Заболеваемость диабетической ретинопатией в Российской Федерации, по данным федеральной статистики

В.В. Нероев — член-корр. РАН, д-р мед. наук, профессор, директор

О.В. Зайцева — канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела патологии сетчатки и зрительного нерва

Л.А. Михайлова — помощник директора по лечебной и организационной работе, государственный советник 3-го класса

ФГБУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца» Минздрава России, 105062, Москва, ул. Садовая-Черногрозская, д. 14/19

Несмотря на комплексный подход к проблеме сахарного диабета и диабетической ретинопатии (ДР) в нашей стране, в системе организации медицинской помощи пациентам сохраняется ряд проблем. Изучение статистических данных позволяет оценить доступность и качество оказания медицинской помощи больным в каждом регионе РФ, планировать распределение ресурсов, объемы лекарственного и технического обеспечения. В статье представлен анализ территориальных различий показателя общей заболеваемости ДР, инвалидности по зрению вследствие ДР, доли активного выявления ДР в ходе мероприятий первичной профилактики, показателя диспансеризации. Выдвинуты предположения об определенных территориальных дефектах организации медицинской помощи больным ДР.

Ключевые слова: диабетическая ретинопатия, статистические показатели, эпидемиология, общая заболеваемость, инвалидность по зрению, диспансеризация.

Для цитирования: Нероев В.В., Зайцева О.В., Михайлова Л.А. Заболеваемость диабетической ретинопатией в Российской Федерации, по данным федеральной статистики. Российский офтальмологический журнал. 2018; 11 (2): 5-9. doi: 10.21516/2072-0076-2018-11-2-5-9.

Сахарный диабет (СД) признан одной из важнейших медико-социальных проблем современности. В настоящее время в мире 415 млн людей страдают СД, причем за последние 10 лет численность таких больных увеличилась более чем в 2 раза, охватив примерно 6 % взрослого населения [1, 2]. Специальные эпидемиологические исследования показали, что среди взрослого населения Европы 9,1 % больны СД, а в отдельных странах, например в Португалии, эта цифра достигает 14 % [3]. По заключению ВОЗ, к 2030 г. СД выйдет на 7-е место среди причин смертности в мире. Признавая факт глобальной эпидемии СД, Организация Объединенных Наций приняла резолюцию № 61/225 от 20.12.2006 с рекомендацией всем государствам «раз-

работать национальные стратегии профилактики и лечения диабета» [4].

В России также отмечаются высокие темпы роста заболеваемости СД. По данным федеральной статистики, на начало 2017 г. в Российской Федерации насчитывалось 4,6 млн больных СД. В то же время, по результатам контрольно-эпидемиологических исследований Эндокринологического научного центра, истинная численность больных СД в нашей стране достигает 9–10 млн человек, что составляет не менее 7 % населения [2].

Основной причиной инвалидизации пациентов с СД являются его микро- и макрососудистые осложнения. Диабетическая ретинопатия (ДР) — тяжелое позднее макрососудистое осложнение СД

и одна из ведущих причин слепоты и слабовидения в мире среди лиц трудоспособного возраста. При отсутствии своевременного и адекватного лечения ДР неуклонно прогрессирует до терминальной стадии с развитием осложнений и неизбежной потерей зрения. Кроме того, частой причиной значительного зрительного дефекта является диабетический макулярный отек [5].

По заключению ВОЗ, ДР занимает 5-е место в мире среди причин слабовидения и 4-е — среди причин слепоты пациентов. 4,8 млн людей в мире слепы вследствие ДР [6, 7]. В то же время комплекс своевременных профилактических и лечебных мероприятий позволяет предотвратить снижение зрения и инвалидизацию пациентов [5].

В Российской Федерации проблема СД и ДР отнесена к одной из приоритетных в здравоохранении [2, 5]. С 2007 по 2012 г. в России была реализована подпрограмма «Сахарный диабет» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями». В ходе исполнения этой подпрограммы разработан и успешно работает Государственный регистр больных СД. На период 2016 г. в этой системе зарегистрированы 4,094 млн больных СД.

С целью привлечения внимания населения к проблеме СД и повышения эффективности ранней диагностики заболевания в 2012–2014 гг. реализовывались мероприятия общероссийской программы «Диабет. Узнай вовремя». Значительный вклад в своевременное выявление СД и ДР вносит стартовавшая в 2013 г. всеобщая диспансеризация населения. ДР стала одним из приоритетов национального плана по предотвращению слепоты в рамках национального проекта «Здоровье» (2011–2013 гг.). Кроме того, ДР является важной частью одной из 8 целевых программ Российского национального комитета по предупреждению слепоты в нашей стране в рамках программы ВОЗ «Зрение-2020. Право на зрение».

