

# ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕГИСТР САХАРНОГО ДИАБЕТА: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНСУЛИННЕЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Ю.И. Сунцов, И.И. Дедов, С.В. Кудрякова

Эндокринологический научный центр РАМН  
(дир.-акад. РАМН И.И. Дедов), Москва

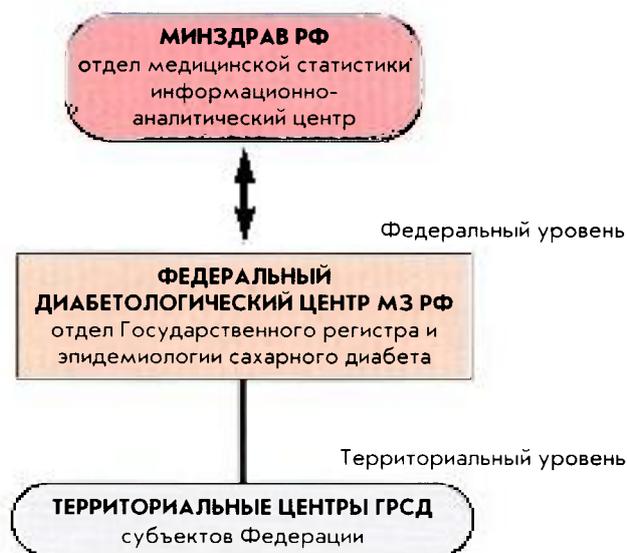
**П**оиск путей диабетологической службы предполагает получение статистически надежной информации об эпидемиологической ситуации по сахарному диабету. Решение о создании такой информационной службы было принято Минздравом РФ в 1993 г. В течение последующего времени проводилась активная работа по разработке и созданию автоматизированной информационной системы Государственного регистра сахарного диабета (ГРСД). Организационная структура ГРСД представлена на схеме. Как показывает опыт и проведенные исследо-

вания за рубежом и в РФ, наиболее серьезные проблемы возникают при создании и ведении базы данных лиц с инсулиннезависимым сахарным диабетом (ИНСД) [1, 6].

Инсулиннезависимым сахарным диабетом страдают более 85 % больных [3, 5]. Эта форма диабета встречается в 10 раз чаще, чем инсулинзависимый сахарный диабет (ИЗСД). Заболеваемость ИНСД существенно возрастает среди лиц в возрасте 40 лет и старше и достигает максимальных значений в группах 60 лет и старше [2, 6]. При этом распространенность ИНСД, регистрируемая по обращаемости, не отражает реальной ситуации, так как фактическое число больных в 2-3 раза превышает регистрируемое [1, 4]. Если учесть, что у значительной части больных ИНСД к моменту установления диагноза длительность заболевания составляет около 10 лет [4], становится понятным, почему при этом выявляется достаточно высокий процент сосудистых осложнений.

Обследовать все население на наличие ИНСД такого мегаполиса, как Москва, не говоря уже о России в целом, не представляется возможным. Поэтому для оценки эпидемиологической ситуации такие страны как США используют проведение контрольных эпидемиологических исследований в отдельных регионах. Результаты этих исследований позволяют оценить, насколько фактически распространенность ИНСД отличается от регистрируемой и какова эпидемиологическая ситуация в целом по стране. С этой целью было проведено выборочное эпидемиологическое исследование населения Москвы и полученные данные сравнивали с данными регистра ИНСД.

Так, по данным эпидемиологического исследования, проведенного в Москве, фактическая распространенность ИНСД превышала регистрируемую у муж-



Организационная структура Государственного регистра сахарного диабета.

чин в 2,0, а у женщин в 2,37 раза. Причем это соотношение существенно зависело от возраста больных. Так, если в возрастной группе 40-49 лет оно составляло 4,01, то в группе 60-69 лет всего лишь 1,64. Более низкие показатели соотношения фактической и регистрируемой распространенности ИНСД среди лиц более старшего возраста связаны с более высокой выявляемостью среди них этого типа диабета.

Важным показателем качества лечебно-диагностической помощи больным ИНСД является соотношение фактической и регистрируемой распространенности осложнений диабета. Методом случайной выборки была обследована группа больных ИНСД, которые находились под наблюдением участковых эндокринологов. Оказалось, что фактическая распространенность таких осложнений ИНСД, как ретинопатия превышала регистрируемую в 4,8, нефропатия - в 8,6, полинейропатия - в 4,0, макроангиопатия нижних конечностей - в 9,5 (табл. 1). Не обнаружено существенных различий в отношении распространенности ИБС, инфарктов миокарда, артериальной гипертонии и нарушений мозгового кровообращения.

