

# КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, СТАТУС 01.01.2026 г.

Статья посвящается 30-летию создания первого Всероссийского регистра — «Базы данных клинико-эпидемиологического мониторинга сахарного диабета на территории Российской Федерации»



© И.И. Дедов<sup>1,2</sup>, М.В. Шестакова<sup>1</sup>, Н.Г. Мокрышева<sup>1</sup>, О.К. Викулова<sup>1\*</sup>, А.В. Железнякова<sup>1</sup>, М.Ш. Шамхалова<sup>1</sup>, Г.Р. Галстян<sup>1</sup>, Е.А. Корчуганова<sup>1</sup>, М.А. Исаков<sup>1</sup>, А.А. Серков<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГНЦ РФ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии им. академика И.И. Дедова», Москва

<sup>2</sup>Сеченовский университет, Москва

**ОБОСНОВАНИЕ.** Система клинико-эпидемиологического мониторинга сахарного диабета (СД) в Российской Федерации (РФ) основана ФГБУ «НМИЦ эндокринологии имени академика И.И. Дедова» в 1996 г. в рамках реализации задач Федеральной целевой программы «Сахарный диабет». База данных СД (ранее — «регистр») стала ключевым инструментом анализа важнейших показателей пациентов с СД, необходимых для оценки клинического статуса и эффективности терапевтических стратегий с целью повышения качества оказания помощи и принятия управленческих решений в здравоохранении.

**ЦЕЛЬ.** Провести анализ эпидемиологических и клинико-терапевтических показателей СД: распространенности, заболеваемости, структуры причин смерти, возраста дебюта СД, состояния контроля углеводного обмена, частоты ожирения, распространенности диабетических осложнений и оценить динамику сахароснижающей терапии (ССТ) у всероссийской популяции пациентов с СД в РФ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Объект исследования: «База данных клинико-эпидемиологического мониторинга сахарного диабета на территории РФ», включившая пациентов с СД из 89 регионов РФ (свидетельство о государственной регистрации №2020622447, <http://diaregistry.ru>), правообладатель ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии имени академика И.И. Дедова» Минздрава России), дата выгрузки 01.01.2026 г. Данные представлены в формате одномоментного среза на 01.01.2026 г. и в динамике.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Общая численность пациентов с СД в РФ на 01.01.2026 г. составила 5 814 928 (3,9% населения РФ), из них с СД1 — 308 605 (5,3%), СД2 — 5 366 995 (92,3%) другие типы СД — 139 328 (2,4%). За 30 лет работы клинико-эпидемиологического мониторинга в период 1996–2025 гг. распространенность СД увеличилась: СД1 в 3,3 раза — от 62,0 до 205,7/100 тыс. населения, СД2 в 8,6 раз — от 416,6 до 3569,0/100 тыс. населения. Прирост заболеваемости составил при СД1 — 1,3 раза, от 6,3 до 8,1/100 тыс. населения; при СД2 — 4 раза, от 55,9 до 259,8/100 тыс. населения. Наиболее частой причиной смерти при СД является сердечно-сосудистая (СС) патология (инфаркт, инсульт, сердечная недостаточность, острые СС нарушения): 36,9% при СД1 и 51,1% при СД2. В период 2010–2025 гг. увеличилась продолжительность жизни с заболеванием: при СД1 15,3→20,4 года, при СД2 10,2→11,8 года. Доля пациентов с целевым уровнем гликированного гемоглобина ( $HbA_{1c}$ ) <7% в период 2010–2025 гг. выросла: при СД1 24,4%→32,5%, при СД2 41,4%→48,4%. Динамика распространенности основных диабетических осложнений у взрослых пациентов в 2010→2025 гг. при СД1/СД2 составила: диабетические комы 2,5%→1,4%/0,15%→0,03%, нейропатия 43,8%→47,4%/22,3%→22,9%; хроническая болезнь почек (ХБП) 21,0%→26,3%/5,1%→23,1%; диабетическая ретинопатия (ДР) 38,5%→32,3%/17,2%→10,7%; синдром диабетической стопы (СДС) 5,2%→2,9%/2,3%→1,0%; инфаркт миокарда (ИМ) 1,5%→1,1%/4,0%→3,4%; ишемическая болезнь сердца (ИБС) от 5,1%→2,3%/14,9%→8,3%; хроническая сердечная недостаточность (ХСН) 0,1%→0,9%/0,5%→3,8%; цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) 1,9%→1,3%/4,6%→4,0%; ампутации 1,4%→1,3%/0,7%→0,79%. В структуре ССТ при СД2 преобладают традиционные препараты: доля метформина составила 75,7%, сульфонилмочевины 36,9%, инсулинов 17,7%, препараты иДПП-4, иН-ГЛТ-2 и арГПП-1 чаще назначались при сочетании с ХБП, ХСН и высоким СС риском.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Полученные данные на основе долгосрочного динамического клинико-эпидемиологического мониторинга СД демонстрируют эффективность систематизации и контроля важнейших характеристик СД на единой информационно-аналитической платформе, что позволяет реализовать стратегии управления заболеванием в клинической практике посредством оптимизации алгоритма ведения пациентов.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** сахарный диабет (СД); база данных сахарного диабета (БД СД); распространенность; заболеваемость; смертность; сахароснижающая терапия.

## CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF DIABETES MELLITUS INDICATORS IN THE RUSSIAN FEDERATION, UPDATED JANUARY 1, 2026.

This article is dedicated to the 30th anniversary of the creation of the first All-Russian registry — "The Database of Clinical and Epidemiological Monitoring of Diabetes Mellitus in the Russian Federation"

© Ivan I. Dedov<sup>1,2</sup>, Marina V. Shestakova<sup>1</sup>, Natalya G. Mokrysheva<sup>1</sup>, Olga K. Vikulova<sup>1\*</sup>, Anna V. Zheleznyakova<sup>1</sup>, Minara S. Shamkhalova<sup>1</sup>, Gagik R. Galstyan<sup>1</sup>, Elena A. Korchuganova<sup>1</sup>, Mikhail A. Isakov<sup>1</sup>, Aleksey A. Serkov<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Sechenov University, Moscow, Russia

**BACKGROUND.** The system for clinical and epidemiological monitoring of diabetes mellitus (DM) in the Russian Federation (RF) was established by Endocrinology Research Centre in 1996 as part of the Federal Program "Diabetes Mellitus." The DM database (previously the registry) has become a key tool for analyzing the most important indicators of patients with DM, necessary for assessing the clinical status and the effectiveness of therapeutic strategies to improve the quality of care and make management decisions in healthcare.

**AIMS.** To analyze epidemiological and clinical-therapeutic DM indicators: prevalence, incidence, age of onset, carbohydrate metabolism control and the proportion of obese patients, changes in the structure of hypoglycemic therapy (HLT), the prevalence of diabetic complications in the Russian population of DM patients in the RF.

**MATERIALS AND METHODS.** Research object: "Database of Clinical and Epidemiological Monitoring of Diabetes Mellitus in the Russian Federation," including patients with diabetes mellitus from 89 regions of the Russian Federation (Registration Certificate No. 2020622447, <http://diaregistry.ru>), copyright holder: Endocrinology Research Centre. Data extraction date: January 1, 2026. The data are presented as of 01.01.2026 and in dynamics.

**RESULTS.** The total number of DM patients in the RF as of 01.01.2026 was 5,814,928 (3.9% of the Russian population), of which 308,605 (5.3%) had type 1 diabetes (T1DM), 5,366,995 (92.3%) had type 2 diabetes (T2DM), and 139,328 (2.4%) had other types of diabetes. Over 30 years of clinical and epidemiological monitoring in the period 1996–2025, the prevalence increased as follows: T1DM by 3.3 times from 62.0 to 205.7/100 thousand population, T2DM by 8.6 times — from 416.6 to 3569.0/100 thousand population. The incidence increased in T1DM by 1.3 times from 6.3 to 8.1/100 thousand population; in T2DM by 4 times from 55.9 to 259.8/100 thousand population. Among the causes of death, cardiovascular (CV) pathology (heart attack, stroke, heart failure, acute CV disorders) ranks first, accounting for 36.9% T1DM and 51.1% of T2DM. Life time with diabetes in the period 2010–2025 increased: T1DM 15.3→20.4 years, T2DM 10.2→11.8 years. The number of patients with the target HbA1c level <7% in 2010–2025: T1DM 24.4%→32.5%, T2DM 41.4%→48.4%. The dynamics of prevalence of the main diabetic complications in adult patients in 2010→2025 with T1DM/T2DM was: diabetic coma 2.5%→1.4%/0.15%→0.03%, neuropathy 43.8%→47.4%/22.3%→22.9%; chronic kidney disease (CKD) 21.0%→26.3%/5.1%→23.1%; diabetic retinopathy 38.5%→32.3%/17.2%→10.7%; diabetic foot syndrome 5.2%→2.9%/2.3%→1.0%; myocardial infarction 1.5%→1.1%/4.0%→3.4%; coronary heart disease (CHD) 5.1%→2.3%/14.9%→8.3%; chronic heart failure (CHF) 0.1%→0.9%/0.5%→3.8%; cerebrovascular disease 1.9%→1.3%/4.6%→4.0%; amputations 1.4%→1.3%/0.7%→0.79%. Traditional medications predominate in the structure of cardiovascular diseases in T2DM: metformin accounted for 75.7%, sulfonylureas 36.9%, and insulins 17.7%. iDPP4, iSGLT2 and arGLP1 were more often prescribed in patients with concomitant CKD, CHF, and high CV risk.

**CONCLUSIONS.** The obtained data, based on long-term dynamic clinical and epidemiological monitoring of diabetes mellitus, demonstrate the effectiveness of systematization and control the most important characteristics of diabetes on a single platform, which allows for the implementation of disease management strategies in clinical practice by optimizing the patient management algorithms.

**KEYWORDS:** diabetes mellitus (DM); the database of clinical and epidemiological monitoring of DM; prevalence; incidence; mortality; hypoglycemic therapy.

Сахарный диабет (СД) — хроническое неинфекционное заболевание (ХНИЗ), признанное социально значимой проблемой мирового масштаба вследствие эпидемических темпов прироста распространенности и колоссального экономического и социального ущерба.

Высокая частота инвалидизации и преждевременной смертности при СД послужили причиной принятия в 2006 г. Резолюции Организации Объединенных Наций (ООН), заявившей о всемирной угрозе этого заболевания [1]. За всю историю ООН это была первая резолюция, посвященная борьбе с ХНИЗ, которая поставила проблему СД на мировой уровень значимости с целью разработки государственных программ для снижения глобальных рисков, связанных с этим заболеванием [2].

Несмотря на старт мировых инициатив по предупреждению, лечению и профилактике СД и его осложнений, масштабирование распространенности СД продолжается во всех странах мира. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) прирост количества пациентов с СД с 1990 по 2022 г. составил более 400% — с 200 миллионов до 830 млн человек [3, 4]. По последним данным Международной диабетической федерации (International Diabetes Federation, IDF), в 2024 г. количество пациентов с СД в мире в возрастном диапазоне 20–79 лет достигло 588,7 млн человек, к 2050 г. ожидается дальнейший прирост не менее чем на 45% с достижением прогнозируемой численности 852,5 млн человек, что означает развитие патологии у каждого 10-го жителя

планеты [5]. Прирост расходов государств на поддержание и лечение пациентов с СД за последние 17 лет составил 338% и приблизился к 1 триллиону долларов в год [5]. Угрожающая статистика СД свидетельствует о прямой связи этого заболевания с повышением риска преждевременной смертности: каждые 9 секунд погибает один пациент с СД (3,4 млн смертей/год в мире) [5], что обуславливает глобальную значимость СД в качестве приоритета первого порядка для национальных систем здравоохранения во всем мире.

В Российской Федерации (РФ), по данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат), отмечается более чем трехкратный прирост распространенности СД с 2 млн пациентов в 2000 г. до 6,1 млн в 2025 г. [6].

В течение 30 лет ГНЦ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова» Минздрава России (ЭНЦ) осуществляет динамический клинико-эпидемиологический мониторинг СД в РФ. Старт этому направлению был дан по инициативе академика И.И. Дедова, когда в 1996 г. в ЭНЦ в рамках мер по реализации федеральной целевой программы (ФЦП) «Сахарный диабет» был организован первый Всероссийский национальный регистр СД, а в регионах РФ были созданы «опорные зоны регистра, обеспечившие передачу информации в государственный регистр федерального уровня» (Приказ №404 от 10 декабря 1996 г., рис. 1).

Цели и задачи создания регистра в качестве «инструмента оценки инфраструктуры диабетологической помощи в стране» были определены академиком И.И. Дедовым [7].

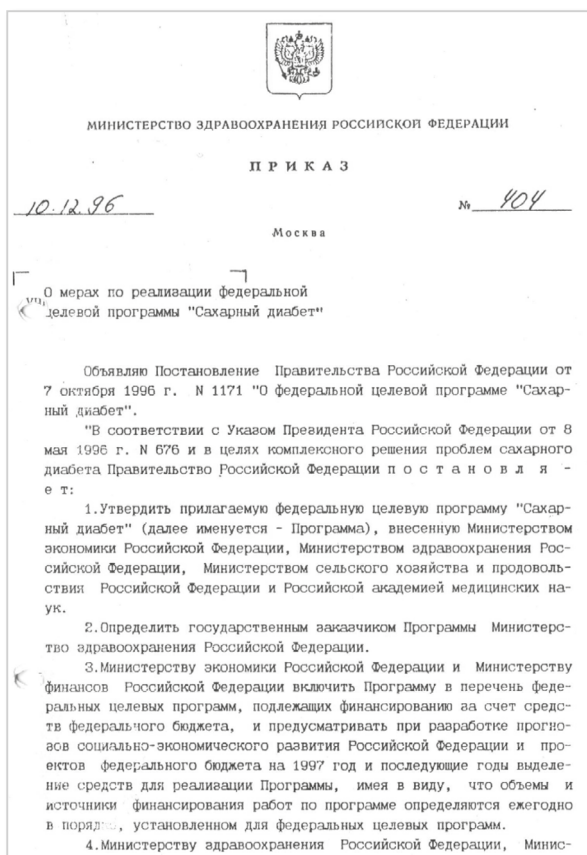
На протяжении трех десятилетий регистр прошел большой путь от работы с бумажными регистрацион-

ными картами до современных цифровых технологий и значимого расширения компетенций в качестве системы клинико-эпидемиологического мониторинга. С 2014 г. регистр был переведен в онлайн формат и трансформирован в единую информационно-аналитическую платформу с авторизованным кодом доступа и функцией дистанционной аналитики [8]. В 2022 г. Всероссийский регистр СД зарегистрирован под наименованием «База данных клинико-эпидемиологического мониторинга сахарного диабета на территории РФ» (БД СД), регистрационный номер №2020622447 (<https://www.diaregistry.ru/>). Целью системы стало повышение эффективности работы в качестве научно-аналитической платформы, позволяющей получать максимально полную информацию для анализа и мониторинга клинико-эпидемиологических и терапевтических показателей СД с целью контроля стратегических рисков заболевания и повышения качества диабетологической помощи в РФ [8–16].

Настоящая статья посвящена анализу результатов работы этого масштабного эпидемиологического и социального проекта.

## ЦЕЛЬ

Провести анализ эпидемиологических и клинико-терапевтических показателей СД: распространенности, заболеваемости, структуры причин смерти, возраста дебюта, состояния контроля углеводного обмена, частоты ожирения, распространенности диабетических осложнений и оценить динамику сахароснижающей терапии (ССТ) популяции пациентов с СД в РФ.



**Рисунок 1.** Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 404 о мерах по реализации федеральной целевой программы «Сахарный диабет».

....

**1. 1.** Организовать с 01.01.97 на базе Эндокринологического Научного центра РАМН Федеральный диабетологический центр Министерства Здравоохранения Российской Федерации

**1.4.** Создать в опорных зонах регистр больных сахарным диабетом, обеспечив передачу информации в государственный регистр федерального уровня

**6.1.** Обеспечить до 1 июля 1997 г. функционирование Государственного регистра лиц, больных сахарным диабетом, с использованием информации опорных баз регистра

## МЕТОДЫ

Объектом исследования являлась деперсонифицированная выгрузка из БД СД, регистрационный №2020622447 (<http://diaregistry.ru>), включившая пациентов с СД из 89 регионов РФ, состоящих на учете в учреждениях первичной медико-санитарной помощи на дату 01.01.2026 г.

БД СД представляет собой инструмент научно-аналитической работы с данными, используется с позиций анализа клинико-эпидемиологических трендов и не позиционируется в качестве официального статистического источника.

В настоящей статье анализ данных представлен в четырех разделах.

**1. Эпидемиологические показатели:** распространенность, заболеваемость, смертность пациентов с СД 1 и 2 типов (СД1 и СД2) представлены:

- общее количество пациентов с СД в РФ (в абсолютных значениях) — одномоментный срез на 01.01.2026 г.;
- распространенность и заболеваемость СД1 и СД2 в региональном разрезе данных — одномоментный срез на 01.01.2026 г.;
- распространенность, заболеваемость СД1 и СД2/на 100 тыс. населения в динамике за 30-летний период с 1996 г. по 2025 г. При расчете показателей на 100 тыс. населения использовались данные численности населения субъектов РФ из Федеральной службы государственной статистики (Росстат) [17];
- структура смертности по непосредственной причине смерти пациентов с СД — одномоментный срез на 01.01.2026 г.;
- средняя продолжительность жизни с СД — длительность от дебюта СД до возраста смерти пациента (лет) представлена в динамике 2010–2025 гг.;
- показатели в региональном разрезе данных — распространенность в возрастных группах (общая, дети, подростки, взрослые), заболеваемость СД1, СД2, другими типами СД — представлены на 01.01.2026 г. в абс. значениях и показателях/100 тыс. населения (приложения 1 и 2, соответственно).

**2. Клинические показатели.** Данный раздел включает:

- половозрастные характеристики пациентов с СД на момент 01.01.2026 г. с учетом выделения общего числа пациентов старшей возрастной группы  $\geq 65$  лет;
- анализ динамики возраста дебюта СД 1 и 2 в период 2010–2025 гг.;
- анализ ИМТ на 01.01.2026 г. включал взрослых пациентов  $\geq 18$  лет с указанными показателями роста, массы тела, расчетным ИМТ (СД1  $n=139\ 704$ , СД2  $n=2\ 986\ 832$ ), динамически оценивались средние значения ИМТ в период 2010–2025 гг. и распределение пациентов с СД 1 и 2 по диапазонам ИМТ согласно классификации ВОЗ:  $<18,5$  кг/м<sup>2</sup>,  $18,5$ – $24,9$  кг/м<sup>2</sup>,  $25$ – $29,9$  кг/м<sup>2</sup>,  $30$ – $34,9$  кг/м<sup>2</sup>,  $35$ – $39,9$  кг/м<sup>2</sup>,  $>40$  кг/м<sup>2</sup>;
- анализ контроля углеводного обмена: оценивалось распределение диапазонов гликированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>)  $<7\%$ ,  $7$ – $7,9\%$ ,  $8$ – $8,9\%$ ,  $\geq 9,0\%$  при СД 1 и 2 и кратность выполнения исследования HbA<sub>1c</sub> (лабораторным методом) в РФ в динамике за период 2010–2025 гг.

**3. Терапевтические показатели.** Данный раздел включает:

- анализ динамики использования классов сахароснижающих препаратов (ССП) за 10-летний период 2016–2025 гг. — с момента минимизации доли пациентов с неуказанной терапией при переходе регистра в онлайн формат, данный анализ выполнен с исключением пациентов, у которых терапия не указана;
- структура ССТ: доля (%) монотерапии, двойных и тройных комбинаций при одномоментном срезе на 01.01.2026 г.;
- динамика структуры инсулинотерапии (в долевого соотношении аналогов инсулина и рекомбинантных человеческих инсулинов (РЧИ)) представлена в возрастных группах взрослых ( $\geq 18$  лет), суммарно детей и подростков ( $<18$  лет) за период 2010–2025 гг., динамика помповой инсулинотерапии суммарно у детей и подростков ( $<18$  лет) за период 2016–2025 гг.;
- анализ доли назначений препаратов из групп агонистов рецептора глюкагоноподобного пептида 1 типа (арГПП-1), ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера-2 (иНГЛТ-2), ингибиторов дипептидилпептидазы-4 (идПП-4) у пациентов с СД2 в группах высокого сердечно-сосудистого риска (с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями (АССЗ), хронической болезнью почек (ХБП) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН)) при одномоментном срезе на 01.01.2026 г.;
- описание ключевых алгоритмов системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) в БД СД.

**4. Анализ диабетических осложнений.** Данный раздел включает:

- одномоментный срез структуры диабетических осложнений у взрослых пациентов с СД1 и СД2 на 01.01.2026 г.;
- динамику частоты диабетических осложнений у взрослых пациентов с СД1 и СД2 за период 2010–2025 гг.;
- анализ частоты терминальных стадий диабетических осложнений (слепоты, терминальной ХБП (тХБП) и ампутиаций) за период 2010–2025 гг.

### Терминология

Распространенность — показатель, оценивающий количество всех случаев заболевания, зарегистрированных в текущем календарном году, рассчитывается на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы.

Заболеваемость (первичная, по обращаемости) — показатель, оценивающий количество новых случаев заболевания, впервые зарегистрированных в текущем календарном году, рассчитывается на 100 тыс. населения соответствующей возрастной группы.

Дети — лица в возрасте до 15 лет (0– $<15$ ).

Подростки — лица в возрасте от 15 лет до 18 лет (15– $<18$ ).

Взрослые — лица старше 18 лет.

### Этическая экспертиза

Протокол исследований на основе анализа данных всероссийской когорты пациентов с СД на основе БД СД в РФ был рассмотрен локальным этическим комитетом ЭНЦ: протокол №20 от 14 декабря 2016 г., обновление — протокол №7 от 10 апреля 2024 г., принято положительное решение.

	СД 1 типа	СД 2 типа	Другие типы
Дети	41 329	565	716
Подростки	17 886	420	364
Взрослые	249 390	5 366 010	138 248
<b>Всего</b>	<b>308 605</b>	<b>5 366 995</b>	<b>139 328</b>
<b>Всего на 01.01.2026</b>	<b>5 814 928</b>		

Рисунок 2. Общая численность пациентов с сахарным диабетом в Российской Федерации на 01.01.2026 г.

Примечание. СД — сахарный диабет.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### Эпидемиологические показатели

Общая численность пациентов с СД в РФ на 01.01.2026 г. в БД СД составила 5 814 928 (3,98% населения РФ), из них СД1 — 308 605 (5,3%), СД2 — 5 366 995 (92,3%) другие типы СД — 139 328 (2,4%) (рис. 2), в том числе 20 982 женщин с гестационным СД (ГСД). Количество пациентов с впервые установленным диагнозом в 2025 г.: СД1 — 12 601 и 399 938 с СД2.

Показатели распространенности СД1 и СД2 в региональном разрезе данных на 01.01.2026 г. представлены на рис. 3 и 4.

Распространенность СД1 в РФ в среднем составила **205,7/100 тыс.** населения (рис. 3) с «географическим градиентом» распространенности с наибольшими показателями в северо-западных регионах нашей страны. Наибольшая распространенность СД1 зарегистрирована в четырех субъектах Северо-Западного федерального округа (СЗФО): Республике Карелия 389,1/100 тыс.; г. Санкт-Петербург 300,3/100 тыс.; Архангельской обл. 299,8/100 тыс.; Вологодской области 282,6/100 тыс.; а также в Луганской Народной Республике 296,5/100 тыс. и Ярославской области 283,0/100 тыс.

