNY CEL ZDROWOTNY 8

**Zmniejszanie różnic społecznych i terytorialnych w stanie
zdrowia populacji**

**CZYNNIKI PSYCHOSPOŁECZNE A CHOROBY
UKŁADU KRAŻENIA**

**Wieloośrodkowe badanie zdrowia ludności
NATPOL 2002, WOBASZ 2003 - 2006**

**Analiza zależności między czynnikami
socioekonomicznymi a wskaźnikami
zdrowotnymi z zastosowaniem modelu
równań strukturalnych**



structural equation model = SEM

Konarski R., Broda G. Zdrojewski T. i wsp.

Wieloośrodkowe badanie zdrowia ludności NATPOL 2002, WOBASZ 2003 - 2006



Konarski R., Broda G. Zdrojewski T. i wsp.

Efekty ogólne dla modelu;

pierwsza wartość - wpływ analizowanej zmiennej na czynniki zdrowia/palenia

druga (w nawiasie) - wartość wystandaryzowana danego efektu ogólnego

	R^2	Depresja	Wsparcie społ.	Miejsce zamieszkania	Płeć (żeńska)	Wiek	Stan cyw. (samotni)	Wykształcenie	Dochód
Czynnik Zdrowia	0.614	0.101 (0.033)	-0.103 (-0.006)	-0.534 (-0.030)	-0.579 (-0.030)	0.921 (0.712)	-1.202 (-0.061)	-2.513 (-0.101)	0.056 (0.004)
Czynnik Palenia	0.300	0.005 (0.108)	-0.035 (-0.138)	0	-0.134 (-0.489)	0.002 (0.114)	-0.053 (-0.193)	0	0

Konarski R., Broda G. Zdrojewski T. i wsp.

Zaburzenia lipidowe a społeczne determinanty zdrowia w populacji polskiej

Tomasz Zdrojewski

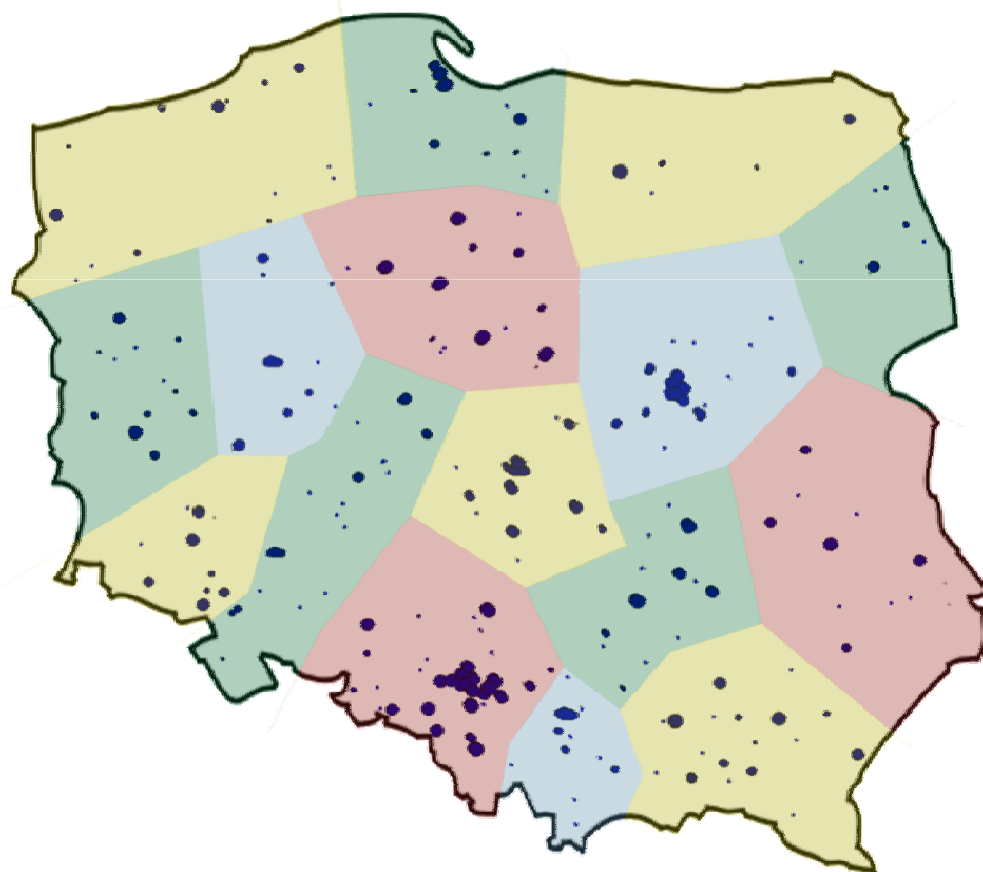


Gdański Uniwersytet Medyczny
PZH - Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego





NATPOL: representative survey on prevalence and control of cvd risk factors



NATPOL 1994
questionnaire

NATPOL 1997
questionnaire
& blood samples
& BP measurements

NATPOL PLUS 2002
questionnaire
& blood samples
& BP measurements

NATPOL 2011 ...

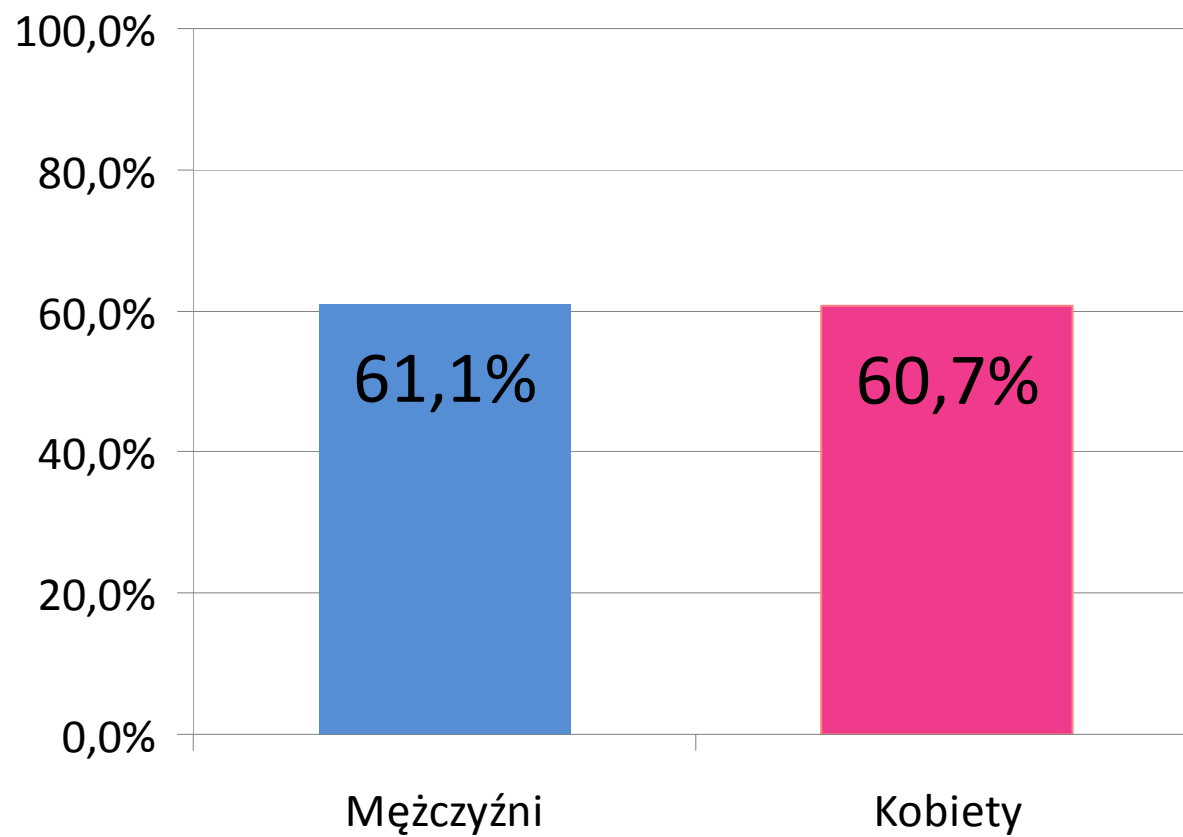
Ocena epidemiologii klinicznej:



