

Эпидемиологическая характеристика сахарного диабета и его осложнений в Омской области

¹Сайфуллина М.Л., ²Сунцов Ю.И., ³Совалкин В.И., ³Стасенко В.Л.

¹БУЗОО Клинический диагностический центр, Омск
(гл. врач — В.Г. Колоколов)

²ФГУ Эндокринологический научный центр, Москва
(директор — академик РАН и РАМН И.И. Дедов)

³ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия
(ректор — д.м.н. А.И. Новиков)

Цель. Оценка эпидемиологической ситуации по сахарному диабету (СД) в Омской области за период с 2002 по 2008 гг.

Материалы и методы. Проведено когортное, проспективное исследование с использованием официальных статистических отчетных форм № 12. Изучены 1398 «Акт освидетельствования медико-социальной экспертизы» и «Статистических талонов» (Ф № 25), отчетных форм «Книга протоколов заседания медико-социальной экспертизы» «Сборника информационно-аналитических материалов о состоянии инвалидности в Омской области».

Результаты. В регионе на фоне увеличения показателей заболеваемости населения СД наметилась устойчивая позитивная тенденция в динамике частоты неблагоприятных исходов (осложнений, инвалидизации и смертности) у пациентов с диабетом.

Заключение. Улучшились показатели реабилитации лиц с СД, имеющих инвалидность.

Ключевые слова: сахарный диабет, заболеваемость, осложнения, инвалидизация, смертность, реабилитация

Epidemiological characteristics of diabetes mellitus and its complications in the Omsk region

¹Sajfullina M.L., ²Suntsov Yu.I., ³Sovalkin V.I., ³Stasenko V.L.

¹Clinical Diagnostic Center, Omsk

²Endocrinological Research Centre, Moscow

³Omsk State Medical Academy, Omsk

Aim. To evaluate epidemiological situation with respect to diabetes morbidity in the Omsk region during 2002–2008.

Materials and methods. This prospective cohort study used official statistical reporting forms № 12. A total of 1398 Acts of medical and social assessment, Statistical cards (form № 25), Minute books of medico-social examination commissions, and Collected information-statistical materials on disability situation in the Omsk region were available for analysis.

Results. A stable trend toward reduction of unfavourable outcomes of diabetes mellitus (DM) (complications, physical disability and mortality) has been documented despite overall enhancement of DM morbidity in the region.

Conclusion. The study revealed improved rehabilitation records among disabled diabetics.

Key words: diabetes mellitus, morbidity, complications, disability, mortality, rehabilitation

Сахарный диабет (СД) представляет серьезную медико-социальную проблему здравоохранения, что обусловлено его высокой распространенностью, хроническим течением, определяющим накопление контингента больных СД, и высокой инвалидизацией. Важным обстоятельством является то, что фактическая распространенность СД 2 типа (СД2) в 2–3 раза превышает регистрируемую по обращаемости [1, 2, 3, 4]. Постоянно возрастающее число больных, страдающих СД, естественным образом влияет на показатели смертности населения [1, 2, 3, 4, 9]. Решение проблем, обусловленных СД, и оценка проводимых мероприятий требует выполнения эпидемиологического мониторинга [2, 3, 6]. В Российской Федерации такой мониторинг ведется с 1996 г. Как показывают результаты анализа, эпидемиологическая ситуация имеет свои особенности в каждом из регионов, что обусловлено рядом факторов, в том числе и проводимыми мероприятиями по решению проблем, связанных с СД.

Исследования проводились на территории Омской области, административно-территориальной единицы Западной Сибири. Административно-территориальная область включает 424 муниципальных образования, в том числе 32 муниципальных района, 1 городской округ, областной центр — г. Омск, 26 городских поселений, 365 сельских поселений.

Численность населения области на 01.01.2008 г. — 2017,9 тыс. человек, в том числе мужчин — 930,4 тыс., женщин — 1087,5 тыс. человек. В составе населения дети до 15 лет составляют 15,0% (302,7 тыс. человек), подростки — 4,5% (90,8 тыс. человек). Удельный вес населения трудоспособного возраста составлял 64,3%. На-

циональный состав населения включает: русских (83,5%), казахов (3,9%), украинцев (3,7%), немцев (3,7%), татар (2,3%), другие национальности (2,9%).

