

Распространенность осложнений сахарного диабета 2 типа по данным регистра г. Сургут за 2002–2005 гг.

С.Л. Павленко, Л.П. Ефимова, А.Р. Пелевин, Т.А. Райская

ГОУ ВПО Сургутский государственный университет ХМАО-Югра
(ректор – профессор Г.И. Назин), Сургут

В России в 2005 году насчитывалось более 2,5 млн больных сахарным диабетом (СД). Выборочные эпидемиологические исследования, проведенные в Москве, Новосибирске, Тюмени и других городах России, показывают, что фактическая распространенность СД2 в 3–4 раза превышает регистрируемую.

По современным представлениям сахарный диабет является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Среди больных СД есть лица с сочетанием 2–3 и более осложнений. До 70% больных СД умирают от сердечно-сосудистых заболеваний. Как правило, у больных с впервые выявленным СД2, уже при первом обращении к врачу выявляются хронические сосудистые осложнения этого заболевания. К таковым относятся: поражение сосудов сердца, мозга с развитием инфарктов и инсультов, поражение периферических сосудов нижних конечностей с развитием гангрены, нарушение зрения вследствие диабетической ретинопатии, нарушение функции почек вследствие диабетической нефропатии. У больных СД в 2–3 раза чаще, чем среди населения в целом, наблюдается сердечно-сосудистая патология (ИБС, инфаркт, инсульт), в 20 раз – гангрена конечностей и хроническая почечная недостаточность, в 10 раз – потеря зрения вследствие диабетической ретинопатии.

Изменить имеющуюся ситуацию можно только путем создания адекватной системы оказания лечебно-профилактической помощи населению, основанной на анализе факторов риска, оказывающих воздействие на возникновение и течение заболевания в популяции отдельных стран и регионов с учетом их географических и этнических особенностей. В мировой практике эти проблемы решаются путем создания регистра больных сахарным диабетом. Например, успешно функционирует международный европейский регистр «Диабкар», позволяющий проанализировать и сравнить качество оказания медицинской помощи больным СД в странах Европы. Примером ведения регистра в стационаре может служить система «Диалин», в которую вводятся все параметры и показатели больного в клинике, в том числе и суточное мониторирование гликемии, с их последующим использованием в амбулаторных условиях.

Определяющими документами в плане медико-социальной помощи больным СД в России являются Указ президента, Федеральная программа «Сахарный диабет» и регламентирующие приказы по Регистру СД. В современном представлении регистр больных сахарным диабетом – это автоматизированная информационно-аналитическая система мониторинга состояния здоровья больных сахарным

диабетом, качества оказания лечебно-профилактической помощи и эпидемиологической ситуации в отношении этого заболевания. Система предусматривает наблюдение за больным от момента заболевания до момента его смерти. Необходимо отметить, что данные регистра являются базовыми для определения затрат на лечение СД, они являются ценным информационным источником для аналитических исследований целого ряда проблем сахарного диабета, включая экономические и медико-социальные аспекты.

Цель работы: Изучить и проанализировать распространенность осложнений у больных СД2 в городе Сургут по данным городского регистра за 2002–2005 гг. в сравнении с данными по Ханты-Мансийскому автономному округу (ХМАО) и РФ в целом.

Материалы и методы

В г. Сургут в 1998 г. комитетом по здравоохранению была разработана и принята решением городской Думы целевая комплексная медико-социальная программа «Сахарный диабет» на 1999–2001 гг. и ее продолжение на 2002–2006 гг., в рамках которой мы работали с 1999 по 2006 гг. Мероприятия программы были направлены на повышение продолжительности и улучшение качества жизни больных сахарным диабетом, обеспечение бесперебойного, своевременного и эффективного лечения больных сахарным диабетом. Это осуществлялось путем приобретения генно-инженерных человеческих инсулинов и шприцов-ручек для его введения для всех больных, получающих инсулин, современных таблетированных препаратов; обеспечение успешного исхода беременности у женщин, больных сахарным диабетом. Была организована система профилактики осложнений сахарного диабета, создан и оснащен городской регистр СД, созданы и оснащены кабинеты «Диабетическая стопа», «Школа диабета» в каждой поликлинике. В рамках городской целевой программы были приобретены средства для самоконтроля уровня гликемии больных СД1 и для больных СД2, получающих инсулин и др.

Регистрация больных осуществлялась проинструктированными врачами-эндокринологами и врачами-терапевтами поликлиник города в специально разработанные карты, информация из которых была введена в электронную программу «Регистр СД».

