

Автоматизированная система статистического учета и отчетности в наркологии

ТИХОНОВ Г.Б. врач психиатр-нарколог, Москва

Автор предлагает проводить лечебно-профилактические мероприятия не на одном, а на трех этапах процесса зависимости: нормы, злоупотребления без признаков болезни и самой болезни. Предлагаемая работа ведет к расширению фронта работы и увеличению числа лиц, состоящих под наблюдением. В то же время, в государственной форме статистического учета — 030ПС и отчетности — 37 «Сведения о больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями», отсутствуют разделы для работы с тремя этапами процесса зависимости. Кроме того, статистические формы 030ПС и 37 являются бумажными носителями, которые обрабатываются вручную, они не предназначены для обработки больших объемов, для работы в автоматическом режиме и получения индивидуальной или групповой информации в режиме реального времени. Таким образом, предлагаемая работа с большим контингентом и обработкой крупных объемов информации, вступает в противоречие с архаичной государственной статистической формой учета и отчетности. Необходима новая форма учета и отчетности, способная работать в автоматическом режиме, которая должна взять от статистических форм 030ПС и 37 основные идеи и избавиться от существующих недостатков.

Ключевые слова: статистическая отчетность, учет наркологических больных, автоматизированная система

Рассмотрим недостатки, характерные для статистических форм 37. В табл. 1 представлены показатели работы поликлинического звена наркологической службы: «Контингент больных, находящихся на диспансерном учете и лиц, состоящих на профилактическом учете». Перевод наркологических больных на добровольное лечение упразднил существовавшую до этого принципиальную разницу между диспансерной группой и группой профилактики (обязательное или добровольное наблюдение и лечение). В настоящее время две группы наблюдения отражают только существующий клинический уровень развития процесса зависимости и соответствующий набор лечебных и профилактических мероприятий.

Как известно, развитие любого процесса идет от простого к сложному, т.е. при рассмотрении форм зависимости вначале, по рангу, должна рассматриваться группа профилактического наблюдения затем диспансерные больные и только после этого больные с психозами. Однако в таблицах формы 37, в соответствии с общепринятой в наркологии «моделью болезни», развитие зависимости расположено в обратном порядке. Таблица начинается с больных с психозами, затем больные с синдромом зависимости и только в конце таблицы, нуждающиеся в профилактическом наблюдении. К числу недостатков необходимо отнести также то, что формы зависимости рассматриваются не каждая в отдельности, а все вместе в рамках одного диагноза, хотя их распределение по отдельным нозологическим группам делает визуальное восприятие информации о динамике процесса каждой зависимости простым и понятным, позволяет ускорить анализ развития каждой формы зависимости.

При подсчете показателей в таблице используется двойная система учета. Во-первых, подсчитывается число взятых и снимаемых с наблюдения. Во-вторых, изменение количества лиц состоящих на учете связано со сменой диагноза в процессе наблюдения. Например, у стоящих на профилактическом и диспансерном наблюдении может развиваться интоксикационный психоз, что приводит к пересмотру диагноза, смене шифра заболевания и переводу показателей на новую строку учета. Те же самые изменения по шифру и по строке происходят у лиц состоящих на профилактическом и диспансерном наблюдении, когда пересматривается прежний диагноз и ставится новый, как правило, более тяжелый. Кроме того, лица с диагнозом *алкогольный психоз*, по истечении года устойчивой ремиссии, переводятся со сменой диагноза в диспансерную группу больных, одновременно меняются шифр заболевания и строка учета. Так как в таблице не предусмотрены специальные графы, в которых отражались бы вышеуказанные изменения, расчеты и переводы показателей из строчки в строчку, из шифра в шифр приходится выполнять за пределами таблицы, что усложняет понимание и ведение документации.

Абсолютно неприемлемым является то, что показатели, отражающие ремиссии у больных алкоголизмом, рассматриваются вне таблицы, что затрудняет соотношение их с представленными в таблице данными. Показатели, отражающие эффективность работы с профилактической группой отсутствуют, напрашивается вывод, что работа на конечный результат по данному направлению не предусмотрена. Данные по интоксикационным психозам, у злоупотребляющих наркотиче-

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

скими и ненаркотическими одурманивающими средствами, тоже вынесены за пределы таблицы.

Каждая таблица в форме 37 индивидуальна по строению, что не позволяет их объединить и создать единый комплекс.

