

О ПРОБЛЕМАХ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СТАТИСТИКИ

*Владимир Викторович Кузнецов**Наркологический диспансер Калининградской области,
236006, г. Калининград, ул. Барнаульская, 6 а, e-mail: vkuznet@yandex.ru*

Реферат. В российской наркологии сложилась парадоксальная ситуация, когда в первичной медицинской документации (амбулаторные карты, истории болезни) формулировка и кодировка диагнозов осуществляется в полном соответствии с МКБ-10, а их статистическая обработка осуществляется по видоизмененной МКБ-9. Следует признать, что вся относящаяся к наркологической службе статистическая информация основана на устаревшей методологии сбора первичных статистических данных и не может быть признана пригодной ни для оценки качества лечения, ни для планирования развития наркологической службы, оценки эффективности её модернизации, ни для разработки Программы госгарантий.

Ключевые слова: наркологическая помощь, статистика.

ABOUT PROBLEMS OF NARCOLOGICAL STATISTICS

Vladimir V. Kuznetsov

Narcological Outpatient Clinic of Kaliningrad Region
6a, Barnaulskaya street, Kaliningrad, 236006, Russia,
e-mail: vkuznet@yandex.ru

In Russian addiction medicine, a paradoxical situation has emerged; diagnosis formulation and encoding in primary medical documentation (outpatient and inpatient medical records) is performed in full accordance to ICD-10 whereas statistic processing of this data is performed according to slightly adapted ICD-9. All the statistical information concerning addiction care is based on methodology of primary statistical data collection that is hopelessly out of date and is totally unsuitable for evaluation of treatment efficacy, planning of narcological service development, evaluation of efficacy of its modernization, and for development of State Guarantees Program.

Key words: narcological service, statistics.

При переводе на русский язык и адаптации к использованию МКБ-10 в Российской Федерации в рубрику «F1x.2 Синдром зависимости» был внесен комментарий: «Следует отметить: Зависимость от психоактивных веществ понимается как болезненный процесс, закономерно проходящий через последовательные стадии, имеющий свое начало и исход» [1]. Этот комментарий позволил полностью отождествить понятие «Синдром зависимости» от алкоголя (наркотиков, токсических веществ) с понятием «алкоголизм» (наркомания, токсикомания) и

коренным образом изменить подходы к сбору и анализу статистического материала.

Годовые формы федерального статистического наблюдения (Форма № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами» и Форма № 37 «Сведения о пациентах, больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями» [7]) формально содержат трехзначные рубрики МКБ-10. Очевидно, для облегчения перехода с МКБ-9 на МКБ-10 до 2010 года в этих Формах сосуществовали столбцы 3 «Код по МКБ IX пересмотра (раздел V, адаптированный для страны, Москва, 1982 г.)» и 4 «Код по МКБ X пересмотра (класс V, адаптированный для использования в Российской Федерации)». В строке 02 Формы 37 (полная аналогия со строкой 4 Формы 11) коду 303 по МКБ 9 (столбец 3) соответствуют коды «F10.2, 3, 8, 9» (столбец 4). То есть, при переходе на МКБ-10 абстинентный синдром не был выделен в отдельную строку и при статистической обработке автоматически объединялся с синдромом зависимости и с резидуальными психотическими расстройствами. В более поздних версиях этих статистических форм о МКБ-9 не упоминается, но перечень диагностических рубрик в упоминавшийся строках остается прежним. В последней версии от 2013 года эти строки обозначаются как «синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм)» и включают в себя коды «F10.2,3 F10.70-72, 74, 82, 92».

В обеих учетных формах, точно так же – в одну строку «Психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (алкогольные психозы)», объединены все состояния, кодируемый по МКБ 10 в рубриках F10.03, F10.07, F10.4-F10.6, F10.73, 75,81,91. При статистической обработке интоксикационные психозы, острые металкольные психозы и резидуальные психотические расстройства объединяются. По какой причине

часть резидуальных расстройств психотического уровня (F10.73 – деменция и F10.75 психотическое расстройство с поздним дебютом) отнесены в строку «Психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (алкогольные психозы)», а остальные в строку «синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм)» – остается загадкой.

В российской наркологии сложилась парадоксальная ситуация, когда в первичной медицинской документации (амбулаторные карты, истории болезни) формулировка и кодировка диагнозов осуществляется в полном соответствии с МКБ-10, а их статистическая обработка осуществляется по слегка видоизмененной МКБ-9.

