Значение государственного регистра больных сахарным диабетом в развитии диабетологической службы

Ю.И. Сунцов, С.В. Кудрякова , Л.Л. Болотская

Государственное учреждение Эндокринологический научный центр (дир. – акад. РАМН И.И.Дедов) РАМН, Москва

Развитие диабетологической службы предполагает оперативное получение достаточно большого объема надежной информации о больных сахарным диабетом (СД), эпидемиологической ситуации, качестве лечебно-профилактической помощи, ее эффективности и др. Решение проблем, связанных со снижением заболеваемости СД, ранней инвалидизации больных и высокой смертности, требуют мониторирования эпидемиологической ситуации, состояния здоровья больных, качества лечебно-профилактической помощи и ряда других аспектов. В мировой практике эти вопросы решаются путем создания регистра больных СД. В России завершается создание Государственного регистра больных сахарным диабетом (ГРСД). В настоящее время более половины всех больных (1200,0 тыс.) включены в Государственный регистр и некоторые данные его будут приведены в этой статье.

В современном понимании регистр СД - это автоматизированная информационно-аналитическая система мониторинга эпидемиологической ситуации в отношении СД, состояния здоровья больных, качества помощи, прогнозирования медицинских, социальных и экономических аспектов диабета. Создание регистра и расходы на его функционирование окупаются в ближайшие 5 лет при условии правильного ведения базы данных, а главное – оперативного использования полученной информации не только в центре, но и на местах, в регионах.

На каком этапе находится создание ГРСД в России? Для специалистов, которые ведут регистр СД, в регионах проводятся семинары. Цель семинаров – это прежде всего обучение, знакомство с новыми разработками в программном обеспечении, методическими подходами в решении вопросов качественного сбора информации, стандартизации и контроля ее, обсуждение проблем, с которыми сталкиваются в регионах при создании и работе регистра больных СД. На таких семинарах побывали представители 70 регионов, 74 региона получили программное обеспечение и в данный момент в России созданы и функционируют более 60 центров ГРСД. Планируется к концу этого года в соответствии с приказом Минздрава завершить создание региональных центров во всех регионах РФ. Ежегодно на коллегии Минздрава рассматриваются результаты выполнения федеральной программы «Сахарный диабет», в том числе работы по созданию сети региональных центров ГРСД. На коллегию приглашаются руководители здравоохранением регионов, которые отчитываются о состоянии дел по выполнению программы.

Методическая и техническая поддержка оказывается как непосредственно, так и через Интернет, где открыт специальный сайт «Регистр диабета». На этом сайте выставлена полная программа, а также последние обновления, которые можно скопировать и установить на свой компьютер. Разработана новая (2-я) версия программного обеспечения «Регистр диабета 2002», в которой учтены все пожелания, полученные из регионов в ходе пользования 1-й версией, а именно: логический контроль при вводе и слиянии баз данных; связь кодов ОКАТО с территориями и номером в регистре; динамика персональных и общих показателей; расширены возможности формирования выборки и конструктора таблиц и т. п.

Основополагающий показатель эпидемиологической ситуации в отношении СД – это распространенность. Распространенность СД 1 и 2 типа в различных регионах России существенно отличается от общероссийских показателей, которые на 01.01.2001 г. составили для 1 типа СД взрослых – 224,5 на 100 тыс. (рис. 1), для 2 типа – 1595,4 на 100 тыс.

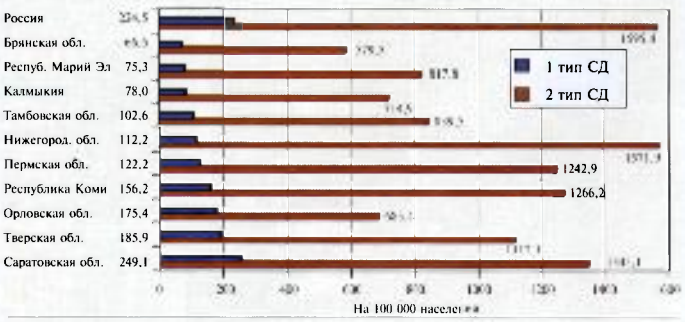

Рис. 1. Распространенность СД 1 и 2 типа в некоторых регионах России в 2000 г.

соответствующего населения. Для сравнения мы изучили распространенность СД 1 типа в Брянской и Саратовской областях. В Саратовской области показатели распространенности СД 1 типа у взрослых в 4 раза выше, чем в Брянской, и составляют соответственно 66,5 и 249,1 на 100 тыс. взрослого населения (по данным официальной статистики 260,8 и 252,1 на 100 тыс. взрослого населения). Столь существенные различия данных регистра и официальной статистики требуют проведения контрольных эпидемиологических исследований. Следует выяснить причины этих различий, что возможно позволит существенно снизить число больных СД 1 типа в регионах с его высокой распространенностью.