Омская область может быть отнесена к модельным, поскольку по половозрастному составу населения, распространенности важнейших факторов риска массовых неинфекционных заболеваний, основным показателем качества окружающей природной среды существенно не отличалась от большинства территорий, субъектов РФ.

Целью проведенного исследования была оценка показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по СД в Омской области за период с 2002 по 2008 гг.

Материалы и методы

Проведено когортное, проспективное исследование. Для решения поставленных задач изучены распространенность СД и его осложнений, частота инвалидности и смертности больных Омской области вследствие СД. Для анализа показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по СД в Омской области, использованы официальные статистические отчетные формы № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» и отчеты Российского государственного Регистра больных СД в сегменте, формирующемся в Омской области, за период с 2002 по 2008 г. Данные о численности населения получены в «Медицинском информационно-аналитическом центре» Омской обла-

Таблица 1

Динамика распространенности и заболеваемости сахарным диабетом населения Омской области за период 2002 – 2008 гг.							
Год	Численность населения	Абсолютные значения		Показатели на 100 тыс. населения			
		Всего больных	Диагноз установлен впервые	Распространенность		Заболеваемость	
2002	2109193	26336	1771	1248,62	±7,65	83,97	±1,99
2003	2101067	27039	1774	1286,92	±7,78	84,43	±2,00
2004	2097249	29324	2114	1398,21	±8,11	100,80	±2,19
2005	2046635	31213	2342	1525,09	±8,57	114,43	±2,36
2006	2034600	32681	3102	1606,26	±8,81	152,46	±2,74
2007	2025600	35740	3642	1764,42	±9,25	179,80	±2,98
2008	2017997	40253	4062	1994,70	±9,84	201,28	±3,16

Таблица 2

Динамика распространенности осложнений среди больных с СД1 за период 2002 – 2008 гг. (в %)								
Осложнения	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Р 2002-2008
Кома	10,5	10,1	9,5	1,9	1,9	2,0	1,2	<0,001
Нейропатия	69,0	78,0	82,5	71,6	71,7	68,7	53,4	<0,001
Катаракта	18,1	16,9	19,5	18,8	17,6	15,7	15,6	<0,05
Ретинопатия	54,0	50,4	54,2	52,6	49,9	45,8	45,4	<0,001
Диабетическая стопа	10,6	11,2	11,2	10,5	9,3	8,01	8,1	<0,001
Инфаркт миокарда	2,6	2,02	1,8	1,5	1,2	1,2	1,3	<0,001
ОНМК	1,9	1,2	1,6	1,0	0,7	0,7	0,7	<0,001
Нефропатия	38,5	34,6	36,5	35,2	33,6	30,9	30,6	<0,001

Таблица 3

Динамика распространенности осложнений среди больных с СД2 за период 2002 – 2008 гг. (в %)								
Осложнения	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Р 2002-2008
Кома	0,6	0,5	0,5	0,07	0,08	0,06	0,04	<0,001
Нейропатия	40,6	40,7	41,4	44,1	42,3	42,7	37,4	<0,05
Катаракта	21,2	19,9	21,7	22,6	22,2	20,2	24,3	<0,001
Ретинопатия	35,6	34,5	35,8	36,1	34,1	32,5	31,0	<0,001
Диабетическая стопа	3,9	5,1	5,6	5,7	5,4	5,3	4,8	<0,001
Инфаркт миокарда	4,8	4,5	4,9	4,9	4,6	4,2	3,9	<0,001
ОНМК	5,2	4,8	4,9	4,9	4,6	2,4	3,9	<0,001
Нефропатия	14,1	13,1	14,5	14,2	13,1	11,9	11,0	<0,001

сти. Оценка показателей инвалидности, частичной и полной реабилитации пациентов с СД получены на основе изучения 1398 «Актос освидетельствования медико-социальной экспертизы» и «Статистических талонов» (Ф № 25), отчетных форм «Книга протоколов заседания медико-социальной экспертизы» «Сборника информационно-аналитических материалов о состоянии инвалидности в Омской области».