На основе информации, содержащейся в Формах 11 и 37 НИИ наркологии (ранее ННЦ), формируются и ежегодно издаются статистические сборники – главный источник статистических данных по психиатрии-наркологии в РФ. Группировка исходных данных для статистического анализа осуществляется в полном соответствии с МКБ-9: синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм) (код по МКБ 9 – 303) и алкогольные психозы (код по МКБ 9 – 291). Соответствующие МКБ-10 диагностические коды в статистических сборниках не анализируются и даже не упоминаются.

Информация о потреблении других ПАВ при статистическом анализе дифференцируется только по типу употребляемого вещества. Предоставляемые МКБ-10 возможности анализировать тяжесть состояния, его динамику в ходе лечения просто игнорируются.

Неадекватная реальной ситуации группировка первичного статистического материала неизбежно приводит к ошибочным выводам. В частности, утверждения о том, что «в 2014 г. среди госпитализированных пациентов преобладали больные синдромом зависимости (76%)» [2], и о том, что «стандарты специализированной медицинской помощи при наркологических расстройствах (приказы от 4 сентября 2012 г. № 125н, 126н, 127н, 129н, 131н, 133н, 135н) по отдельным группам заболеваний не выполняются» [3] не соответствует действительности. Базирующаяся на результатах анализа Формы 37, «привязанной» в МКБ-9, официальная статистика неспособна оценить соответствие оказываемой в стационаре помощи Порядкам и Стандартам, «привязанным»

к МКБ-10. Качество разработанных Порядков и Стандартов настолько низкое, что организовать деятельность наркологических стационаров в соответствии с ними возможно только в части соблюдения установленных сроков лечения. Именно в этой части деятельность стационарной наркологической службы с каждым годом всё более им и соответствует: помощь пациентам с синдромом отмены оказывается в отделениях неотложной наркологической помощи и наркологических отделениях, а пациентам с синдромом зависимости в стадии становления ремиссии стационарная наркологическая помощь оказывается в реабилитационных отделениях. О доле пациентов с синдромом зависимости от числа всех госпитализированных в наркологический стационар можно судить только по косвенным признакам – количеству получивших помощь в реабилитационных отделениях. В 2014 году эта доля составила всего 4,7% от числа выбывших из стационара (таблица 1.5 статистического сборника за 2013–2014 годы). Если из 76% пациентов, госпитализированных с непсихотическими формами наркологических расстройств, 71,3% лечились по поводу синдрома отмены со средней длительностью пребывания в стационаре 10 дней, а 4,7% – по поводу синдрома зависимости со средней длительностью 28 дней, то средняя длительность по строке 02 Формы 37 и составила 14,5 дней. Аналогичная ситуация и по алкогольным психозам: в одной строке 01 высчитывается средняя длительность лечения и алкогольного делирия (стандарт 14 дней), и психотических расстройств (стандарт 30 дней) и амнестического синдрома (стандарт 90 дней). Она, конечно, не будет соответствовать ни одному из стандартов. Получается: существующие статистические показатели не соответствуют реальной деятельности наркологических стационаров. Информативность такой статистики аналогична информативности показателя «средней температуры по больнице».

При внимательном изучении ежегодных статистических сборников НИИ наркологии достаточно часто обнаруживаются статистические парадоксы, свидетельствующие о высоком уровне содержания в них неточных статистических данных.

Данные по одному и тому же показателю, представленные в разных таблицах не стыкуются.

Так, в 2014 году в РФ было зарегистрировано всего 72180 случаев заболеваний алкогольными психозами (Таблица 16.2.). А согласно Таблице 19.2. госпитализировано в специализированные стационары с алкогольными психозами 93972 пациентов. С учетом повторности поступления (17,4%), в 2014 году в специализированные стационары госпитализировано с этим диагнозом почти на 5,5 тысяч больных больше, чем их зарегистрировано в амбулаторной сети.

шагами приблизились к целевым индикаторам. В Ингушской Республике только по отношению к больным алкоголизмом статистические показатели приближаются к установленному единому индикатору, по отношению к больным наркоманией существенного улучшения показателей не отмечается, видимо, модернизация проведена лишь частично.