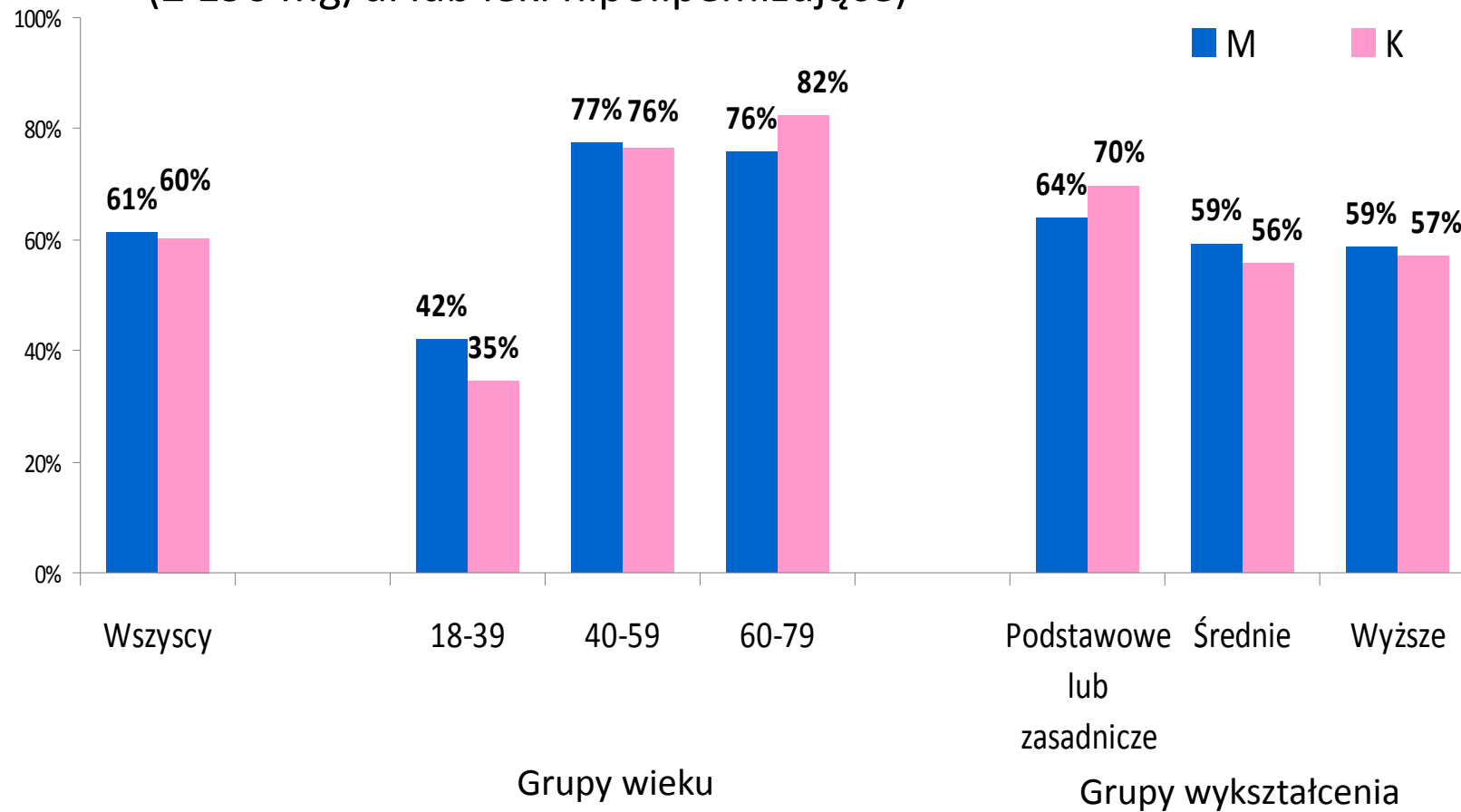
- nadciśnienia tętniczego
- **zaburzeń lipidowych**
- palenia papierosów
- **otyłości, zespołu metabolicznego i cukrzycy**
- globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego
- aktywności fizycznej
- **czynników społecznych** i depresji
- zachowań i wiedzy prozdrowotnej
- niewydolności serca
- przewlekłej choroby nerek
- bezdechu nocnego i zaburzeń snu

Rozpowszechnienie hipercholesterolemii

(≥ 190 mg/dl lub leki hipolipemizujące)



Rozpowszechnienie hipercholesterolemii (≥ 190 mg/dl lub leki hipolipemizujące)



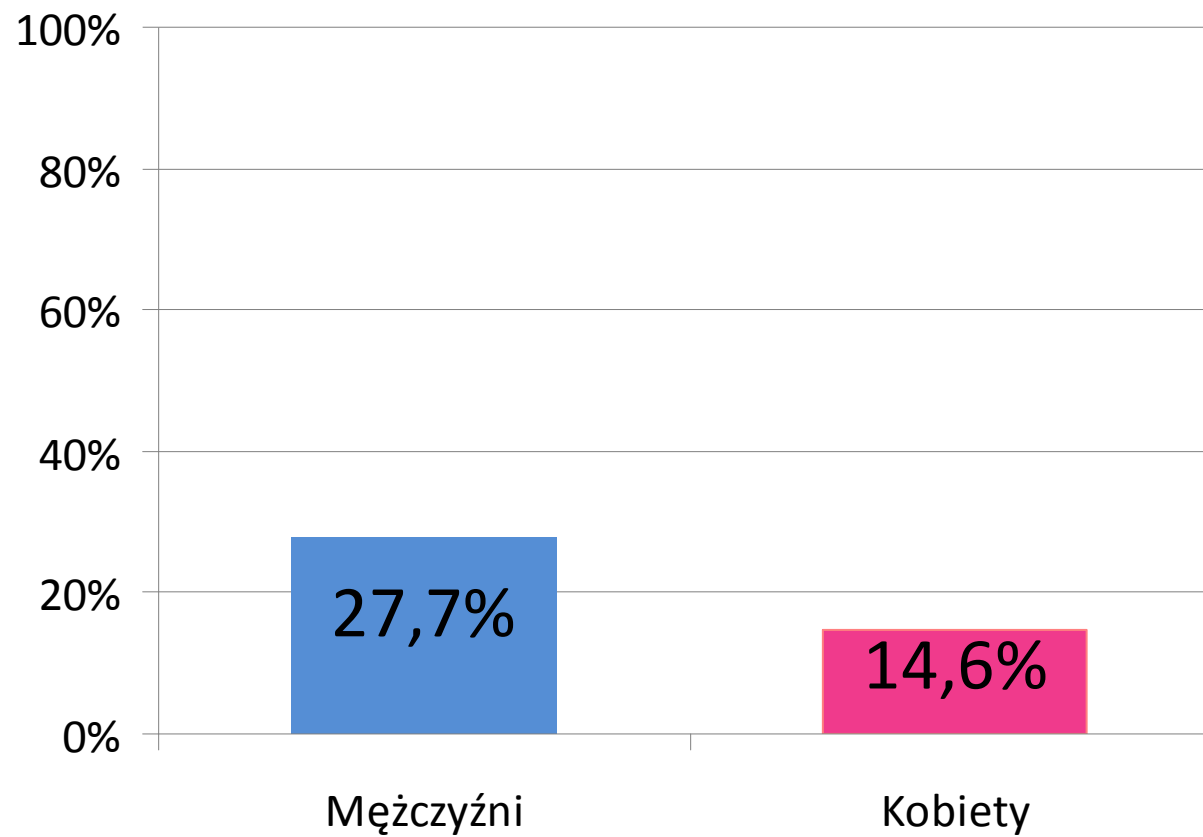
Cholesterol całkowity a BMI



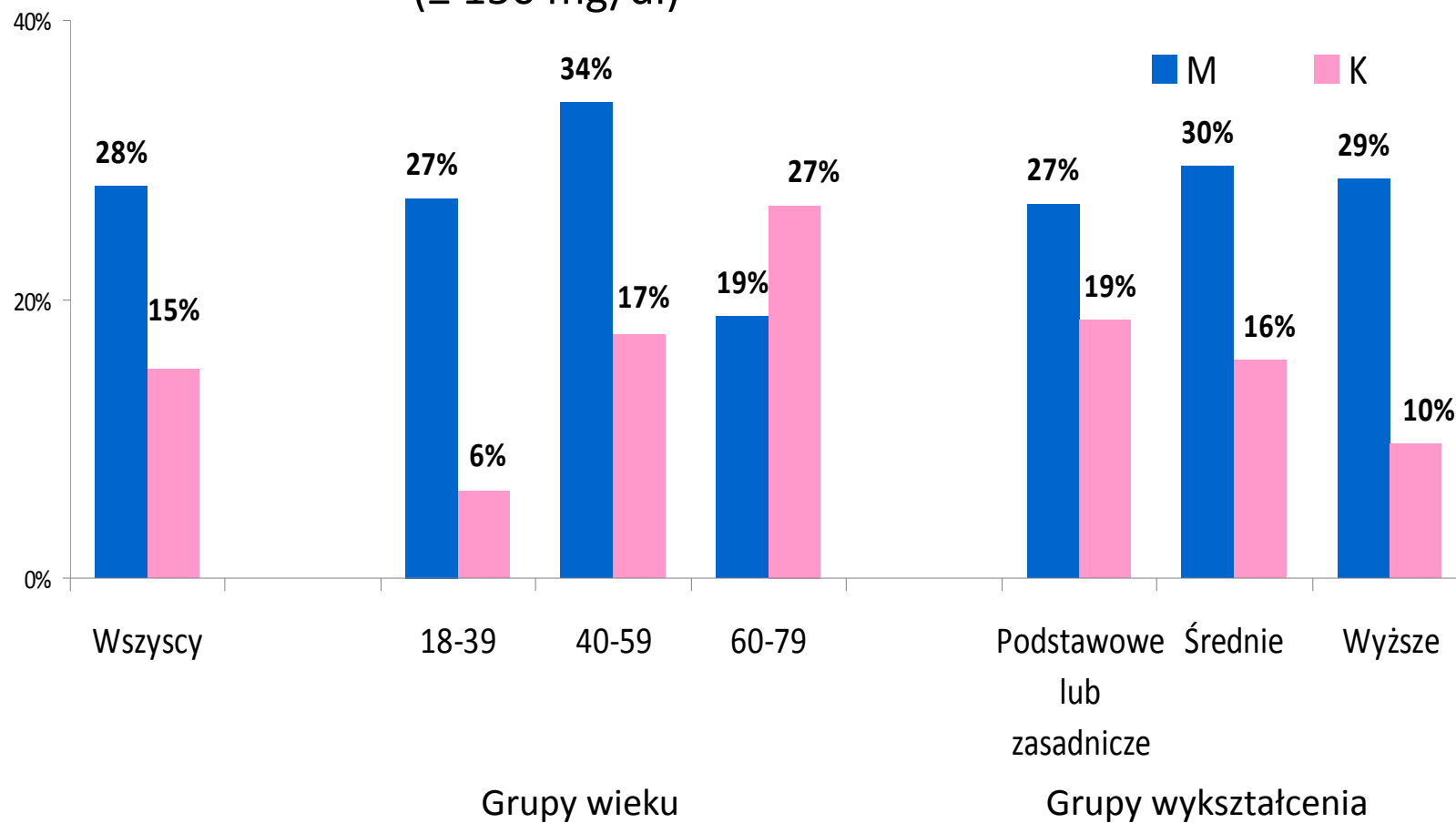
Cholesterol całkowity mg/dl	<175	175 - 189	190-239	240-309	≥310
według BMI, kg/m²					
<25,0	38,1%	17,2%	32,7%	11,5%	0,4%
25,0-29,9	26,3%	11,8%	41,6%	19,0%	1,3%
≥30,0	25,8%	13,2%	44,1%	16,3%	0,6%