Цифровые показатели, используемые в таблицах формы 37, абстрагированы, не имеют прямой связи с ФИО и паспортными данными конкретных лиц берущихся и снимаемых с учета, которые находятся в статистической форме учета 030ПС. Отсутствие абсолютной связи между двумя статистическими формами не позволяет гарантировать величину рассматриваемых показателей от влияния заинтересованных лиц. Понятно, что деление документов на две группы связано с боль-

шим числом лиц находящихся на диспансерном и профилактическом наблюдении, которое достигает 2% и более от числа обслуживаемых жителей районов, городов, областей, страны. Большую массу бумажных документов постоянно трудно пересчитывать, используя ручной труд, поэтому, получать необходимую индивидуальную и групповую информации в режиме реального времени теоретически сложно, а практически невозможно. Следовательно, подсчет взятых, снятых и состоящих под наблюдением приходится проводить один раз в год, во время годовых отчетов, анализируя в дальнейшем полученные данные.

Исходя из вышесказанного, можно прийти к выводу, что архаичность учетной и отчетной документа-

Таблица 1

I. Контингент больных, находящихся под диспансерным наблюдением, и лиц, состоящих на профилактическом учете за 1998 г.

Наименование болезней	№ Стр оки	Код МК Б – X	Состоит под наблюдением	Взято под наблюдение	В т.ч. с впервые в жизни установленным диагнозом			Переход из шифра в шифр	Снято с наблюдения в течение года					Переход из шифра в шифр
					Всего	Из них			Всего	Из них в связи с				
						Подростки	Дети			Выздоровлением	Смертью	Выездом	Отсутствием информации.	
Умеренное употребление			3301	1446	1381	74	16	0	1502	1405	14	83	0	87
Злоупотребление алкоголем			425	38	38	5	0	71	92	61	8	9	14	39
Алкоголизм			1382	31	19	0	0	138	103	22	42	31	8	26
1 стадия			220	1	1	0	0	21	14	2	5	5	2	9
2 стадия			1072	29	18	0	0	108	77	18	30	25	4	17
3 стадия			90	1	0	0	0	9	12	2	7	1	2	0
Алкогольн. психоз			94	17	17	0	0	26	2	0	0	2	0	83
Злоупотр–е наркотич. средствами			30	45	45	2	0	0	10	0	0	10	0	7
Наркомании			17	14	7	0	0	9	8	1	0	5	2	0
Интоксикац. психозы в следствие наркомании			2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Злоупотр–е токсическ–и веществами			75	18	18	6	4	4	28	20	0	8	0	4
Токсикомании			24	2	2	2	0	4	9	2	0	7	0	0
Интоксикац. психозы в следствие токсиком–и			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого														

Таблица 1. Продолжение

ФИО Пасп. данные	Наименован ие болезней	№ Стр оки	Код МК Б – X	Состоит под наблюдением на конец отчетного года				Результат профилактики, коррекции, лечения					
				Всего	Из них			Устойчивый результат	Неустойчивый результат	Отказ	БОМЖ.	ИТУ	
					Сельские жители	Подростк и	Дети						
	Умеренное употреблен ие			3158	0	250	30	2274	562	312	5	5	
	Злоупотреб ление алкоголем			403	0	14	0	36	34	307	13	13	
	Алкоголизм			1422	0	8	0	До 3 лет	До 2 лет	До 1 года	Отк аз	БО МЖ	ИТ У
								101	89	170	808	187	67
	1 стадия			219	0	5	0	12	24	12	130	30	21
	2 стадия			1115	0	3	0	83	72	151	623	145	41
	3 стадия			88	0	0	0	6	3	7	55	12	5
	Алкогольн психоз			52	0	0	0	0	0	22	29	1	0
	Злоупотр–е наркотич. средствами			58	0	9	0	До 5 лет	До 2 лет	До 1 года	Отк аз	БО МЖ	ИТ У
								0	0	11	37	2	8
	Наркомании			32	0	0	0	0	0	13	17	0	2
	Интоксикац. психозы в следствие наркомании			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Злоупотр–е токсическ–и веществами			61	0	25	16	0	5	19	33	1	3
	Токсикоман ии			21	0	7	8	1	5	8	4	0	3
	Интоксикац. психозы в следствие токсиком–и			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого													

ции и существующие недостатки, указывают на необходимость создания автоматизированной системы статистического учета и отчетности способной получать и давать информацию не один раз в год, а в режиме реального времени.