Длительное бессимптомное течение ДР, неуклонное прогрессирование заболевания обуславливают особое значение регулярного офтальмологического мониторинга пациентов с СД с целью своевременного выявления изменений со стороны глаз, выбора адекватной тактики ведения пациента, а в дальнейшем — своевременной ее коррекции.

Принципы и частота мониторинга пациентов, лечебная тактика в зависимости от стадии и проявлений ДР четко регламентированы в клинических рекомендациях (протоколах лечения) «Сахарный диабет: диабетическая ретинопатия, диабетический макулярный отек (КР115)» [5]. Данный документ разработан Общероссийской общественной организацией «Ассоциация врачей-офтальмологов» в числе первых из списка аналогичных документов в сфере офтальмологии и описывает алгоритм врачебных действий, процедур и манипуляций в их последо-

вательности и взаимосвязи, являясь важной частью системы стандартизации в здравоохранении.

Несмотря на комплексный подход к проблеме СД и ДР в нашей стране, в системе организации медицинской помощи пациентам сохраняется ряд проблем, что подчас приводит к диагностике изменений со стороны глаз на стадии осложнений пролиферативной ДР, к неадекватному объему лечебных манипуляций из-за отсутствия преемственности медицинских учреждений в процессе мониторинга пациента и в итоге — к инвалидизации пациентов по зрению. Несовершенство системы оказания помощи пациентам этой тяжелой категории отмечают также во многих странах мира [7].

В 2015 г. Российский национальный комитет по предупреждению слепоты инициировал старт в нашей стране международной программы ВОЗ по оценке качества организации помощи пациентам с данным заболеванием “Tool for the Assessment of Diabetic Retinopathy and Diabetes Management System” (TADDS). Реализован первый этап программы, включающий сбор информации по организации медицинской помощи пациентам с ДР, анализ полученных данных и выделение приоритетных направлений по повышению ее качества [8]. Результаты проведенной работы показали существенные различия между регионами страны по качеству и доступности оказания медицинской помощи пациентам с ДР. Полноценное внедрение принципов, заложенных в клинических рекомендациях, в ряде регионов до сих пор невозможно вследствие ряда причин. Основными препятствиями названы: дефицит подготовленных кадров, удаленность медицинских учреждений и транспортные проблемы, трудности коммуникации офтальмологических учреждений разных уровней, а также междисциплинарных взаимодействий. Выявлены проблемы на уровне скрининга и диспансеризации больных. Сохраняются существенные различия материально-технического обеспечения офтальмологической службы регионов [7].

Решение существующих проблем невозможно без детального анализа статистики заболеваемости. Статистические данные позволяют оценивать динамику эпидемиологических показателей заболеваемости и, соответственно, анализировать доступность и качество оказания медицинской помощи больным в каждом регионе РФ, выявлять наиболее слабые места, планировать распределение ресурсов, объемы лекарственного и технического обеспечения. В нашей стране до настоящего времени не проводилось масштабных эпидемиологических исследований ДР. Единственным доступным источником информации об эпидемиологии данного заболевания являются данные формы № 12 федерального статистического наблюдения «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации». Анализ учетных данных представляется исключи-

тельно важным в рамках комплексной оценки эффективности медицинской помощи пациентам с ДР.

Согласно федеральной статистической отчетности, в 2016 г. число больных ДР в Российской Федерации составило 356 587 (из них 355 737 взрослых, 850 детей). ДР диагностирована у 7,8 % людей с СД.

В нозологической структуре глазных болезней ДР составляет 2,2 %, занимая 5-е место после нарушений рефракции, катаракты, конъюнктивита и глаукомы. В нозологической структуре инвалидности по зрению доля ДР достигает 8 %.

Общая заболеваемость ДР на 100 тыс. взрослого населения страны — 303,5. Анализ показателя общей заболеваемости выявил значимые различия среди регионов страны. На 100 тыс. взрослого населения наибольшее число больных ДР отмечено в Северной Осетии — Алании (3060,7 — в 10 раз выше среднероссийского показателя), Воронежской области (1530,8 — в 5 раз выше), Тульской области (805,3), Ивановской области (777,1), Хабаровском крае (769,7), Астраханской области (742,2), Камчатском крае (700,7), Ставропольском крае (700,0), Владимирской области (680,4). При этом данный показатель не коррелировал с показателем общей заболеваемости СД, который в ряде регионов оказался ниже среднероссийского (Воронежская область, Ставропольский, Камчатский, Хабаровский края), в остальных — чуть выше среднероссийского. Исключение составила Республика Северная Осетия — Алания, где оба показателя оказались существенно выше среднероссийских: общая заболеваемость СД — в 2,5 раза, ДР — более чем в 10 раз.