Rzopowszechnienie hipertriglicerydemii (≥ 150 mg/dl)


NATPOL 2011



Rozpowszechnienie hipertriglicydemii (≥ 150 mg/dl)



Triglicerydy a BMI



TG, mg/dl	<150	150 - 199	200-399	≥400
według BMI, kg/m²				
<25,0	89,5%	6,1%	4,0%	,3%
25,0–29,9	76,1%	11,3%	10,1%	2,5%
≥30,0	63,8%	17,1%	16,1%	3,0%

Zaburzenia lipidowe a miejsce zamieszkania - NATPOL 2011



NATPOL 2011

Cholesterol całkowity	<175	175 - 189	190-239	240-309	>=310
według miejsca zamieszkania					
Wieś lub Miasta < 50tys	29,3%	13,7%	40,5%	15,6%	0,9%
Miasta 50-200 tys	35,7%	17,7%	30,9%	15,4%	0,2%
Miasta >200 tys	30,4%	15,8%	39,1%	13,8%	0,9%

Trójglicerydy mg/dl	<150	150 - 199	200-399	≥400
według miejsca zamieszkania				
Wieś lub Miasta < 50tys	78,0%	10,7%	9,9%	1,4%
Miasta 50-200 tys	82,1%	7,6%	9,0%	1,4%
Miasta >200 tys	78,8%	12,1%	6,6%	2,5%

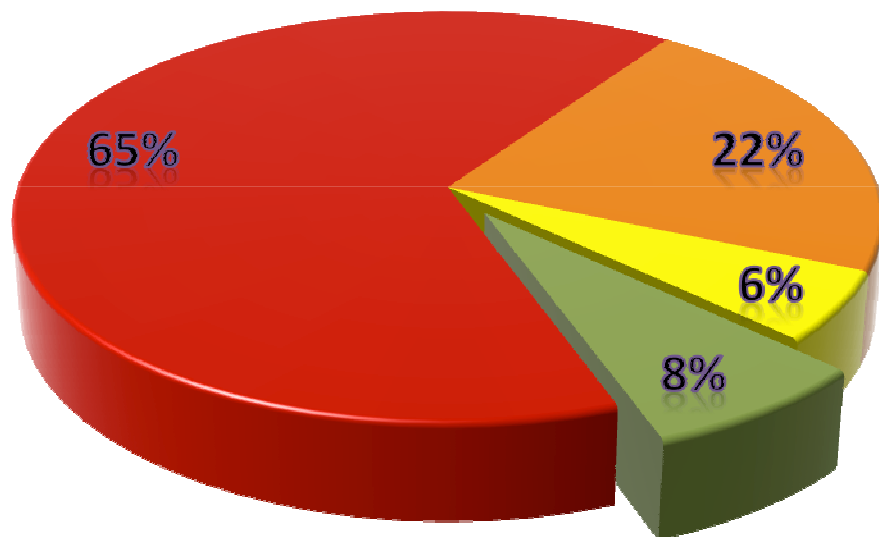
Zaburzenia lipidowe a miejsce zamieszkania - NATPOL 2011

<i>Apolipoproteina B</i>	<70	70-99	100-134	≥135
według miejsca zamieszkania				
Wieś lub M<50 tys	22,6%	43,2%	27,9%	6,4%
Miasta 50-200 tys	24,2%	43,4%	26,1%	6,3%
Miasta >200 tys	27,4%	43,5%	24,8%	4,3%



Kontrola hipercholesterolemii w Polsce


NATPOL 2011



Hipercholesterolemia:

- ▣ Nierozpoznana
- ▣ Rozpoznana, nie leczona
- ▣ Leczona nieskutecznie
- ▣ Leczona skutecznie



NATPOL 2011



Zmiany rozpowszechnienia klasycznych czynników ryzyka chorób układu krążenia w Polsce w latach 2002-2011

Piotr Bandosz

Zakład Prewencji i Dydaktyki

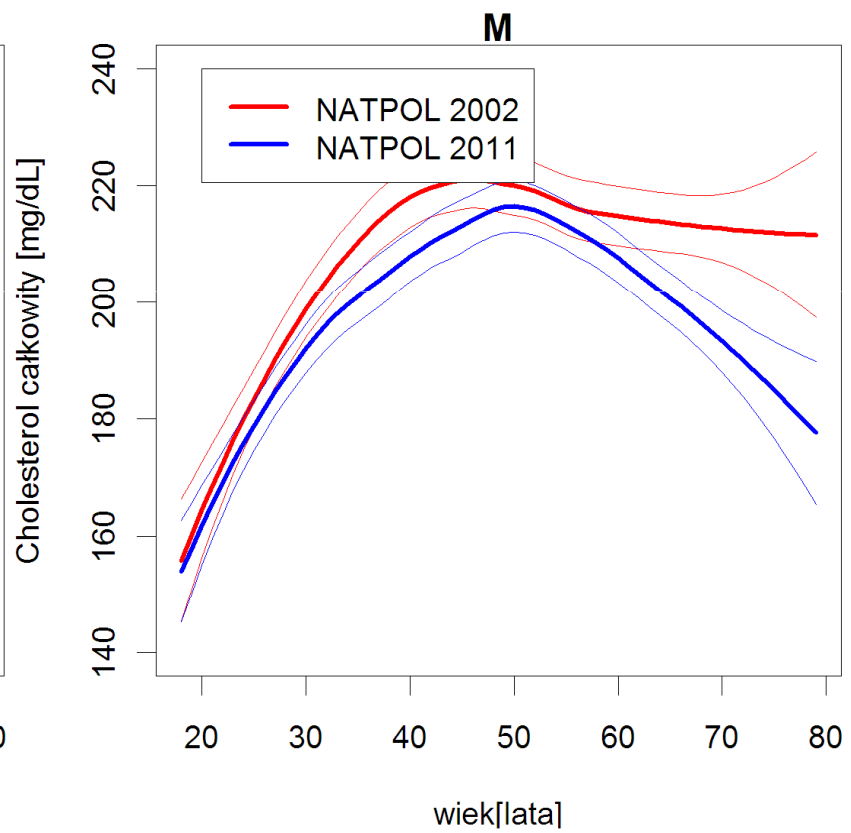
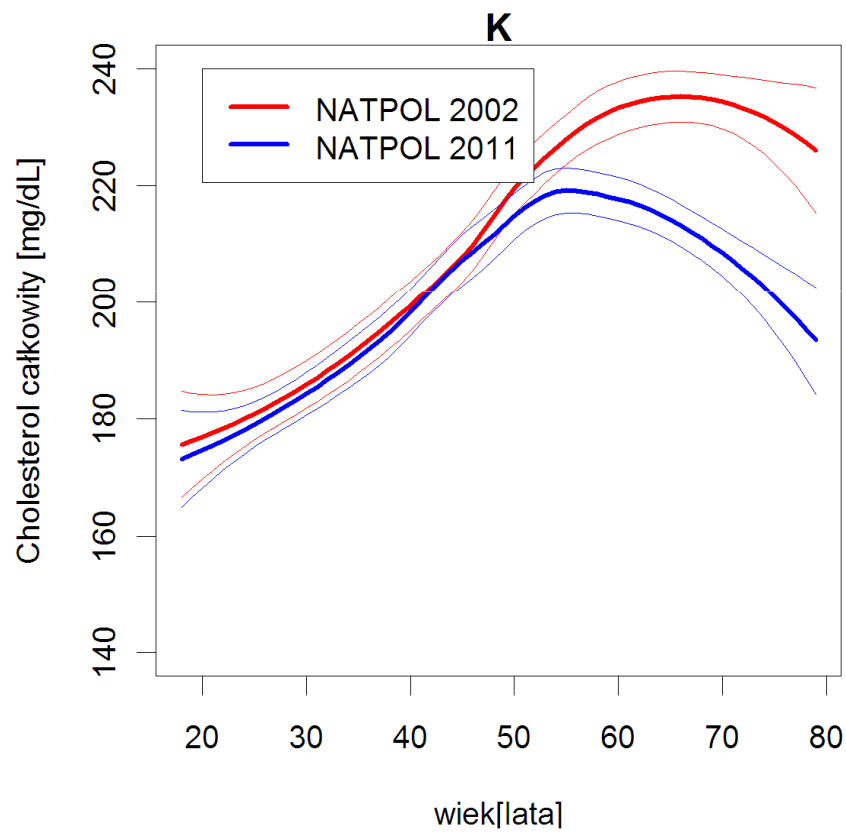
Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii

Gdański Uniwersytet Medyczny

Promotor: dr hab. med. Tomasz Zdrojewski

Gdańsk, 18-09-2013

Cholesterol całkowity [mg/dL] w zależności od wieku



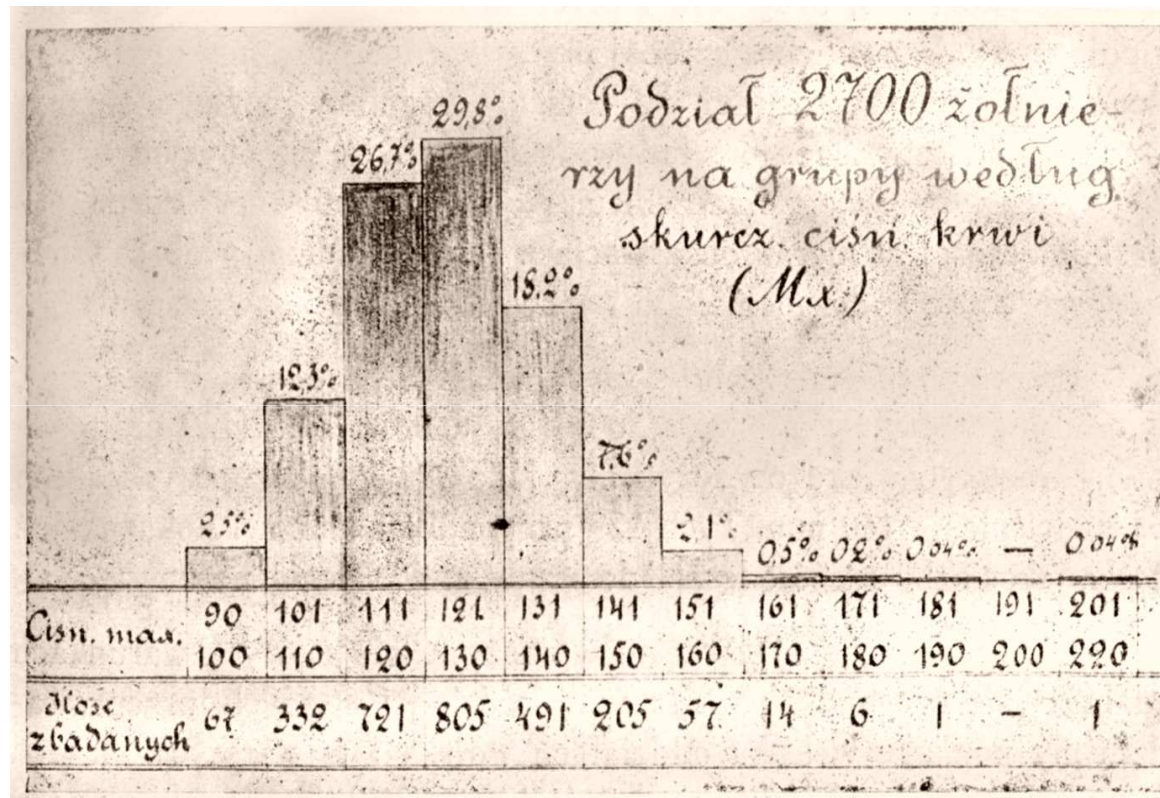
Zaburzenia lipidowe a społeczne determinanty zdrowia w populacji polskiej

Tomasz Zdrojewski



Gdański Uniwersytet Medyczny
PZH - Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego





„NADCIŚNIENIE TĘTNICZE (Hypertensio)”

Dr. med. Aleksander Januskiewicz
 Profesor Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie

rok wydania 1929

Social welfare spending and all-cause mortality in 18 European countries, 2000

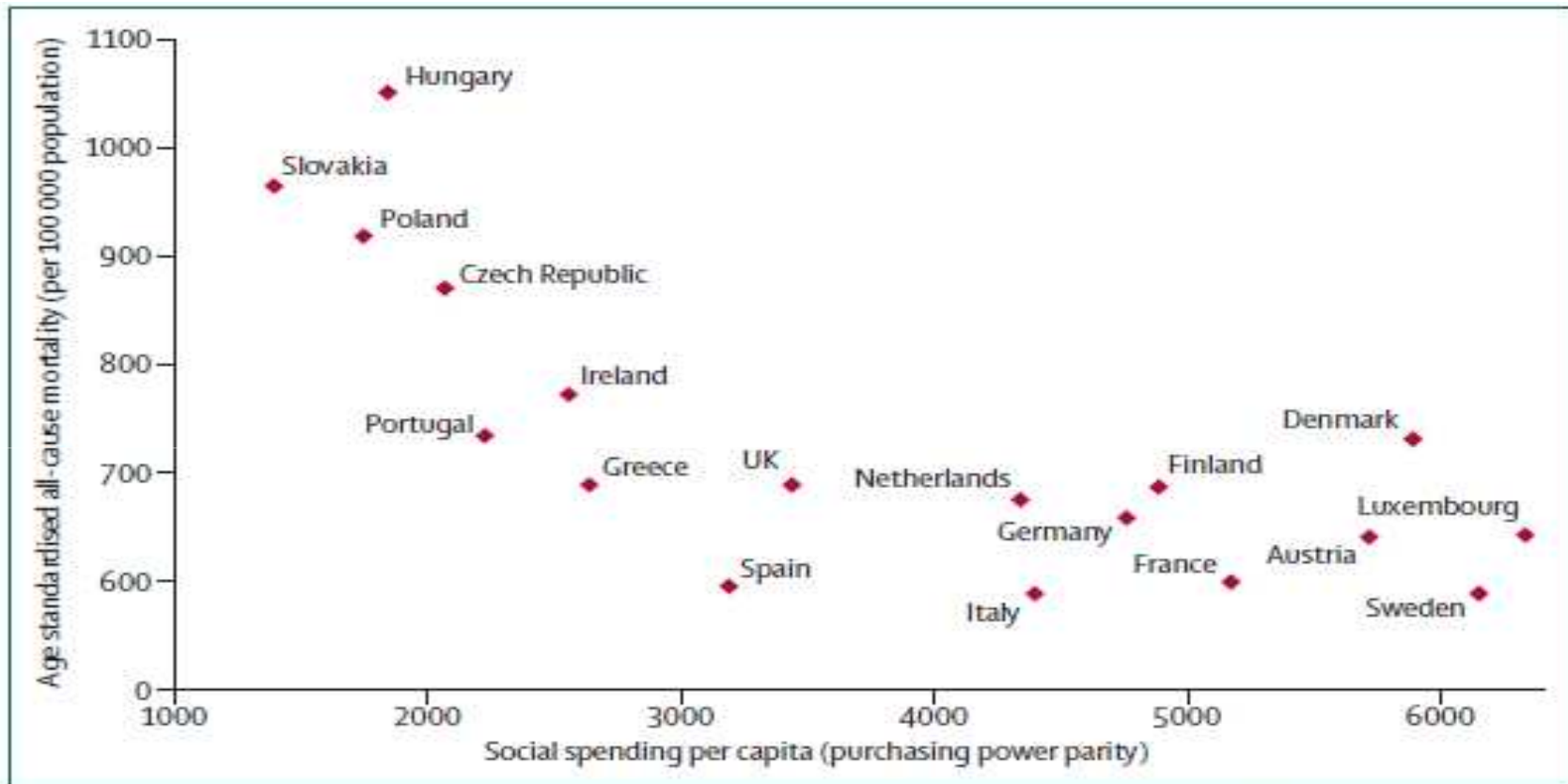


Figure 11: Social welfare spending and all-cause mortality in 18 European countries, 2000
Reproduced with permission from Stuckler D and colleagues.²⁶