Нами было проведено изучение распространенности осложнений у больных СД2 в городе Сургут по данным

Таблица 1

Распространенность микроангиопатий при СД 2 по г. Сургут за 2002–2005 гг.									
Осложнения	2002		2003		2004		2005		Р 2002–2005
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Ретинопатия	619	25,7	662	20,9	901	22,5	1074	32,5	0,003
Нефропатия	408	16,9	416	13,1	464	11,6	325	9,8	0,002

Таблица 2

Распространенность других осложнений при СД 2 по г. Сургут за 2002–2005 гг.									
Осложнения	2002		2003		2004		2005		Р 2002–2005
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Сенсорная нейропатия	554	23,0	590	18,6	753	18,8	809	24,5	0,717
Катаракта	401	16,6	444	14,0	599	14,9	498	15,1	0,602
Автономная нейропатия	243	10,0	244	7,7	258	6,4	91	2,7	0,982
Диабетическая стопа	274	11,4	278	8,8	270	6,7	65	2,0	0,993

Таблица 3

Распространенность макроангиопатий при СД 2 по г. Сургут за 2002–2005 гг.									
Осложнения	2002		2003		2004		2005		Р 2002–2005
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Гипертония	1211	50,2	1562	49,3	2225	55,5	2441	73,9	0,0001
ОНМК	340	14,0	362	11,4	400	10,0	197	6,7	0,728
Стенокардия	424	17,6	464	14,6	549	13,7	433	13,1	0,796
Инфаркт миокарда	316	13,0	361	11,4	340	8,5	191	5,8	0,746
Макроангиопатия нижних конечностей	498	20,6	534	16,8	585	14,6	367	11,1	0,410

регистра за 2002–2005 гг. Статистическая обработка данных проведена с применением пакета статистических программ «Биостат». Проверку нулевой гипотезы о совпадении относительных частот проводили с использованием критерия z , различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Динамика распространенности микро- и макроангиопатий при СД2 представлена в табл. 1 и 2.

По распространенности микроангиопатий при СД2 в 2002–2005 гг. лидировала **диабетическая ретинопатия** 25,7–32,5%. Наши данные оказались несколько выше данных по ХМАО в 2005 г. (22,7%) и по РФ (24,3%).

Диабетическая нефропатия при СД 2 по г. Сургут была зарегистрирована в 16,9 – 9,8% в динамике за 4 года. Наши данные в 2005 г. были несколько выше, чем по ХМАО (6,8%) и по РФ в целом (7,7%).

Среди других осложнений СД2 лидировала **диабетическая сенсорная нейропатия** 23%–24,5% в динамике за 4 года и это выше, чем по ХМАО в целом (17,8%), но сравнимо с данными по РФ в 2005 г. (24%).

Катаракта при СД2 в г. Сургут в 2002–2005 гг. была зарегистрирована 16,6–15,1%, эти показатели сравнимы с российскими цифрами (12,9%), но выше, чем по ХМАО в 2 раза (7,7%).

Автономная нейропатия при СД2 регистрировалась лишь в 10–2,7%, что сравнимо с данными по ХМАО (3,1%), но ниже российских данных в 2005 г. (4,8%).

По распространенности **диабетической стопы** при СД2 также прослеживается значительное ее уменьшение с 11,4 до 2%, что сравнимо с данными по ХМАО и РФ в целом в 2005 г. (2,8% и 3,3% соответственно).

Лидирующее положение среди макроангиопатий при СД2 по нашим данным занимала **артериальная гипертония** 50,2–73,9% в динамике с 2002 по 2005 гг., что выше, чем по ХМАО и по РФ в целом (49,6% и 46,2% соответственно).

Высокая распространенность артериальной гипертонии особенно актуальна для регионов Крайнего Севера и Сибири, где она может рассматриваться как географическая патология. Экономический ущерб от снижения трудоспособности и преждевременной смертности населения, обусловленных артериальной гипертонией, значителен. Это обусловлено тем, что в Среднем Приобье

(Сургутский, Нижневартовский и Нефтеюганский районы) сосредоточены мощные ресурсы нефтегазодобывающей промышленности.

Распространенность ИБС и **стенокардии** составила у больных с СД2 17,6–13,1%, что выше данных по ХМАО (8,5%), но ниже данных по РФ в целом в 2005 г. (19%). Возможно, низкий показатель распространенности стенокардии у больных СД2 в городе Сургут связан с более молодым средним возрастом населения (37 лет) и с наличием у этих больных автономной и сенсорной полинейропатии, из-за которых остаются недиагностированными безболевая ишемия и инфаркт миокарда без фатального исхода, практически, у половины больных.

Данные по распространенности такого тяжелого осложнения, как **инфаркт миокарда** у больных СД2 в 2002–2005 гг. в городе Сургут составили 13%–5,8% с уменьшением в динамике за 4 года. Эти показатели в 2005 г. оказались выше, чем по ХМАО и РФ в целом (3,3% и 4,5% соответственно).

Распространенность ОНМК по данным регистра г. Сургут составила 14 – 6,7% в 2002–2005 гг. Наши показатели были несколько выше данных по ХМАО (3,8%), но сравнимы с данными по РФ в целом (5,6%).

Макроангиопатия нижних конечностей (МАП) была зарегистрирована у 20,6 – 11,1% больных с СД2 и произошло ее уменьшение в 2 раза в динамике за 4 года. Показатели распространенности МАП нижних конечностей по г. Сургут в 2005 г. несколько выше, чем по ХМАО (8,8%), но сравнимы с данными по РФ (12,7%).

По распространенности диабетической стопы при СД2 также прослеживается значительное ее уменьшение с 11,4 до 2%, что сравнимо с данными по ХМАО и РФ в целом в 2005 г. (2,8% и 3,3% соответственно).