Распространенность СД2 в РФ в среднем составила **3569,0/100 тыс.** населения (рис. 4). Можно выделить регионы с высокой, средней и низкой распространенностью СД2. Так, в 41 субъекте показатели распространенности СД2 превышали 4000/100 тыс. населения, при этом наибольшие значения отмечались в 5 субъектах РФ: Кировской обл. 6222/100 тыс.; Республике Карелия 5949,5/100 тыс.; Ивановской обл. 5834,8/100 тыс.; Курганской обл. 5713,4/100 тыс.; Республике Коми 5374,9/100 тыс. Наименьшие показатели распространенности СД2 отмечались в 8 регионах: Республике Тыва 1660,9 /100 тыс., Кабардино-Балкарской Республике 1472,6/100 тыс., Республике Дагестан 1448,9/100 тыс., Чеченской Республике 1399,9/100 тыс., Республике Ингушетия 1373,1/100 тыс., Донецкой Народной Республике 1291,4/100 тыс., Чукотском автономном округе 627,9/100 тыс., Херсонской обл. 90,4/100 тыс. (рис. 4).

По данным литературы, описано влияние на эпидемиологические показатели СД2 различных средовых факторов, в том числе этнических, природно-климатических и социально-экономических особенностей регио-

нов, способствующих развитию СД2 и ожирения [18]. Тем не менее, выраженная вариабельность показателей распространенности СД2 обусловлена не только популяционными различиями, но и организационными аспектами диагностики пациентов с СД2, в том числе мерами, направленными на активное выявление патологии в группах риска, охватом населения диспансеризацией и профосмотрами и адекватной регистрацией этих данных.

**Распространенность:** динамика эпидемиологических показателей СД в РФ за период 1996–2025 гг. демонстрирует тенденции стабильного прироста общей распространенности обоих типов СД: СД1 в 3,3 раза от 62,0/100 тыс. населения до 205,7/100 тыс. населения, СД2 в 8,6 раза — от 416,6/100 тыс. населения до 3569,0/100 тыс. населения (рис. 5, А).

**Заболеваемость:** в анализируемый период показатели первичной заболеваемости увеличились при обоих типах СД: СД1 в 1,3 раза от 6,3/100 тыс. населения в 1996 г. до 8,1/100 тыс. населения в 2025 г.; СД2 в 4 раза от 55,9 до 259,8/100 тыс. населения, соответственно. Однако при СД1 в последние годы фиксируется тенденция к снижению заболеваемости после длительного периода плато, когда в течение 10-ти лет (с 2010 г. по 2019 г.) показатель находился в диапазоне 12,9–13,5/100 тыс. населения, с 2020 г. отмечается снижение от 12,5/100 тыс. населения до 8,1/100 тыс. населения в 2025 г. (рис. 5, Б).

### Структура смертности пациентов с СД1 и СД2

При интерпретации данных этого раздела следует учитывать различия в подходах к регистрации причин смерти в БД СД и системе Росстат. В БД СД регистрируется непосредственная причина смерти пациентов с СД, что позволяет проводить анализ структуры причин смерти с выделением конкретного заболевания/группы заболеваний (рис. 6). Росстат осуществляет учет по первоначальной причине смерти, которая аккумулирует различные причины в одну группу, и при наличии у пациента СД фиксируется как смертность вследствие «сахарного диабета» при различных непосредственных причинах смерти, в том числе вследствие болезней системы кровообращения (БСК) [19, 20].

При анализе данных, полученных о смертности в БД СД, необходимо помнить об ограничениях, связанных с тем, что БД СД не является официальным статистическим источником, а именно: заполнение данного раздела не является строго обязательным, информация заполняется врачами на местах самостоятельно и не верифицируется, то есть отсутствует обязательная передача данных о смерти из системы ЗАГС с точной формулировкой медицинских свидетельств о смерти; заполнение раздела происходит в отсроченном формате после получения данных о смерти. Таким образом, раздел смертности БД СД может содержать неполные сведения и отражает аналитический срез причин смерти пациентов с СД (по непосредственной причине) среди пациентов с указанными данными.

Так, в 2025 г. в БД СД зарегистрировано 135 381 случаев смерти пациентов с СД, из них:

- с СД1 — 3 408 человек, что составило 2,3/100 тыс. населения;
- с СД2 — 131 973 человека, что составило 87,8/100 тыс. населения.

Диапазон

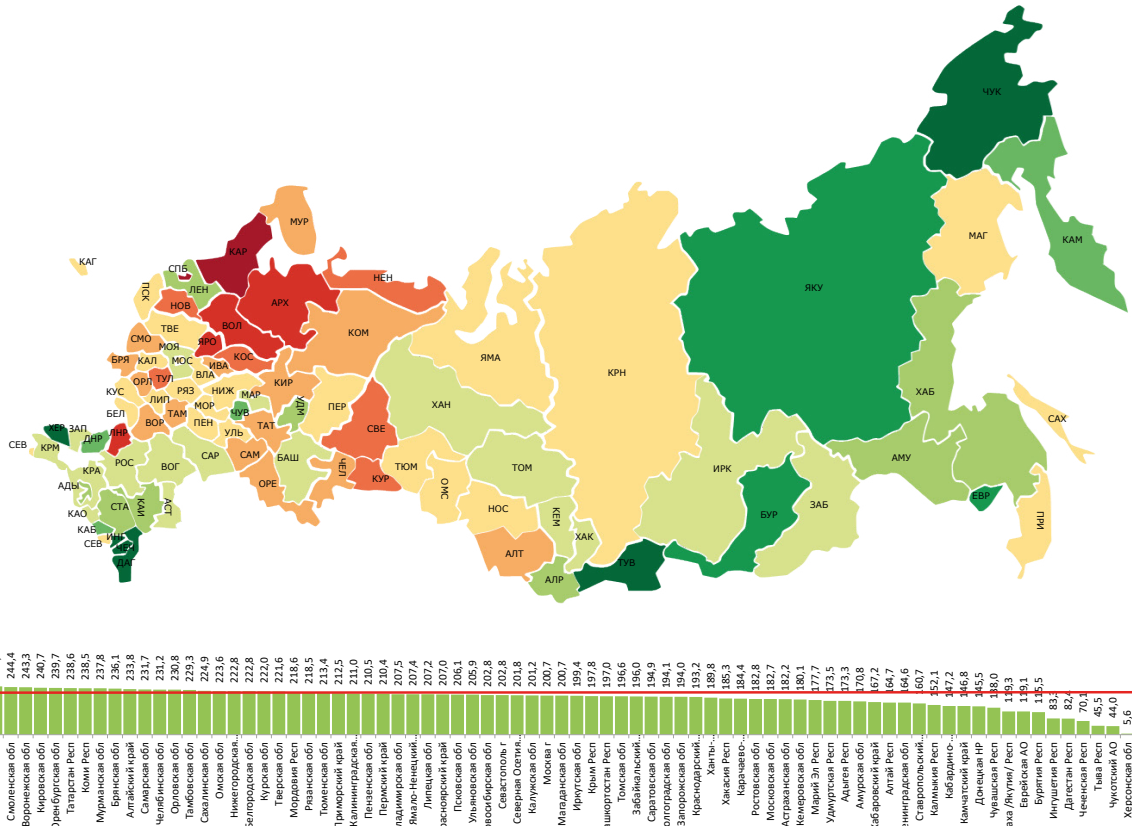
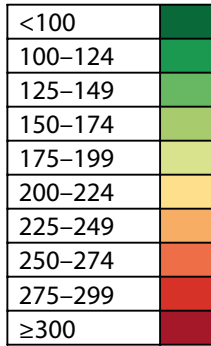


Рисунок 3. Распространенность сахарного диабета 1 типа на 100 тыс. населения, 89 регионов Российской Федерации, 01.01.2026 г.

Диапазон

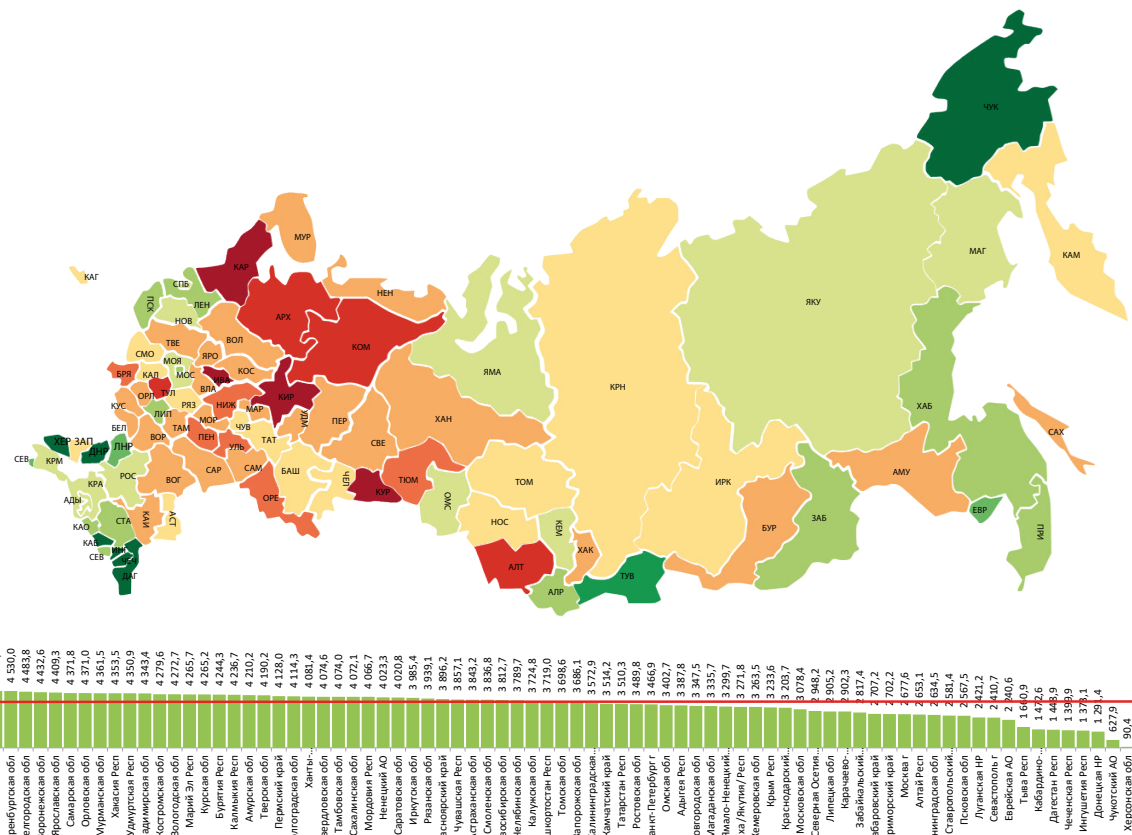
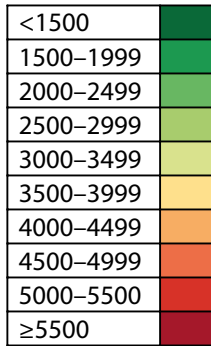
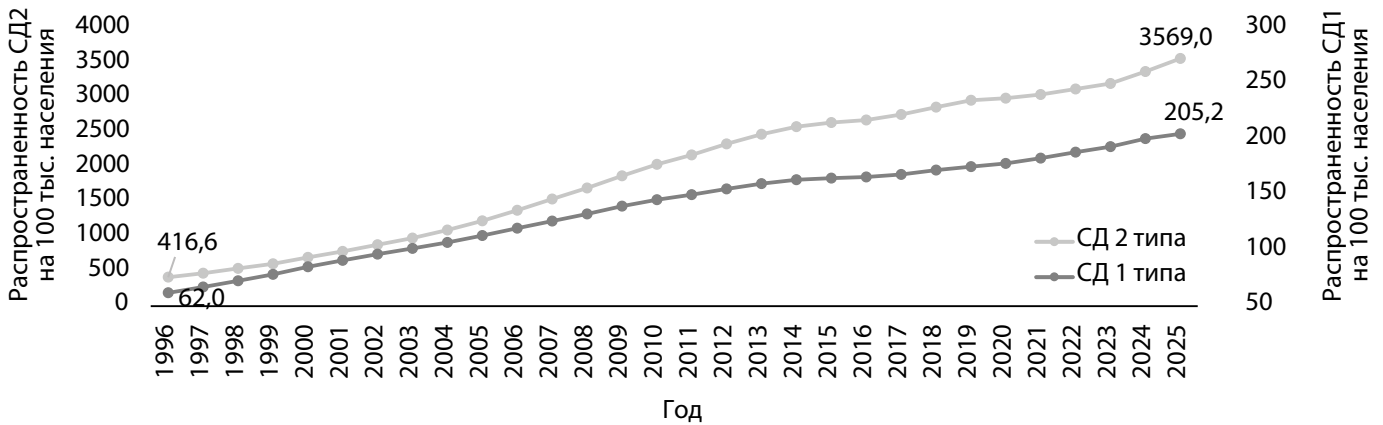


Рисунок 4. Распространенность сахарного диабета 2 типа на 100 тыс. населения, 89 регионов Российской Федерации, 01.01.2026 г.

**А** **Распространенность**



**Б** **Заболеваемость**

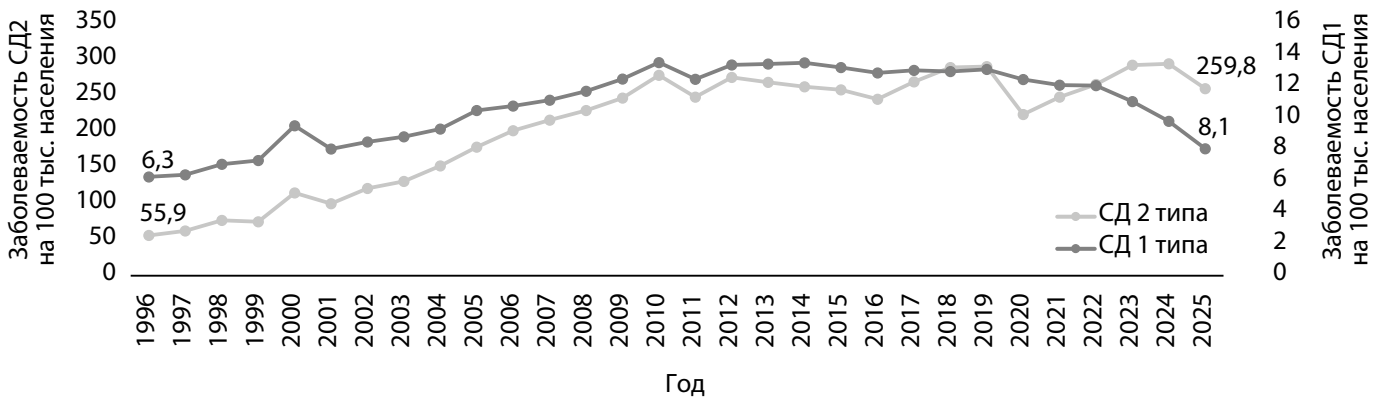


Рисунок 5. Динамика распространенности (А), заболеваемости (Б) у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов, значение показателей на 100 тысяч населения в динамике 1996–2025 гг.

Примечание. СД — сахарный диабет; СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.

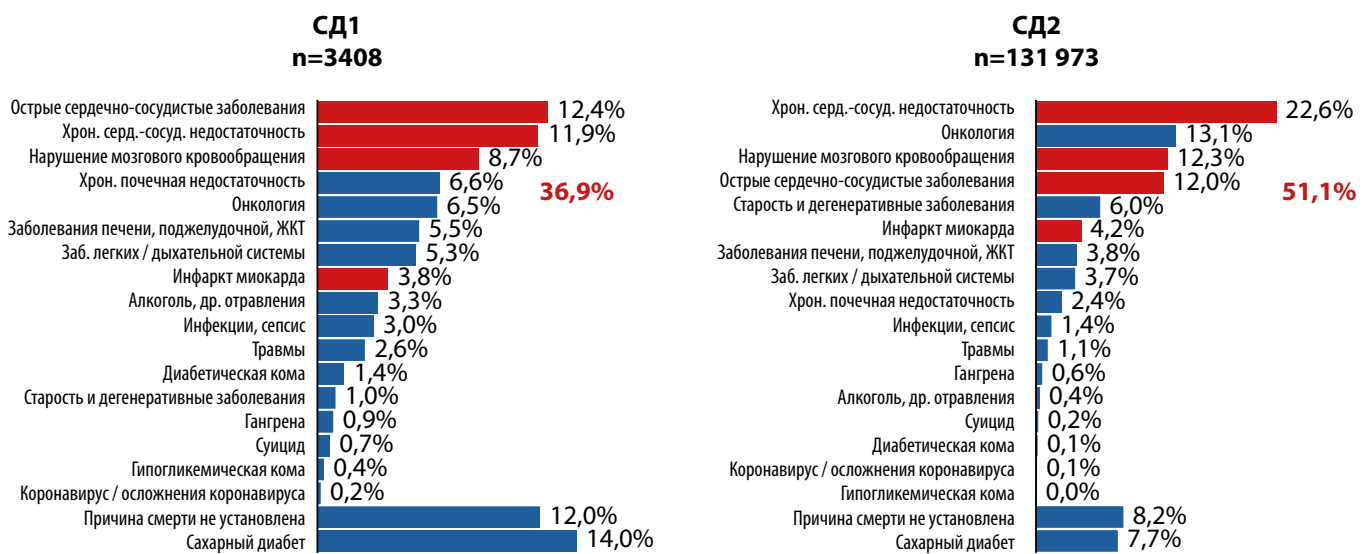


Рисунок 6. Структура смертности пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов в Российской Федерации (по непосредственной причине смерти), данные «Базы данных клинико-эпидемиологического мониторинга сахарного диабета на территории Российской Федерации» на 01.01.2026 г.

Примечание. Сердечно-сосудистая патология отмечена красным цветом, другие причины — синим. ЖКТ — желудочно-кишечный тракт; СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа..

Согласно данным БД СД, доля пациентов, умерших вследствие диабетических причин, в 2025 г. составила: от диабетической комы при СД1 — 1,4%, при СД2 — 0,1%, вследствие гангрены при СД1 — 0,9%, при СД2 — 0,6%, вследствие тХБП: при СД1 — 6,6%, при СД2 — 2,4% (рис. 6). Таким образом, доля умерших вследствие причин, связанных с острой метаболической декомпенсацией и терминальными стадиями хронических диабетических осложнений (то есть непосредственно обусловленных СД) суммарно составила при СД1 — 9,2%; при СД2 — 3,2%, что значительно ниже доли недиабетических причин в кумулятивной структуре смертности.

Наиболее частой непосредственной причиной смерти пациентов с СД в РФ продолжают оставаться сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — 36,9% у пациентов с СД1 и 51,1% пациентов с СД2. Ведущие позиции в структуре СС смертности занимают ХСН — 11,9% при СД1 и 22,6% при СД2, далее следуют острые СС события (нарушения ритма, тромбоэмболия легочной артерии, тромбозы, внезапная сердечно-сосудистая смерть, кардиогенный шок, отек мозга) — 12,4% при СД1 и 12,0% при СД2, далее нарушения мозгового кровообращения — 8,7% при СД1 и 12,3% при СД2, доля инфаркта миокарда (ИМ) в структуре причин смерти составила 3,8% при СД1 и 4,2% при СД2 (рис. 6).

Среди причин смерти, непосредственно не связанных с СД, второе место после БСК занимает онкологическая патология — при СД1 — 6,5%; при СД2 — 13,1%. При СД1 в 5,5% в качестве причины смерти указаны заболевания печени, поджелудочной железы, желудочно-кишечного тракта и в 5,3% заболевания легких/дыхательной системы, при СД2 в 6,0% случаев в качестве причины смерти указаны старость и дегенеративные заболевания (рис. 6). В последнее время возникает тенденция необоснованного расширения использования диагноза «старость» в медицинских свидетельствах о смерти (МСС), когда пациенты пожилого и старческого возраста умирают дома без обращения за медицинской помощью. «Старость» (R54) — это состояние, относящееся к классу XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках». В соответствии с правилом выбора причины смерти данное состояние не может быть выбрано в качестве первоначальной причины смерти при наличии любого состояния, классифицированного в других рубриках (МКБ-10, том 2, стр. 46–47).

**Показатель продолжительности жизни с заболеванием — от момента дебюта СД до возраста смерти пациента** — является ключевым оценочным критерием, отражающим качество оказания медицинской помощи в долгосрочной перспективе. Следует отметить стабильные положительные тенденции значимого увеличения продолжительности жизни с заболеванием в динамике 2010–2025 гг. при обоих типах СД: при СД1 прирост у мужчин — на 4,8 года (от 13,6 до 18,4 лет), у женщин — на 6,5 года (от 17,6 до 24,1 года), суммарно — на 5,1 года (от 15,3 до 20,4 года); при СД2 прирост у мужчин — на 1,3 года (от 8,5 до 9,8 года), у женщин — на 2,1 года (от 10,9 до 13,0 лет), суммарно — на 1,6 года (от 10,2

до 11,8 года) (рис. 7), что может отражать эффективность мер по совершенствованию диабетологической помощи в РФ.

#### Клинические показатели

##### Половозрастные характеристики пациентов с СД в РФ

**Пол.** Распределение по полу среди пациентов с СД в РФ представлено на рис. 8. При СД1 отмечается сопоставимое соотношение полов: 46,1% женщин и 53,9% мужчин, при СД2 в гендерном составе сохраняется преобладающая доля женщин: 67,5% женщин и 32,5% мужчин (рис. 8).

**Возраст.** При СД1 наибольшая доля пациентов приходится на следующие возрастные диапазоны: 10–19 лет, в котором находится 17,2% мужчин и 18,3% женщин с СД1; второй пик приходится на возраст 35–44 года, в котором находится практически четверть мужчин с СД1 (24,2%) и 20,9% всех женщин с СД1. При СД2 в распределении по возрасту отмечается постепенное увеличение доли пациентов с возраста 35–40 лет с пиком распространенности в 65–74 года (36,9% мужчин и 40,8% женщин) (рис. 8).

Доля старшей возрастной группы (в возрасте ≥65 лет) при СД1 составила 8% (23 681 пациента), при СД2 — 65% (3 496 192 пациента) (рис. 8). Подробный анализ клинико-эпидемиологических показателей СД у лиц старшего возраста (≥65 лет) с оценкой контроля углеводного обмена, частоты диабетических осложнений и структуры ССТ в РФ по данным БД СД был опубликован в 2024 г. [21].

##### Анализ возраста дебюта заболевания

При анализе возрастных параметров дебюта СД установлено, что при СД1 отмечается стабильное снижение среднего возраста дебюта за период 2010–2025 гг. на 5,1 года (от 26 лет до 20,9 лет), у женщин — на 5,3 года (от 25,3 до 20 лет), у мужчин — на 5 лет (от 26,6 до 21,6 лет) (рис. 9). Эти данные согласуются с тенденциями заболеваемости СД1 по данным ЦНИИОИЗ, показавших перераспределение возрастного диапазона пациентов с впервые выявленным СД1 в последние годы. Так, количество пациентов с дебютом СД1 старше 18 лет за период 2010–2024 гг. уменьшилось от 17 023 до 13 631 человека, в то время как количество детей, заболевших в возрасте до 14 лет, увеличилось в 2,2 раза — от 2911 до 6413 человек (13,5/100 тыс. до 25,5/тыс населения) [6].

И напротив, вопреки сложившемуся в последние годы мнению, что СД2 «молодеет», анализ БД СД показывает, что средний возраст дебюта СД2 в РФ постепенно увеличивается: от 59,4 года в 2010 г. до 61,7 года в 2025 г. (прирост 2,2 года), при этом у женщин прирост составил 2,6 года (от 60,5 до 63,1 года), у мужчин — 2,5 года (от 57 до 59,5 года). Следует отметить, что в целом средний возраст дебюта СД2 у женщин выше, чем у мужчин на 3,6 года (рис. 9). Безусловно, возраст в котором диагностируется СД2, не всегда совпадает с истинной датой дебюта заболевания, что следует учитывать при формировании когорт риска для планирования программ активного скрининга СД2.