Для сравнения распространенности СД 2 типа мы обследовали Орловскую и Нижегородскую области. В Нижегородской области, по данным регистра, распространенность СД 2 типа в 3 раза выше, чем в Орловской, и составляет соответственно 685,4 и 1345,1 на 100 тыс. взрослого населения. По данным официальной статистики, распространенность СД 2 типа в этих регионах составляет 1591,4 и 1967,4 на 100 тыс. взрослого населения. Ситуация аналогична тому, что и в отношении СД 1 типа. Складывается впечатление, что данные официальной статистики существенно завышены. Если это связано с дублированием сведений о больных, то регистр легко исключает это, поскольку осуществляется персональный контроль по каждому больному.

Заболеваемость (частота) – один из важнейших показателей эпидемиологической ситуации в отношении СД (рис. 2). По данным официальной статистики, на 01.01.2001 г. заболеваемость в России СД 1 типа составила 13,3, СД 2 типа – 126,0 на 100 тыс. взрослого населения. Если сравнить Брянскую и Саратовскую области, то видно, что в Саратовской области заболеваемость СД 1 типа более чем в 3 раза выше, чем в Брянской, и составляет 6,54 и 2,08 на 100 тыс. взрослого населения. По официальной статистике, существенных различий между этими регионами нет и показатели заболеваемости составляют соответственно 13,1 и 12,2 на 100 тыс. взрослого населения (в Брянской области заболеваемость СД 1 типа несколько выше, чем в Саратовской). Сравнивая показатели Орловской и Нижегородской области по заболеваемости 2 типом СД видно, что она в 4,5 раза выше, чем в Орловской, и составляет, по данным регистра, соответственно 33.5 и 111,9 на 100 тыс. взрослого населения. По данным официальной статистики, заболеваемость СД 2 типа в Орловской области выше, чем в Нижегородской.

Таким образом, ситуация с показателями заболеваемости аналогична ситуации с показателями распространенности СД в регионах, взятых для сравнения.

Официальных данных о смертности больных СД нет. Данные по смертности с помощью регистра получены впервые. Регистр позволяет получить достоверные результаты смертности больных СД. Брянская область не представила данных по смертности больных СД 1 типа, в Саратовской области она достаточно низкая – 1,7 на 100 тыс. населения (рис. 3). Заболевает СД около 7 человек в год, а умирает меньше 2. Это может быть ответом на вопрос, почему в Саратовской области высокая распространенность СД 1 типа (идет как бы «накопление» больных СД).

В Орловской и Нижегородской областях смертность больных 2 типом СД составила соответственно 5,14 и 76,66 на 100 тыс. взрослого населения (заболеваемость составляет 26,0 и 116,0). Если заболеваемость в Нижегородской области была в 4,5 раза выше, то смертность оказалась в 15 раз выше, чем в Орловской области. В Орловской области на 1 умершего больного со 2 типом СД приходится 5 человек, заболевших СД 2 типа, в то время как в Нижегородской области на 1 умершего приходится менее 2 заболевших. Понятно, что при том же уровне смертности темпы роста показателей распространенности в Орловской области будут выше, но они не будут следствием ухудшения помощи больным или роста заболеваемости.

Впервые получены данные по летальности среди больных СД в регионах России. На рис. 4 видно, что летальность среди больных с СД 1 типа выше, чем среди больных со 2 типом. Этот показатель по

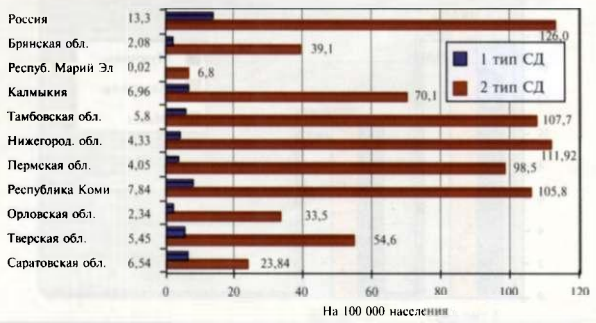

Рис. 2. Заболеваемость СД 1 и 2 типа в некоторых регионах России в 2000 г.

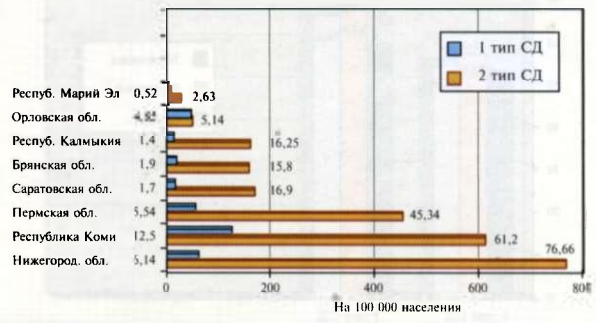

Рис. 3. Смертность больных СД 1 и 2 типа в некоторых регионах России в 2000 г.