В Салехарде в окружном психоневрологическом диспансере в 80—90-е годы прошлого столетия была предпринята попытка по созданию автоматизированной системы статистического учета и отчетности.

В 80-е годы в связи с непрекращающимся ростом диспансерной группы обострились трудности связанные с получением информации в режиме реального времени, узким местом, как указывалось, являлась «ручная» обработкой диспансерных карт учета 030ПС. Диспансерная карта 030ПС не имеет ни перфораций, ни индикаций, что затрудняет ее системати-

зацию по признакам и группам. В СОПНД для увеличения скорости обработки документации была использована рейтерная карта с цветной индикацией. На ее базе была создана динамическая информационно-справочная картотека (ДИСК) [1, 3]. Картотека позволяла с помощью цветных маркеров систематизировать и группировать рейтерные карты в заданном варианте, что позволяло отражать особенности и индивидуума, и группы. Необходимо указать, что разработанная система потенцировала наркологическую службу на поиск активных путей по работе с лицами, нуждающимися в профилактической, коррекционной и лечебной наркологической помощи, начиная с тех, кто имеет высокий риск заболевания. Профилактическая работа невольно сдвигалась к работе с лицами на этапе нормы, которые на фоне абсолютного неупотребления

или умеренного употребления алкоголя допускали отдельные алкогольные эксцессы выраженного опьянения с противоправными действиями, что приводило к появлению проблем на работе, дома, задержанию их работниками МВД и сотрудниками медицинских вытрезвителей. Продолжением профилактического направления, становилась работа с лицами злоупотребляющими алкоголем системно, совершающими в состоянии выраженного опьянения правонарушения, которые попадали в поле зрения службы. Завершением профилактического процесса являлось лечение больных алкоголизмом и алкогольными психозами. Таким образом, складывалась комплексная работа, направленная на предотвращение формирования алкогольного процесса и снижение противоправных действий, совершаемых в алкогольном опьянении.

Наибольшие сложности возникли при работе с группой профилактики (умеренное употребление алкоголя и злоупотребление без признаков болезни). Во-первых, отсутствовали правовые основания для постановки их на профилактическое наблюдение, непременным условием которого являлось добровольное согласие, хотя речь идет о лицах совершающих противоправные действия в состоянии опьянения. Во-вторых, в доступной литературе не удалось найти методики, способные оказывать позитивное воздействие и прерывать формирование зависимости на ранних этапах. Противоалкогольная пропаганда, основанная на формировании страха перед алкогольной болезнью, многократно дублируемая разными источниками, оказалась «заезженной» и малоэффективной темой, особенно для молодых людей, у которых процесс зависимости находился на начальных этапах развития. Очередная, ничем не подкрепляемая беседа, при встрече с врачом, давала скорее не положительный, а отрицательный результат. Единственным, положительным результатом являлся сам факт постановки под наблюдение, что оказывало на некоторый контингент шокирующий эффект и отрезвляющее действие, способствовало предотвращению дальнейшей алкоголизации и упорядочивало потребление.

Поэтому большее внимание уделялось диспансерной группе. За два года, с 1983 по 1985 гг., в результате проводимых организационных и лечебных мероприятий в группе с ремиссией до 1 года эффективность лечения выросла с 28 до 51%, с ремиссиями более года — с 13 до 17%, число больных, отказывающихся от лечения, сократилось с 28 до 19%.

Итогом работы стало предложение автора [2] рассматривать этапы потребления алкоголя в последовательности:

1) абсолютное воздержание от употребления алкоголя;

2) умеренное употребление алкоголя (эпизодическое, систематическое);

3) злоупотребление алкоголем (эпизодическое, систематическое);

4) алкоголизм (I, II, III стадии).

Варианты эпизодического и систематического потребления алкоголя были введены для исключения искусственного разрыва в непрерывно текущем алкогольном процессе на этапе умеренного употребления и злоупотребления. Тогда же Н.Н. Иванец (1988 г.) с целью преодолеть подобное затруднение на этапе алкогольной болезни предложил ввести две переходные стадии — I—II и II—III. Таким образом, была отражена непрерывность развития алкогольного процесса на всех этапах его формирования.