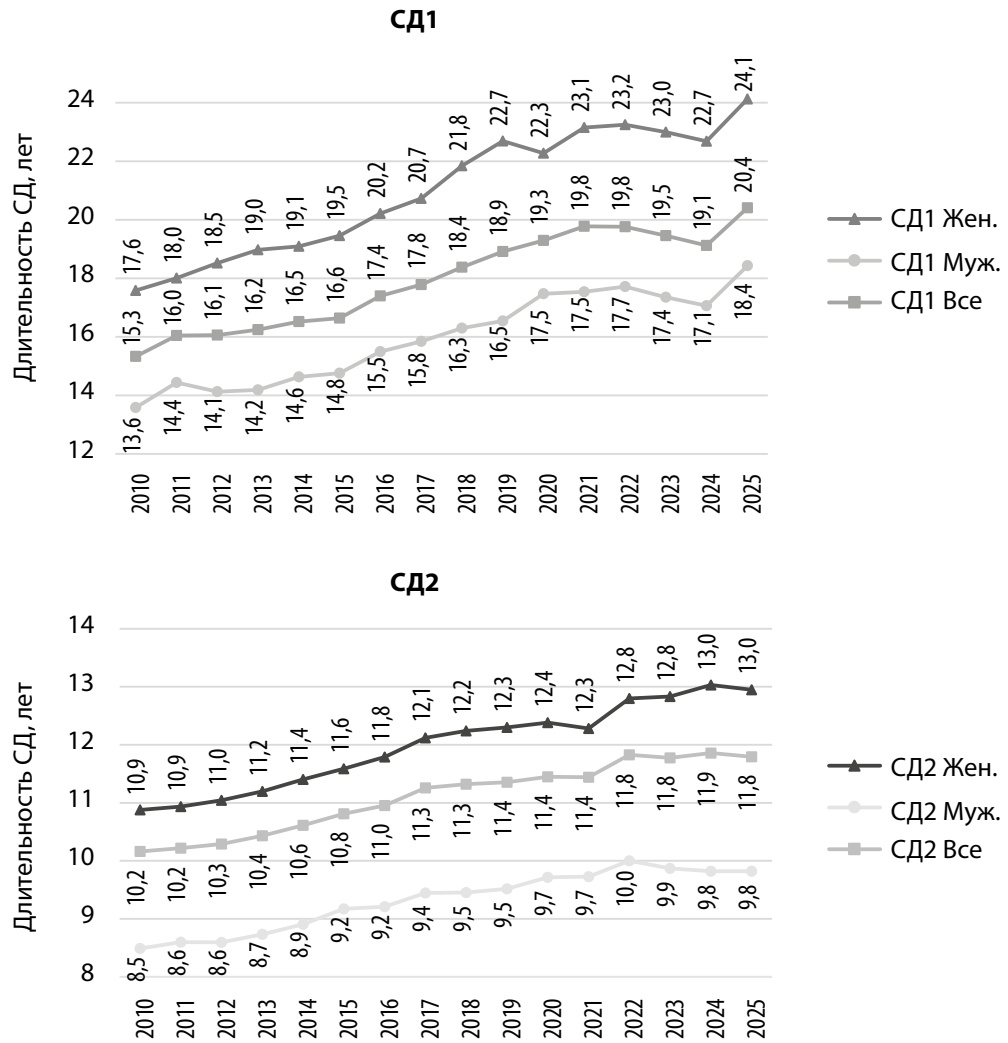


Рисунок 7. Средняя длительность сахарного диабета от дебюта заболевания до возраста смерти (продолжительность жизни с заболеванием) у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов, 2010–2025 гг.

Примечание. СД — сахарный диабет; СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.

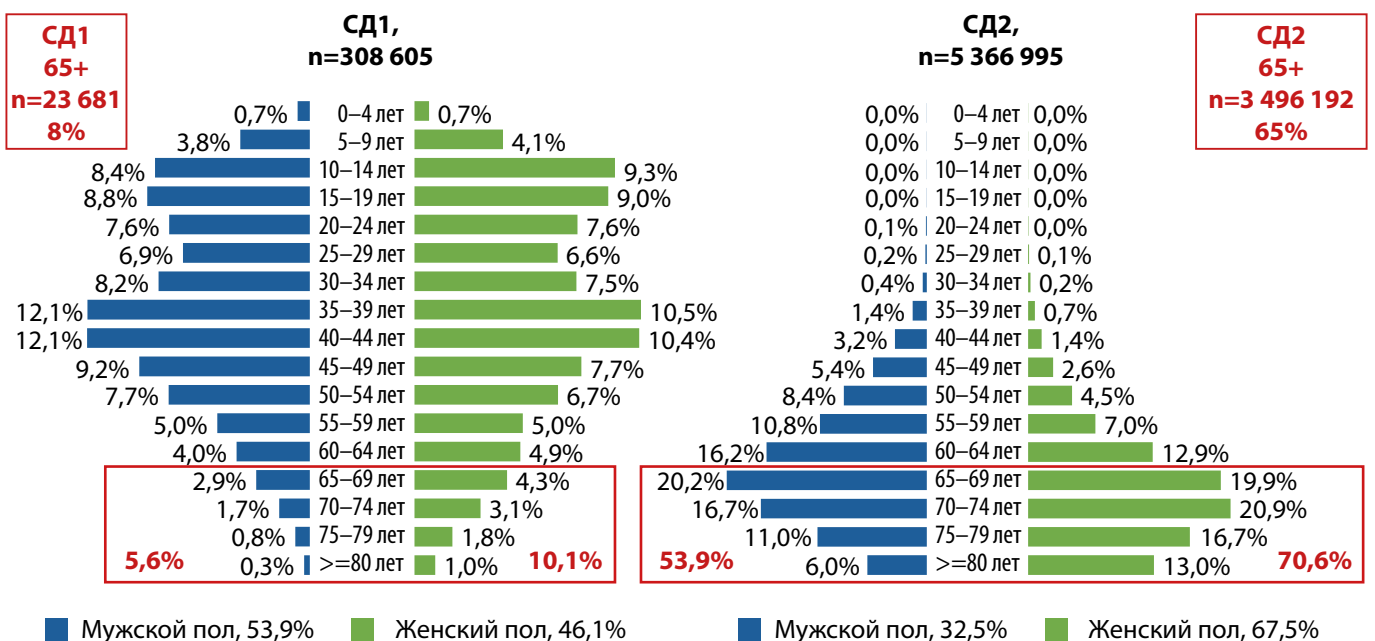


Рисунок 8. Половозрастные характеристики пациентов с сахарным диабетом в Российской Федерации, 01.01.2026.

Примечание. СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.

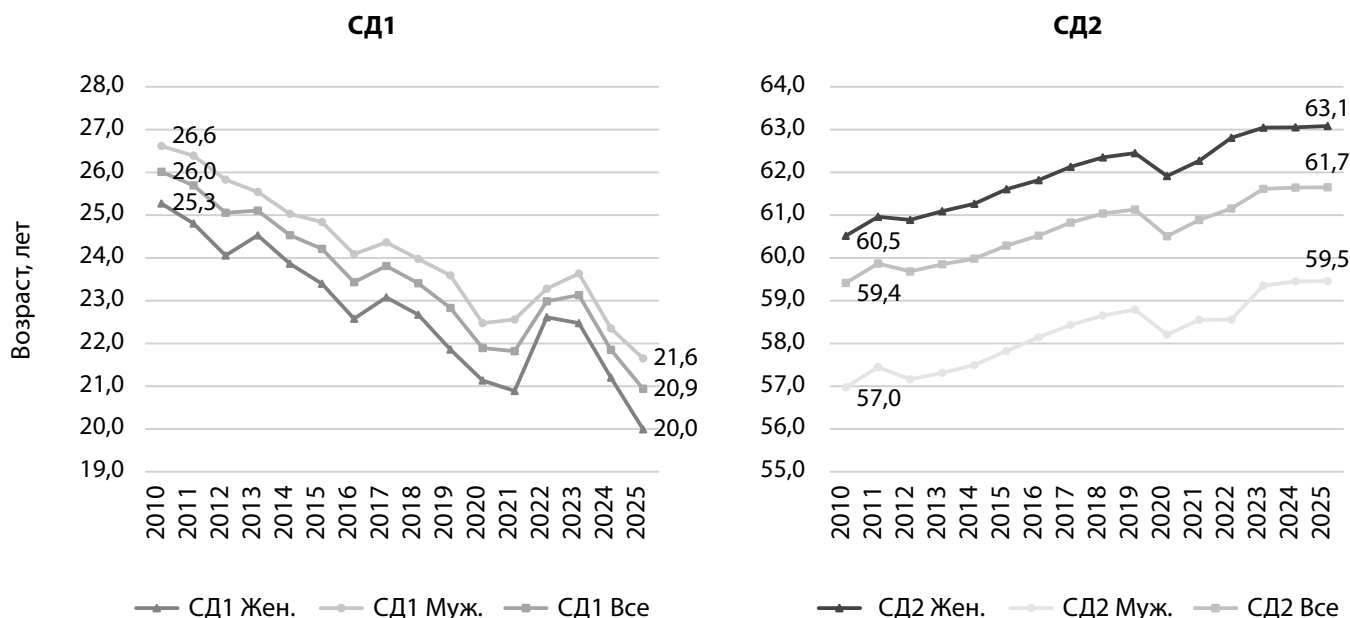


Рисунок 9. Средний возраст дебюта сахарного диабета 1 и 2 типов в Российской Федерации в динамике 2010–2025 гг.

Примечание. СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.

#### Анализ ИМТ у пациентов с СД 1 и 2 типов

Ожирение является фактором развития и прогрессирования нарушений углеводного обмена, многократно увеличивая риски ССЗ и поражения других органов-мишеней при СД. В последние годы отмечен рост распространенности избыточной массы тела и ожирения у пациентов с СД1, что определило появление нового термина «двойной диабет», который характеризует развитие у пациентов с СД1 классических признаков СД2 — ожирения и инсулинорезистентности (ИР).

По данным анализа БД СД распространенность избыточной массы тела и ожирения (ИМТ 25+) за период 2010–2025 гг. среди взрослых с СД1 увеличилась в 1,15 раза — от 40% до 46%. Динамика распределения диапазонов ИМТ в течение изученного периода: доля пациентов с ИМТ < 18,5 кг/м<sup>2</sup> увеличилась от 3,7 до 3,9%, с ИМТ 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup> снизилась от 56 до 50%, с ИМТ 25–29,9 кг/м<sup>2</sup> увеличилась от 28 до 32%, с ИМТ 30–34,9 кг/м<sup>2</sup> — от 9 до 11%, с ИМТ 35–39,9 кг/м<sup>2</sup> — от 2,0 до 2,3%, доля пациентов с морбидным ожирением с ИМТ > 40 кг/м<sup>2</sup> уменьшилась от 1,2 до 0,6%. По уровню средних показателей ИМТ у взрослых пациентов с СД1 изменения были выражены в меньшей степени 24,9–25,1 кг/м<sup>2</sup> (рис. 10).

В когорте пациентов с СД2 отмечалось увеличение среднего значения ИМТ от 31,3 кг/м<sup>2</sup> в 2010 г. до 32 кг/м<sup>2</sup> в 2025 г. Доля лиц с ожирением (ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>) в 2025 г. при СД2 суммарно составила 60% (+6% с 2010г.), из них ожирение I степени — 34%, ожирение II степени — 17%, морбидное ожирение (ИМТ > 40 кг/м<sup>2</sup>) — 9%; доля лиц с избыточной массой тела составила 31%; доля лиц с нормальной массой тела при СД2 была наименьшей и составила 9%, что обосновывает приоритет терапевтических стратегий, направленных на снижение массы тела, как с позиций медикаментозной терапии, так и комплексных программ по изменению образа жизни.

#### Анализ показателей контроля углеводного обмена (HbA<sub>1c</sub>)

HbA<sub>1c</sub> является основным показателем для оценки компенсации СД, ключевым маркером эффективности проводимой терапии, а также служит прогностическим критерием верификации риска развития микро- и макрососудистых осложнений для определения долгосрочного прогноза пациентов с СД [22]. С развитием технологий и внедрением в повсеместную практику систем непрерывного мониторинга гликемии стали доступны дополнительные параметры оценки контроля СД. Достижение дополнительных целей контроля вариабельности гликемии и увеличения времени нахождения в целевом диапазоне имеют дополнительные преимущества снижения ассоциированных с СД рисков. Однако для ежедневной клинической практики HbA<sub>1c</sub> остается универсальным параметром качества контроля углеводного обмена у пациентов с СД. При этом исследование должно быть выполнено с использованием метода, сертифицированного в соответствии с National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) или International Federation of Clinical Chemists (IFCC) и стандартизованного в соответствии с референсными значениями, принятыми в Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) [23]. Для большинства пациентов с СД HbA<sub>1c</sub> < 7,0% является достаточным для достижения основной цели — снижения риска развития и прогрессирования диабетических осложнений.

В анализируемом периоде 2010–2025 гг. продолжались положительные тенденции по увеличению доли пациентов, достигающих целевого контроля HbA<sub>1c</sub> < 7% при обоих типах СД: при СД1 — от 24,4 до 32,5%, при СД2 — от 41,4 до 48,4%. Доля пациентов с субоптимальным уровнем HbA<sub>1c</sub> 7–7,9% также увеличилась: при СД1 от 26,4 до 30,0%, при СД2 от 30,7 до 31,9%; при этом уменьшилась доля пациентов с выраженной декомпенсацией СД с уровнем HbA<sub>1c</sub> ≥ 9%: при СД1 от 29,4 до 22,2%, при СД2 от 13,8 до 10,0% и с уровнем HbA<sub>1c</sub> в диапазоне 8,0–8,9%: при СД1 от 19,8 до 15,3%, при СД2 от 14,1 до 9,7% (рис. 11).

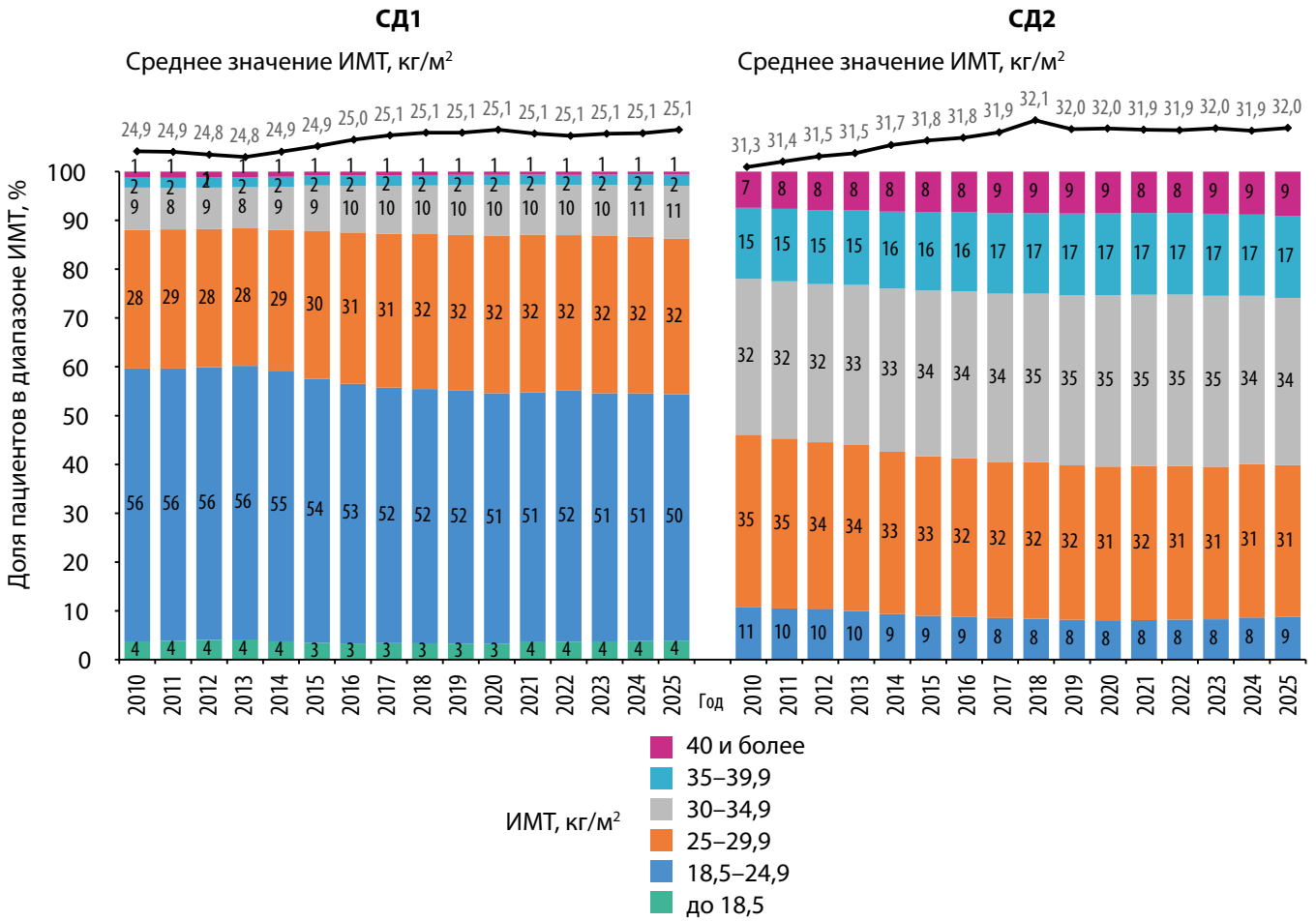


Рисунок 10. Динамика средних значений индекса массы тела и распределения по диапазонам индекса массы тела у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов, 89 регионов Российской Федерации 2010–2025 гг.

Примечание. ИМТ — индекс массы тела; СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.

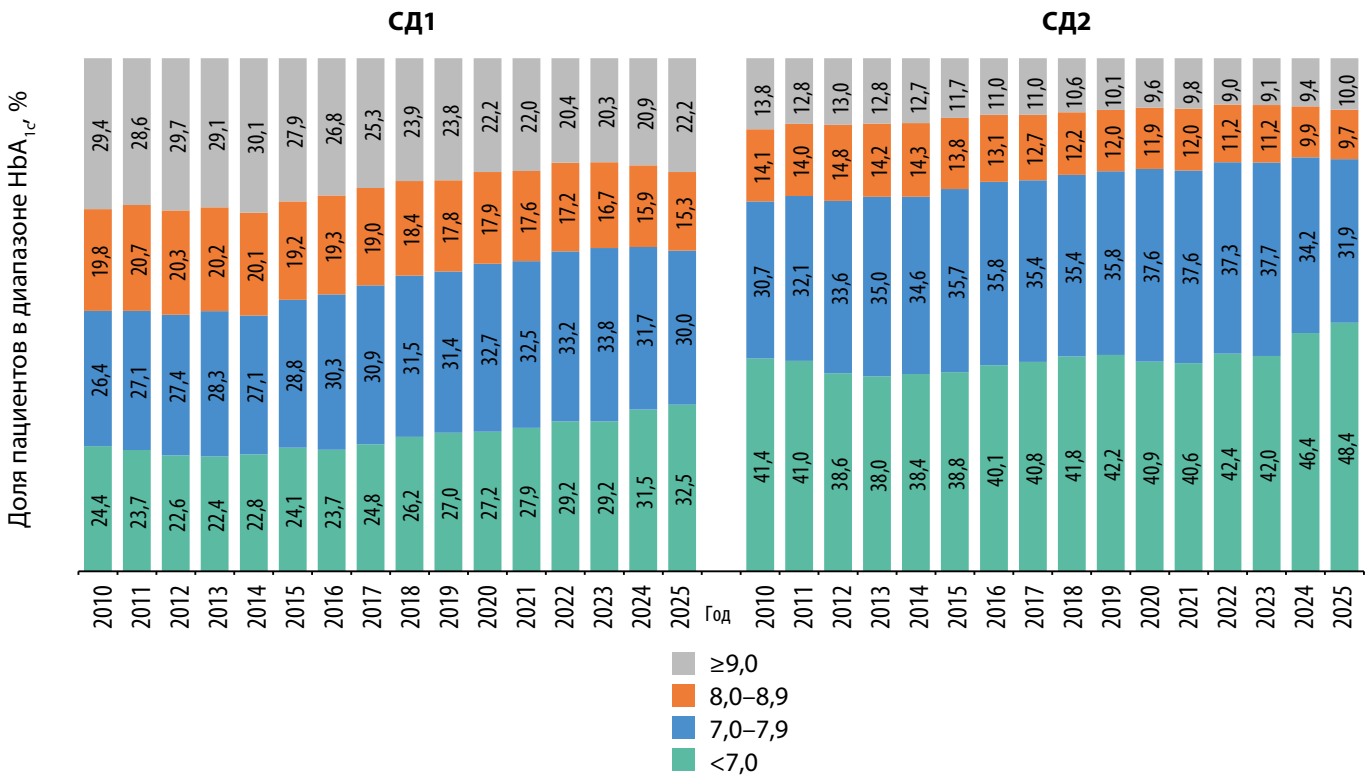
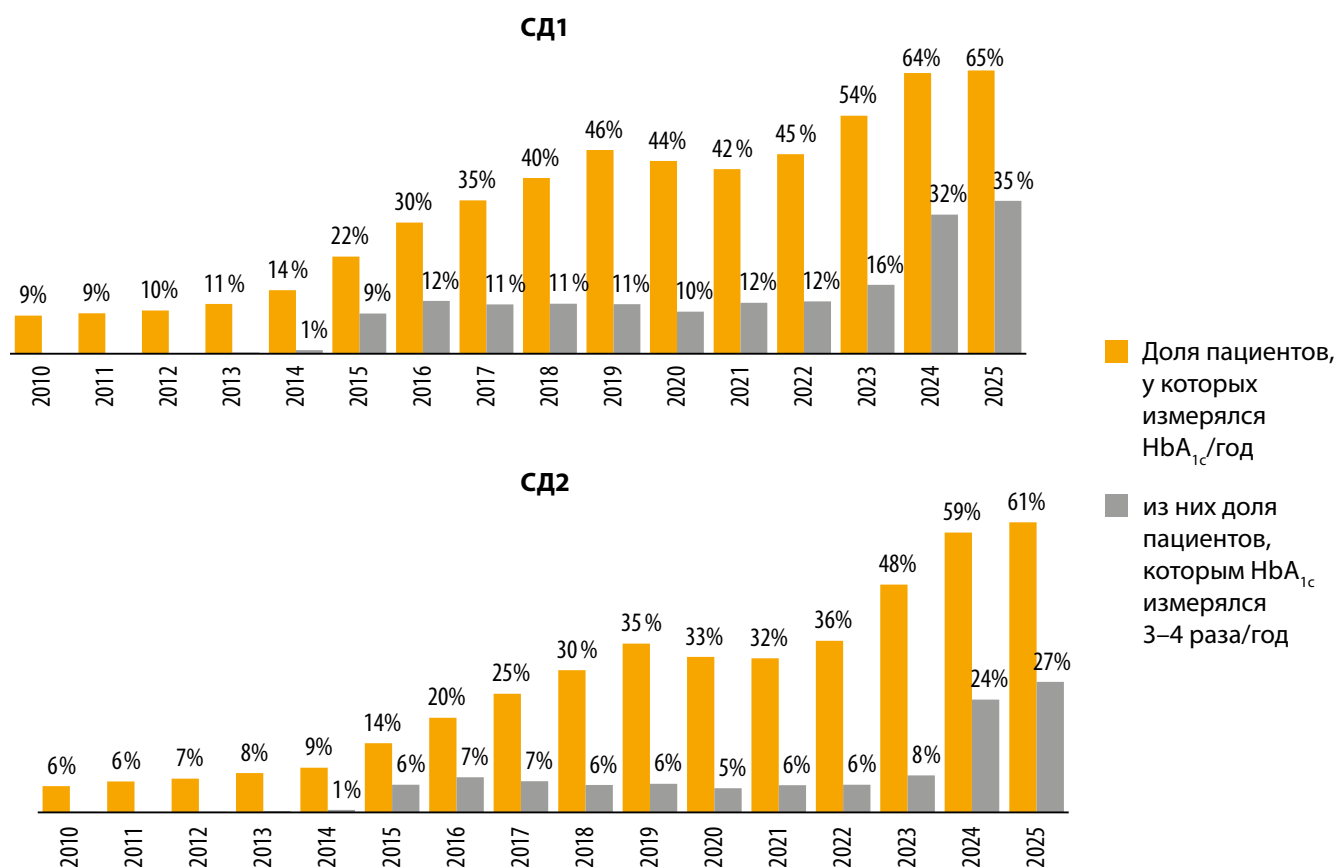


Рисунок 11. Динамика диапазонов распределения по уровню гликированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>) у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов, 89 регионов Российской Федерации, все возрастные группы, 2010–2025 гг.