Таблица 1

**Фактическая и регистрируемая распространенность осложнений ИНСД у больных в возрасте 18 лет и старше (%)**

Осложнения	Регистрируемая	Фактическая
Ретинопатия	10,7	53,4
Катаракта	35,8	64,4
Нефропатия	24,7	3,1
Нейропатия	18,3	72,3
Макроангиопатия нижних конечностей	7,4	56,8
ИБС	50,2	61,6
Инфаркт миокарда	17,7	15,3
Гипертония	87,6	79,5
Инсульт	9,6	7,5

Анализ непосредственных причин смерти больных ИНСД предполагает получение информации, необходимой для коррекции лечебно-профилактических мероприятий. По данным зарубежных авторов, сердечно-сосудистые заболевания как причина смерти больных ИНСД составляют 75,1 - 87,7%. По нашим данным (табл. 2), доля сердечно-сосудистых заболеваний в структуре непосредственных причин смерти больных ИНСД составила 72,6%. При этом хроническая сердечная недостаточность была причиной смерти в 40,4% случаев, инфаркт миокарда - в 15,4%, инсульт - в 16,8%. Инфаркт миокарда как причина смерти был чаще у мужчин, чем у женщин (19,8 и 13,4% соответственно), тогда как у

Таблица 2

**Непосредственные причины смерти больных ИНСД (%)**

Причины смерти	Мужчины	Женщины	Всего
Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность	36,6	42,3	40,4
Инсульт	18,1	16,0	16,8
Инфаркт миокарда	19,8	13,4	15,4
Онкологические заболевания	11,3	9,3	9,8
Гангрена нижних конечностей с исходом в сепсис	1,1	4,1	3,2
Диабетическая кома	1,1	4,1	3,2
Хроническая почечная недостаточность	1,1	1,5	1,4
Острые инфекции	-	2,1	1,4
Хронические заболевания легких	1,1	1,0	1,1
Другие заболевания	9,9	6,2	7,0

женщин - хроническая сердечно-сосудистая недостаточность (36,6 и 42,3% соответственно). Смертность больных ИНСД от диабетической комы составляет 3,2%, причем у женщин она достигает 4,1%. Связано это с тем, что диабетическая кома у больных с ИНСД развивается обычно у лиц пожилого возраста на фоне других тяжелых патологических состояний, таких, как инфаркт миокарда, инсульт, инфекция и некоторые другие острые заболевания.

Нами была изучена возможность первичной профилактики ИНСД не в отдельно сформированной для этих целей группе, а на популяционном уровне. Профилактическое вмешательство в виде коррекции питания и физической активности осуществлялось в организованной популяции мужчин в возрасте 20-59 лет (научно-педагогический коллектив МГУ им. М.И. Ломоносова). При первичном скрининге было изучено их питание и физическая активность, после чего были даны рекомендации тем лицам, кому они, по современным представлениям, были необходимы. В течение 3 лет осуществлялся контроль за их выполнением. При обследовании популяции через 3 года получено достоверное снижение средних значений гликемии как натощак, так и через 1 и 2 ч после приема 75 г глюкозы. Средние значения гликемии натощак при первичном скрининге составляют  $5,37 \pm 0,03$  ммоль/л, при заключительном -  $4,53 \pm 0,03$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ); через 1 ч после приема глюкозы -  $8,51 \pm 0,08$  ммоль/л и  $7,72 \pm 0,07$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ), а через 2 часа -  $5,62 \pm 0,05$  ммоль/л и  $4,02 \pm 0,04$  ммоль/л соответственно ( $p < 0,001$ ). Кроме того, было выявлено снижение частоты новых случаев заболевания ИНСД с 0,14 до 0,05%. Аналогичные данные

получены в отношении частоты новых случаев нарушения толерантности к глюкозе. Таким образом, коррекция питания и физической активности представляет собой реальный путь к снижению заболеваемости ИНСД.

В заключение считаем необходимым указать на то, что особенности основных характеристик ИНСД делают проведение контрольных эпидемиологических исследований обязательной частью работы ГРСД. Они позволяют точно оценивать динамику соотношения фактических и регистрируемых эпидемиологических показателей этого типа диабета и соответственно адекватно планировать лечебно-профилактические мероприятия.

#### Литература.

1. Сахарный диабет. Доклад исследовательской группы ВОЗ. Серия технических докладов 727: пер. с англ.-М.-1987.-С.32-74
2. French L.R., Boen J.R., Martinez A.M. et al. //Diabetes. -1990.-Vol.39.-P.1131-1137
3. Groob L.C., Eriksson J.G. // Ann. Med.-1992.-Vol.24.-P.483-489.
4. Harris M.I. //Diabetes Care.-1993.-Vol.16.-P.642-652
5. Jcnka H. Prevention and treatment of Diabetic Late complications. Berlin, New-York., 1989.-P.29-39.
6. Perusicova J., Neuwrit K. Epidemiology of Diabetes mellitus in Prague. Prague., 1992.-P.27-89