В начале 90-х годов, после появления компьютеров в Салехардском ОПНД, была сделана попытка создать компьютерную программу, объединяющую данные использованные при создании информационно-справочной картотеки (ИСК) и статистические формы отчетности 37. Теоретической базой при создании модели отчетной формы были использованы статистических форм учета 030ПС и отчетности 37, предложенная автором, классификация алкогольного процесса и параметры, заложенные в рейтерных формах, последние были синхронизированы по нозологиям, этапам развития зависимости и другим параметрам в создаваемой модели отчетности. В предложенной модели поликлиническая таблица отчетности стала рассматриваться, как системообразующий блок, в котором содержались сведения о конкретном человеке с ФИО, паспортными данными, установленным диагнозом и группой наблюдения, полученная информация и последующие изменения должны были храниться в памяти компьютера. Создание соответствующей компьютерной программы решало проблему учета полученной информации, ее хранение, внесение изменений и получение необходимых, в том числе отчетных данных, на каждого индивидуума или групповые показатели в режиме реального времени. К сожалению, компьютерная программа по финансовым и техническим причинам не была создана и работа с новой формой отчетности в сочетании с рейтерными картами еще несколько лет продолжалась в ручном режиме.

Несмотря на незавершенность работы, идеи, заложенные в статистической форме отчетности, разработанной в Салехардском ОПНД, продолжают представлять интерес. Системообразующим блоком отчетности стала модифицированная таблица №1 поликлинического раздела формы 37 «Контингент больных, находящихся под диспансерным наблюдением, и лиц, состоящих на профилактическом учете», в которую вошли пять вертикальных и три горизонтальных блока.

В вертикальные блоки помимо трех традиционных: «Взято под наблюдение в течение года», «Снято с наблюдения в течение года» и «Состоит под наблюдением больных на конец отчетного года» вошли два новых: «Состоит под наблюдением на начало года» и «Ремиссионный комплекс». Введение первого блока, содержащего показатели состоящих на учете на начало года, позволяло сравнивать и отслеживать динамику развития каждого показателя в течение года в реальном времени. Кроме двух блоков, в таблице появились две новые графы, отражающие смену диагноза и шифра. Одна графа вошла в блок «Взято под наблюдение», она отражала перенос в новую строку, с новым шифром. Вторая графа вошла в блок «Снято с наблюдения» и регистрировала уход из строки и из шифра в связи переходом в новую строку со сменой шифра. Кроме того, блок «Взято под наблюдение в течение года, в том числе с впервые установленным диагнозом» был дополнен двумя графами «подростки» и «дети», а в блок «Снято с наблюдения в течение года» вошли графы «с выездом» и «отсутствием сведений», что позволяло рассматривать всех снимаемых с учета в полном объеме. Таким образом, был охвачен весь годовой цикл работы поликлинической службы, который стал более наполненным и информативным, что позволяло исследовать динамику развития процесса по всем нозологическим группам учета.

Ремиссионный комплекс был создан для дифференцированной оценки уровня влияния проводимых мероприятий на профилактический и диспансерный контингент учета. В контингенте профилактического учета было выделено пять групп. Первая отражает количество лиц, которые после профилактических мероприятий не были замечены в употреблении алкоголя в течение всего срока наблюдения (положительный и устойчивый результат). Вторая группа — количество лиц имеющих неустойчивый результат. Третья группа демонстрирует негативное отношение — уклонение от профилактических мероприятий, как правило, в нее входили лица имеющие клинические признаки злоупотребления и болезни или особенности личности, которые утяжеляли течение зависимости. Категорический отказ от проводимых профилактических мероприятий демонстрировали социально запущенные больные, не имеющие определенного места жительства (БОМЖи), входящие в немногочисленную четвертую группу. К последней, пятой группе относятся лица, прошедшие судебно-наркологическую экспертизу (СНЭК) и направленные в исправительно-трудовые учреждения (ИТУ), в связи с преступлениями, совершаемые в состоянии алкогольного опьянения.

Контингент больных алкоголизмом, злоупотребляющих и больных наркоманиями и токсикоманиями, а

также лица с интоксикационными психозами, распределялись по шести ремиссионным группам. Первая и вторая группы состояли из больных с ремиссиями до 1 года и до 2-х лет, в третью группу входили больные алкоголизмом с ремиссией до 3 лет и больные наркоманы и токсикоманы с ремиссией до 5 лет. Четвертая, пятая и шестая группы содержали те же показатели, что и профилактические группы: отказ от лечения, БОМЖ и направленные в ИТУ. Таким образом, ремиссионный комплекс позволял определять эффективность проводимых мероприятий по итогам года.