Примечание. HbA<sub>1c</sub> — гликированный гемоглобин; СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.



**Рисунок 12.** Охват и кратность измерений гликированного гемоглобина у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов, 89 регионов Российской Федерации, все возрастные группы, 2010–2025 гг.

**Примечание.** HbA<sub>1c</sub> — гликированный гемоглобин; СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.

Регулярный мониторинг HbA<sub>1c</sub> должен проводиться с целью оценки эффективности ССТ и своевременного принятия решения о необходимости ее интенсификации. При анализе сведений о частоте исследования HbA<sub>1c</sub> надлежательная кратность измерений 3–4 раза в год достигается лишь в 35% случаев при СД1 и 27% при СД2, у подавляющего большинства показатель представлен один раз в год — 65% пациентов с СД1 и 61% с СД2 (рис. 12). При клинико-эпидемиологическом обследовании референсных выборок пациентов с СД в Диамобиле, когда выполняется стандарт диагностики с оценкой HbA<sub>1c</sub> у 100% пациентов, доля пациентов с целевым уровнем контроля ниже, чем по данным БД СД. Так, целевой показатель (HbA<sub>1c</sub> < 7,0%) определяется у 11,7–13,7% пациентов с СД1 и 25–28% пациентов с СД2 [24], что подчеркивает необходимость увеличения охвата пациентов с СД исследованием уровня HbA<sub>1c</sub> для оценки реальной клинической ситуации.

#### Терапевтические показатели

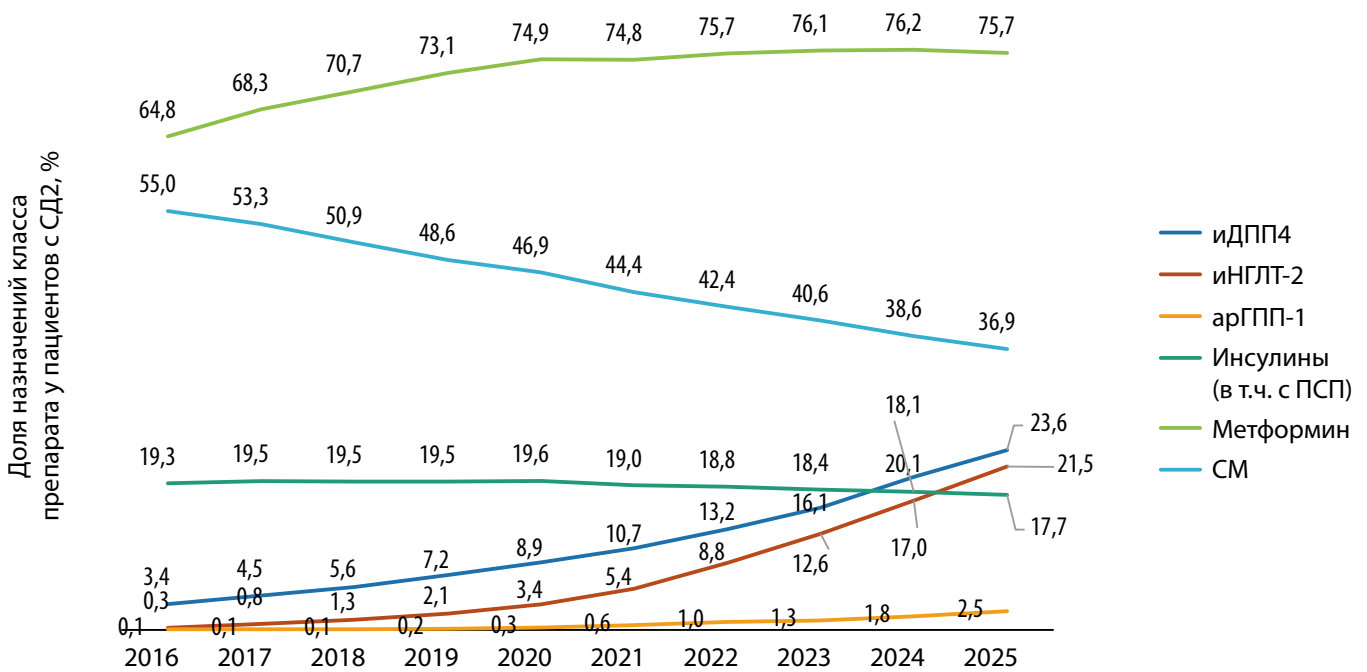
##### Анализ структуры медикаментозной терапии сахарного диабета

В связи с техническими особенностями ввода данных ССТ в БД СД, анализ данного раздела выполняется с момента перехода в онлайн формат [8], позволившего оценивать изменения назначаемых ССП в режиме реального времени.

Структура медикаментозной ССТ при СД2 с оценкой динамики соотношения доли назначений различных

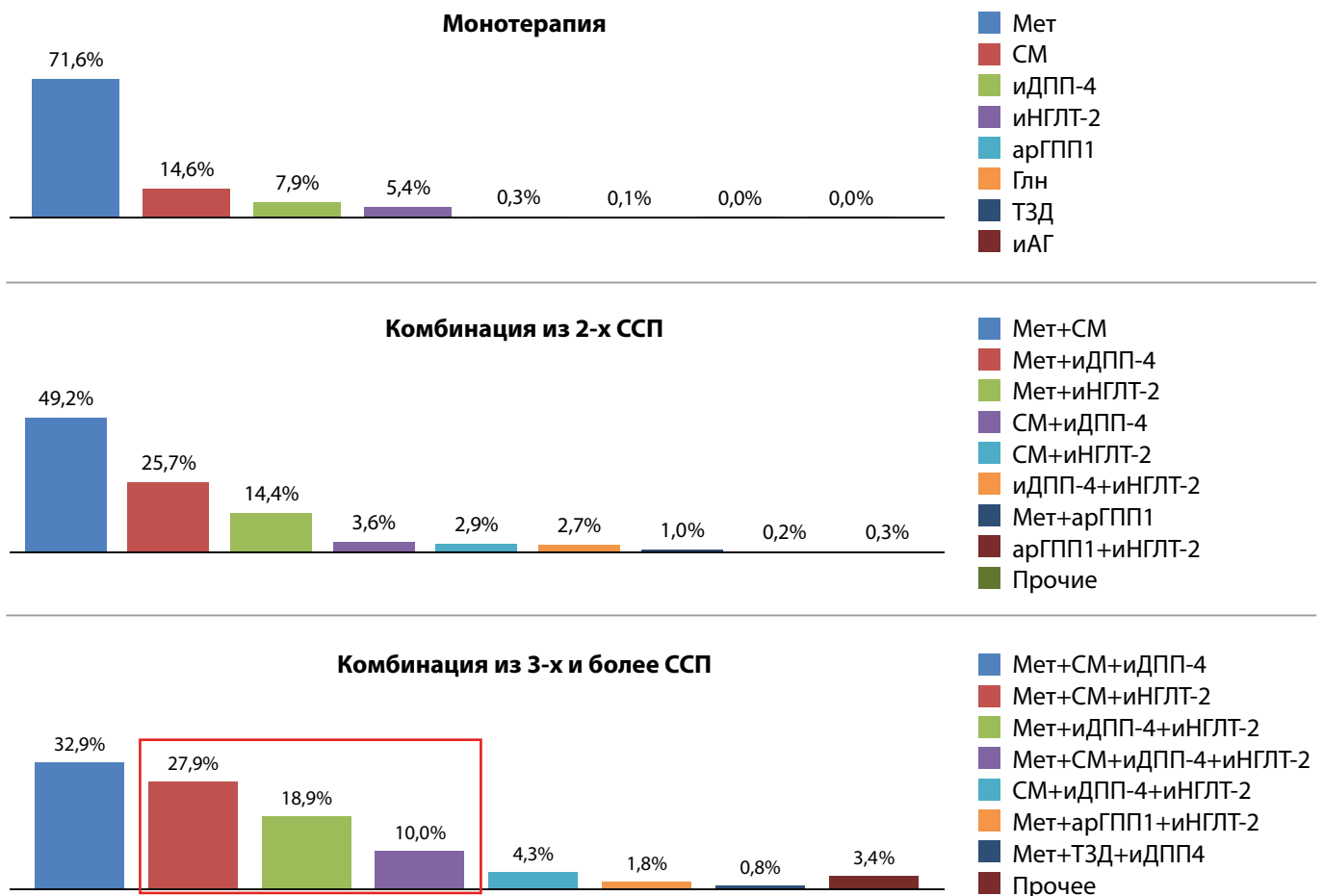
классов ССП за период с 2016 по 2025 гг. представлена на рисунке 13. В данный период отмечается увеличение доли метформина (Мет) на 10,9% (от 64,8 до 75,7%), снижение использования препаратов сульфонилмочевины (СМ) на 18,1% (от 55 до 36,9%), тенденция к снижению доли инсулинотерапии от 19,3% в 2016 г. до 17,7% в 2025 г. Среди новых классов ССП наиболее заметно увеличилась доля иДПП-4 — на 20,2% (от 3,4 до 23,6%) и иНГЛТ-2 — на 21,2% (от 0,3 до 21,5%), доля аргПП-1 возросла до 2,5% (рис. 13).

При анализе распределения различных классов ССП в составе монотерапии, двойных и тройных комбинаций отмечено сохранение тенденций преимущественного назначения традиционных ССП в монотерапии в качестве старта ССТ: Мет — 71,6%, препараты СМ — 14,6%, в то время как другие классы препаратов назначаются в монотерапии в значимо меньшем количестве: иДПП-4 — 7,9%, иНГЛТ-2 — 5,4%, аргПП-1 — 0,3% (рис. 14). В структуре двойных комбинаций наибольшая доля назначений также приходится на сочетание традиционных ССП — Мет+СМ (49,2%), другие двойные комбинации представлены в следующем соотношении: Мет+иДПП-4 — 25,7%, Мет+иНГЛТ-2 — 14,4%, СМ+иДПП-4 — 3,6%, СМ+иНГЛТ-2 — 2,9%, иДПП-4+иНГЛТ-2 — 2,7%, Мет+аргПП-1 — 1,0%; наиболее частые комбинации 3х и более ССП составили: Мет+СМ+иДПП-4 — 32,9%, Мет+СМ+иНГЛТ-2 — 27,9%, Мет+иДПП-4+иНГЛТ-2 — 18,9%, Мет+СМ+иДПП-4+иНГЛТ-2 — 10,0% (рис. 14).



**Рисунок 13.** Динамика назначения различных классов сахароснижающих препаратов при сахарном диабете 2 типа в Российской Федерации, 2016–2025 гг.

**Примечание.** СД2 — сахарный диабет 2 типа; СМ — препараты сульфонилмочевины; ПСП — пероральные сахароснижающие препараты; ИДПП-4 — ингибиторы дипептидилпептидазы-4; ИНГЛТ-2 — ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера-2; арГПП-1 — агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 типа.



**Рисунок 14.** Структура сахароснижающей терапии (в составе монотерапии, двойных и тройных комбинаций) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа при одномоментном срезе на 01.01.2026 г. в Российской Федерации.

**Примечание.** Мет — метформин; СМ — препараты сульфонилмочевины; ИДПП-4 — ингибиторы дипептидилпептидазы-4; ИНГЛТ-2 — ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера-2; арГПП-1 — агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 типа, Глн — глиниды; ССП — сахароснижающие препараты; ТЗД — Тиазолидиндионы (глитазоны).

**Анализ инсулинотерапии при сахарном диабете**

При анализе динамики назначений различных видов инсулинов отмечено, что в РФ в период 2010–2025 гг. продолжается увеличение доли аналогов инсулина человека, прирост которых составил при СД1 +46,7% (от 42,5 до 89,2%), при СД2 — +39,1% (от 29,7 до 68,9%) и уменьшение доли РЧИ при СД1 — на 38,6% от 45,2 до 6,6%, при СД2 — на 39,8% от 65,2 до 25,4% (рис. 15).

Доля назначений аналогов инсулина в группе детей и подростков (возраст до 18 лет) при СД1 увеличилась от 74,7 до 98,8% (рис. 16); отмечена положительная динамика применения помповой инсулинотерапии: с 2016 г. прирост составил 12% (от 14 до 26%), в абсолютных значениях — увеличение от 4549 до 15 270 человек (рис. 16), продолжается позитивная тенденция по увеличению охвата детей и подростков самыми современными видами инсулинотерапии.

**Анализ ССТ с выделением доминирующей клинической проблемы (АССЗ, ХСН и ХБП) у пациентов с СД2**

В последние годы в клинической практике терапии СД2 активно реализуется концепция болезнь-модифицирующего подхода при выборе ССТ с приоритетом назначения препаратов, доказавших преимущества снижения СС и ренальных рисков. «У пациентов с указаниями на высокий риск АССЗ или наличие АССЗ, ХСН, ХБП включение в схему лечения средств с подтвержденными преимуществами при этих состояниях способно повлиять на твердые конечные точки в жизни пациента с СД2, такие как смертность от СС причин, развитие фатальных и нефатальных инфарктов миокарда, инсультов, ХСН и ХБП» [23].

На основе данных БД СД были проанализированы доли назначений препаратов иДПП-4, иНГЛТ-2 и арГПП-1 у пациентов в общей когорте СД2 и группах с подтвержденным поражением органов-мишеней: АССЗ, ХБП и ХСН (рис. 17) при одномоментном срезе на 01.01.2026 г. Препараты иНГЛТ-2 назначались в группе ХБП — у 30,5% пациентов, АССЗ — у 32,0% пациентов, при ХСН — у 40,1% пациентов, что в 1,4–1,5–2 раза чаще по сравнению с 21,5% в общей когорте СД2 (рис. 17).

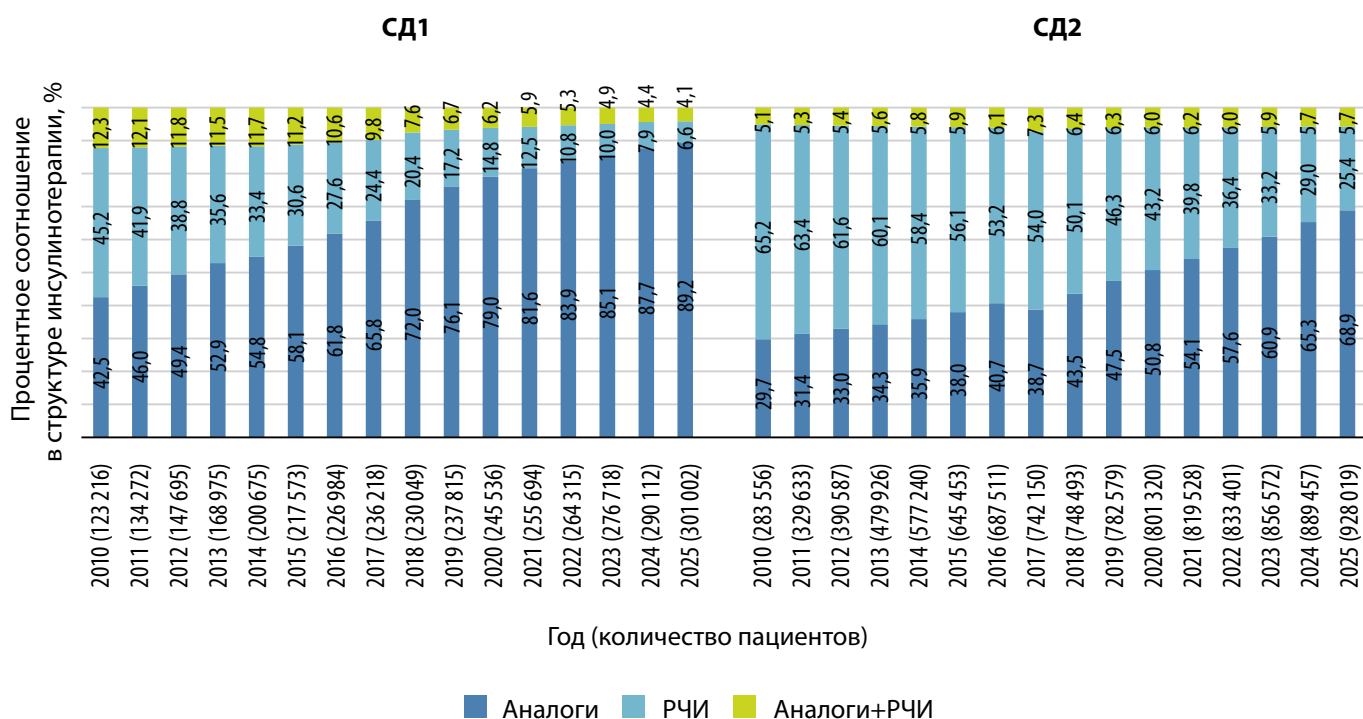
Доля назначений арГПП-1 в общей когорте пациентов СД2 (2,5%) существенно не отличалась от групп риска: СД2 и ХБП (3,1%), СД2 и АССЗ (2,8%) и СД2 и ХСН (3,5%). Препараты группы иДПП-4 назначались при СД2 в общей когорте в 23,6% и примерно в аналогичных долях при сочетании СД2 и ХБП — 25,6%, АССЗ — 21,9%, ХСН — 23,7%.

У пациентов с наличием АССЗ, ХБП и ХСН отмечается более частое назначение препаратов с доказанными преимуществами снижения ССЗ и ренальных рисков, что свидетельствует о внедрении в реальную практику клинических рекомендаций, обозначивших органопroteкцию в качестве приоритетной цели терапии СД.

**Система поддержки принятия врачебных решений (СППВР)**

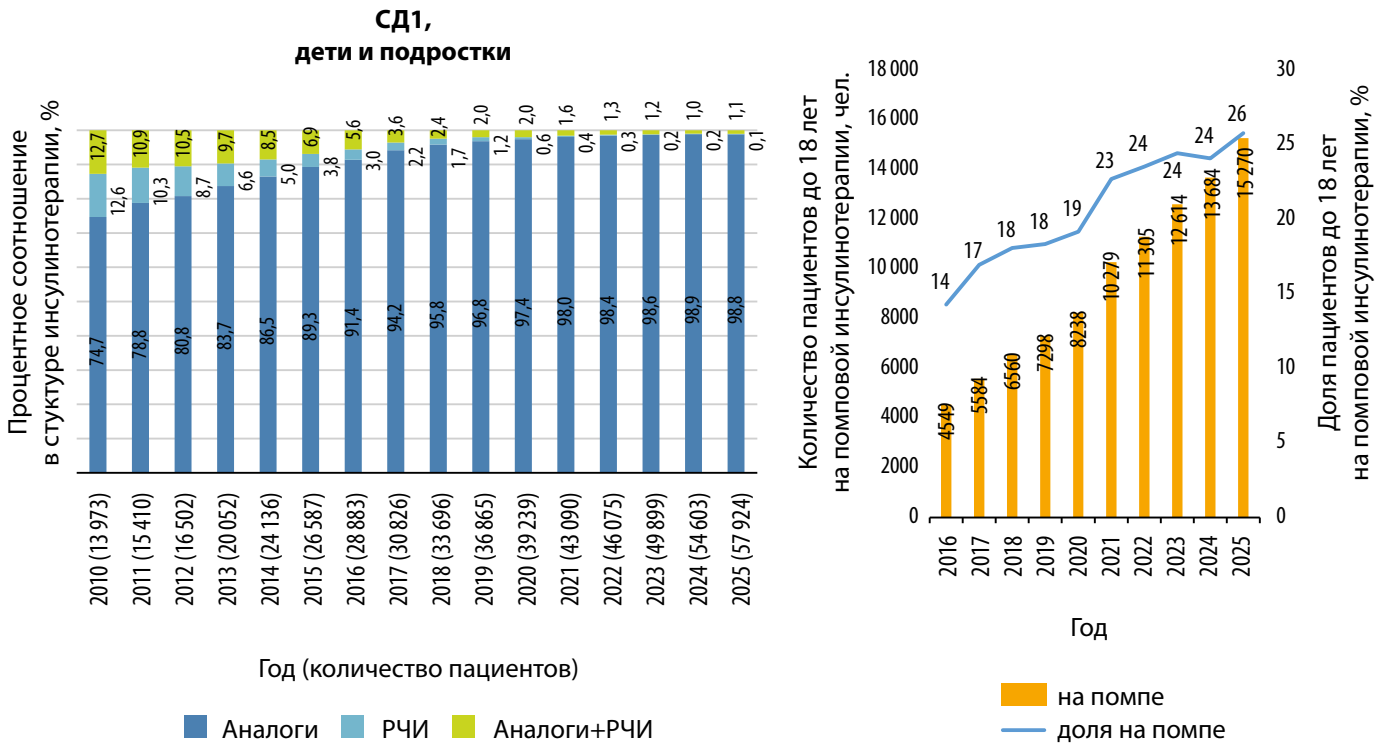
С 2022 г. платформа БД СД оснащена уникальной разработкой ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова» — СППВР, позволяющей осуществлять контроль диагностического и клинко-терапевтических алгоритмов и качества ведения пациентов с СД в соответствии с положениями действующих клинических рекомендаций.

СППВР состоит из 5 блоков: 4-х терапевтических и 1 прогностического.



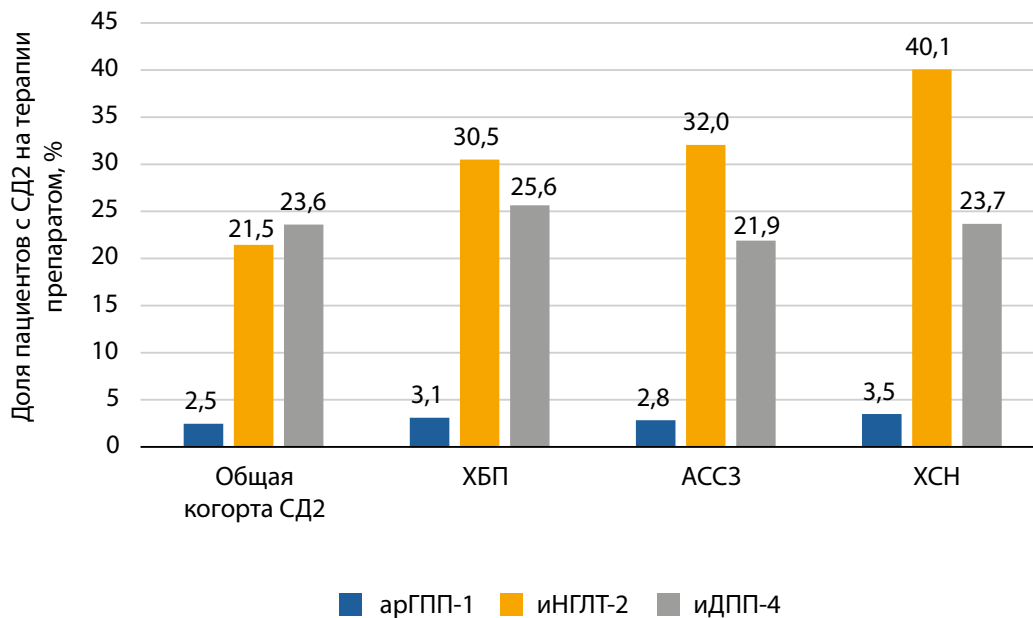
**Рисунок 15.** Динамика структуры инсулинотерапии (аналоги, рекомбинантные человеческие инсулины, их сочетание) у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов, 89 регионов Российской Федерации, все возрастные группы, 2010–2025 гг.