регионам широко варьирует. Если тот и другой регион качественно провели работу по формированию баз данных, то можно говорить о том, что уровень лечебной работы в Нижегородской области ниже возможного. Анализ позволит выделить регионы с неблагополучной эпидемиологической ситуацией и, соответственно, разработать меры по ее улучшению.

Средняя продолжительность жизни (СПЖ) больных СД отражает многие медико-социальные аспекты. СПЖ больных СД 1 типа (рис. 5) на 12 лет меньше СПЖ больных со 2 типом СД. СПЖ мужчин с СД 1 на 5 лет меньше, чем у женщин, а у больных со 2 типом существенно не различается. СПЖ женщин на 10 лет больше, чем мужчин; при СД 2 типа в большей степени, чем при СД 1 типа, эти различия нивелируются. Необходимо заметить, что СПЖ больных СД 2 типа довольно высока по сравнению с таковой у населения в целом.

Распространенность СД 1 типа у тех, кто заболел в детстве, представлена на рис. 6. Показатели распространенности СД у этой категории больных с возрастом резко снижаются. К 60 годам этих больных в популяции нет. СПЖ составляет всего лишь 28,3 года.

СПЖ больных от начала заболевания (рис. 7): мужчины с СД 1 живут на 5 лет меньше женщин; при 2 типе СД эти различия не существенны. Больные со 2 типом СД живут примерно на 5 лет меньше от начала заболевания, чем больные с 1 типом СД, но это обусловлено тем, что средний возраст заболевания 1 типом СД значительно меньше такового у больных 2 типом СД. Как и СПЖ, этот показатель представляется достаточно важным, поскольку позволяет по его динамике оценивать тенденции в отношении качества лечения и качества жизни больных.

Трудно представить более объективную оценку качества лечения без данных о том, у какой части больных удается поддерживать состояние компенсации СД. Данные (рис. 8) контрольных эпидемиологических исследований показывают, что состояние лечебно-профилактической помощи больным СД, особенно детям, остается неудовлетворительным. Так, 56% больных СД 1 детей в Москве, 65% в Московской области и 72% в Тюменской находятся в состоянии хронической декомпенсации. Прогноз у таких детей крайне неблагоприятный, необходимость неотложных мер по ликвидации этой ситуации очевидна. Доля детей с компенсированным диабетом небольшая: в Москве – 18%, в Тюмени – 12%, в Московской области – 4,6%.

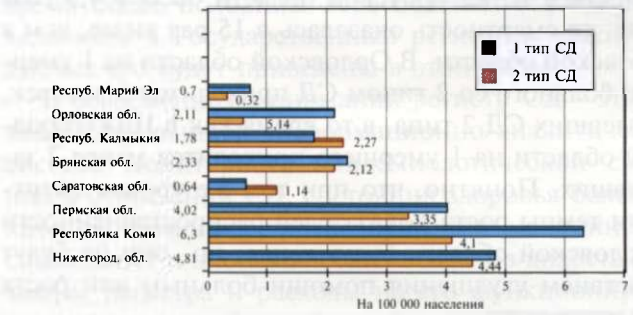

Рис. 4. Летальность среди больных СД 1 и 2 типа в некоторых регионах России в 2000 г. (%)

Рис. 6. Распространенность СД 1 типа, развившегося в детстве.

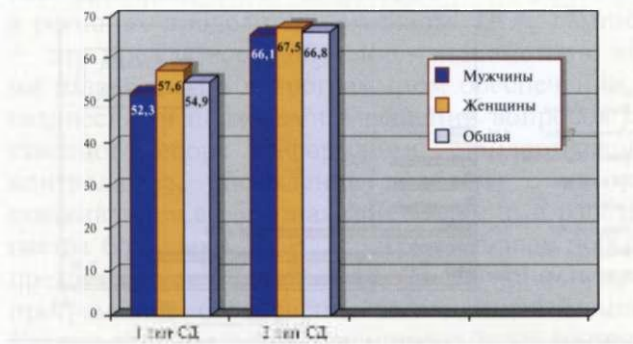

Рис. 5. Средняя продолжительность жизни больных СД 1 и 2 типа с учетом пола.

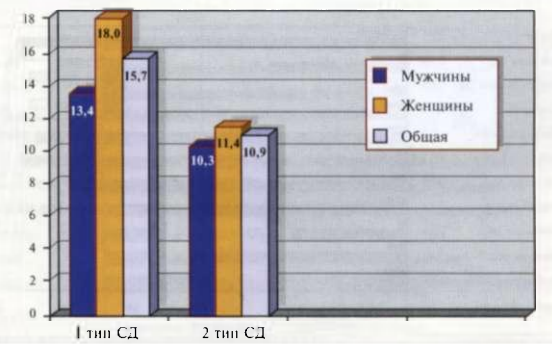

Рис. 7. Средняя продолжительность жизни больных от начала заболевания СД 1 и 2 типа с учетом пола.