Три горизонтальных блока отражали рассматриваемые нозологии: алкоголизм, наркомания и токсикомания, процесс зависимости в которых был представлен поэтапно и последовательно по мере их развития. Алкогольный процесс начинался с этапа умеренного употребления, затем рассматривался этап злоупотребления без признаков болезни, после этого болезнь с тремя стадиями развития и, в завершение, алкогольные психозы. Наркомания и токсикомания представлены этапом злоупотребления, затем этапом и стадиями болезни и, в завершение, — интоксикационные психозы. В целом поликлиническая таблица годового отчета за 1998 г. выглядела следующим образом (табл. 1).

Из представленной таблицы видно, что число состоящих под наблюдением с предварительным диагнозом *умеренное употребление алкоголя* составляло на конец года 3158 чел., что на 1276 чел. превышало общее число больных алкоголизмом, злоупотребляющих алкоголем и с алкогольными психозами — 1882 чел. Число берущихся под наблюдение путем перевода из шифра в шифр стало в разы превышать число взятых под наблюдение в течение года, а именно, число злоупотребляющих алкоголем почти в 2 раза, больных алкоголизмом — в 4 раза. Это произошло в результате перевода 71 чел. из строки «умеренное употребление алкоголя» в строку «злоупотребляющие алкоголем». Кроме того, в строку «больные алкоголизмом» переведены из «умеренного употребления» 16 чел., из «злоупотребляющих алкоголем» — 39 чел. и из «алкогольных психозов» — 83 чел., всего 138 чел. Полученный результат является результатом активизации работы, в том числе дифференциальной диагностики, в группах профилактического наблюдения, которые раньше рассматривались как «мертвый капитал», что напрямую связано с увеличением срока пребывания на профилактическом наблюдении с одного года до трех лет. Как показала практика, наблюдение в течение одного года не позволяет рассматривать алкогольный процесс в развитии, при переходе от нормы к патологии, и анализировать эффективность проводимых коррекционных и профилактических мероприятий. Продление срока позволяет получать полную информацию о негативном или позитивном развитии процесса, а также данные, которые, при взятии под на-

блюдение, не были известны или скрывались, и выявлялись в процессе наблюдения, что вело к пересмотру ранее установленного диагноза и переводу на новую строку и группу учета.

Еще больший интерес вызывают показатели нового ремиссионного комплекса, отражающие конечный результат профилактической и лечебной работы в различных группах наблюдения. Устойчивый, положительный результат в течение трех лет в группе наблюдения с умеренным потреблением алкоголя составил 72%, эффективность лиц злоупотребляющих алкоголем составляла 8%, у больных алкоголизмом — 7%, у больных с алкогольными психозами — 0%. В то же время «отказались» от лечения в группе с умеренным употреблением 312 чел., или 13%, в группе злоупотребляющих — 307 чел., или 76%, в группе больных — 808 чел., или 57%, среди больных с алкогольным психозом отказались от лечения 29 чел., или 56%. Таким образом, лучший результат наблюдается на ранних этапах алкогольного процесса, на уровне умеренного употребления, злоупотребление алкоголем у которых носит эпизодический характер. У лиц, системно злоупотребляющих алкоголем, результат оказался ниже даже в сравнении с больными алкоголизмом и алкогольными психозами, что, скорее всего, связано с добровольностью лечения и отсутствием возможности проводить им лечебные и организационные мероприятия, как обязательный компонент, в полном объеме. Таким образом, результаты работы со всеми группами наблюдения от нормы до болезни показали, что наибольшая эффективность при наименьших затратах наблюдается в группе с умеренным употреблением алкоголя, худший результат отмечен у лиц злоупотребляющих алкоголем без признаков болезни.

Кроме того, системообразующий блок позволяет, построить на его базе добавочные блоки, необходимые наркологической службе для проведения отчета и получения дополнительной информации связанной с межведомственной работой. В ее число входит: учет противоправных действия, совершаемые в алкогольном опьянении, которые поступают в дежурную часть милиции или МВ, владение огнестрельным оружием и транспортными средствами, наличие у стоящего на учете других форм зависимости, работа по профессиям и на производствах не совместимых с наличием любой формы зависимости, определение зависимых у лиц в учебных заведениях, на предприятиях и в организациях, не зависимо от форм собственности и ведомственной принадлежности и т.д. Таким образом, дополнительные блоки, являясь логическим продолжением развития системообразующего блока по сбору дополнительной информацию, необходимой для обеспечения социальной и медицинской защиты, как самого состоящего на учете, так и окружающих его лиц.