**Примечание.** РЧИ — рекомбинантные человеческие инсулины; СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.



**Рисунок 16.** Динамика структуры инсулинотерапии (аналоги, рекомбинантные человеческие инсулины, их сочетание 2010–2025 гг.) и данные помповой инсулинотерапии (2016–2025 гг.) у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа (до 18 лет) по данным «Базы данных клинико-эпидемиологического мониторинга сахарного диабета на территории РФ».

**Примечание.** РЧИ — рекомбинантные человеческие инсулины; СД1 — сахарный диабет 1 типа.



**Рисунок 17.** Доли назначений арГПП-1, ИНГЛТ-2, ИДПП-4 у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в общей когорте и в группах высокого сердечно-сосудистого риска при одномоментном срезе на 01.01.2026 г.

**Примечание.** АССЗ — атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания; ХБП — хроническая болезнь почек; ХСН — хроническая сердечно-сосудистая недостаточность; ИДПП-4 — ингибиторы дипептидилпептидазы-4; ИНГЛТ-2 — ингибиторы натрий-глюкозного ко-транспортера-2; арГПП-1 — агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.

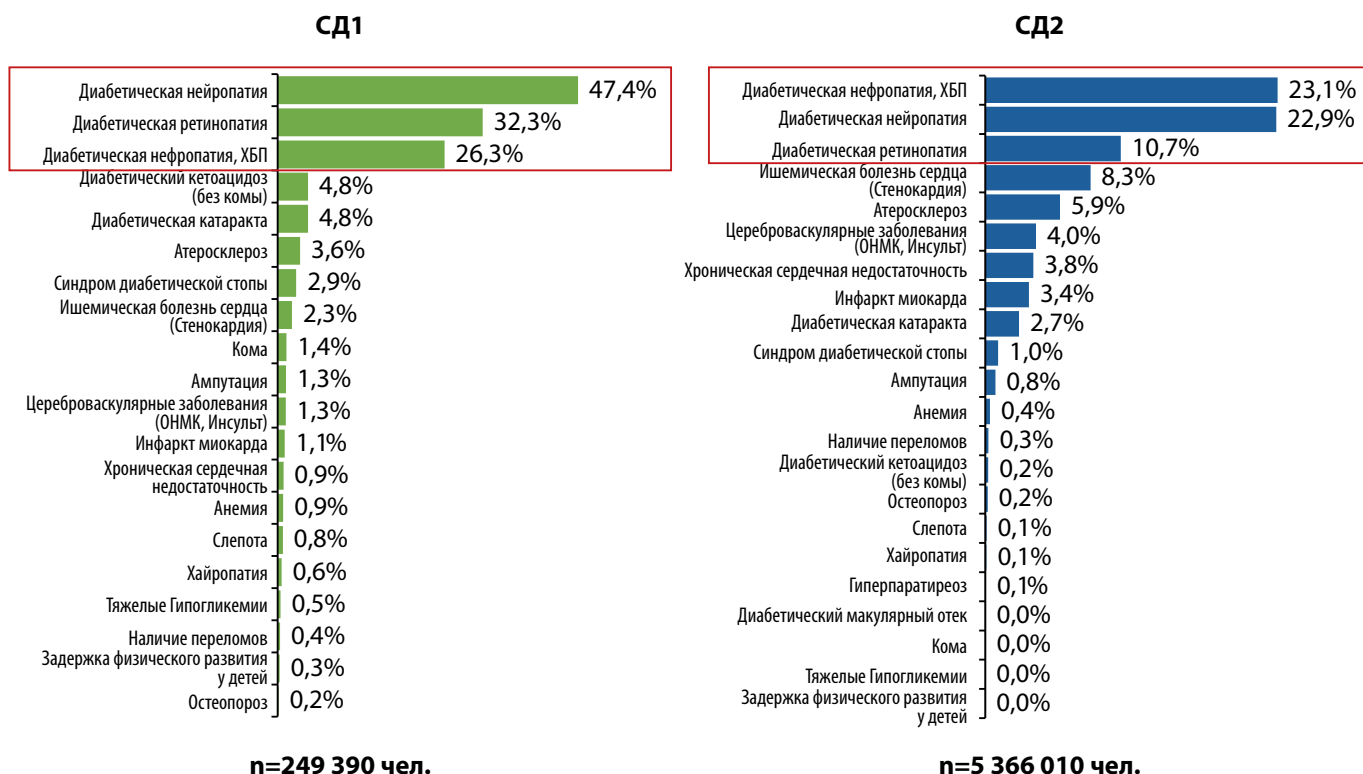


Рисунок 18. Распределение частоты осложнений при сахарном диабете 1 и 2 типов у взрослых на 01.01.2026 г. на основе «Базы данных клинико-эпидемиологического мониторинга сахарного диабета на территории Российской Федерации» (89 регионов).

Примечание. ХБП — хроническая болезнь почек; ОНМК — острые нарушения мозгового кровообращения; ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

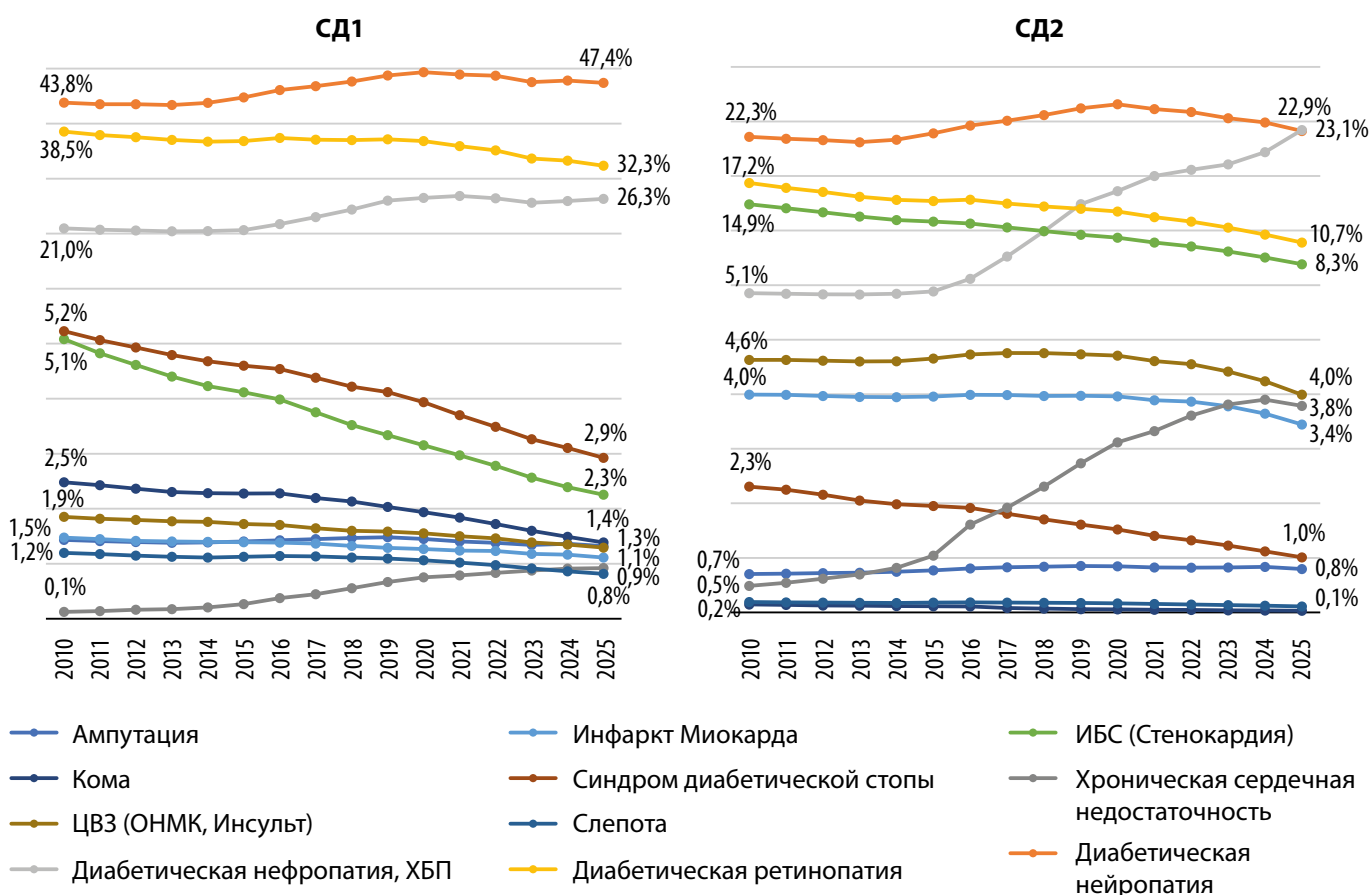


Рисунок 19. Динамика частоты осложнений при сахарном диабете 1 типа (А) и 2 типа (Б) в Российской Федерации, 2010–2025 гг., у взрослых пациентов (старше 18 лет) на основе «Базы данных клинико-эпидемиологического мониторинга сахарного диабета на территории Российской Федерации» (89 регионов).

Примечания. ИБС — ишемическая болезнь сердца; ОНМК — острые нарушения мозгового кровообращения; СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа; ЦВЗ — цереброваскулярные заболевания; ХБП — хроническая болезнь почек.

- **Блок 1.** Направлен на контроль неназначения необходимой терапии — как ССТ, так и органопротективных препаратов, устранение нерациональной терапии, а также внесения ключевых лабораторных параметров, необходимых для оценки клинического статуса пациента в соответствии с положениями «Алгоритмов специализированной помощи» [23].
- **Блок 2.** Направлен на своевременную интенсификацию схемы терапии с учетом  $HbA_{1c}$  текущего и предшествующего визитов и рекомендуемого темпа интенсификации терапии в соответствии с положениями «Алгоритмов специализированной помощи» [23].
- **Блок 3.** Титрация дозы или отмена терапии в соответствии с инструкционными ограничениями по уровню скорости клубочковой фильтрации (СКФ), направленный на повышение безопасности терапии.
- **Блок 4.** СППВР проверяет структуру терапии пациента и поля наличия триггерных осложнений и формирует списки пациентов, которым показана терапия в зависимости от приоритетной клинической проблемы (АССЗ, ХСН, ХБП) — контроль назначений препаратов приоритетных классов с доказанными преимуществами снижения СС и ренальных рисков.
- **Блок 5.** Калькулятор прогноза ХБП — осуществляет расчет прогнозируемого риска развития снижения СКФ менее диагностического порога ХБП ( $<60$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) в течение 5 лет с расчетом % риска [25].

#### Анализ распространенности диабетических осложнений

Структура диабетических осложнений у взрослых пациентов с СД на 01.01.2026 г. (рис. 18) демонстрирует наибольшую частоту трех диабетических осложнений: диабетической нейропатии при СД1 у 47,4% и при СД2 у 22,9% пациентов, диабетической ретинопатии (ДР) — при СД1 у 32,2% и при СД2 у 10,7%, ХБП — при СД1 у 26,3% и при СД2 у 23,1% (рис. 18). Макрососудистые осложнения развиваются значительно реже, частота при СД1/СД2: атеросклероза — 3,6%/5,9% пациентов, ИБС — 2,3%/8,3% пациентов, инфаркта миокарда — 1,1%/3,4% пациентов, однако, учитывая общую численность пациентов с СД более 5 млн, количество пациентов с АССЗ и другими эквивалентами высокого СС риска — сердечной недостаточностью (СН), ХБП и ампутациями составляет 1,91 млн человек.

В последние годы мы отмечаем сохранение положительных тенденций по снижению частоты развития диабетических осложнений, которые начались в период проведения ФЦП «Сахарный диабет» (2007–2012 гг.). В этот период благодаря масштабным государственным мерам, направленным на развитие диабетологической службы в РФ, были достигнуты первые результаты [26]. В анализируемый 16-летний период 2010–2025 гг. (рис. 19) продолжают выявляться ранее тенденции по стабилизации и/или снижению частоты большинства диабетических осложнений за исключением двух патологий: ХБП — возросшей в 1,2 раза при СД1 и 4,5 раза при СД2 и ХСН — частота регистрации которой возросла в 9 раз при СД1 и 7,6 раза при СД2. Столь значительный прирост частоты ХБП и ХСН в последние годы связан, в первую очередь, с изменением диагностических кон-

цепций, значительно расширивших спектр пациентов, которым устанавливается данный диагноз, а также усовершенствованием методов диагностики на ранних стадиях [27].

Динамика частоты основных диабетических осложнений у взрослых пациентов ( $\geq 18$  лет) в РФ в период 2010–2025 гг. составила (рис. 19):

- ДР: при СД1 снижение на 6,2% от 38,5 до 32,3%; при СД2 — на 6,6% от 17,2 до 10,7%;
- диабетическая нейропатия (ДН): при СД1 увеличение на 3,6% от 43,8 до 47,4%; при СД2 — 22,3–22,9%;
- синдром диабетической стопы (СДС): при СД1 снижение на 2,3% от 5,2 до 2,9%; при СД2 — на 1,3% от 2,3 до 1,0%;
- ИМ: при СД1 — снижение на 0,4% от 1,5 до 1,1%; при СД2 — на 0,6% от 4,0 до 3,4%;
- ИБС: при СД1 — снижение на 2,8% от 5,1 до 2,3%; при СД2 — на 6,6% от 14,9 до 8,3%;
- ЦВЗ: при СД1 — снижение на 0,6% от 1,9 до 1,3%; при СД2 — на 0,6% от 4,6 до 4,0%;
- ампутации: при СД1 — снижение на 0,1% от 1,4 до 1,3%; при СД2 прирост — 0,70–0,79%;
- комы: при СД1 — снижение на 1,1% от 2,5 до 1,4%, при СД2 — на 0,12% от 0,15 до 0,03%;
- ХБП: при СД1 прирост на 5,4% от 21,0 до 26,3%; при СД2 — на 17,9% от 5,1 до 23,1%;
- ХСН: при СД1 — прирост на 0,8% от 0,1 до 0,9%; при СД2 — на 3,3% от 0,5 до 3,8%.

#### Анализ терминальных стадий диабетических осложнений

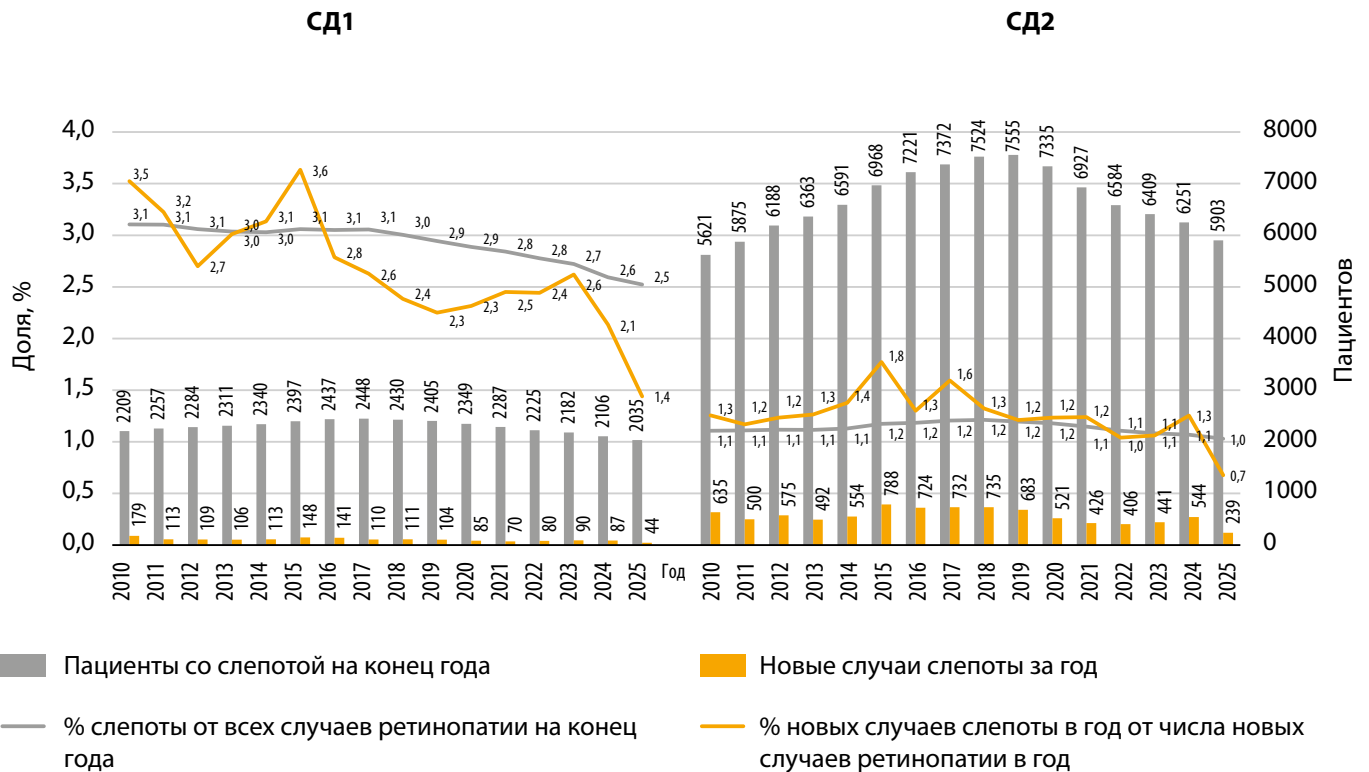
Для оценки качества оказания диабетологической помощи и эффективности мер, направленных на предупреждение рисков прогрессирования, используются показатели достижения терминальных стадий хронических диабетических осложнений. В данном анализе отражены ключевые изменения в динамике частоты развития терминальных ДР (слепоты) и ХБП (диализ), а также доли высоких ампутаций.

#### Слепота

В период 2010–2025 гг. отмечено снижение частоты слепоты, как в отношении общего количества зарегистрированных случаев слепоты: при СД1 от 3,1 до 2,5% и при СД2 от 1,1 до 1,0%, так и развития новых случаев слепоты в год: при СД1 от 3,5 до 1,4%, при СД2 от 1,3 до 0,7% (рис. 20). Данные тенденции имеют приоритетное значение для повышения качества жизни пациентов с ДР и обусловлены улучшением диагностики осложнения на ранних стадиях в рутинной клинической практике. Так, в настоящее время ДР диагностируется на непролиферативной стадии у 70,4% пациентов с СД1 и 81% при СД2 [28].

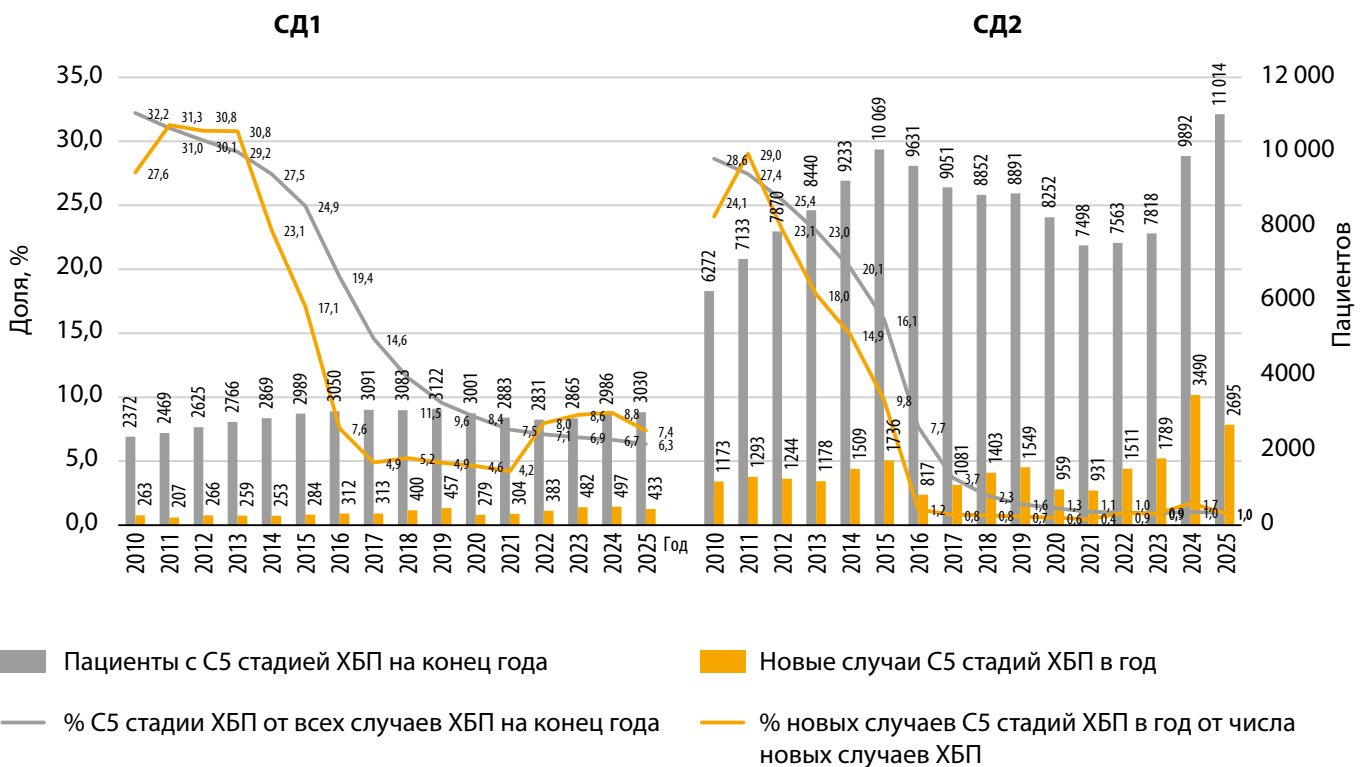
#### Хроническая болезнь почек (ХБП)

Динамический анализ свидетельствует об увеличении распространенности ХБП в период 2010–2025 гг. (рис. 21), что связано с внедрением в клиническую практику новой диагностической концепции и не относится напрямую к повышению частоты развития поражения почек при СД [27]. Отсутствие истинного увеличения частоты развития ХБП подтверждается снижением за этот



**Рисунок 20.** Количество новых случаев слепоты в год, всех случаев слепоты на конец года и доля (%) слепоты от всех случаев диабетической ретинопатии и от новых случаев диабетической ретинопатии в год у взрослых пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов в динамике 2010–2025 гг.

**Примечания.** СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.



**Рисунок 21.** Частота и количество случаев терминальной стадии хронической болезни почек (С5) у взрослых пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа, новых случаев в год, и всех пациентов с С5 в абсолютных значениях, а также в процентном соотношении от новых и всех случаев хронической болезни почек в динамике 2010–2025 гг.