При анализе причин повышения показателя заболеваемости ДР на отдельных территориях страны следует учитывать, что помимо эффективности мероприятий диагностики и учета пациентов возможен и истинный рост числа больных ДР вследствие дефектов управления основным заболеванием, что требует оптимизации взаимодействия офтальмологической и эндокринологической служб.

В отдельных регионах России общая заболеваемость ДР оказалась в 6–10 раз ниже среднероссийского показателя. На 100 тыс. взрослого населения Новосибирской области данный показатель составил всего 2,7, Чукотского АО — 21,5, Томской области — 28,5, Самарской области — 38,3, Республики Чувашия — 63,4, Республики Дагестан — 65,2, Ленинградской области — 66,2, Курганской области — 93,8.

Причинами занижения численности пациентов могут служить не только нарушения статистической отчетности, но и недостаточная эффективность мероприятий раннего выявления, учета, мониторинга и, соответственно, лечения ДР.

Это подтверждается фактом высокой доли инвалидности по причине этого заболевания в ряде субъектов при низком показателе общей заболеваемости ДР. В частности, в Орловской области при показателе общей заболеваемости ДР 205,2

на 100 тыс. взрослого населения (РФ — 303,5) доля этой нозологии в структуре инвалидности составляет 24 % (РФ — 8 %). Аналогичная ситуация сложилась в Липецкой области (общая заболеваемость — 172,8, в структуре инвалидности — 13 %), Белгородской области (общая заболеваемость — 114,8, в структуре инвалидности — 13 %), Новосибирской области (общая заболеваемость — 2,7, в структуре инвалидности — 11 %). Такое соотношение говорит о недостаточной эффективности всех этапов организации помощи пациентам с ДР, что ведет к росту числа запущенных случаев и инвалидизации населения по зрению. Нельзя исключить отсутствие настороженности эндокринологов относительно риска развития ДР и контроля за своевременностью обследования больных СД у офтальмологов.

В ряде регионов выявление ДР в ходе профосмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения отмечается несколько чаще, чем в среднем по стране. Так, при среднероссийском показателе активного выявления 0,3 % доля людей, у которых ДР была диагностирована в ходе профосмотров и диспансеризации, в Мордовии составляет 5 %, в Хабаровском крае — 1,8 %, Калининградской области — 1,3 %, Саратовской области — 1,2 %. При этом в перечисленных регионах заболеваемость СД отмечается на сопоставимом уровне или ниже среднероссийского показателя. Такие статистические данные указывают в целом на хорошую организацию мероприятий первичной профилактики. Однако следует помнить, что оптимальная организация скрининга ДР предполагает раннюю диагностику изменений на глазном дне в ходе плановых регулярных офтальмологических осмотров пациентов с СД.

В то же время в 50 % субъектов РФ в ходе активных осмотров (профосмотры и диспансеризация определенных групп взрослого населения) ДР вообще не диагностируется. Этот факт не исключает некачественного проведения профосмотра офтальмологами, без осмотра глазного дна.

В целом по России диспансерным наблюдением охвачен 91 % пациентов с ДР. В 37 субъектах этот показатель достигает 99–100 %. Несколько меньшая доля (от 70 до 90 %) учтенных больных ДР находятся под диспансерным наблюдением в Ярославской, Ростовской, Оренбургской, Кемеровской, Томской, Сахалинской областях, Республиках Кабардино-Балкария, Северная Осетия — Алания, Татарстан, Удмуртия, Тыва, Алтай, Алтайском и Красноярском краях. Крайне низкий процент охвата диспансеризацией в Ленинградской области (15 %), Саратовской области (20 %), Ивановской области (49 %). Необходимо отметить, что отсутствие должного контроля за ведением пациентов приводит к инвалидности. Так, в Ивановской области, где менее 50 % больных ДР охвачены диспансерным наблюдением, доля этой нозологии в структуре инвалидности по зрению самая высокая по стране — 33 % (РФ — 8 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ сведений федеральной статистики, формируемой на основании данных субъектов РФ и предоставляемой Министерством здравоохранения РФ, позволяет предположить определенные территориальные дефекты организации медицинской помощи больным ДР. Выявление отклонений статистических показателей в отдельных субъектах РФ, указывающих на недостаточную эффективность диагностики ДР в ходе плановых регулярных офтальмологических осмотров больных СД и/или методом активного выявления (профосмотры, диспансеризация), проблемы мониторинга, включая полноту охвата больных диспансерным наблюдением, недостаточность междисциплинарных взаимодействий, свидетельствуют о необходимости разработки дифференцированного подхода к их устранению. В большинстве случаев основной акцент предстоит сделать на совершенствовании системы организации медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Конфликт интересов: отсутствует.