В настоящее время предлагается еще больше расширить диапазон работы. Рассматриваются три направления, которые структурированы по возрасту контингента, и направлению работы. Первым направлением является работа с детьми «группы риска». Она начинается с будущими матерями, которые в период беременности злоупотребляют алкоголем, продолжается с детьми «группы риска», которые обладают отягощенной наследственностью, органической патологией и психопатологической симптоматикой, что оказывает потенцирующее влияние на потребление алкоголя. Профилактические мероприятия, включая коррекцию, лечение и диспансерное наблюдение, по необходимости, могут продолжаться длительный период, у некоторых в течение всего детского возраста. Детский психиатр-нарколог является организатором работы и несет ответственность за эффективность проводимых мероприятий.

Вторым направлением является предотвращение перехода процесса зависимости от нормы к злоупотреблению алкоголем, т.е. то направление, которое хорошо себя зарекомендовало в Сахардском ОПНД. Значительное число тех, на которых ориентировано это направление, составляют лица подросткового, юношеского и молодого возраста. Учитывая низкую эффективность, продемонстрированную контингентом, злоупотребляющим алкоголем, второе направление предлагается дополнить двумя новыми методиками.

Первая методика заключается в том, что первичная профилактика (контрпропаганда всех форм зависимости), проводимая на этапе нормы, дополняется новым результативным средством — методом контроля. При формировании злоупотребления применение системы экспресс-контроля, которая при необходимости дополняется обследованием у врача психиатра-нарколога, является незаменимым средством, которое гарантирует, в 100% случаев, выявление состояния опьянения у лиц, совершающих противоправные действия в семье, в местах общественного пребывания, на предприятиях и в организациях независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности. Это позволяет в короткие сроки улучшить ситуацию благодаря нормализации «человеческого фактора».

Вторая методика является продолжением первой, предлагается проводить обучение вышеуказанного контингента тому, как происходит поэтапное формирование зависимости «от нормы до патологии». Направление на обучение не входит в перечень медицинских мероприятий (освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция), для которых требуется согласие пациента в соответствии со ст. 32—33 Федерального Закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», т.е. не противоречат закону о здравоохранении [8]. Для этого лица, совершающие противоправные

действия в состоянии алкогольного опьянения, направляются для прохождения обучения в наркологическую службу. Принимая во внимание асоциальный характер контингента направляемого на обучение, возможный отказ и уклонение от получения знаний, обучение должно носить обязательный характер, что потребует принятие соответствующего закона, в котором необходимо предусмотреть, прохождение обучения по решению суда и штрафные санкции для уклоняющихся лиц.

Обучение начинается с информации поступающей в наркологическую службу из тех структур, которые выявляют лиц совершающих в состоянии алкогольного опьянения противоправные действия. Рассмотрим работу наркологической службы с поступающей информацией. Так как поступившая информация может быть связана с редкими, единичными случаями выраженного опьянения у лица употребляющего алкоголь умеренно, в этом случае, при отсутствии дополнительной негативной информации, диагностируется этап потребления алкоголя, соответствующий **социально приемлемой норме** — «Умеренное употребление». Установление диагноза *умеренное употребление* не наносит человеку ни морального, ни материального ущерба, но факты злоупотребления, спровоцировавшего противоправные действия, являются основанием для проведения информационно-образовательного обучения о формировании зависимости и последующего *пассивного*, профилактического наблюдения. Для исключения негативного развития процесса зависимости информация сохраняется в течение 3 лет. Хранение первичной информации три года дает возможность, как указывалось выше, объективно оценить дальнейшее развитие ситуации, формирование которой, как правило, происходит в сложный подростковый и юношеский возрастной период.

Дальнейшую информацию на употребляющих алкоголь «умеренно» наркологическая служба получает только путем пассивного накопления, активное получение дополнительных сведений исключено, так как человек находится на пассивном наблюдении. Отсутствие повторной информации, после проведения первого профилактического обучения, в течение всего срока пассивного наблюдения, является подтверждением, что установленный уровень алкоголизации соответствует социально-приемлемой норме — абсолютной трезвости или «умеренному употреблению».

Поступление информации вновь, второй раз, является сигналом о негативном развитии алкогольного процесса и ставит вопрос о повторном проведении информационно-образовательного обучения и при добровольном согласии на прохождение коррекционных мероприятий. Появление после второго обучения новых, противоправных действий, вызванных злоупот-

реблением алкоголя, ставит вопрос о необходимости уточнить диагноза у психиатра и психиатра-нарколога, так как это может быть связано как с началом формирования злоупотребления алкоголем без признаков болезни или алкогольной зависимости, так и со злоупотреблением на фоне врожденной или приобретенной патологии личности.