Source: D. Stuckler et al. (2010): BMJ, 340: c3311



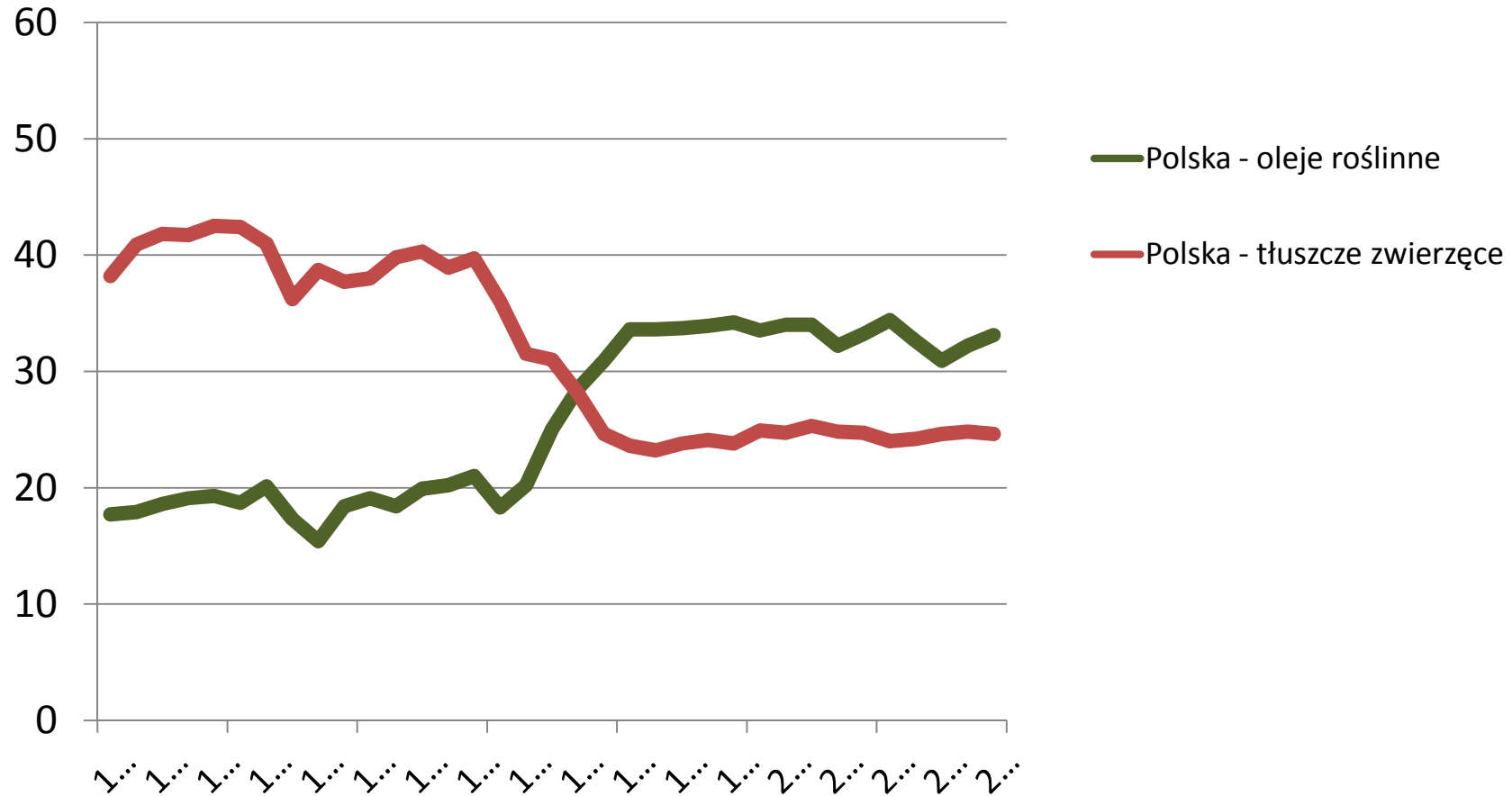
NATPOL 2011

DZIEKUJĘ ZA UWAGĘ

**Zaburzenia lipidowe
w Polsce a czynniki społeczne**

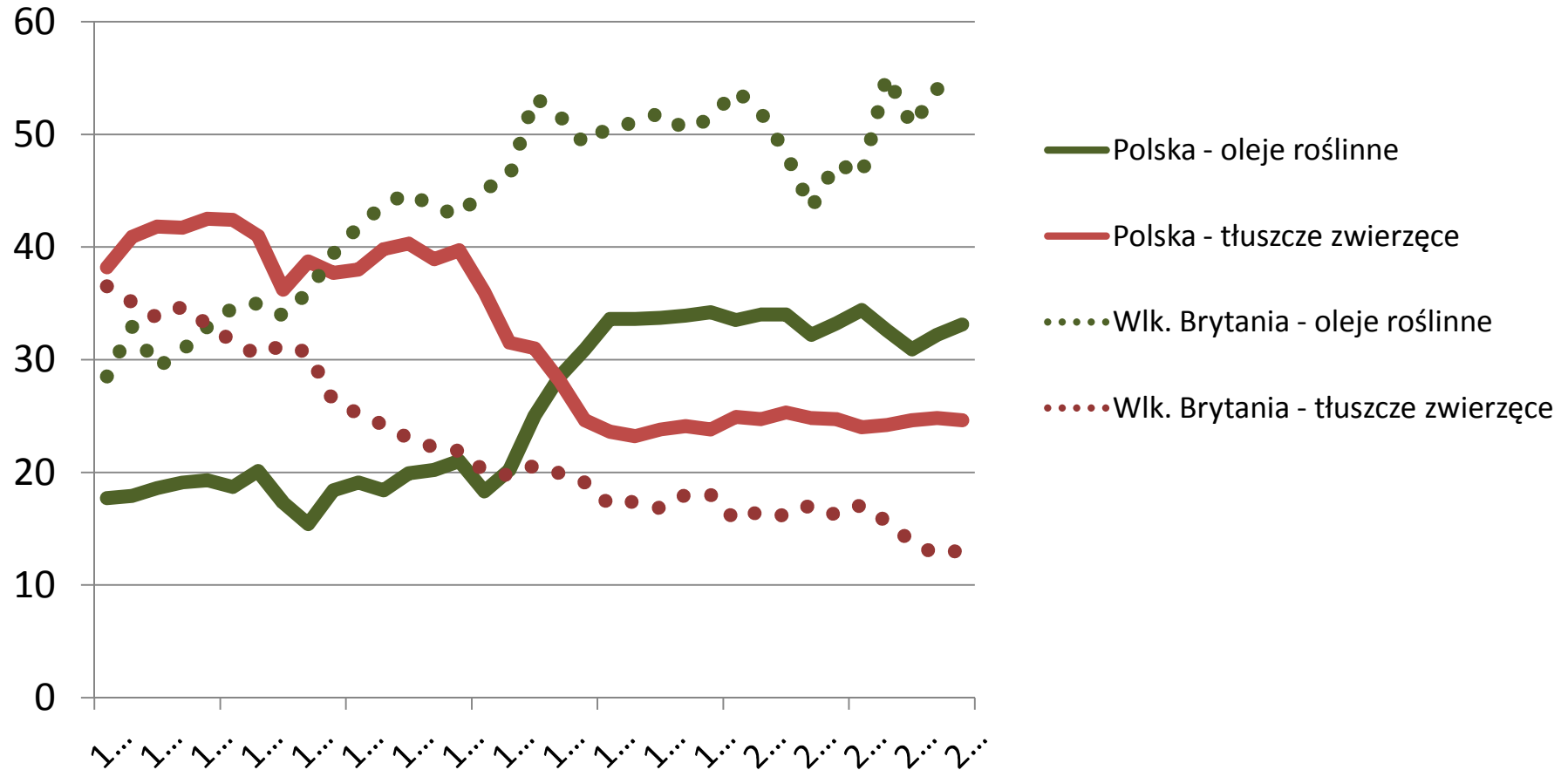
T. Zdrojewski, B. Solnica, M. Banach, P. Bandosz, M. Rutkowski, Z. Gaciong, B. Wyrzykowski i wsp.
w imieniu Komitetu Naukowego Programu NATPOL 2011

Spożycie tłuszczu (g/osobę/dzień)



Źródło: Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)

Spożycie tłuszczu (g/osobę/dzień)



Źródło: Food and Agriculture Organization of the United Nations (F

Rozkład poziomu Apolipoproteiny B w próbie NATPOL 2011.