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Литература

1. World Health Organization. Global Health Estimates: Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000–2012. Geneva: WHO; 2014.
2. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. И.И. Дедов, М.В. Шестакова, А.Ю. Майоров, ред. 8-й выпуск. Сахарный диабет. 2017; 20 (1S): 1–112. doi: 10.14341/DM20171S8.
3. Ribeiro L., Oliveira C.M., Neves C., et al. Screening for diabetic retinopathy in the central region of Portugal. Added value of automated “disease/no disease” grading. Ophthalmologica. 2015; 233 (2): 96–103. doi: 10.1159/000368426.
4. Резолюция 61-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН. Доступна на сайте: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/61/225&Lang=E.
5. Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Сахарный диабет: диабетическая ретинопатия, диабетический макулярный отек (КР115)». Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов». Доступно на: <http://cr.rosminzdrav.ru/schema.html?id=92#/text>.
6. Mathers C.D., Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006; 3 (11): e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>.
7. Нероев В.В., Катаргина Л.А., Зайцева О.В. др. Состояние медицинской помощи пациентам с диабетической ретинопатией в Российской Федерации по результатам оценки в рамках программы ВОЗ “TADDS”. Российский офтальмологический журнал. 2016; 9 (2): 5–10. doi: 10.21516/2072-0076-2016-9-2-5-10.
8. World Health Organization. Tool for the Assessment of Diabetic Retinopathy and Diabetes Management System (TADDS). Доступно на http://www.who.int/blindness/publications/TADDS_ENG.pdf.

Поступила: 13.02.2018

Incidence of diabetic retinopathy in the Russian Federation according to Federal statistics

V.V. Neroev — Corresponding member of RAS, Dr. Med. Sci., Professor, director

O.V. Zaytseva — MD, Cand. Med. Sci., leading researcher, department of retina and optic nerve pathology

L.A. Mikhailova — director assistant in clinical and organizing activity, 3rd degree state advisor

Moscow Helmholtz Research Institute of Eye Diseases, 14/19, Sadovaya-Chernogryazskaya St., Moscow, 105062, Russia
sea-zov@yandex.ru

Despite a comprehensive approach to the problem of diabetes mellitus (DM) and diabetic retinopathy (DR) in the Russian Federation, a number of problems persist in medical care for patients with DM. The analysis of statistical data makes it possible to assess the availability and the quality of medical care for diabetic patients in each region of the Russian Federation and to plan the distribution of resources — medicinal and technical support. This paper presents the geographical distribution analysis of DR general incidence, visibility impairment due to DR, the proportion of timely detected DR in the course of primary preventive healthcare, and the medical examination coverage. We propose that certain regional defects exist in the organization of medical care for patients with DR.

Keywords: diabetic retinopathy, statistical indicators, epidemiology, general incidence, visual impairment, medical examination.

For citation: Neroev V.V., Zaytseva O.V., Mikhailova L.A. Incidence of diabetic retinopathy in the Russian Federation according to Federal statistics. Russian ophthalmological journal. 2018; 11 (2): 5–9.
doi: 10.21516/2072-0076-2018-11-2-5-9 (In Russian).

Conflict of interests: there is no conflict of interests.

Financial disclosure: No author has a financial or property interest in any material or method mentioned.

References

1. World Health Organization. Global Health Estimates: Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000–2012. Geneva: WHO; 2014.
2. Dedov I.I., Shestakova M.V., Mayorov A.Yu., ed. Standards of specialized diabetes care. 8th Edition. Diabetes mellitus. 2017; 20 (1S): 1–112. doi: 10.14341/DM20171S8 (in Russian).
3. Ribeiro L., Oliveira C.M., Neves C., et al. Screening for diabetic retinopathy in the central region of Portugal. Added value of automated “disease/no disease” grading. Ophthalmologica. 2015; 233 (2): 96–103. doi: 10.1159/000368426.
4. UN General Assembly 61 session Resolution. Available at: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/61/225&Lang=E (in Russian).
5. Clinical recommendations "Diabetes Mellitus: diabetic retinopathy, diabetic macular edema (CR115)". All-Russian public organization "Association of ophthalmologists". Available at: <http://cr.rosminzdrav.ru/schema.html?id=92#/text> (in Russian).
6. Mathers C.D., Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006; 3 (11): e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>.
7. Neroev V.V., Katargina L.A., Zaytseva O.V., et al. Medical care for patients with diabetic retinopathy in the Russian Federation on the results of the evaluation in WHO program "TADDS". Russian Ophthalmological Journal. 2016; 9 (2): 5–10. doi: 10.21516/2072-0076-2016-9-2-5-10 (in Russian).
8. World Health Organization. Tool for the Assessment of Diabetic Retinopathy and Diabetes Management System (TADDS). Available at http://www.who.int/blindness/publications/TADDS_ENG.pdf

Для контактов: Зайцева Ольга Владимировна
E-mail: sea-zov@yandex.ru