Таким образом, второй профилактической методикой на этапе злоупотребления, которая является продолжением первой, является прохождение обязательного, информационно-образовательного обучения лицами, совершающими противоправные действия в состоянии алкогольного или иного опьянения.

Многие, особенно начинающие в раннем возрасте употреблять и злоупотреблять алкоголем не владеют знаниями о развитии алкогольного процесса, о существовании нормы и патологии и т.д. Для них бывает достаточно получить объективную информацию о формировании алкогольной или иной зависимости, чтобы они отказались от дальнейшего злоупотребления самостоятельно или с помощью корригирующих мероприятий и вернулись к абсолютной трезвости или этапу умеренного употребления алкоголя. Две новые профилактические методики позволяют гарантированно получать высокий результат на этапах нормы и злоупотребления алкоголем и предотвращать переход процесса зависимости в клинический патологический процесс.

Создание автоматизированной, компьютерной формы учета и отчетности видится в трех направлениях: компьютеризация доработанных форм годовой статистической отчетности, которые можно будет получать не один раз в год, а в режиме реального времени. Кроме того, должен существовать блок информации, получаемый от межведомственных структур. Получаемые сведения позволяют осуществлять коррекцию существующих данных и одновременно получать представление о наркологической ситуации на межведомственных предприятиях, включая учебные учреждения. Третьим блоком является информация о проводимых в течение года экспертизах, обследованиях, профилактических, коррекционных и лечебных мероприятиях, включая различные виды стационарного лечения.

В новой модели поликлинический блок сохраняет системообразующую роль, с некоторыми изменениями и дополнениями. Большие изменения произошли в ремиссионном комплексе, который стал называться: «Результаты профилактики, коррекции и лечения». В связи с тем, что заглавия в графах комплекса должны отражать эффективность профилактических мероприятий во всех нозологических группах и на всех этапах процесса зависимости, начиная с детей «группы риска» и завершая диспансерными группами, стандартные названия были продублированы. Например: «Неустойчивый результат», «Устойчивый результат»,

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

«Бродяжничество в детстве» применяются для оценки профилактических мероприятий у детей «группы риска» и в профилактических группах наблюдения. Для диспансерных больных используются традиционные обозначения эффективности: «Ремиссии до 1 года», «до 2-х лет», «до 3-х лет», «БОМЖ». Такие названия, как «отказ» и «направлены в ИТУ» являются стандартными для всех групп.

Двойные названия граф оказались удобными и при оценке эффективности во временном аспекте. Жесткая градация эффективность лечения у детей «группы риска» во временном диапазоне не рассматривается, лечение у них может продолжаться длительное время, у некоторых в течение всего периода детства.

В то же время, результат профилактики и лечения (ремиссии) на этапах злоупотребления и болезни жестко регламентированы по времени и различны для разных нозологий и этапов процесса зависимости. Например, наблюдение в группе профилактики (норма и злоупотребление) предлагается продолжать 3 года, максимальная ремиссия при алкоголизме — 3 года, при наркомании и токсикомании — 5 лет. В представленной таблице эффективность лечения всех групп диспансерного учета не зависимо от нозологии предлагается оценивать в течение 3-летней ремиссии: до года, до двух и до трех лет. Для детей «группы риска», наркоманов и токсикоманов, которые требуют дальнейшего наблюдения и лечения используется дополнительная четвертая графа с названием «Пролонгированное лечение», кото-

Таблица 2

II. Контингент больных, находящихся под диспансерным наблюдением, и лиц, состоящих на профилактическом учете

ФИ О Пас порт ные дан ные	Наимено вание болезней	№ Стр оки	Код МКБ – X	Состо ит под наблю дением	В том числе женщи н	Взято под наблю де ние	В т.ч. с впервые в жизни установленным диагнозом			Переход из шифра в шифр	Снято с наблюдения			Перех од из шифр а в шифр
							Всего	Из них			Всего	Из них в связи с		
								Дети	Подростки			Выздоров –м	Смертью	Выездом
	Дети группы риска													
	Умеренн употребл ение													
	Злоупотр алкогол													
	Алкоголи зм													
	1 стадия													
	2 стадия													
	3 стадия													
	Алкоголь психоз													
	Злоупотр наркотич. средства													
	Наркоман ии													
	Интоксик психозы следствие наркоман													
	Злоупотр токсичск вещества													
	Токсиком ании													
	Интоксик психозы следствие токсиком													
	Итого													