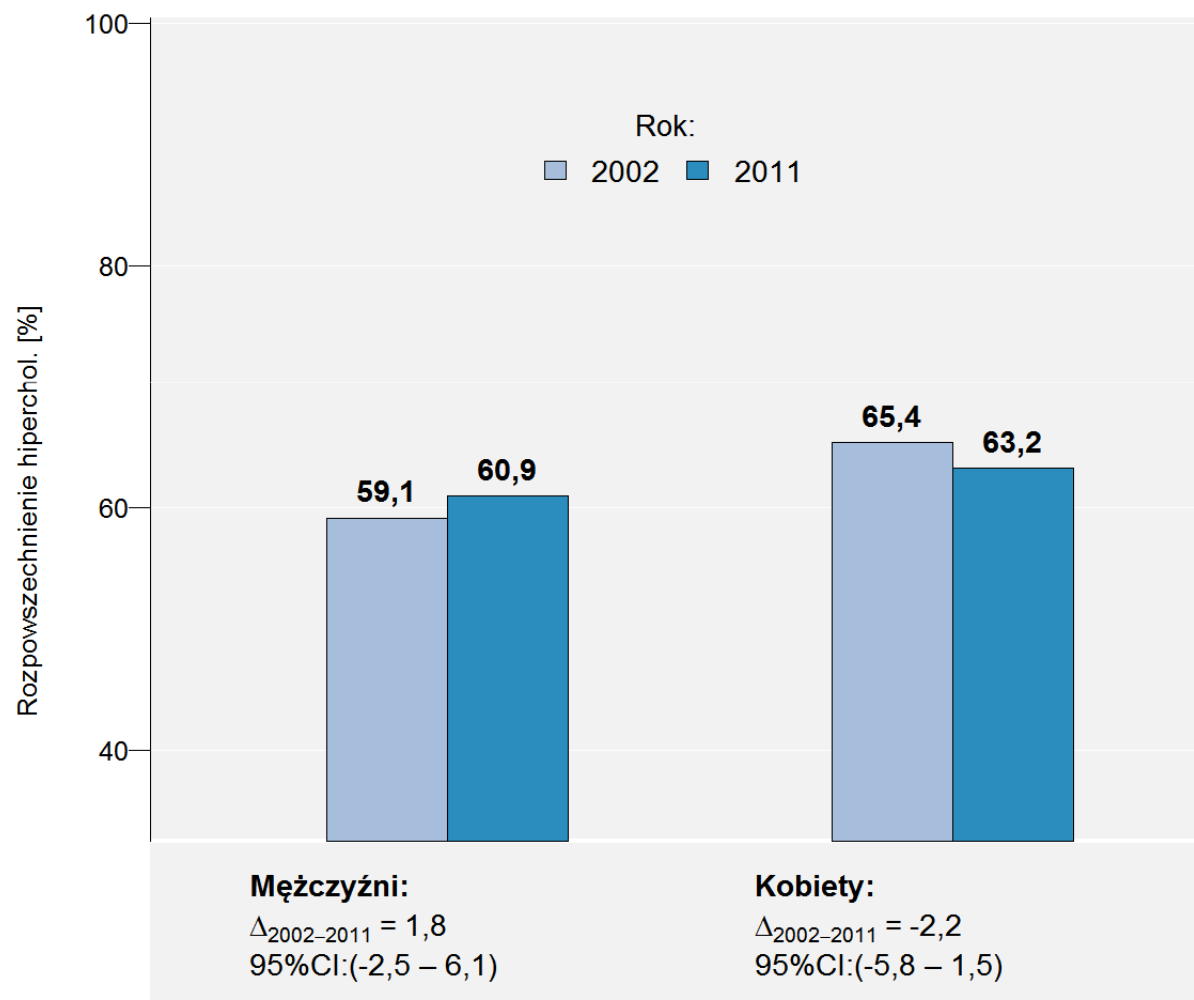
NATPOL 2011

Odsetek badanych (%) wg zakresu poziomu Apolipoproteiny B

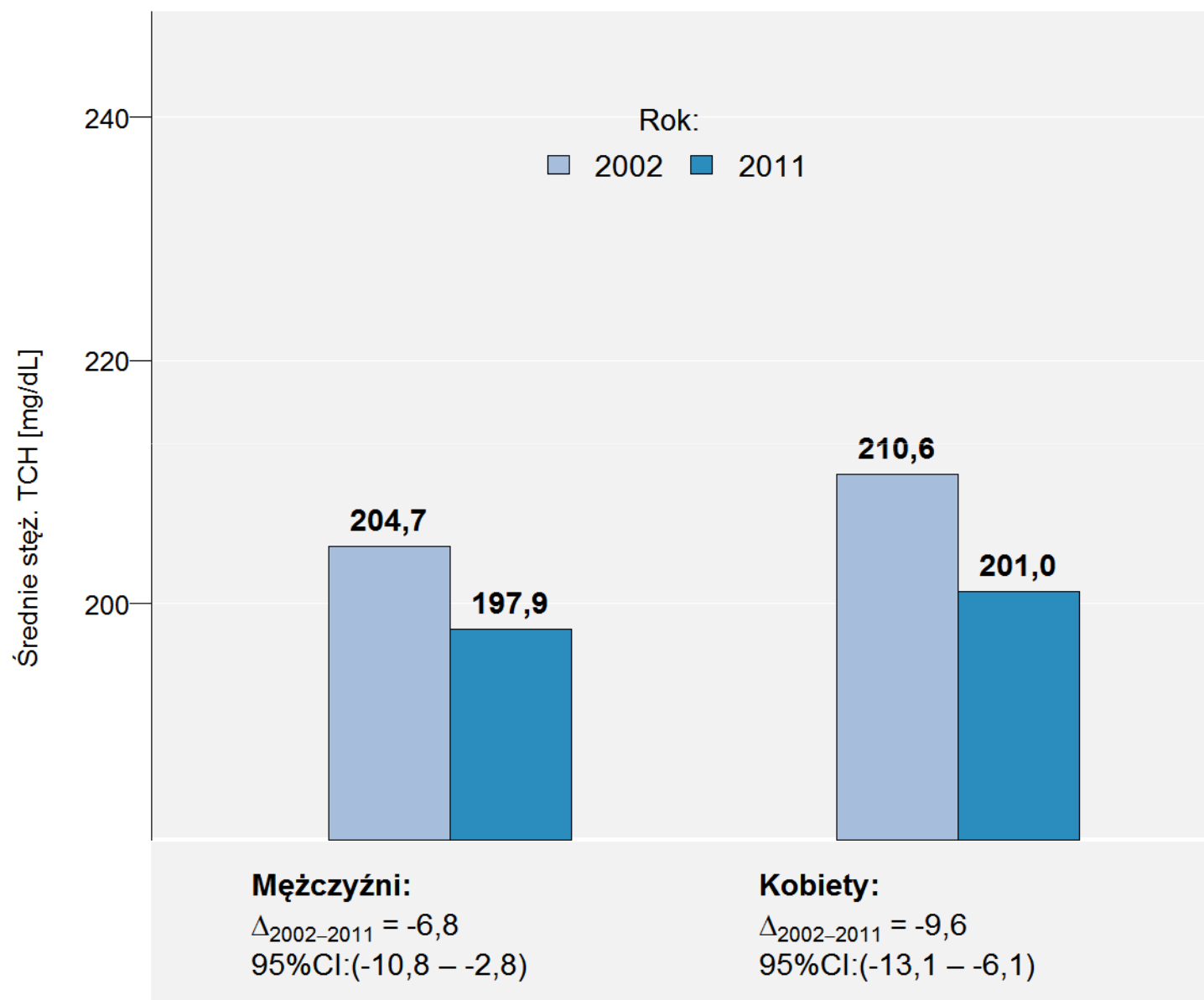
<i>mg/dl</i>	<70	70-99	100-134	≥135
Wszyscy				
Odsetek w każdej podgrupie	23,9%	43,3%	26,8%	5,9%
według płci (<i>podając odsetek w każdej podgrupie</i>)				
Mężczyźni	21,8%	42,0%	29,4%	6,8%
Kobiety	26,0%	44,5%	24,5%	5,1%
według BMI, kg/m²				
<25,0	32,9%	45,3%	19,3%	2,4%
25,0–29,9	16,9%	45,6%	28,4%	9,1%
≥30,0	16,2%	39,0%	37,0%	7,9%
według wykształcenia				
Podstawowe lub zasadnicze	22,5%	39,2%	30,9%	7,4%
Średnie (lub niepełne wyższe)	25,6%	44,9%	24,9%	4,6%
Wyższe	23,3%	47,0%	23,9%	5,8%

Rozpowszechnienie hipercholesterolemii

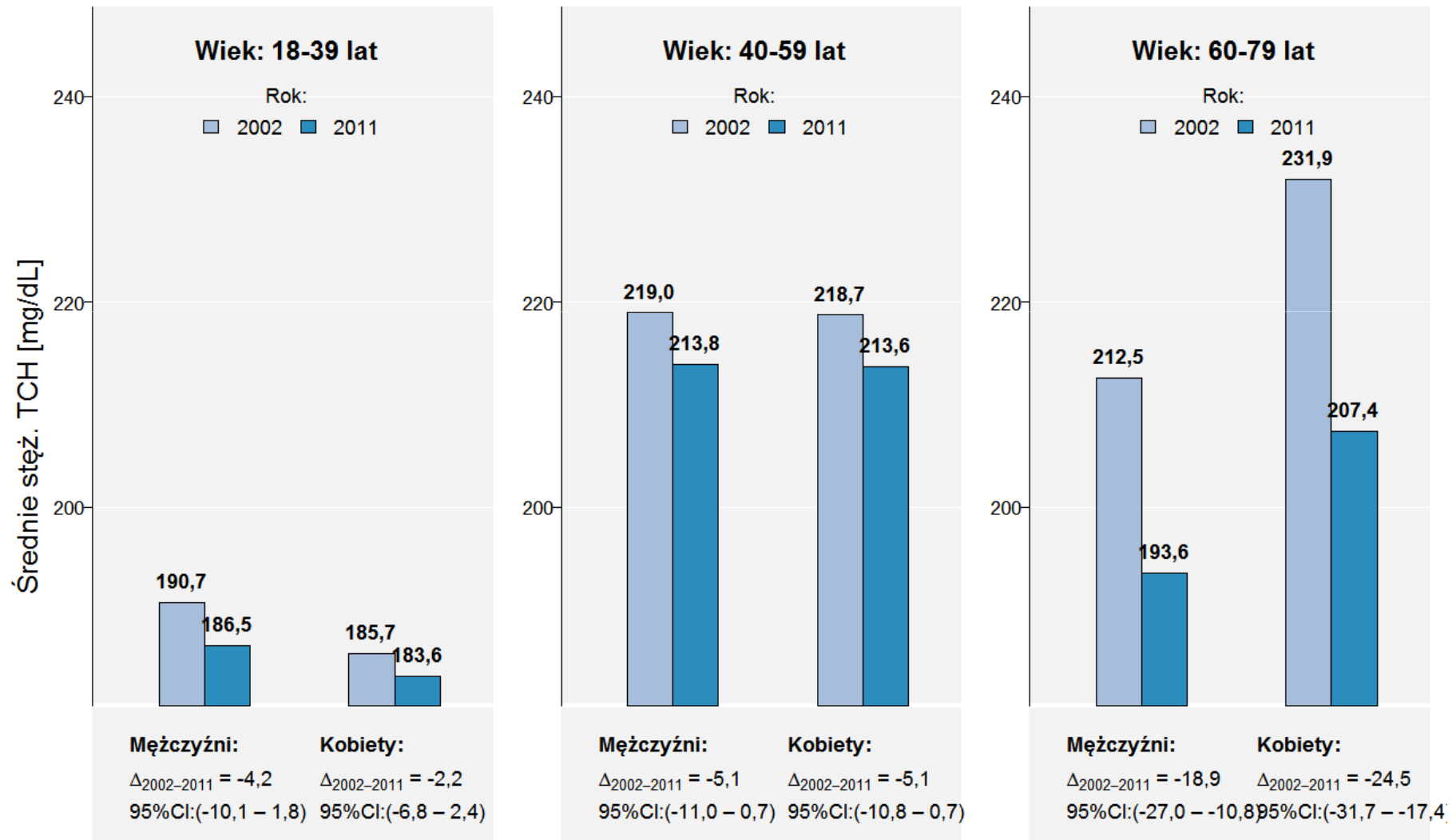
(TCH ≥ 190 mg/dL lub leczenie hipolipemizujące)



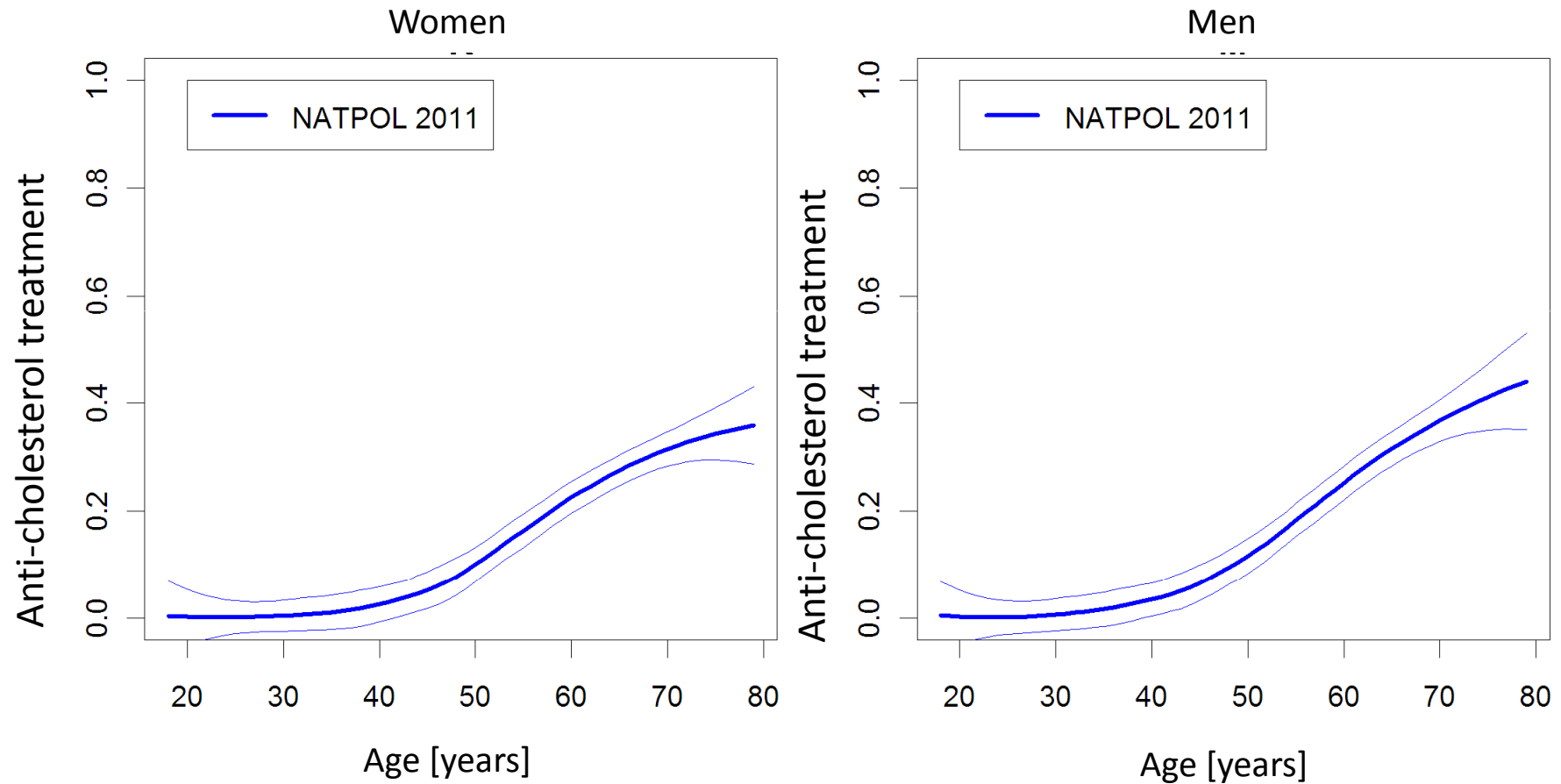
Średnie stężenia cholesterolu całkowitego w surowicy