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием приложения MS Excel. Средние выборочные значения количественных признаков приведены в виде $M \pm SE$, где M – среднее выборочное, SE – стандартная ошибка среднего. Для оценки статистической значимости различий между выборочными долями были применены t -критерий и метод углового преобразования Фишера. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимался равным 0,05.

Результаты и их обсуждение

В таблице 1 представлена динамика абсолютных величин и относительных показателей заболеваемости СД населения Омской области с 2002 по 2008 гг.

За период наблюдения отмечен достоверный рост уровня заболеваемости СД (7,9%; $p < 0,001$). Число зарегистрированных случаев заболевания СД в 2008 г. в сравнении с 2002 г. увеличилось на 52,9%.

В структуре заболеваемости СД преобладал СД2 (91,3–93,4%). На долю СД1 приходилось 6,4–7,9%, диабета других типов – 0,03–0,07%. По итогам 2008 г. показатель заболеваемости СД2 составил 186,24 на 100 тыс. взрослого населения, что в 1,6 раза выше показателя 2002 г. (114,05 на 100 тыс. взрослого населения; $p < 0,001$). Заболеваемость СД1 также существенно увеличилась с 10,77 в 2002 г. до 12,69 на 100 тыс. населения в 2008 г. ($p < 0,001$).

По отчетам Государственного регистра больных СД в Омской области, наиболее распространенным осложнением СД1 являлась диабетическая нейропатия. Второе место занимала диабетическая ретинопатия, третье – нефропатия (табл. 2).

Обращает на себя внимание существенное снижение частоты развития у лиц с СД1 распространенности диабетической комы (в 8,8 раза), острых нарушений мозгового кровообращения (в 2,7 раза), инфаркта миокарда (в 2 раза). Устойчивая позитивная динамика получена и по другим осложнениям СД1.

За период наблюдения аналогичная картина наблюдалась и среди лиц с СД2. (табл. 3). Наиболее выраженное снижение (в 15 раз) было зарегистрировано в отношении диабетической комы. Исключение составили диабетическая стопа и катаракта, распространенность которых, напротив, возросла до 2,0% и 1,7% соответственно, $p < 0,001$ (табл. 3).

В Омской области на учете состоит 172 734 человек с ограниченными возможностями, что составляет 8,5% от численности населения. По данным ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области», за период 2004 – 2006 гг. показатель первичной инвалидизации вследствие СД составил 2,8–3,6 на 10 тыс. взрослого населения. В последующие годы наблюдалось снижение удельного веса лиц, впервые признанных инвалидами по СД: в 2004 г. – 445 человек, что составляет 2,5% от общего числа впервые признанных инвалидами жителей Омской области, из них трудоспособного возраста – 30,3%; в 2005 г. – 590 человек (соответственно, 2,4% и 28,1%), в 2006 г. – 363 человека (соответственно, 2,0% и 33,9%).

За 3 года доля лиц с СД (суммарно), имевших первую или вторую группы инвалидности, поступательно снизилась с 78,0 до 47,5%. Среди лиц трудоспособного возраста, больных СД, аналогичный показатель снизился с 39,2 до 22,0%.

По результатам повторных освидетельствований установлено, что при стабильных показателях частичной реабилитации на уровне 4,4–4,5% доля лиц с полной реабилитацией при СД увеличилась в 5 раз: с 0,9 до 4,7%. В ходе осуществления динамического контроля за реализацией рекомендуемых мероприятий можно констатировать, что медицинская реабилитация инвалидов, страдающих СД, осуществляется в полном объеме (100%) с обеспечением техническими средствами реабилитации на 89–92%.

Увеличение количества больных СД естественным образом влияет на показатели смертности населения. В Российской Федерации показатель смертности в 2003 г. при СД1 составил 4,8, при СД2 – 35,5 на 100 тыс. населения. За период с 2002 по 2008 г., по данным Государственного регистра больных СД в Омской области, смертность больных СД увеличивалась с 2002 до 2004 г. (с 4,35 до 5,27 на 100 тыс. взрослого населения, $p < 0,001$), а с 2004 по 2008 г. наметилась устойчивая тенденция к снижению показателей смертности с 5,27 до 2,99 на 100 тыс. взрослого населения, $p < 0,001$). Снижение показателей смертности лиц с СД было наиболее выраженным в возрастных группах 60 и более лет (СД1 – в 2–3,8 раза, СД2 – в 1,5–2,3 раза).