**Примечания.** СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа; ХБП — хроническая болезнь почек.

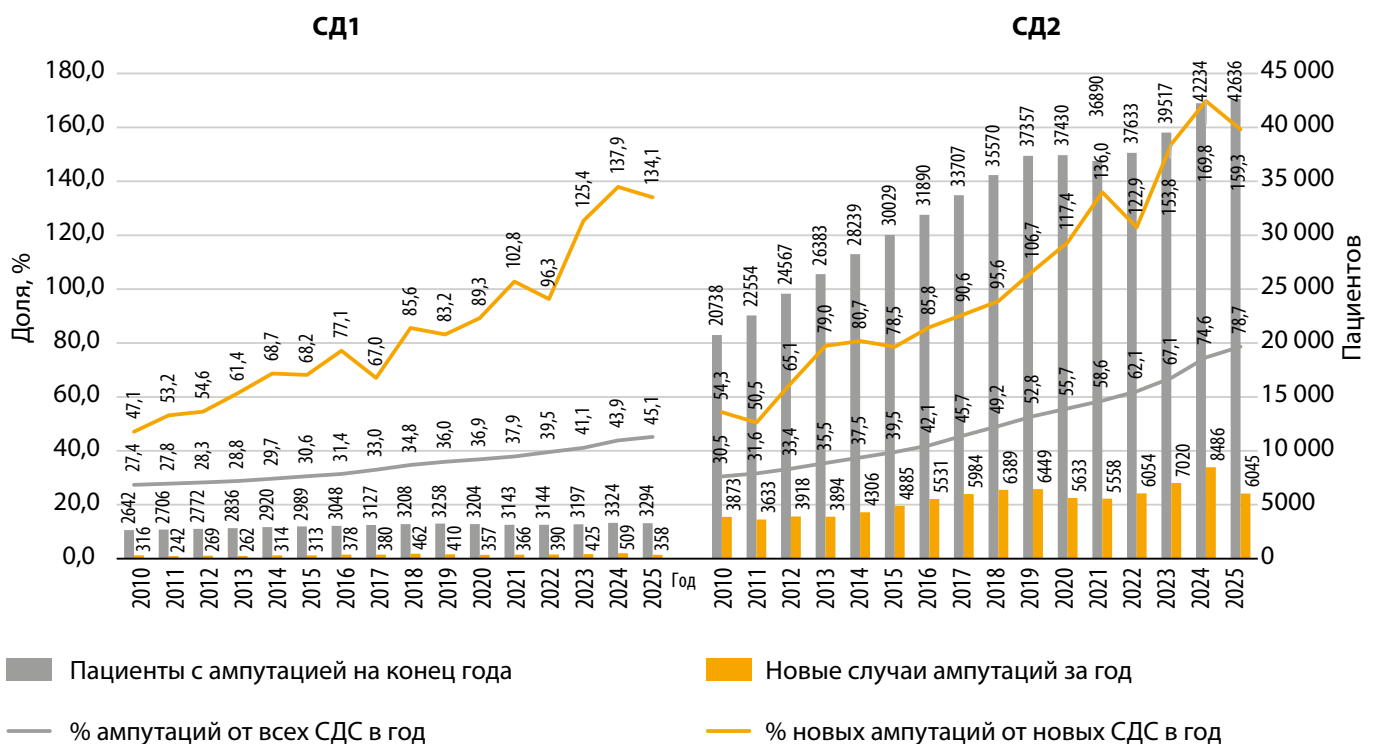
же период распространенности тХБП (С5), для которой диагностические критерии не менялись. Так, при анализе тХБП отмечается стабильное снижение доли ХБП С5 от всех случаев ХБП: при СД1 — от 32,2 до 6,3%, при СД2 — от 28,6 до 1,0%; снижение новых случаев ХБП С5 в год: при СД1 — от 27,6 до 7,4%, при СД2 — от 24,1 до 1,0% (рис. 21).

### Ампутации

При анализе количества и уровня ампутаций при СДС установлено, что в последние годы отмечается увеличение количества ампутаций за счет увеличения доли малых оперативных вмешательств (в пределах стопы) с сохранением опорной функции конечности, что можно рассматривать в качестве значимой положительной тенденции. Доля пациентов с ампутациями от общего количества пациентов с СДС в динамике увеличилась при СД1 — от 27,4% в 2010 г. до 45,1% в 2025 г.; при СД2 от 30,5% в 2010 г. до 78,7% в 2025 г.; а также возросла доля ампутаций при новых случаях СДС/год — при СД1 — 47,1–134,1%, при СД2 — 54,3–159,3% (рис. 22). Превышение доли в 100% в данном показателе отражает суммарный учет проведения нескольких оперативных вмешательств на нижних конечностях у одного пациента. Прогноз жизни пациентов с СДС зависит именно от уровня ампутации. При анализе уровня проведенных ампутаций в период 2010–2025 гг. отмечается стабильное снижение доли высоких ампутаций и перераспределение соотношения в пользу малых хирургических вмешательств при обоих типах СД: до 68% при СД1 и 60% при СД2 (рис. 23).

По данным динамического мониторинга ГНЦ РФ ФГБУ НМИЦ эндокринологии им. академика И.И. Дедова» отмечаются существенные успехи по предупреждению развития СДС у пациентов с СД. Тем не менее следует констатировать, что в случае развития этого тяжелого осложнения оперативное лечение — ампутация — может потребоваться в случае неуспеха консервативного лечения у 70–80% пациентов, при этом из общего количества ампутаций до 40% продолжают составлять высокие ампутации (на уровне бедра и голени). Одним из наиболее значимых факторов является поздняя диагностика атеросклеротического поражения нижних конечностей на стадии критических стенозов, когда реконструктивные сосудистые вмешательства трудновыполнимы или уже невозможны. И этот фактор может быть модифицирован при условии организации и развития службы диабетической стопы в регионах, особенно на уровне первичного звена. Уменьшение % доли высоких ампутаций во всем мире рассматривается в качестве ключевого критерия качества организации специализированной помощи пациентам с СД, напрямую ассоциированного с повышением продолжительности жизни пациентов.

В этой связи огромное значение имеют организация маршрутизации пациентов с СДС и возможность оказания им специализированной помощи. Ведение пациентов с СДС в условиях общей хирургической практики без участия эндокринологов и специалистов-подиатров признано менее эффективной тактикой во всем мире, поскольку зачастую ограничивается хирургической помощью на поздних стадиях без возможности применения органосохраняющих



**Рисунок 22.** Общее количество ампутаций и новые случаи ампутаций в год (в абсолютном выражении) и процентная доля ампутаций от всех случаев синдрома диабетической стопы и от новых случаев синдрома диабетической стопы в год у взрослых пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов в динамике 2010–2025 гг.

**Примечания.** СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа; СДС — синдром диабетической стопы.

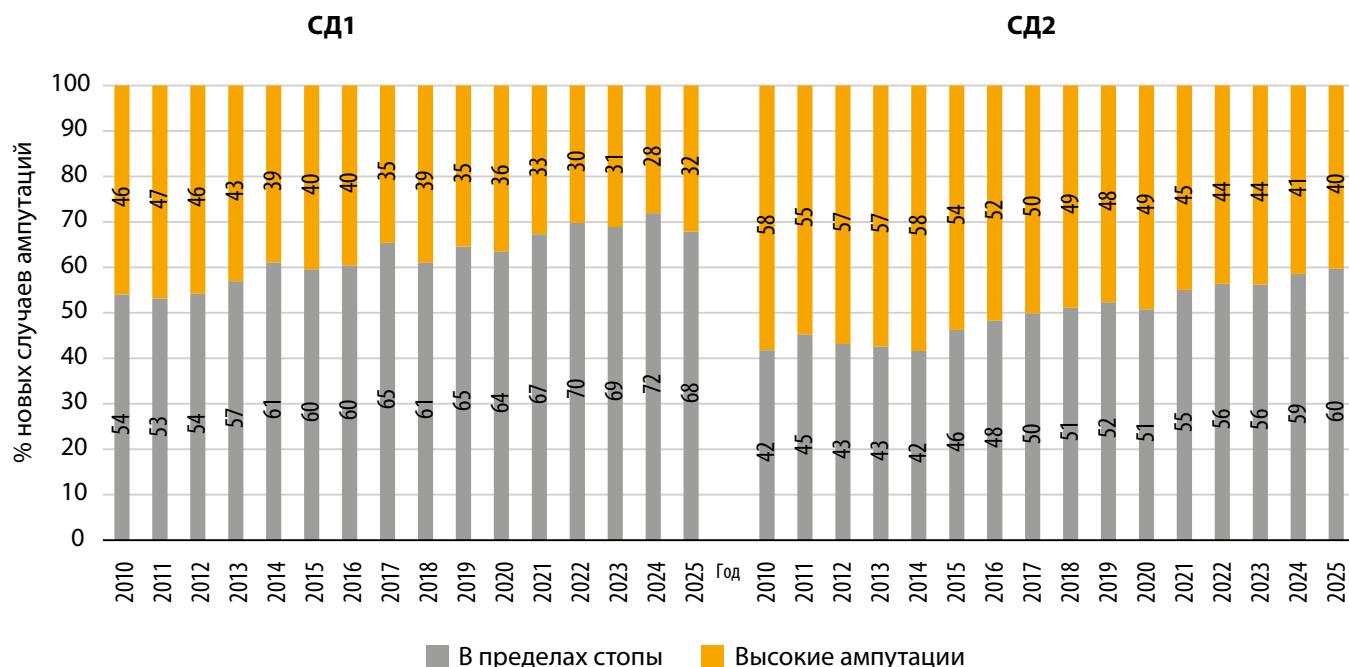


Рисунок 23. Распределение по уровню ампутаций (% пациентов) у взрослых пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов в динамике 2010–2025 гг.

Примечания. СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.

технологий. Это требует усиления мер по развитию специализированной помощи в лечебных учреждениях субъектов РФ, которые обязательно должны иметь в своей структуре специализированные кабинеты диабетической стопы и достаточные объемы реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей в условиях профильных отделений.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За 30 лет система клинко-эпидемиологического мониторинга СД в РФ прошла большой путь от бумажных носителей до современной электронной базы данных, ставшей ключевым инструментом анализа реальной клинической практики, охватывая в формате единого подхода к сбору данных и универсальной аналитики все 89 регионов РФ. БД СД обеспечивает непрерывный мониторинг пациентов, реализуя полный цикл динамического наблюдения от момента дебюта и на протяжении всей длительности СД, с оценкой важнейших клинических показателей, эффективности терапевтических стратегий и контролем осложнений СД.

В РФ сохраняется неуклонный рост распространенности СД: за 30 лет наблюдения при СД1 показатель на 100 тыс. населения вырос в 3,3 раза от 62,0/ до 205,7/100 тыс. населения, при СД2 в 8,6 раза — от 416,6 до 3569,0/100 тыс. населения. Данные тренды совпадают с развитием общемировой эпидемии СД и актуализируют необходимость продолжения динамического мониторинга. СД2 является многофакторной, в том числе возраст-ассоциированной патологией, что обуславливает выраженную коморбидность и тяжесть проявлений диабетических осложнений. Увеличение количества этих пациентов во многом связано с общепопуляционными тенденциями старения населения, при этом в последние

годы мы получаем все больше свидетельств катастрофического влияния избыточного веса и ожирения на тренды развития и прогрессирования нарушений углеводного обмена, приоритезируя стратегии, направленные на снижение массы тела в контроле этого заболевания. Среди положительных тенденций следует отметить успешную реализацию программ активного скрининга СД2 в РФ, ведущих к повышению выявления заболевания в группах риска.

БД СД не является системой учета смертности, тем не менее, динамический анализ данных позволяет говорить о том, что несмотря на повышение качества контроля СД, ССЗ остаются ведущей причиной смерти этих пациентов (36,9% при СД1 и 51,1% при СД2) при снижении доли причин смерти вследствие острых и хронических диабетических осложнений. Это еще раз подчеркивает многофакторный характер поражения органов-мишеней при СД, важность комбинированных стратегий контроля рисков и мультидисциплинарного подхода. Продемонстрирован устойчивый прирост показателя продолжительности жизни с заболеванием от дебюта СД до возраста смерти: на 5,1 года при СД1 и 1,6 года при СД2 в период 2010–2025 гг., что, безусловно, отражает положительные результаты реализации государственных программ повышения качества оказания диабетологической помощи и эффективного управления заболеванием. Данный факт также подчеркивается ростом доли пациентов с целевым значением  $HbA_{1c}$  (<7%), который достигается у 32,5% пациентов с СД1 и 48,4% пациентов с СД2 при уменьшении доли пациентов, находящихся в состоянии выраженной декомпенсации с  $HbA_{1c} \geq 9\%$  до 22,2% при СД1 и 10% при СД2.

Анализ ССТ демонстрирует, что при СД1 подавляющее большинство пациентов (и взрослых, и особенно

детей) используют самые современные препараты аналогов инсулина человека тенденции, все дети с СД1 в РФ обеспечены средствами непрерывного мониторинга гликемии, возрастает доля пациентов на помповой терапии. Улучшение качества оказания диабетологической помощи пациентам с СД в РФ реализуется и в значимом снижении частоты острых метаболических осложнений (ком) при обоих типах СД и устойчивой тенденцией к снижению частоты хронических диабетических осложнений: ДР, СДС и макрососудистой патологии, особенно в отношении инфаркта миокарда, ИБС и тХБП.

Приоритеты ССТ при СД2 связаны с увеличением доли назначений препаратов с доказанными СС и ренальными преимуществами, способных существенно повлиять на снижение риска терминальных исходов. В 2022 г. БД СД оснащена системой цифрового помощника — автоматизированной СППВР, направленной на оптимизацию выбора рациональной ССТ в соответствии с современными клиническими рекомендациями, реализуя уникальный инструмент дистанционного управления клинико-терапевтическим алгоритмом, что особенно ценно с позиций глобальных целей улучшения долгосрочного прогноза и качества жизни пациентов с СД.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Участие авторов.** Викулова О.К., Железнякова А.В. — анализ и интерпретация результатов исследования, написание текста статьи; Исаков М.А., Серков А.А., Железнякова А.В. — составление графического материала; Шамхалова М.Ш., Галстян Г.Р., Корчуганова Е.А. — согласование и финальные правки раздела диабетических осложнений; Шестакова М.В., Дедов И.И., Мокрышева Н.Г. — финальный анализ результатов и редактирование текста рукописи. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.

**Благодарности.** Авторы выражают всемерную признательность и благодарность всем главным внештатным специалистам эндокринологам, врачам — эндокринологам, регистраторам данных, медицинским сестрам и другим медицинским специалистам в регионах РФ, ведущим активную работу по заполнению БД СД и обеспечивающим высокое качество ведения базы данных.

Авторы благодарны ЗАО «Астон Консалтинг» за техническое сопровождение БД СД в онлайн-формате и помощь в формировании выгрузок.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Резолюция ООН по сахарному диабету // *Сахарный диабет*. — 2007. — Т. 10. — №1. — С. 2–3. [Resolution on Diabetes Mellitus from United Nations organization. *Diabetes mellitus*. 2007;10(1):2–3. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/2072-0351-5906>
2. 14 ноября 2007 г. — первый Всемирный день диабета, проведенный под эгидой Организации Объединенных Наций // *Сахарный диабет*. — 2007. — Т. 10. — №4. — С. 2. [November 14, 2007 — First world diabetes day provided by United Nations organization. *Diabetes mellitus*. 2007;10(4):2. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/2072-0351-5857>
3. Всемирная организация здравоохранения [интернет]. Основные факты. Диабет [доступ от 05.04.2026]. Доступно по ссылке: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
4. Global Burden of Disease Collaborator Network [Интернет]. Global Burden of Disease Study 2021. Results. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2024 [cited 2025 Jun 9]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
5. diabetesatlas.org [Internet]. IDF Diabetes Atlas 11th Edition — 2025 [cited 2025 Jun 9]. Available from: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
6. Федеральная служба государственной статистики. Заболеваемость всего населения России в 2025 году: статистические материалы / И.А. Деев, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов, Г.А. Александрова, Н.А. Голубев, Ю.И. Осков, А.В. Поликарпов, Е.А. Шелепова и др. — М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2026. — 244 с. Доступ по ссылке: <https://mednet.ru/medicinskaya-statistika> [Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki. (In Russ.)].
7. Дедов И.И. Сахарный диабет в Российской Федерации: проблемы и пути решения // *Сахарный диабет*. — 1998. — Т. 1. — №1. — С. 7–18. [Dedov II. Sakharnyy diabet v Rossiyskoy Federatsii: problemy i puti resheniya. *Diabetes mellitus*. 1998;1(1):7–18. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/2072-0351-6209>
8. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Государственный регистр сахарного диабета в Российской Федерации: статус 2014 г. и перспективы развития // *Сахарный диабет*. — 2015. — Т. 18. — №3. — С. 5–22. [Dedov II, Shestakova MV, Vikulova OK. National register of diabetes mellitus in Russian Federation: status on 2014. *Diabetes mellitus*. 2015;18(3):5–23. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM201535-22>
9. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., и др. Эпидемиология и ключевые клинико-терапевтические показатели сахарного диабета в Российской Федерации в разрезе стратегических целей Всемирной организации здравоохранения // *Сахарный диабет*. — 2025. — Т. 28. — №1. — С. 4–17. [Dedov II, Shestakova MV, Vikulova OK, et al. Epidemiology and key clinical and therapeutic indicators of diabetes mellitus in Russian Federation according to the World Health Organization's strategy goals. *Diabetes Mellitus*. 2025;28(1):4–17. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM13292>
10. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета // *Сахарный диабет*. — 2017. — Т. 20. — №1. — С. 13–41. [Dedov II, Shestakova MV, Vikulova OK. Epidemiology of diabetes mellitus in Russian Federation: clinical and statistical report according to the federal diabetes registry. *Diabetes mellitus*. 2017;20(1):13–41. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM8664>
11. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., и др. Сахарный диабет в Российской Федерации: распространенность, заболеваемость, смертность, параметры углеводного обмена и структура сахароснижающей терапии по данным Федерального регистра сахарного диабета, статус 2017 г. // *Сахарный диабет*. — 2018. — Т. 21. — №3. — С. 144–159. [Dedov II, Shestakova MV, Vikulova OK, et al. Diabetes mellitus in Russian Federation: prevalence, morbidity, mortality, parameters of glycaemic control and structure of hypoglycaemic therapy according to the Federal Diabetes Register, status 2017. *Diabetes Mellitus*. 2018;21(3):144–159. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM9686>
12. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., и др. Атлас регистра сахарного диабета Российской Федерации. Статус 2018 г. // *Сахарный диабет*. — 2019. — Т. 22. — №25. — С. 4–61. [Dedov II, Shestakova MV, Vikulova OK, et al. Atlas of the diabetes register of the Russian Federation. Status 2018. *Diabetes Mellitus*. 2019;22(25):4–61. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM12208>
13. Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., и др. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: что изменилось за последнее десятилетие? // *Терапевтический архив*. — 2019. — Т. 91. — №10. — С. 4–13. [Shestakova MV, Vikulova OK, Zheleznyakova AV, et al. Diabetes epidemiology in Russia: what has changed over the decade? *Therapeutic Archive*. 2019;91(10):4–13. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.26442/00403660.2019.10.000364>

14. Дедов И.И., Шестакова М.В., Петеркова В.А., и др. Сахарный диабет у детей и подростков по данным Федерального регистра Российской Федерации: динамика основных эпидемиологических характеристик за 2013–2016 гг. // *Сахарный диабет*. — 2017. — Т. 20. — №6. — С. 392–402. [Dedov II, Shestakova MV, Peterkova VA, et al. Diabetes mellitus in children and adolescents according to the Federal diabetes registry in the Russian Federation: dynamics of major epidemiological characteristics for 2013–2016. *Diabetes mellitus*. 2017;20(6):392–402. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM9460>
15. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., и др. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным регистра сахарного диабета на 01.01.2021 // *Сахарный диабет*. — 2021. — Т. 24. — №3. — С. 204–221. [Dedov II, Shestakova MV, Vikulova OK, et al. Epidemiological characteristics of diabetes mellitus in the Russian Federation: clinical and statistical analysis according to the Federal diabetes register data of 01.01.2021. *Diabetes mellitus*. 2021;24(3):204–221. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM12759>
16. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., и др. Сахарный диабет в Российской Федерации: динамика эпидемиологических показателей по данным Федерального регистра сахарного диабета за период 2010–2022 гг. // *Сахарный диабет*. — 2023. — Т. 26. — №2. — С. 104–123. [Dedov II, Shestakova MV, Vikulova OK, et al. Diabetes mellitus in the Russian Federation: dynamics of epidemiological indicators according to the Federal Register of Diabetes Mellitus for the period 2010–2022. *Diabetes Mellitus*. 2023;26(2):104–123.] doi: <https://doi.org/10.14341/DM13035>
17. Федеральная служба государственной статистики [интернет] [доступ от 01.04.2026]. Доступно по: [www.gks.ru](http://www.gks.ru) [Russian Federal State Statistics Service [Internet] [cited 2026 Apr 1]. Available from: [www.gks.ru](http://www.gks.ru) (In Russ.)]
18. Кононенко И.В., Шестакова М.В., Елфимова А.Р., и др. Этнические различия факторов риска и распространенности сахарного диабета 2 типа у взрослого населения Российской Федерации // *Сахарный диабет*. — 2022. — Т. 25. — №5. — С. 418–438. [Kononenko IV, Shestakova MV, Elfimova AR, et al. Ethnic differences in risk factors and prevalence of type 2 diabetes in the adult population of the Russian Federation // *Diabetes mellitus*. 2022;25(5):418–438. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM12935>
19. Методические рекомендации № 6-22 «Порядок статистического учета и кодирования сахарного диабета в статистике заболеваемости и смертности» — М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2022. Доступ по ссылке: <https://miac.medkurov.ru/docs/id/3E7C9E-2024> [Metodicheskie rekomendacii № 6-22 «Poryadok statisticheskogo uchyota i kodirovaniya saxarnogo diabeta v statistike zabollevaemosti i smertnosti» — Moscow; FGBU «TSNIIOIZ» Minzdrava Rossii; 2022. (In Russ.) Available from: <https://miac.medkurov.ru/docs/id/3E7C9E-2024>]
20. Дедов И.И., Франк Г.А., Мокришева Н.Г., и др. Согласованная позиция эндокринологов и патологоанатомов о кодировании причин смерти у пациентов с сахарным диабетом (мнение экспертов) // *Сахарный диабет*. — 2021. — Т. 24. — №3. — С. 300–309. [Dedov II, Frank GA, Mokrisheva NG, et al. Consensus position of endocrinologists and pathologists on coding causes of death in patients with diabetes mellitus (expert opinion). *Diabetes Mellitus*. 2021;24(3):300–309. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM12783>
21. Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., и др. Сахарный диабет у лиц пожилого возраста: клинико-эпидемиологические характеристики всероссийской когорты пациентов старше 65 лет // *Сахарный диабет*. — 2024. — Т. 27. — №6. — С. 504–519. [Shestakova MV, Vikulova OK, Zheleznyakova AV, et al. Diabetes mellitus in the elderly: clinical and epidemiological characteristics of the all-Russian cohort of diabetic patients over 65 years. *Diabetes Mellitus*. 2024;27(6):504–519 (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM13261>
22. Мисникова И.В., Древалъ А.В., Ковалева Ю.А. Гликированный гемоглобин - основной параметр в контроле сахарного диабета // *Сахарный диабет*. — 2008. — Т. 11. — №4. — С. 38–40. [Misnikova IV, Dreval AV, Kovaleva YA. Glikirovannyi gemoglobin - osnovnoy parametr v kontrole sakharnogo diabeta. *Diabetes mellitus*. 2008;11(4):38–40 (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/2072-0351-5588>
23. Дедов И.И., Шестакова М.В., Сухарева О.Ю., и др. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. 12-й выпуск // *Сахарный диабет*. — 2025. — Т. 28. — №55. — С. 1–175. [Dedov I, Shestakova M, Sukhareva O, et al. Standards of Specialized Diabetes Care / Edited by Dedov I.I., Shestakova M.V., Sukhareva O.Yu. 12th Edition. *Diabetes mellitus*. 2025;28(55):1–175. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM202555>
24. Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А., и др. Динамический анализ состояния углеводного обмена в субъектах Российской Федерации по данным мобильного медицинского центра (Диамодуль) и регистра сахарного диабета Российской Федерации // *Сахарный диабет*. — 2020. — Т. 23. — №2. — С. 104–112. [Vikulova OK, Zheleznyakova AV, Isakov MA, et al. Dynamic analysis of glycaemic control parameters in the regions of Russia according to the data of the mobile medical centre (Diamodul) and Federal Diabetes Register. *Diabetes Mellitus*. 2020;23(2):104–112. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM12327>
25. Викулова О.К., Елфимова А.Р., Железнякова А.В., и др. Калькулятор риска развития хронической болезни почек: новые возможности прогнозирования патологии у пациентов с сахарным диабетом. // *Consilium Medicum*. — 2022. — Т. 24. — №4. — С. 224–233. [Vikulova OK, Elfimova AR, Zheleznyakova AV, et al. Chronic kidney disease risk calculator: new possibilities for predicting pathology in patients with diabetes mellitus. *Consilium Medicum*. 2022;24(4):224–233] doi: <https://doi.org/10.26442/20751753.2022.4.201684>
26. Дедов И.И., Шестакова М.В., Сунцов Ю.И., и др. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007–2012 годы» // *Сахарный диабет*. — 2013. — Т. 16. — №25. — С. 2–48. [Dedov II, Shestakova MV, Sunstov YI, et al. Federal targeted programme 'Prevention and Management of Socially Significant Diseases (2007–2012)': results of the 'Diabetes mellitus' sub-programme. *Diabetes Mellitus*. 2013;16(25):2–48. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/2072-0351-2013-25>
27. Шамхалова М.Ш., Сухарева О.Ю., Мартынов С.А., и др. Хроническая болезнь почек у пациентов с сахарным диабетом: новые вызовы // *Сахарный диабет*. — 2025. — Т. 28. — №1. — С. 46–55. [Shamkhalova MS, Sukhareva OY, Martynov SA, et al. Chronic kidney disease in patients with diabetes mellitus: new challenges // *Diabetes Mellitus*. 2025;28(1):46–55. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM13268>
28. Новикова-Билак Т.А., Железнякова А.В., Илюхин О.Е., и др. Коморбидный пациент с тяжелой пролиферативной диабетической ретинопатией: анализ решенных и нерешенных вопросов диагностики и лечения диабетических поражений сетчатки с позиций реальной клинической практики и клинических рекомендаций // *Сахарный диабет*. — 2025. — Т. 28. — №1. — С. 68–79. [Novikova-Bilak TA, Zheleznyakova AV, Iljukhin OE, et al. Patient with severe proliferative diabetic retinopathy and comorbidity: analysis of solved and unsolved problems in diabetic retinal involvement diagnosis and treatment from the point of real-world clinical practice and clinical guidelines. *Diabetes Mellitus*. 2025;28(1):68–79. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/DM13290>