Zmiany średniego stężenia cholesterolu całkowitego w zależności od wieku

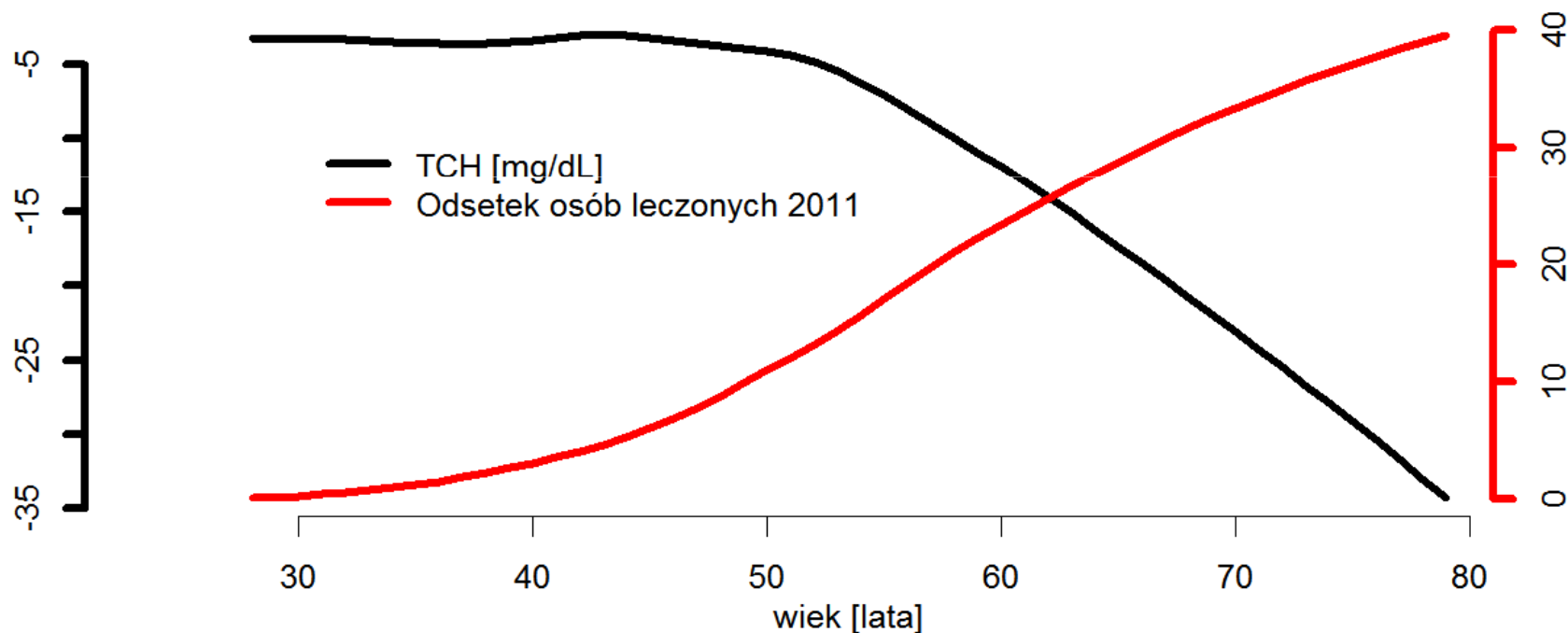


Odsetek osób przyjmujących statyny



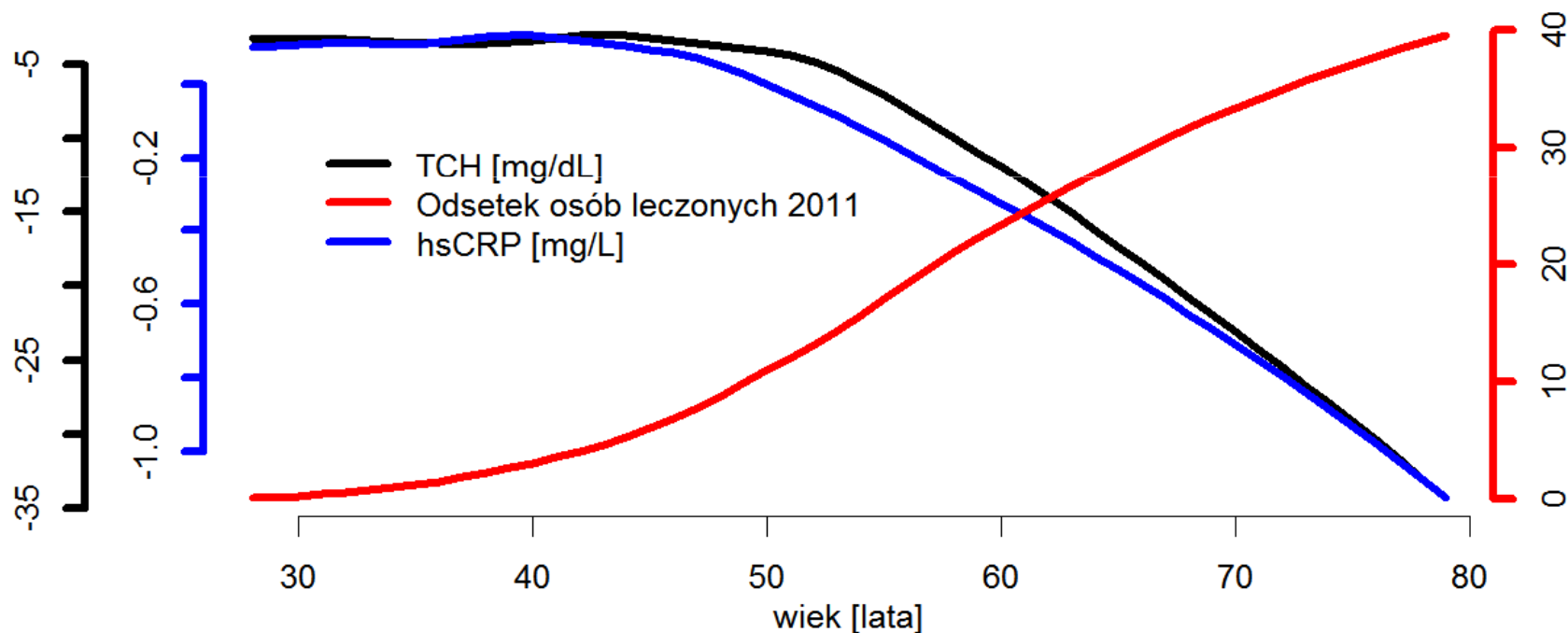
Distribution smoothed using kernel density estimator function; thin lines are local confidence limits

Zmiany stężenia cholesterolu całkowitego (TCH) w latach 2002-2011 oraz odsetek osób przyjmujących statyny w roku 2011



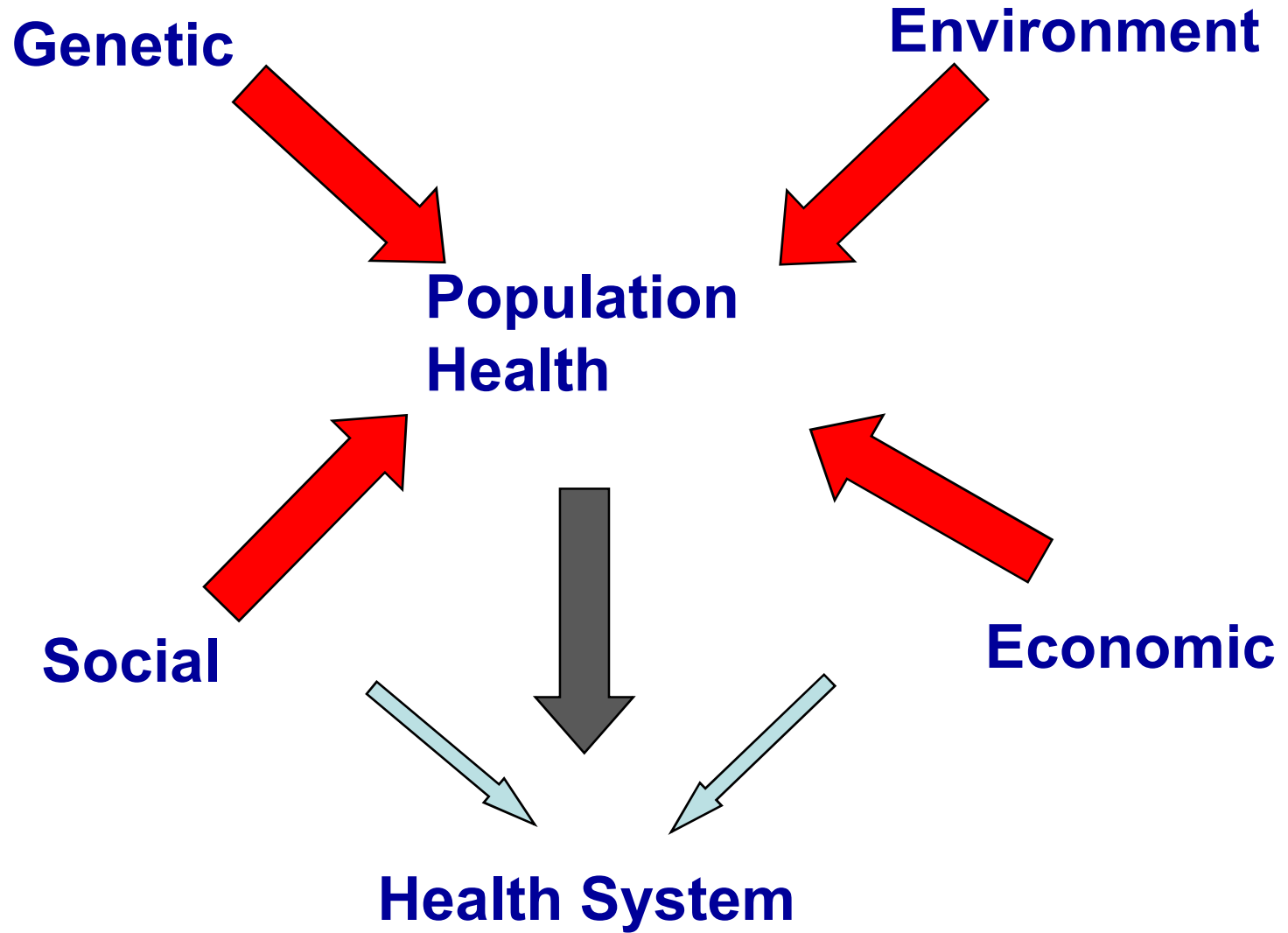
Zależność przedstawiona przy pomocy wykresu regresji lokalnej (LOESS)