Таблица 2. Продолжение

ФИО Паспортные данные	Наименование болезней	Состоит под наблюдением					Результат профилактики, коррекции, лечения							
		Всего	Из них				Пролонгированная ремиссия до 5 лет	Устойчивый рецидив ремиссия до 3 лет	Устойчивый рецидив ремиссия до 2 лет	Неустойчивый рецидив ремиссия до 1 года	Отказ	Бродяжничество в детстве. БОМЖ.	Направлены в ИТУ	Нуждаются в проверке
			Сельские жители	Подростки	Дети	Нуждаются в проверке								
	Дети «группы риска»													
	Умеренно употребление													
	Злоупотребление алкоголем													
	Алкоголизм													
	1 стадия													
	2 стадия													
	3 стадия													
	Алкоголь психоз													
	Злоупотребление наркотич. средствами													
	Наркомания													
	Интоксикация психозы в следствие наркоман													
	Злоупотребление токсическими веществами													
	Токсикомания													
	Интоксикация психозы в следствие токсиком													
	Итого													

рая используется и для нозологий со сроком больше чем три года наблюдения «Ремиссия до пяти лет».

Наиболее сложным вопросом остается вопрос о продлении наблюдения в случае объективно доказанных рецидивов и срывов во время диспансерного наблюдения. Положительный результат лечения (устойчивая ремиссия) завершается снятием с диспансерного наблюдения по истечению определенного срока. В то же время сохраняющиеся рецидивы и срывы в течение всего срока наблюдения, не смотря на проводимое лечение, указывают на неблагоприятное течение заболевания, сохранение болезни и отсутствие устойчивой ремиссии, т.е. по истечению стандартного срока наблюдения больной не может и не должен сниматься с диспансерного наблюдения. Сохранение болезни исключает возможность владения оружием, управление транспортными средствами,

многими профессиями и т.д. Следовательно, любой объективно подтвержденный рецидив и срыв, т.е. ухудшение течения болезни, являются основанием для продления срока наблюдения и получения дополнительного лечения. Вопрос, на какой срок продлевается наблюдение, остается открытым до сих пор.

Комплекс «Результаты профилактики, коррекции, лечения» дополнен еще одной графой «Нуждаются в проверке», речь идет о лицах, которых наркологическая служба, на момент подготовки информации, не смогла точно определить или найти, в силу чего, проверка по ним продолжается. Эта графа является дубликатом графы в группе «Состоят на учете на момент проверки», что позволяет исключить не точность, как при подсчете лиц состоящих под наблюдением, так и при определении эффективности за исследуемый период времени.

В таблице произошло увеличение числа горизонтальных блоков за счет добавления нового блока — «Дети «группы риска», что позволяет рассматривать и отражать процесс зависимости для всех форм зависимости в полном объеме, начиная с периода беременности, детства и завершая этапом болезни.

Вторая таблица касается больных, которые были госпитализированы в наркологические стационары. Учитывая, что дети в постнатальный период поступают на стационарное лечение по поводу абстиненции, а позднее по поводу употребления алкоголя, наркотических и ненаркотических веществ с вредными последствиями. Пребывание детей «группы риска» в стационарах по поводу лечения врожденной и приобретенной патологий рассматривается как пребывание в

наркологическом стационаре только при наличии соответствующего наркологического диагноза.

Список литературы

1. Тихонов Г.Б. Формы и методы выявления лиц, нуждающихся в наркологической помощи // *Здравоохранение Российской Федерации*. — 1985. — №11. — С. 24.
2. Тихонов Г.Б. Диагностика алкогольного заболевания // *Актуальные вопросы наркологии: Тезисы докладов Республиканского совещания врачей психиатров-наркологов в г.Кавлининграде 23—25 апреля 1990 г.* — М., 1990. — С. 109.
3. Тихонов Г.Б. Динамическая информационно-справочная картотека (ДИСК) наркологического участка // *Новые формы организации наркологической помощи населению и профилактика алкоголизма, МЗ РСФСР НИИ психиатрии*. — М., 1989. — С. 69.

AUTOMATED SYSTEM OF STATISTICAL ACCOUNTING AND REPORTING IN NARCOLOGY

TIKHONOV G.B.