По данным Государственного регистра больных СД Российской Федерации, непосредственными причинами смерти больных СД1 являются сердечно-сосудистые заболевания. В структуре основных причин смерти больных СД1 в Омской области за период наблюдения произошли некоторые изменения. Так, в 2002 г. наиболее часто смерть больных СД1 наступала вследствие инсульта (35,3%), второе место занимала хроническая почечная недостаточность (23,5%). В 2008 г. большую долю в структуре непосредственных причин смерти заняли причины, не связанные с СД (47,8%). Доля инсульта составила 33,3%, инфаркта миокарда – 16,7%. Необходимо отметить, что в 2008 г. среди причин смерти больных СД1 отсутствовала диабетическая кома, а доля гангрены нижних конечностей снизилась с 5,9 до 2,2%.

Среди причин смерти больных СД2 в 2002 г. ведущее место занимал инфаркт миокарда (33%), затем – мозговой инсульт (29%), хроническая почечная недостаточность (15%), другие причины (12,5%), гангрена нижних конечностей (10,5%). В 2008 г. в структуре причин смерти больных с СД2 первое место, также как и у больных СД1, занимали «другие причины» (32,4%) – заболевания, не связанные с СД, затем – инфаркт миокарда (31,3%), мозговой инсульт (26,2%), хроническая почечная недостаточность (5,9%), гангрена нижних конечностей (4,2%). Таким образом, основными причинами смерти у лиц с СД являются сердечно-сосудистые заболевания, которые у больных СД1 составляют 50% от всех причин смерти, при СД2 – 57,5%.

Заключение

1. Установлено, что в Омской области наблюдается рост заболеваемости населения СД. В структуре заболеваемости СД преобладал СД2.
2. За период наблюдения с 2002 по 2008 гг. отмечено достоверное снижение распространенности осложнений как у больных СД1, так и у больных с СД2.
3. Достигнуто улучшение показателей полной реабилитации лиц с СД, имевших инвалидность.
4. Установлена положительная динамика показателей смертности лиц с СД.

Группа авторов выражает признательность за совместную работу и предоставление данных руководителю – главному эксперту ФГУ «Главное бюро МСЭ по Омской области» Сергею Петровичу Запарю и руководителю филиала – бюро № 11 ФГУ «Главное бюро МСЭ по Омской области» Татьяне Александровне Степановой.

Литература

1. Дедов И.И., Чазова Т.Е., Сунцов Ю.И. Эпидемиология сахарного диабета: пособие для врачей. – М., 2003. – 235 с.
2. Сунцов Ю.И. Эпидемиология и государственный регистр сахарного диабета // Сахарный диабет. – 2005. – № 3. – С. 40–43.
3. Сунцов Ю.И., Дедов И.И. Государственный регистр – основная информационная система для расчетов экономических затрат государства на сахарный диабет и прогнозирование // Сахарный диабет. – 2005. – № 2. – С. 2–5.
4. Akazava Y. Prevalence and incidence of diabetes mellitus by WHO criteria / Y. Akazava // Diabetes Res. Clin. Prac. – 1994. – Vol. 24. – P. 23–27.
5. Дедов И.И., Балаболкин М.И. Состояние и развитие диабетологической службы в Российской Федерации // Сахарный диабет. – 2005. – № 3. – С. 3–5.
6. Сунцов Ю.И. Скрининг осложнений сахарного диабета как метод оценки качества лечебной помощи больным. – М., 2008. – С. 63.

Сайфуллина Марина Лукмановна

главный внештатный диабетолог МЗ Омской области, зав. консультативным отделом, БУЗОО Клинический диагностический центр, Омск

E-mail: sayfullina@bk.ru

Сунцов Юрий Иванович

д.м.н., профессор, зав. отделением эпидемиологии и Государственного регистра сахарного диабета, ФГУ Эндокринологический научный центр, Москва

Совалкин Валерий Иванович

д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии, ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия, Омск

Стасенко Владимир Леонидович

д.м.н., профессор, зав. кафедрой эпидемиологии, ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия, Омск