Достижимость показателей, заложенных в ту или иную программу зависит не только от научной,

Таблица 1

Число больных, находящихся в ремиссии на 100 больных среднегодового контингента

Регионы	1 года до 2-х лет				Свыше 2-х лет			
	Алкоголизм		Наркомания		Алкоголизм		Наркомания	
	2013 год	2014 год	2013 год	2014 год	2013 год	2014 год	2013 год	2014 год
Индикатор модернизации	11,2	11,5	8,4	8,6	9,1	9,2	9,2	9,4
Брянская область	3,7	10,4	2,9	8,4	2,2	9,1	2,6	9,0
Калининградская область	8,3	11,5	3,4	8,8	4,0	9,3	2,3	9,3
Республика Тыва	4,8	11,1	10,8	8,5	4,3	9,2	7,5	9,1
Тульская область	7,8	11,2	4,2	7,9	5,2	8,7	2,7	8,6
Вологодская область	5,9	9,0	5,7	8,0	4,5	8,3	5,7	7,8
Рязанская область	5,0	10,5	7,1	8,7	9,5	9,2	15,6	13,3
Ярославская область	6,9	11,0	5,5	8,2	11,3	9,3	10,0	9,3
Ингушская Республика	4,9	11,6	2,4	3,5	2,5	7,0	1,5	0,9

В таблице 6 «Число занятых должностей психиатров-наркологов» сборника за 2013–2014 годы динамика цифр по всем регионам колеблется в пределах 10, что представляется естественным. А вот в Воронежской области количество занятых должностей в 2014 году увеличилось на 41,25 по сравнению с 2013 годом. И это при том, что во всем Центральном ФО прирост составил 54,25.

Очень интересная динамика показателей в Таблицах 10.1. и «Ремиссии у больных алкоголизмом» 10.2 «Ремиссии у больных наркоманией». В ряде регионов (табл. 1) число больных, находящихся в ремиссии, за один год удвоилось (некоторые показатели утроились) и устремились к «единому индикатору (показателю) модернизации наркологической службы, отражающему единую динамику изменений медицинской эффективности проводимых мероприятий и доступности медицинской помощи» [4].

Брянская и Калининградская области, а также Республика Тыва вышли на запланированные модернизацией показатели за один год. Тульская, Вологодская и Рязанская области семимильными

Таблица 2

Повторность поступления в стационар в Калининградской области

Показатели	2011	2012	2013	2014
Все наркологические расстройства	18,3	60,1	56,5	58,5
Алкоголизм без АП	25,4	66,1	67,3	72,1
Алкогольные психозы	0	35,5	1,4	2,6
Наркомания	53,4	100	74	85

в том числе статистической, обоснованности этих показателей, но и от строгости контроля за их достижением. Если результаты модернизации наркологической службы регулярно контролируются Министерством здравоохранения [6], то и контролируемые показатели за один год удваиваются и даже утраиваются.

Если нереальную динамику статистических показателей, относящихся к ремиссиям, можно логически связать со своеобразно понимаемой логикой модернизации наркологической службы, то динамика статистических показателей повторности поступления в стационар Калининградской

области (табл. 2) никакому логическому анализу не поддается.

В Российской Федерации на протяжении всех лет показатели по всем перечисленным нозологическим группам оставались стабильными: по всем наркологическим расстройствам – 26,5–27,2; по алкогольным психозам – 17–18; по алкоголизму (без АП) и по наркоманиям – в районе 30. В организации наркологической помощи населению Калининградской области имеются некоторые особенности: разработана и внедрена система поэтапного оказания помощи (подробности ниже), которые обуславливают увеличение повторных госпитализаций раза в полтора, относительно среднероссийских показателей. Но приведенных в табл. 2 статистических показателей эти обстоятельства объяснить не могут. Особенно в отношении алкогольных психозов: количество госпитализированных с этим диагнозом больных в Калининградской области немного больше, чем в РФ (КО – 71,53 на 100 тыс. нас.; РФ – 64,32), но практически такое же как в СЗФО – 70,63. Первичная выявляемость больных алкогольными психозами в Калининградской области 32,92 на 100 тыс. нас., в РФ – 21,94. Причина практически нулевой повторности госпитализаций больных с алкогольными психозами необъяснима, так же как и причина приближающейся к стопроцентной повторности госпитализаций больных наркоманией.