Анализ распространенности осложнений сахарного диабета по данным регистра г. Сургут показал возрастающую роль артериальной гипертонии в структуре осложнений сахарного диабета. Это требует формирования программы профилактики, диагностики и лечения артериальной гипертонии у больных сахарным диабетом в регионе, что позволит снизить распространенность некоторых тяжелых осложнений сахарного диабета и увеличить продолжительность жизни больных СД.

Достигнутое за четыре года снижение распространенности некоторых тяжелых осложнений сахарного диабета и

увеличение продолжительности жизни больных СД стало возможным благодаря внедрению в амбулаторную практику городской целевой программы «Сахарный диабет». Эта программа способствовала более широкому внедрению методов самоконтроля уровня гликемии и улучшению метаболического контроля, использованию современных инсулинов и сахароснижающих таблетированных препаратов, созданию школ по обучению больных и повышению эффективности их работы, открытию кабинета «Диабетическая стопа».

Сахарный диабет – заболевание, требующее значительных затрат. Однако как прямые, так и косвенные расходы могут быть снижены за счет ранней диагностики СД и его осложнений, внедрения новых технологий в лечении, более эффективной профилактики СД и его осложнений.

Выводы

1. Лидирующее положение среди осложнений СД2 занимала артериальная гипертензия с 50,3–73,9%.

2. Из микрососудистых осложнений при СД2 в динамике с 2002 по 2005 гг. снизилась распространенность диабетической нефропатии с 16,9% до 9,8%, автономной нейропатии с 10% до 2%.

3. Из макрососудистых осложнений при СД2 в г. Сургут в 2002–2005 гг. уменьшилась распространенность стенокардии с 17,6 до 13,1%, инфаркта миокарда с 13,0% до 5,8%, инсульта с 14% до 6,7%, макроангиопатии нижних конечностей с 20,6 до 11,1%, диабетической стопы с 11,4 до 2% в динамике за 4 года.

Литература

1. Дедов И.И., Сунцов Ю.И., Кудрякова С.В., Рыжкова С.Г. О регистре сахарного диабета. // Проблемы эндокринологии. 1995. Т. 41. № 3. С. 4–7.
2. Кудрякова С.В., Сунцов Ю.И., Рыжкова С.Г. Распространенность осложнений сахарного диабета по данным регистра. // Проблемы эндокринологии. 1995. Т. 41. № 4. С. 8–11.
3. Дедов И.И., Сунцов Ю.И., Кудрякова С.В. Государственный регистр сахарного диабета: распространенность ИЗСД и его осложнений. // Проблемы эндокринологии. 1997. № 6. С. 10–13.
4. Анциферов М.Б., Ростовцева Я.Г., Дедов И.И. Сахарный диабет: принципы медико-социальной защиты больных. Сборник методических материалов и официальных документов. М. 1997. 148 с.
5. Дедов И.И., Сунцов Ю.И., Кудрякова С.В. Экономические проблемы сахарного диабета в России. // Сахарный диабет. 2000. № 3. С. 58–58.
6. Сунцов Ю.И., Дедов И.И. Эпидемиология и регистр сахарного диабета. Экономика и статистика. // Сахарный диабет. 2005. № 2. С. 2–5.
7. Шишкина Н.С., Сунцов Ю.И., Болотская Л.Л. и др. Распространенность сахарного диабета 2 типа (по данным скрининга). // Сахарный диабет. 2005. № 2. С. 7–8.
8. Суплотова Л.А., Сунцов Ю.И., Кретьнина Л.Н., Бельчикова Л.Н. и др. Результаты скрининга осложнений сахарного диабета в Тюменской области // Сахарный диабет. 2005. № 2. С. 10–13.
9. Мисникова И.В. Эпидемиология инсулиннезависимого сахарного диабета и оценка степени надежности данных регистра: Дис. канд. мед. наук. М., 1999. 120 с.
10. Ахметзянова Э.Х., Аллабердина Д.У. Распространенность артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом 2 типа (Анализ данных Государственного регистра сахарного диабета Республики Башкортостан) // Российский кардиологический журнал 2006. № 1. С. 48–51.
11. Шестакова М.В. Сахарный диабет и артериальная гипертензия: каковы препараты первого ряда выбора? // Системные гипертензии. Приложение к журналу Consilium medicum. Эндокринология. 2005. Т. 7. № 1.
12. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Марачев А.Г. Патология человека на Севере, – М.: Медицина, 1985.
13. Economics of Diabetes and Diabetes Care. A Report of a Diabetes Health Economics Study Group. // In: ed. Wolfgang Gruber et al. 1999.
14. Organization for Economic Cooperation and Development. Health care system in transition; the search for efficiency. // OECD Social Policy Studies. 1990. № 7. P. 129–135.
15. Cowie CC, Eberhardt M. Diabetes 1996: vital statistics. // Alexandria, VA. – ADA. – 1996.
16. Curie C.J., Gill L, Peters J.R. Costs of diabetes-related complications. // Diabet Med. – 1996. – v. 13 (Suppl.3). P. 57.