Регистрируемая распространенность осложнений СД значительно отличается от фактической. Здесь важна динамика показателей. Растет распространенность ретинопатии, увеличивается соотношение регистрируемой и фактической ее распространенности – показатель низкого уровня лечебно-профилактической работы. У больных СД 1 типа ретинопатия выявляется лишь у половины (рис. 9, а), катаракта – у 1/5, нейропатия - у 1/3, нефропатии – у 1/ 2, ИБС – у 1/3, макроангиопатия – у 1/17, гипертония – всего лишь у 1/3 больных.

Иные соотношения (рис. 9, б), наблюдаются у больных со 2 типом СД. Ретинопатия выявляется у 1/5 больных, катаракта – у 1/4, нефропатия – у 1/8, нейропатия – у 1/3, макроангиопатии н/к – у 1/8. Ситуация с сердечно-сосудистыми осложнениями более благополучная.

Планирование лекарственного обеспечения больных СД – наиболее важный раздел диабетологической службы. Процесс подготовки данных о необходимом перечне лекарственных средств занимает достаточно большое время. При наличии базы данных регистра получение сведений по квартальной или годовой потребности в лекарственных средствах для больных СД с учетом названий препаратов, их типа действия занимает несколько минут; При бо̀льших базах данных на 60-100 тыс. больных – 1-2 ч. Следует иметь в виду, что база данных должна содержать реальную информацию о больных на текущий год.

Таким образом, в развитии диабетологической службы регистр СД имеет огромное значение. Нет информации, нет знания ситуации, нет адекватных мер. Регистр больных СД решает проблемы не только государственного или ведомственного уровня, но в большей степени он решает проблемы регионов и даже рядового врача, избавляя его от подготовки различного рода справок, отчетов, заявок и т.п. При этом врач может рассчитывать на оперативное получение любой информации о своих больных.

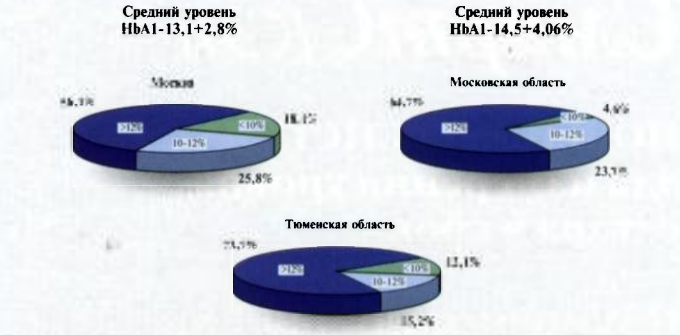

Рис. 8. Степень компенсации СД 1 у детей Москвы, Московской и Тюменской областей.

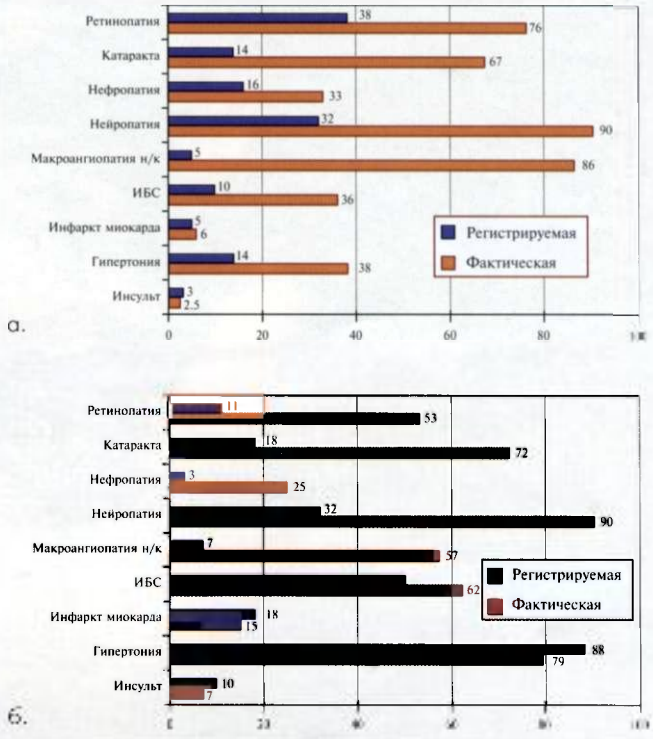

Рис. 9. Регистрируемая и фактическая распространенность осложнений СД 1 типа (а) и СД 2 типа (б) у взрослых больных (%)