Архаичность методов сбора первичной статистической информации не только приводит к бессмысленности её дальнейшей обработки, но и препятствует внедрению новых технологий при оказании наркологической помощи. В Наркологическом диспансере Калининградской области разработана и внедрена система поэтапного лечения [5]. Госпитализированным для купирования острого абстинентного синдрома, включая осложненные и психотические его формы (F1x.3–F1x.5), в течение 8–18 дней оказывается неотложная помощь до достижения клинического состояния F1x.21– воздержание в условиях, исключающих употребление. При успешной мотивации на продолжение лечения пациент переводится на терапевтический этап, где в течение 13–18 дней получает лечение до достижения состояния F1x.22–F1x.23 – воздержание на поддерживающей или блокирующей терапии. При

сохранении мотивации на продолжение лечения следует перевод на 28-дневный курс стационарной медицинской реабилитации и по достижении устойчивой установки на воздержание от употребления ПАВ следует выписка из стационара для продолжения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (Наркологическая служба Калининградской области финансируется из средств территориального Фонда обязательного медицинского страхования – ТФОМС и осуществляется в соответствии со стандартами ТФОМС, несколько отличающимися от федеральных Стандартов по срокам лечения, дополнительно введен стандарт оказания помощи на терапевтическом этапе. Кроме того, каждый перевод с одного этапа на другой с целью фиксации законченного страхового случая обязательно оформляется как регоспитализация – оформляется новая история болезни). Полный курс поэтапного стационарного лечения составляет от 50 до 64 дней, включает в себя активное медикаментозное лечение, мотивационную психотерапию, медицинскую реабилитацию. Система успешно функционирует, в Калининградской области действительно увеличивается количество пациентов, находящихся в ремиссии от года до двух лет. А по федеральной статистике из строки 02 Формы 37 мы имеем три госпитализации (две повторных) по поводу синдрома зависимости в течение года со средней длительностью лечения 18–21 день, т.е. сплошной негатив.

Нельзя не согласиться с утверждением В.В. Киржановой о том, что выполнение показателей, заложенных в Программу госгарантий, но рассчитанных «без учета уровня статистических показателей, характеризующих реальную деятельность стационарной наркологической службы», может привести к непредсказуемым последствиям для развития наркологической помощи [2]. Однако если бы учитывалась существующая статистика, то ситуация вряд ли стала бы лучше.

Таким образом, проведенный анализ позволяет утверждать, что вся относящаяся к наркологической службе статистическая информация основана на устаревшей методологии сбора первичных статистических данных и абсолютно непригодна ни для оценки качества деятельности службы, ни для планирования её развития, ни для разработки Программы госгарантий, ни для оценки эффективности модернизации наркологической службы РФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99): Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. М., 1998.
2. Киржанова В.В. О проблемах планирования стационарной наркологической помощи в рамках программы госгарантий // Наркология. 2015. №12. С. 3–6.
3. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2013-2014 годах. / Статистический сборник, НИИ наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. М., 2015. С. 14.
4. Концепция модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года. <http://www.nncn.ru/modernization.htm>
5. Кузнецов В.В., Скалин Ю.Е., Крылова Н.В. Диспансерное наблюдение в наркологии, функционирующей в системе обязательного медицинского страхования // Неврологический вестник. 2013. № 3. С. 88–97.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 14-2/123 от 21.01.1016 г.
7. Федеральная служба государственной статистики, приказ от 16 октября 2013 г. № 410 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения за заболеваемостью населения наркологическими расстройствами».

REFERENCES

1. *Ministerstvo zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii. Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya (F00 – F99): Klass V MKB-10, adaptirovannyi dlya ispol'zovaniya v Rossiiskoi Federatsii.* Moscow, 1998. (in Russian)
2. Kirzhanova V.V. *Narkologiya.* 2015. №12. pp. 3–6. (in Russian)
3. Kirzhanova V.V., Grigorova N.I., Sidoryuk O.V. In: *Statisticheskii sbornik, NII narkologii – filiala FGBU «Federal'nyi meditsinskii issledovatel'skii tsentr psikhiiatrii i narkologii imeni V.P. Serbskogo» Minzdrava Rossii.* Moscow, 2015. P. 14. (in Russian)
4. *Kontseptsiya modernizatsii narkologicheskoi sluzhby Rossiiskoi Federatsii do 2016 goda.* <http://www.nncn.ru/modernization.htm> (in Russian)
5. Kuznetsov V.V., Skalin Yu.E., Krylova N.V. *Nevrologicheskii vestnik.* 2013. № 3. pp. 88–97. (in Russian)
6. *Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii № 14-2/123 ot 21.01.1016 g.* (in Russian)
7. *Federal'naya sluzhba gosudarstvennoi statistiki, prikaz ot 16 oktyabrya 2013 g. № 410 «Ob utverzhdenii statisticheskogo instrumentariya dlya organizatsii Ministerstvom zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii federal'nogo statisticheskogo nablyudeniya za zaboлеваemost'yu naseleniya narkologicheskimi rasstroistvami»* (in Russian)

Поступила 20.02.16.