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]

\***Викулова Ольга Константиновна**, д.м.н., доцент [Olga K. Vikulova, MD, PhD, Associate Professor]; адрес: Россия, 117292, Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 11 [address: 11, Dm. Ulyanova street, 117292 Moscow, Russia]; eLibrary SPIN: 9790-2665; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0571-8882>; e-mail: [vikulova.olga@endocrincentr.ru](mailto:vikulova.olga@endocrincentr.ru)

**Дедов Иван Иванович**, д.м.н., профессор, академик РАН [Ivan I. Dedov, MD, PhD, Professor, Academician of the RAS]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8175-7886>; eLibrary SPIN: 5873-2280; e-mail: [dedov@endocrincentr.ru](mailto:dedov@endocrincentr.ru)

**Шестакова Марина Владимировна**, д.м.н., профессор, академик РАН [Marina V. Shestakova, MD, PhD, Professor, Academician of the RAS]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5057-127X>; Scopus Author ID: 7004195530; eLibrary SPIN: 7584-7015; e-mail: [shestakova.marina@endocrincentr.ru](mailto:shestakova.marina@endocrincentr.ru)

**Мокрышева Наталья Георгиевна**, д.м.н., профессор, академик РАН [Natalya G. Mokrysheva, MD, PhD, Professor Academician of the RAS]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9717-9742>; eLibrary SPIN: 5624-3875; e-mail: [nm70@mail.ru](mailto:nm70@mail.ru)

**Железнякова Анна Викторовна**, к.м.н. [Anna V. Zheleznyakova, MD, PhD]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9524-0124>; eLibrary SPIN: 8102-1779; e-mail: [azhelez@gmail.com](mailto:azhelez@gmail.com)

**Шамхалова Минара Шамхаловна**, д.м.н., доцент [Minara S. Shamkhalova, MD, PhD, Associate Professor]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3433-0142>; eLibrary SPIN: 4942-5481; e-mail: [shamkhalova@mail.ru](mailto:shamkhalova@mail.ru)

**Галстян Гагик Радикович**, д.м.н., член-корр. РАН [Gagik R. Galstyan, MD, PhD, Professor]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6581-4521>; eLibrary SPIN: 9815-7509; e-mail: [galstyangagik964@gmail.ru](mailto:galstyangagik964@gmail.ru)

**Корчуганова Елена Александровна**, д.м.н. [Elena A. Korchuganova, MD, PhD]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5147-0385>; eLibrary SPIN: 4039-4755; e-mail: [korchuganova.elena@endocrincentr.ru](mailto:korchuganova.elena@endocrincentr.ru)

**Исаков Михаил Андреевич**, к.б.н. [Mikhail A. Isakov, PhD in Biology]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9760-1117>; eLibrary SPIN: 5870-8933; e-mail: [i.s.a.k@yandex.ru](mailto:i.s.a.k@yandex.ru)

**Серков Алексей Андреевич** [Aleksey A. Serkov]; eLibrary SPIN: 7593-0039; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3398-5603>; e-mail: [serkov.aleksey@endocrincentr.ru](mailto:serkov.aleksey@endocrincentr.ru)

#### ЦИТИРОВАТЬ:

Дедов И.И., Шестакова М.В., Мокрышева Н.Г., Викулова О.К., Железнякова А.В., Шамхалова М.Ш., Галстян Г.Р., Корчуганова Е.А., Исаков М.А., Серков А.А. Клинико-эпидемиологический анализ показателей сахарного диабета в Российской Федерации, статус 01.01.2026 г. // *Сахарный диабет*. — 2026. — Т. 29. — №2. — С. 104–136. doi: <https://doi.org/10.14341/DM13485>

#### TO CITE THIS ARTICLE:

Dedov II, Shestakova MV, Mokrysheva NG, Vikulova OK, Zheleznyakova AV, Shamkhalova MS, Galstyan GR, Korchuganova EA, Isakov MA, Serkov AA. Clinical and Epidemiological Analysis of Diabetes Mellitus Indicators in the Russian Federation, updated January 1, 2026. *Diabetes Mellitus*. 2026;29(2):104-136. doi: <https://doi.org/10.14341/DM13485>

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Таблица 1. Распространенность сахарного диабета во всех возрастных группах в 89 регионах Российской Федерации на 01.01.2026 г.

Регион	Кол-во человек				На 100 000 населения			
	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего
<b>РФ 89 регионов</b>	<b>308605</b>	<b>5366995</b>	<b>139328</b>	<b>5814928</b>	<b>205,2</b>	<b>3569,0</b>	<b>92,7</b>	<b>3866,9</b>
Адыгея Респ.	868	16964	738	18570	173,3	3387,8	147,4	3708,6
Алтай Респ.	346	5574	56	5976	164,7	2653,1	26,7	2844,4
Алтайский край	4908	106154	700	111762	233,8	5056,9	33,3	5324,1
Амурская обл.	1286	31705	767	33758	170,8	4210,2	101,9	4482,9
Архангельская обл.	2841	50219	8630	61690	299,8	5300,0	910,8	6510,6
Астраханская обл.	1725	36379	1346	39450	182,2	3843,2	142,2	4167,6
Башкортостан Респ.	7964	150337	6678	164979	197,0	3719,0	165,2	4081,2
Белгородская обл.	3302	66451	511	70264	222,8	4483,8	34,5	4741,1
Брянская обл.	2675	54848	496	58019	236,1	4841,8	43,8	5121,8
Бурятия Респ.	1122	41218	105	42445	115,5	4244,3	10,8	4370,6
Владимирская обл.	2693	56375	457	59525	207,5	4343,4	35,2	4586,1
Волгоградская обл.	4725	100143	1185	106053	194,1	4114,3	48,7	4357,1
Вологодская обл.	3152	47656	1956	52764	282,6	4272,7	175,4	4730,6
Воронежская обл.	5499	100178	28770	134447	243,3	4432,6	1273,0	5948,9
Дагестан Респ.	2685	47234	109	50028	82,4	1448,9	3,3	1534,7
Донецкая НР	3055	27119	21	30195	145,5	1291,4	1,0	1437,9
Еврейская АО	172	3236	7	3415	119,1	2240,6	4,8	2364,5
Забайкальский край	1928	27719	66	29713	196,0	2817,4	6,7	3020,1
Запорожская обл.	695	13204	1	13900	194,0	3686,1	0,3	3880,4
Ивановская обл.	2228	52425	1749	56402	248,0	5834,8	194,7	6277,4
Ингушетия Респ.	445	7339	16	7800	83,3	1373,1	3,0	1459,3
Иркутская обл.	4630	92552	3097	100279	199,4	3985,4	133,4	4318,1
Кабардино-Балкарская Респ.	1337	13374	39	14750	147,2	1472,6	4,3	1624,1
Калининградская обл.	2179	36905	503	39587	211,0	3572,9	48,7	3832,6
Калмыкия Респ.	407	11337	200	11944	152,1	4236,7	74,7	4463,6
Калужская обл.	2146	39729	250	42125	201,2	3724,8	23,4	3949,5
Камчатский край	423	10128	289	10840	146,8	3514,2	100,3	3761,3
Карачаево-Черкесская Респ.	864	13600	270	14734	184,4	2902,3	57,6	3144,3
Карелия Респ.	2019	30875	1359	34253	389,1	5949,5	261,9	6600,4
Кемеровская обл.	4552	82475	4518	91545	180,1	3263,5	178,8	3622,4
Кировская обл.	2697	69713	6770	79180	240,7	6222,1	604,2	7067,0
Коми Респ.	1705	38419	5933	46057	238,5	5374,9	830,0	6443,5
Костромская обл.	1481	24001	155	25637	264,1	4279,6	27,6	4571,3
Краснодарский край	11286	187165	4674	203125	193,2	3203,7	80,0	3476,8
Красноярский край	5876	110575	2120	118571	207,0	3896,2	74,7	4178,0
Крым Респ.	3762	61512	257	65531	197,8	3233,6	13,5	3444,9
Курганская обл.	1893	42534	335	44762	254,3	5713,4	45,0	6012,6
Курская обл.	2330	44775	704	47809	222,0	4265,2	67,1	4554,2
Ленинградская обл.	3390	54258	674	58322	164,6	2634,5	32,7	2831,9
Липецкая обл.	2296	32198	204	34698	207,2	2905,2	18,4	3130,8
Луганская НР	3854	31475	23	35352	296,5	2421,2	1,8	2719,4
Магаданская обл.	270	4488	38	4796	200,7	3335,7	28,2	3564,6
Марий Эл Респ.	1184	28418	147	29749	177,7	4265,7	22,1	4465,5
Мордовия Респ.	1659	30862	51	32572	218,6	4066,7	6,7	4292,0

Продолжение таблицы 1 (приложение 1)

Регион	Кол-во человек				На 100 000 населения			
	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего
Москва г.	26642	355435	1298	383375	200,7	2677,6	9,8	2888,1
Московская обл.	16037	270155	2919	289111	182,7	3078,4	33,3	3294,4
Мурманская обл.	1549	28409	757	30715	237,8	4361,5	116,2	4715,5
Ненецкий АО	107	1686	872	2665	255,3	4023,3	2080,8	6359,5
Нижегородская обл.	6772	140951	4846	152569	222,8	4637,4	159,4	5019,7
Новгородская обл.	1469	18979	129	20577	259,1	3347,5	22,8	3629,4
Новосибирская обл.	5652	106243	5634	117529	202,8	3812,7	202,2	4217,7
Омская обл.	4037	61447	651	66135	223,6	3402,7	36,1	3662,4
Оренбургская обл.	4356	82305	393	87054	239,7	4530,0	21,6	4791,4
Орловская обл.	1584	29993	100	31677	230,8	4371,0	14,6	4616,4
Пензенская обл.	2582	60056	889	63527	210,5	4895,0	72,5	5177,9
Пермский край	5225	102525	1981	109731	210,4	4128,0	79,8	4418,2
Приморский край	3825	48631	4464	56920	212,5	2702,2	248,0	3162,8
Псковская обл.	1184	14750	92	16026	206,1	2567,5	16,0	2789,7
Ростовская обл.	7561	144386	796	152743	182,8	3489,8	19,2	3691,8
Рязанская обл.	2348	42322	915	45585	218,5	3939,1	85,2	4242,8
Самарская обл.	7211	136074	1441	144726	231,7	4371,8	46,3	4649,7
Санкт-Петербург г.	16977	195979	5183	218139	300,3	3466,9	91,7	3858,9
Саратовская обл.	4617	95270	296	100183	194,9	4020,8	12,5	4228,2
Саха /Якутия/Респ.	1201	32933	106	34240	119,3	3271,8	10,5	3401,7
Сахалинская обл.	1029	18634	68	19731	224,9	4072,1	14,9	4311,9
Свердловская обл.	10711	172006	1077	183794	253,7	4074,6	25,5	4353,8
Севастополь г.	1132	13459	197	14788	202,8	2410,7	35,3	2648,7
Северная Осетия - Алания Респ.	1370	20013	200	21583	201,8	2948,2	29,5	3179,5
Смоленская обл.	2095	32885	858	35838	244,4	3836,8	100,1	4181,3
Ставропольский край	4634	74456	2792	81882	160,7	2581,4	96,8	2838,8
Тамбовская обл.	2171	38567	644	41382	229,3	4074,0	68,0	4371,4
Татарстан Респ.	9592	141102	2659	153353	238,6	3510,3	66,2	3815,1
Тверская обл.	2638	49888	989	53515	221,6	4190,2	83,1	4494,9
Томская обл.	2044	38455	351	40850	196,6	3698,6	33,8	3928,9
Тульская обл.	3709	74821	586	79116	254,6	5136,0	40,2	5430,8
Тыва Респ.	154	5622	12	5788	45,5	1660,9	3,5	1710,0
Тюменская обл.	3471	73829	655	77955	213,4	4538,3	40,3	4791,9
Удмуртская Респ.	2476	62099	2020	66595	173,5	4350,9	141,5	4665,9
Ульяновская обл.	2399	53568	618	56585	205,9	4596,8	53,0	4855,7
Хабаровский край	2129	34476	294	36899	167,2	2707,2	23,1	2897,5
Хакасия Респ.	974	22880	24	23878	185,3	4353,5	4,6	4543,4
Ханты-Мансийский АО - Югра АО	3381	72722	1935	78038	189,8	4081,4	108,6	4379,8
Херсонская обл.	28	452	1	481	5,6	90,4	0,2	96,2
Челябинская обл.	7826	128285	1459	137570	231,2	3789,7	43,1	4064,0
Чеченская Респ.	1105	22070	265	23440	70,1	1399,9	16,8	1486,8
Чувашская Респ.	1601	44733	433	46767	138,0	3857,1	37,3	4032,4
Чукотский АО	21	300	5	326	44,0	627,9	10,5	682,3
Ямало-Ненецкий АО	1085	17261	159	18505	207,4	3299,7	30,4	3537,5
Ярославская обл.	3340	52038	291	55669	283,0	4409,3	24,7	4717,0

Примечание. СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.

Таблица 2. Распространенность сахарного диабета в возрастной группе «Дети» в 89 регионах Российской Федерации на 01.01.2026 г.

Регион	Кол-во человек				На 100 000 населения			
	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего
<b>РФ 89 регионов</b>	<b>41329</b>	<b>565</b>	<b>716</b>	<b>42610</b>	<b>159,8</b>	<b>2,2</b>	<b>2,8</b>	<b>164,8</b>
Адыгея Респ.	73	12	4	89	79,6	13,1	4,4	97,0
Алтай Респ.	46	3		49	88,8	5,8	0,0	94,6
Алтайский край	679	5	2	686	180,8	1,3	0,5	182,7
Амурская обл.	195	3	2	200	140,1	2,2	1,4	143,7
Архангельская обл.	373	1	2	376	239,9	0,6	1,3	241,8
Астраханская обл.	272	1	5	278	147,0	0,5	2,7	150,2
Башкортостан Респ.	1270	21	27	1318	172,1	2,8	3,7	178,6
Белгородская обл.	476	8	7	491	211,2	3,5	3,1	217,9
Брянская обл.	374	4	5	383	213,2	2,3	2,9	218,4
Бурятия Респ.	183	7	8	198	86,4	3,3	3,8	93,5
Владимирская обл.	255	10	2	267	132,3	5,2	1,0	138,5
Волгоградская обл.	670	2	11	683	186,5	0,6	3,1	190,1
Вологодская обл.	423	3	12	438	214,9	1,5	6,1	222,5
Воронежская обл.	700	5	39	744	208,1	1,5	11,6	221,2
Дагестан Респ.	432	13	8	453	57,4	1,7	1,1	60,1
Донецкая НР	121	34		155	33,5	9,4	0,0	42,9
Еврейская АО	16			16	60,2	0,0	0,0	60,2
Забайкальский край	311	2	3	316	156,8	1,0	1,5	159,3
Запорожская обл.	49	4		53	79,6	6,5	0,0	86,1
Ивановская обл.	293	1	1	295	220,0	0,8	0,8	221,5
Ингушетия Респ.	98	1	1	100	72,6	0,7	0,7	74,1
Иркутская обл.	730	6	3	739	155,6	1,3	0,6	157,5
Кабардино-Балкарская Респ.	69	9	1	79	37,5	4,9	0,5	42,9
Калининградская обл.	257	23	2	282	152,9	13,7	1,2	167,7
Калмыкия Респ.	38	6	1	45	74,1	11,7	2,0	87,8
Калужская обл.	283		4	287	168,7	0,0	2,4	171,1
Камчатский край	85	1	5	91	161,7	1,9	9,5	173,1
Карачаево-Черкесская Респ.	130	4	3	137	145,9	4,5	3,4	153,8
Карелия Респ.	218		2	220	264,7	0,0	2,4	267,1
Кемеровская обл.	680	11	19	710	157,0	2,5	4,4	163,9
Кировская обл.	397	11	18	426	223,8	6,2	10,1	240,2
Коми Респ.	248	6	13	267	200,8	4,9	10,5	216,2
Костромская обл.	222		5	227	231,2	0,0	5,2	236,4
Краснодарский край	1907	5	8	1920	184,7	0,5	0,8	186,0
Красноярский край	720	24	10	754	136,7	4,6	1,9	143,1
Крым Респ.	344	35	1	380	105,5	10,7	0,3	116,5
Курганская обл.	300	12	2	314	222,3	8,9	1,5	232,6
Курская обл.	318	2		320	193,5	1,2	0,0	194,7
Ленинградская обл.	375	0	10	385	138,3	0,0	3,7	142,0
Липецкая обл.	216	1	0	217	125,9	0,6	0,0	126,5
Луганская НР	118	2		120	52,8	0,9	0,0	53,7
Магаданская обл.	40	1		41	174,6	4,4	0,0	178,9
Марий Эл Респ.	180		1	181	150,3	0,0	0,8	151,1
Мордовия Респ.	213	7	3	223	212,7	7,0	3,0	222,7

Продолжение таблицы 2 (приложение 1)

Регион	Кол-во человек				На 100 000 населения			
	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего
Москва г.	3697	7	92	3796	185,9	0,4	4,6	190,9
Московская обл.	2275	16	15	2306	148,8	1,0	1,0	150,8
Мурманская обл.	170	5	4	179	148,9	4,4	3,5	156,8
Ненецкий АО	22		2	24	255,6	0,0	23,2	278,8
Нижегородская обл.	930	3	9	942	189,4	0,6	1,8	191,9
Новгородская обл.	160	6		166	174,1	6,5	0,0	180,6
Новосибирская обл.	925	5	24	954	184,1	1,0	4,8	189,9
Омская обл.	607	6	4	617	184,5	1,8	1,2	187,6
Оренбургская обл.	610	4	5	619	187,5	1,2	1,5	190,3
Орловская обл.	188		0	188	183,7	0,0	0,0	183,7
Пензенская обл.	365	1	9	375	205,7	0,6	5,1	211,3
Пермский край	832	9	12	853	179,1	1,9	2,6	183,6
Приморский край	431		14	445	146,0	0,0	4,7	150,7
Псковская обл.	22	7		29	25,2	8,0	0,0	33,3
Ростовская обл.	1096	9	4	1109	169,6	1,4	0,6	171,6
Рязанская обл.	286	16		302	183,9	10,3	0,0	194,2
Самарская обл.	961	9	2	972	191,2	1,8	0,4	193,4
Санкт-Петербург г.	1830	47	35	1912	224,8	5,8	4,3	234,9
Саратовская обл.	654	2	1	657	187,0	0,6	0,3	187,9
Саха /Якутия/ Респ.	156	7		163	70,5	3,2	0,0	73,7
Сахалинская обл.	118	0	6	124	152,6	0,0	7,8	160,3
Свердловская обл.	1370	9	132	1511	176,3	1,2	17,0	194,5
Севастополь г.	134	2	2	138	155,1	2,3	2,3	159,7
Северная Осетия - Алания Респ.	240	2	1	243	192,6	1,6	0,8	195,0
Смоленская обл.	240	2	2	244	194,2	1,6	1,6	197,4
Ставропольский край	802	3	7	812	164,8	0,6	1,4	166,8
Тамбовская обл.	279	10	3	292	225,7	8,1	2,4	236,2
Татарстан Респ.	1144	3	4	1151	156,7	0,4	0,5	157,6
Тверская обл.	260	8	4	272	143,3	4,4	2,2	149,9
Томская обл.	265	7		272	147,6	3,9	0,0	151,5
Тульская обл.	415	4	2	421	211,4	2,0	1,0	214,4
Тыва Респ.	25	4		29	24,0	3,8	0,0	27,8
Тюменская обл.	630	9	6	645	191,5	2,7	1,8	196,1
Удмуртская Респ.	370	3	17	390	137,9	1,1	6,3	145,3
Ульяновская обл.	339	1	3	343	184,6	0,5	1,6	186,7
Хабаровский край	297	9	3	309	131,5	4,0	1,3	136,8
Хакасия Респ.	134	1	0	135	129,2	1,0	0,0	130,2
Ханты-Мансийский АО - Югра АО	583	10	23	616	156,0	2,7	6,2	164,8
Херсонская обл.	4		1	5	4,7	0,0	1,2	5,8
Челябинская обл.	1002	1	13	1016	163,5	0,2	2,1	165,8
Чеченская Респ.	205	1	1	207	43,8	0,2	0,2	44,2
Чувашская Респ.	231	2	2	235	110,5	1,0	1,0	112,4
Чукотский АО					0,0	0,0	0,0	0,0
Ямало-Ненецкий АО	191	4	1	196	168,7	3,5	0,9	173,1
Ярославская обл.	437	5	1	443	226,1	2,6	0,5	229,2

Примечание. СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.

Таблица 3. Распространенность сахарного диабета в возрастной группе «Подростки» в 89 регионах Российской Федерации на 01.01.2026 г.