Zmiany stężenia cholesterolu całkowitego (TCH) w latach 2002-2011 oraz odsetek osób przyjmujących statyny w roku 2011

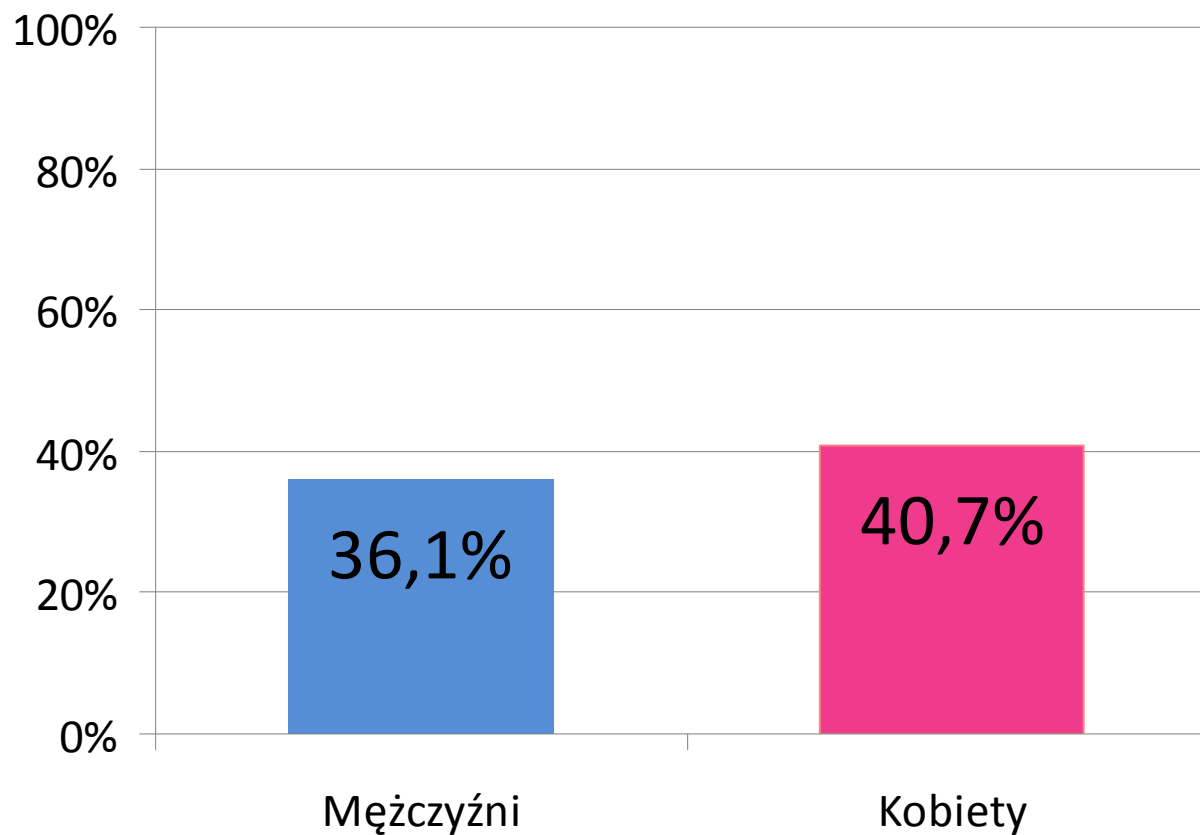


Zależność przedstawiona przy pomocy wykresu regresji lokalnej (LOESS)

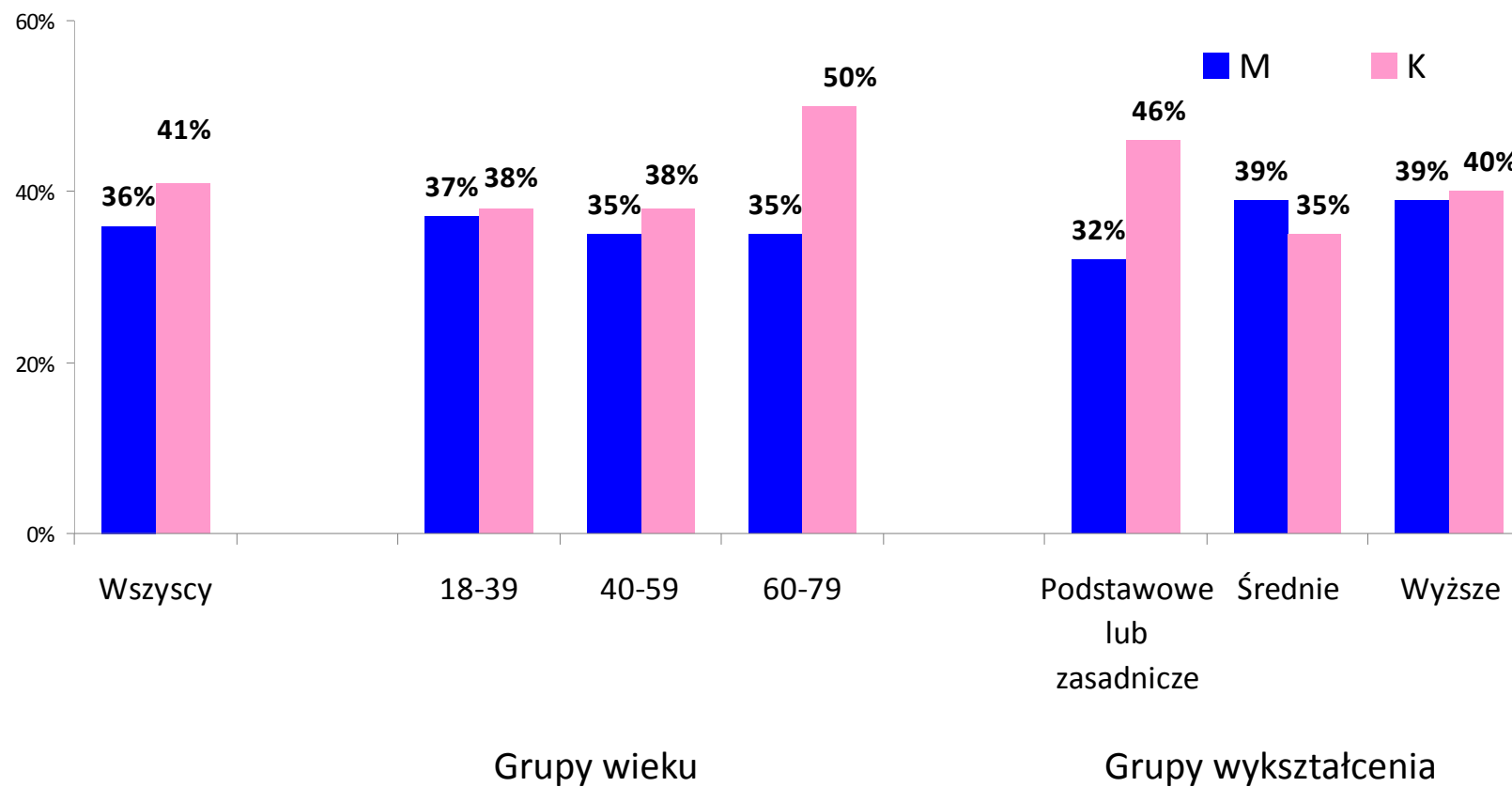
Social Determinants of Health



Rozpowszechnienie obniżonej wartości cholesterolu HDL (M:<40mg/dl, K:<50 mg/dl)



Rozpowszechnienie obniżonej wartości cholesterolu HDL (M:<40mg/dl, K:<50 mg/dl)



Cholesterol HDL a BMI



HDL-C, mg/dl	<40	40-44	45-49	50-59	≥60
według BMI, kg/m²					
<25,0	13,0%	11,4%	14,9%	31,0%	29,7%
25,0–29,9	27,4%	15,6%	16,2%	23,3%	17,4%
≥30,0	31,7%	21,5%	17,1%	18,3%	11,4%

Kontrola hipercholesterolemii w Polsce

(tylko osoby z hipercholesterolemią)