Регион	Кол-во человек				На 100 000 населения			
	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего
<b>РФ 89 регионов</b>	<b>17886</b>	<b>420</b>	<b>364</b>	<b>18670</b>	<b>359,5</b>	<b>8,4</b>	<b>7,3</b>	<b>375,3</b>
Адыгея Респ.	36	3		39	195,7	16,3	0,0	212,0
Алтай Респ.	20	0		20	190,3	0,0	0,0	190,3
Алтайский край	296	4	1	301	374,4	5,1	1,3	380,7
Амурская обл.	92	3	2	97	322,4	10,5	7,0	339,9
Архангельская обл.	182	4	6	192	556,8	12,2	18,4	587,4
Астраханская обл.	107	3		110	299,5	8,4	0,0	307,9
Башкортостан Респ.	546	15	16	577	372,8	10,2	10,9	393,9
Белгородская обл.	207	5	4	216	428,0	10,3	8,3	446,6
Брянская обл.	175	2	3	180	457,4	5,2	7,8	470,4
Бурятия Респ.	99	9	3	111	224,8	20,4	6,8	252,1
Владимирская обл.	104	8	2	114	252,4	19,4	4,9	276,7
Волгоградская обл.	315	5	7	327	400,2	6,4	8,9	415,5
Вологодская обл.	160	4	5	169	404,1	10,1	12,6	426,8
Воронежская обл.	291	8	2	301	439,3	12,1	3,0	454,4
Дагестан Респ.	189			189	128,5	0,0	0,0	128,5
Донецкая НР	63	11		74	90,7	15,8	0,0	106,5
Еврейская АО	6			6	108,8	0,0	0,0	108,8
Забайкальский край	128	8	2	138	316,5	19,8	4,9	341,2
Запорожская обл.	20			20	168,8	0,0	0,0	168,8
Ивановская обл.	104	1	1	106	367,5	3,5	3,5	374,5
Ингушетия Респ.	46	1	1	48	158,2	3,4	3,4	165,1
Иркутская обл.	303	11	5	319	331,5	12,0	5,5	349,0
Кабардино-Балкарская Респ.	67	3		70	188,3	8,4	0,0	196,7
Калининградская обл.	137	2		139	403,1	5,9	0,0	409,0
Калмыкия Респ.	19	5		24	167,5	44,1	0,0	211,5
Калужская обл.	126	5	0	131	394,0	15,6	0,0	409,6
Камчатский край	29	2	1	32	293,9	20,3	10,1	324,3
Карачаево-Черкесская Респ.	70	0		70	365,6	0,0	0,0	365,6
Карелия Респ.	88	2	2	92	506,6	11,5	11,5	529,6
Кемеровская обл.	289	10	15	314	295,6	10,2	15,3	321,2
Кировская обл.	165	3	5	173	453,5	8,2	13,7	475,5
Коми Респ.	113	5	9	127	448,6	19,8	35,7	504,1
Костромская обл.	99	2	3	104	514,0	10,4	15,6	540,0
Краснодарский край	770	9	8	787	392,9	4,6	4,1	401,5
Красноярский край	332	21	5	358	333,7	21,1	5,0	359,8
Крым Респ.	179	3	1	183	265,1	4,4	1,5	271,0
Курганская обл.	123	5		128	439,8	17,9	0,0	457,7
Курская обл.	139		3	142	420,8	0,0	9,1	429,9
Ленинградская обл.	151	3	2	156	290,6	5,8	3,8	300,2
Липецкая обл.	115	1		116	311,7	2,7	0,0	314,4
Луганская НР	48			48	111,6	0,0	0,0	111,6
Магаданская обл.	15			15	328,9	0,0	0,0	328,9
Марий Эл Респ.	79		1	80	339,4	0,0	4,3	343,7
Мордовия Респ.	98	2	1	101	433,5	8,8	4,4	446,8

Продолжение таблицы 3 (приложение 1)

Регион	Кол-во человек				На 100 000 населения			
	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего
Москва г.	1648	17	41	1706	478,8	4,9	11,9	495,6
Московская обл.	965	11	14	990	375,3	4,3	5,4	385,0
Мурманская обл.	79	5		84	344,2	21,8	0,0	366,0
Ненецкий АО	7			7	414,4	0,0	0,0	414,4
Нижегородская обл.	379	1	7	387	398,3	1,1	7,4	406,7
Новгородская обл.	73			73	373,0	0,0	0,0	373,0
Новосибирская обл.	362	7	12	381	407,1	7,9	13,5	428,5
Омская обл.	246	2	3	251	393,5	3,2	4,8	401,5
Оренбургская обл.	263	7	1	271	418,4	11,1	1,6	431,1
Орловская обл.	100	1		101	457,8	4,6	0,0	462,4
Пензенская обл.	153	2	4	159	409,5	5,4	10,7	425,5
Пермский край	351	15	7	373	391,9	16,7	7,8	416,4
Приморский край	164	1	9	174	291,8	1,8	16,0	309,6
Псковская обл.	27	1		28	150,4	5,6	0,0	156,0
Ростовская обл.	492	3	4	499	377,8	2,3	3,1	383,2
Рязанская обл.	93	4	2	99	290,4	12,5	6,2	309,1
Самарская обл.	416	8	2	426	431,9	8,3	2,1	442,2
Санкт-Петербург г.	740	10	10	760	554,5	7,5	7,5	569,4
Саратовская обл.	264	4	3	271	361,8	5,5	4,1	371,4
Саха /Якутия/ Респ.	61	12		73	140,5	27,6	0,0	168,1
Сахалинская обл.	57	3	1	61	397,8	20,9	7,0	425,7
Свердловская обл.	648	35	56	739	458,7	24,8	39,6	523,1
Севастополь г.	71	1	1	73	397,8	5,6	5,6	409,0
Северная Осетия - Алания Респ	92	1	1	94	362,1	3,9	3,9	370,0
Смоленская обл.	117		2	119	446,4	0,0	7,6	454,0
Ставропольский край	330	3	1	334	333,8	3,0	1,0	337,8
Тамбовская обл.	124	9	4	137	465,7	33,8	15,0	514,5
Татарстан Респ.	445	5	3	453	359,3	4,0	2,4	365,8
Тверская обл.	120	2		122	324,4	5,4	0,0	329,8
Томская обл.	109	6		115	296,9	16,3	0,0	313,2
Тульская обл.	187	1	3	191	464,0	2,5	7,4	473,9
Тыва Респ.	15	4		19	78,5	20,9	0,0	99,5
Тюменская обл.	233	16	4	253	387,1	26,6	6,6	420,3
Удмуртская Респ..	185	7	7	199	362,5	13,7	13,7	390,0
Ульяновская обл.	135	1		136	386,7	2,9	0,0	389,6
Хабаровский край	132	1	2	135	329,1	2,5	5,0	336,6
Хакасия Респ.	66	2		68	316,4	9,6	0,0	326,0
Ханты-Мансийский АО - Югра АО	250	3	25	278	360,8	4,3	36,1	401,2
Херсонская обл.	2			2	12,1	0,0	0,0	12,1
Челябинская обл.г	435	8	14	457	367,6	6,8	11,8	386,2
Чеченская Респ.	127	2		129	137,0	2,2	0,0	139,2
Чувашская Респ.	101	3	4	108	250,6	7,4	9,9	268,0
Чукотский АО					0,0	0,0	0,0	0,0
Ямало-Ненецкий АО	83		0	83	392,5	0,0	0,0	392,5
Ярославская обл.	199	8	1	208	512,5	20,6	2,6	535,7

Примечание. СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.

Таблица 4. Распространенность сахарного диабета в возрастной группе «Взрослые» в 89 регионах Российской Федерации на 01.01.2026 г.

Регион	Кол-во человек				На 100 000 населения			
	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего
<b>РФ 89 регионов</b>	<b>249390</b>	<b>5366010</b>	<b>138248</b>	<b>5753648</b>	<b>208,6</b>	<b>4488,6</b>	<b>115,6</b>	<b>4812,9</b>
Адыгея Респ.	759	16949	734	18442	194,3	4339,6	187,9	4721,8
Алтай Респ.	280	5571	56	5907	189,5	3769,8	37,9	3997,2
Алтайский край	3933	106145	697	110775	239,1	6454,2	42,4	6735,7
Амурская обл.	999	31699	763	33461	170,7	5415,9	130,4	5716,9
Архангельская обл.	2286	50214	8622	61122	301,0	6612,7	1135,4	8049,2
Астраханская обл.	1346	36375	1341	39062	185,4	5011,5	184,8	5381,7
Башкортостан Респ.	6148	150301	6635	163084	194,7	4759,7	210,1	5164,5
Белгородская обл.	2619	66438	500	69557	216,8	5498,5	41,4	5756,6
Брянская обл.	2126	54842	488	57456	231,3	5966,6	53,1	6251,0
Бурятия Респ.	840	41202	94	42136	117,4	5760,5	13,1	5891,0
Владимирская обл.	2334	56357	453	59144	219,4	5296,7	42,6	5558,6
Волгоградская обл.	3740	100136	1167	105043	187,4	5016,6	58,5	5262,5
Вологодская обл.	2569	47649	1939	52157	292,3	5421,4	220,6	5934,3
Воронежская обл.	4508	100165	28729	133402	242,7	5392,7	1546,7	7182,1
Дагестан Респ.	2064	47221	101	49386	87,5	2001,2	4,3	2093,0
Донецкая НР	2871	27074	21	29966	172,0	1621,7	1,3	1795,0
Еврейская АО	150	3236	7	3393	133,5	2881,0	6,2	3020,7
Забайкальский край	1489	27709	61	29259	199,9	3719,2	8,2	3927,3
Запорожская обл.	626	13200	1	13827	219,8	4635,4	0,4	4855,5
Ивановская обл.	1831	52423	1747	56001	248,4	7113,0	237,0	7598,5
Ингушетия Респ.	301	7337	14	7652	81,2	1980,4	3,8	2065,5
Иркутская обл.	3597	92535	3089	99221	204,2	5252,6	175,3	5632,1
Кабардино-Балкарская Респ.	1201	13362	38	14601	174,4	1940,7	5,5	2120,6
Калининградская обл.	1785	36880	501	39166	214,9	4439,1	60,3	4714,3
Калмыкия Респ.	350	11326	199	11875	170,8	5525,5	97,1	5793,3
Калужская обл.	1737	39724	246	41707	200,4	4582,3	28,4	4811,0
Камчатский край	309	10125	283	10717	136,9	4484,7	125,3	4746,9
Карачаево-Черкесская Респ.	664	13596	267	14527	184,3	3773,0	74,1	4031,4
Карелия Респ.	1713	30873	1355	33941	408,6	7364,5	323,2	8096,4
Кемеровская обл.	3583	82454	4484	90521	179,5	4130,5	224,6	4534,6
Кировская обл.	2135	69699	6747	78581	235,5	7687,4	744,2	8667,1
Коми Респ.	1344	38408	5911	45663	237,4	6784,8	1044,2	8066,4
Костромская обл.	1160	23999	147	25306	260,4	5386,7	33,0	5680,1
Краснодарский край	8609	187151	4658	200418	186,6	4056,2	101,0	4343,8
Красноярский край	4824	110530	2105	117459	218,1	4997,4	95,2	5310,7
Крым Респ.	3239	61474	255	64968	214,7	4075,1	16,9	4306,8
Курганская обл.	1470	42517	333	44320	252,8	7311,3	57,3	7621,4
Курская обл.	1873	44773	701	47347	219,7	5252,4	82,2	5554,4
Ленинградская обл.	2864	54255	662	57781	164,9	3124,7	38,1	3327,7
Липецкая обл.	1965	32196	204	34365	218,4	3578,1	22,7	3819,2
Луганская НР	3688	31473	23	35184	356,9	3045,4	2,2	3404,5
Магаданская обл.	215	4487	38	4740	200,8	4190,8	35,5	4427,1
Марий Эл Респ.	925	28418	145	29488	176,8	5431,9	27,7	5636,4
Мордовия Респ.	1348	30853	47	32248	211,9	4849,9	7,4	5069,2

Продолжение таблицы 4 (приложение 1)

Регион	Кол-во человек				На 100 000 населения			
	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего
Москва г	21297	355411	1165	377873	194,6	3248,3	10,6	3453,6
Московская обл.	12797	270128	2890	285815	183,1	3864,9	41,3	4089,4
Мурманская обл.	1300	28399	753	30452	252,8	5522,2	146,4	5921,4
Ненецкий АО	78	1686	870	2634	246,8	5333,9	2752,4	8333,1
Нижегородская обл.	5463	140947	4830	151240	222,7	5745,2	196,9	6164,8
Новгородская обл.	1236	18973	129	20338	271,4	4165,5	28,3	4465,2
Новосибирская обл.	4365	106231	5598	116194	198,8	4839,2	255,0	5293,0
Омская обл.	3184	61439	644	65267	225,1	4344,0	45,5	4614,7
Оренбургская обл.	3483	82294	387	86164	243,8	5760,0	27,1	6030,9
Орловская обл.	1296	29992	100	31388	230,6	5336,9	17,8	5585,3
Пензенская обл.	2064	60053	876	62993	203,9	5933,9	86,6	6224,4
Пермский край	4042	102501	1962	108505	209,5	5312,2	101,7	5623,3
Приморский край	3230	48630	4441	56301	223,0	3357,8	306,6	3887,5
Псковская обл.	1135	14742	92	15969	241,8	3140,9	19,6	3402,3
Ростовская обл.	5973	144374	788	151135	177,7	4295,7	23,4	4496,8
Рязанская обл.	1969	42302	913	45184	222,0	4769,7	102,9	5094,7
Самарская обл.	5834	136057	1437	143328	232,1	5412,8	57,2	5702,1
Санкт-Петербург г.	14407	195922	5138	215467	306,2	4163,6	109,2	4579,0
Саратовская обл.	3699	95264	292	99255	190,0	4893,5	15,0	5098,5
Саха /Якутия/ Респ.	984	32914	106	34004	132,6	4436,8	14,3	4583,7
Сахалинская обл.	854	18631	61	19546	233,4	5091,5	16,7	5341,5
Свердловская обл.	8693	171962	889	181544	263,2	5205,9	26,9	5496,0
Севастополь г.	927	13456	194	14577	204,2	2963,5	42,7	3210,4
Северная Осетия - Алания Респ.	1038	20010	198	21246	196,3	3783,9	37,4	4017,6
Смоленская обл.	1738	32883	854	35475	245,7	4649,1	120,7	5015,6
Ставропольский край	3502	74450	2784	80736	152,3	3238,6	121,1	3512,1
Тамбовская обл.	1768	38548	637	40953	222,0	4840,3	80,0	5142,3
Татарстан Респ.	8003	141094	2652	151749	252,8	4457,1	83,8	4793,7
Тверская обл.	2258	49878	985	53121	232,3	5130,8	101,3	5464,4
Томская обл.	1670	38442	351	40463	202,8	4668,3	42,6	4913,8
Тульская обл.	3107	74816	581	78504	254,6	6131,7	47,6	6434,0
Тыва Респ.	114	5614	12	5740	53,0	2608,7	5,6	2667,3
Тюменская обл.	2608	73804	645	77057	210,7	5963,1	52,1	6226,0
Удмуртская Респ.	1921	62089	1996	66006	173,4	5604,5	180,2	5958,0
Ульяновская обл.	1925	53566	615	56106	203,3	5657,9	65,0	5926,1
Хабаровский край	1700	34466	289	36455	168,7	3421,1	28,7	3618,5
Хакасия Респ.	774	22877	24	23675	193,0	5704,8	6,0	5903,8
Ханты-Мансийский АО - Югра АО	2548	72709	1887	77144	190,3	5431,3	141,0	5762,6
Херсонская обл.	22	452		474	5,5	113,7	0,0	119,2
Челябинская обл.	6389	128276	1432	136097	240,7	4833,6	54,0	5128,3
Чеченская Респ.	773	22067	264	23104	76,1	2173,2	26,0	2275,3
Чувашская Респ.	1269	44728	427	46424	139,4	4912,8	46,9	5099,1
Чукотский АО	21	300	5	326	58,3	833,2	13,9	905,4
Ямало-Ненецкий АО	811	17257	158	18226	208,6	4439,4	40,6	4688,6
Ярославская обл.	2704	52025	289	55018	285,2	5487,5	30,5	5803,2

**Примечание.** СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Таблица 1. Заболеваемость сахарным диабетом в 89 регионах Российской Федерации на 01.01.2026 г.

Регион	Кол-во человек				На 100 000 населения			
	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего
<b>РФ 89 регионов</b>	<b>12110</b>	<b>390698</b>	<b>47956</b>	<b>450764</b>	<b>8,1</b>	<b>259,8</b>	<b>31,9</b>	<b>299,8</b>
Адыгея Респ.	18	1181	162	1361	3,6	235,9	32,4	271,8
Алтай Респ.	19	515	12	546	9,0	245,1	5,7	259,9
Алтайский край	248	9402	161	9811	11,8	447,9	7,7	467,4
Амурская обл.	71	2434	486	2991	9,4	323,2	64,5	397,2
Архангельская обл.	136	4061	2191	6388	14,4	428,6	231,2	674,2
Астраханская обл.	92	2983	393	3468	9,7	315,1	41,5	366,4
Башкортостан Респ.	419	17168	1876	19463	10,4	424,7	46,4	481,5
Белгородская обл.	130	6217	501	6848	8,8	419,5	33,8	462,1
Брянская обл.	103	4843	158	5104	9,1	427,5	13,9	450,6
Бурятия Респ.	76	4188	94	4358	7,8	431,2	9,7	448,8
Владимирская обл.	69	2327	40	2436	5,3	179,3	3,1	187,7
Волгоградская обл.	224	7350	777	8351	9,2	302,0	31,9	343,1
Вологодская обл.	97	3309	413	3819	8,7	296,7	37,0	342,4
Воронежская обл.	217	9029	3610	12856	9,6	399,5	159,7	568,8
Дагестан Респ.	154	3971	34	4159	4,7	121,8	1,0	127,6
Донецкая НР	31	642	20	693	1,5	30,6	1,0	33,0
Еврейская АО	1	72	9	82	0,7	49,9	6,2	56,8
Забайкальский край	103	2252	16	2371	10,5	228,9	1,6	241,0
Запорожская обл.	16	1632	0	1648	4,5	455,6	0,0	460,1
Ивановская обл.	69	3411	190	3670	7,7	379,6	21,1	408,5
Ингушетия Респ.	22	410	2	434	4,1	76,7	0,4	81,2
Иркутская обл.	237	7031	1888	9156	10,2	302,8	81,3	394,3
Кабардино-Балкарская Респ.	6	360	0	366	0,7	39,6	0,0	40,3
Калининградская обл.	69	2570	118	2757	6,7	248,8	11,4	266,9
Калмыкия Респ.	19	746	17	782	7,1	278,8	6,4	292,2
Калужская обл.	63	2653	97	2813	5,9	248,7	9,1	263,7
Камчатский край	26	741	216	983	9,0	257,1	74,9	341,1
Карачаево-Черкесская Респ.	50	957	61	1068	10,7	204,2	13,0	227,9
Карелия Респ.	111	1981	244	2336	21,4	381,7	47,0	450,1
Кемеровская обл.	197	6126	2295	8618	7,8	242,4	90,8	341,0
Кировская обл.	110	5098	1104	6312	9,8	455,0	98,5	563,4
Коми Респ.	93	3596	1953	5642	13,0	503,1	273,2	789,3
Костромская обл.	54	2063	221	2338	9,6	367,9	39,4	416,9
Краснодарский край	606	15316	3896	19818	10,4	262,2	66,7	339,2
Красноярский край	301	10417	880	11598	10,6	367,1	31,0	408,7
Крым Респ.	61	3275	24	3360	3,2	172,2	1,3	176,6
Курганская обл.	70	2635	68	2773	9,4	353,9	9,1	372,5
Курская обл.	106	4041	296	4443	10,1	384,9	28,2	423,2
Ленинградская обл.	152	5198	446	5796	7,4	252,4	21,7	281,4
Липецкая обл.	65	2419	96	2580	5,9	218,3	8,7	232,8
Луганская НР	43	1102	10	1155	3,3	84,8	0,8	88,8
Магаданская обл.	17	383	6	406	12,6	284,7	4,5	301,8
Марий Эл Респ.	69	2527	170	2766	10,4	379,3	25,5	415,2
Мордовия Респ.	102	2280	7	2389	13,4	300,4	0,9	314,8

Продолжение таблицы 1 (приложение 2)

Регион	Кол-во человек				На 100 000 населения			
	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего	СД1	СД2	Другие типы диабета	Всего
Москва г.	694	11591	84	12369	5,2	87,3	0,6	93,2
Московская обл.	572	16355	642	17569	6,5	186,4	7,3	200,2
Мурманская обл.	46	1944	151	2141	7,1	298,5	23,2	328,7
Ненецкий АО	6	91	108	205	14,3	217,2	257,7	489,2
Нижегородская обл.	284	10567	681	11532	9,3	347,7	22,4	379,4
Новгородская обл.	44	723	12	779	7,8	127,5	2,1	137,4
Новосибирская обл.	221	9581	3714	13516	7,9	343,8	133,3	485,0
Омская обл.	199	4496	192	4887	11,0	249,0	10,6	270,6
Оренбургская обл.	175	7136	147	7458	9,6	392,8	8,1	410,5
Орловская обл.	63	2135	21	2219	9,2	311,1	3,1	323,4
Пензенская обл.	98	5683	423	6204	8,0	463,2	34,5	505,7
Пермский край	229	8037	875	9141	9,2	323,6	35,2	368,0
Приморский край	163	3028	1579	4770	9,1	168,3	87,7	265,1
Псковская обл.	9	402	0	411	1,6	70,0	0,0	71,5
Ростовская обл.	327	11416	705	12448	7,9	275,9	17,0	300,9
Рязанская обл.	79	2114	17	2210	7,4	196,8	1,6	205,7
Самарская обл.	268	11736	1251	13255	8,6	377,1	40,2	425,9
Санкт-Петербург г.	473	7829	550	8852	8,4	138,5	9,7	156,6
Саратовская обл.	170	8762	225	9157	7,2	369,8	9,5	386,5
Саха /Якутия/ Респ.	31	2412	11	2454	3,1	239,6	1,1	243,8
Сахалинская обл.	27	28	4	59	5,9	6,1	0,9	12,9
Свердловская обл.	479	12377	367	13223	11,3	293,2	8,7	313,2
Севастополь г.	51	729	172	952	9,1	130,6	30,8	170,5
Северная Осетия - Алания Респ.	74	1495	226	1795	10,9	220,2	33,3	264,4
Смоленская обл.	65	2482	478	3025	7,6	289,6	55,8	352,9
Ставропольский край	223	6499	1837	8559	7,7	225,3	63,7	296,7
Тамбовская обл.	77	1937	267	2281	8,1	204,6	28,2	241,0
Татарстан Респ.	451	10433	2132	13016	11,2	259,6	53,0	323,8
Тверская обл.	69	3515	313	3897	5,8	295,2	26,3	327,3
Томская обл.	69	1713	23	1805	6,6	164,8	2,2	173,6
Тульская обл.	137	4835	185	5157	9,4	331,9	12,7	354,0
Тыва Респ.	6	655	5	666	1,8	193,5	1,5	196,8
Тюменская обл.	181	6380	120	6681	11,1	392,2	7,4	410,7
Удмуртская Респ.	115	5619	1074	6808	8,1	393,7	75,2	477,0
Ульяновская обл.	91	4472	180	4743	7,8	383,8	15,4	407,0
Хабаровский край	66	1556	93	1715	5,2	122,2	7,3	134,7
Хакасия Респ.	32	1842	2	1876	6,1	350,5	0,4	357,0
Ханты-Мансийский АО - Югра АО	175	6389	1837	8401	9,8	358,6	103,1	471,5
Херсонская обл.	4	72	0	76	0,8	14,4	0,0	15,2
Челябинская обл.	312	9288	997	10597	9,2	274,4	29,5	313,0
Чеченская Респ.	67	2198	203	2468	4,2	139,4	12,9	156,5
Чувашская Респ.	75	4252	405	4732	6,5	366,6	34,9	408,0
Чукотский АО	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ямало-Ненецкий АО	35	1296	10	1341	6,7	247,8	1,9	256,4
Ярославская обл.	136	3686	380	4202	11,5	312,3	32,2	356,0

Примечание. СД1 — сахарный диабет 1 типа; СД2 — сахарный диабет 2 типа.