

Кудрявцев Антон Александрович

**МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ НА
СЕЛЕ И ПРЕДОТВРАТИМЫЕ ПОТЕРИ В СВЯЗИ СО
СМЕРТНОСТЬЮ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**

(на примере Республики Башкортостан)

14.02.03. - «Общественное здоровье и здравоохранение»

Автореферат

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Москва 2011 г.

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Калининская Алефтина Александровна

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Алексеева Вера Михайловна
доктор медицинских наук, профессор
Злобин Александр Николаевич

Ведущая организация:
ГУ Национальный НИИ общественного здоровья РАМН

Защита состоится «27» «мая» 2011 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» (127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11)

Автореферат разослан «27» «апреля» 2011 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Пучков Константин Геннадьевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Сельское население составляет 27% населения страны или 38,2 млн. человек. В четверти субъектов РФ сельские жители составляют 40% населения. Вопросы охраны здоровья сельского населения весьма актуальны, поскольку медико-социальные проблемы, характерные для нашего общества, особенно ярко проявляются в сельской местности (Ю.П. Лисицин, 2008, А.А. Калининская и др., 2010; А.Е. Иванова, 2010).

Резкое сокращение бюджетного финансирования отрасли, особо выраженное с начала 90-х годов, и упадок сельского хозяйства крайне негативно сказались на состоянии здравоохранения села. Влияние социально-экономических факторов на показатели здоровья населения наиболее остро проявилось в последнем десятилетии. Произошел перенос центра тяжести расходов на социальные нужды населения с федерального бюджета на региональные и муниципальные, что усугубило давнюю проблему в стране – недофинансирование в отрасли (О.П. Щепин и др., 2009, В.И. Стародубов и др., 2009, В.О. Щепин, и др. 2010, Р.А. Хальфин, И.Я. Таджиев, 2010).

Разрушение сельскохозяйственной инфраструктуры, изменение видов хозяйственных связей, привели к высокому уровню безработицы на селе, снижению жизненного уровня, деформации социальной структуры населения, росту численности социально - дезадаптированной популяции и люмпенизации села. Результаты многих исследований свидетельствуют о низком уровне здоровья сельского населения, и отмечается стойкая тенденция к его ухудшению (Т.М. Максимова, 2002; А.В. Паскаль 2007).

В сельской местности регистрируется сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста. Причинами этого, в первую очередь, являются отсутствие рабочих мест на селе, производственная незанятость, алкоголизация населения. Серьезной проблемой села является постарение населения, вымирание мелких деревень. Основными пациентами лечебно-профилактических учреждений на селе являются пожилые и престарелые (Г.Н.

Карелова, 2004). Состояние здоровья сельского населения претерпевает отрицательную тенденцию и многие его параметры хуже, чем городского населения. (В.А., Рогожников, 2003; А.Я. Шарафутдинов, 2003; В.В. Стрючков, 2008; М.Г. Москвичева, 2009).

Под предотвратимой смертностью подразумевается смертность от причин, которая может быть частично или полностью элиминирована усилиями современных медицинских и организационных технологий (Н.Ф. Герасименко, 2001; Ю.В. Михайлова и др., 2006, Rustein D. et al, 1976; Albert X. et al., 1996). К предотвратимым причинам смерти отнесены болезни, поддающиеся лечению в возрасте от 0 до 64 лет, так смертность от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний в возрасте 5-64 года относится, по мнению большинства зарубежных экспертов, к предотвратимой; по данным ВОЗ, до 50,0% заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения предотвратимы (ВОЗ, 2008).

В субъектах РФ, в частности в Республике Башкортостан имеются свои региональные особенности, определяющие специфику реформ здравоохранения села (А.А. Евсюков, 2010, Н.Х. Шарафутдинова, и др., 2010).

Цель исследования: обосновать мероприятия по снижению предотвратимой смертности на селе на основе анализа медико-демографической ситуации и социально-гигиенической характеристики сельского населения в Республике Башкортостан.

Задачи исследования:

1. Выявить специфику смертности сельского населения РБ в период реформ и оздоровления социально-экономической ситуации;
2. Дать сравнительную оценку ведущих причин смерти сельского и городского населения в РБ;
3. Проанализировать состояние здоровья и организацию медицинской помощи сельскому населению РБ;
4. Оценить резервы предотвратимой смертности сельского населения РБ на основе экспертного опроса;
5. Построить прогностические модели смертности сельского населения РБ с учетом мнения экспертов.

База исследования: 4 сельских МО Республики Башкортостан.

Объект исследования: показатели смертности сельского населения Республики Башкортостан, мнения экспертов о предотвратимости потерь здоровья, мнение жителей сельской местности о состоянии здоровья.

Предмет исследования: предотвратимость смертности сельского населения, отношение жителей сельской местности к сохранности здоровья.

Единица наблюдения: житель сельской местности, лечебно-профилактическое учреждение села.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

Определена общность и специфика смертности в РБ: на основе анализа тенденций и соотношения ведущих причин в гендерных пропорциях смертности городского и сельского населения установлено, что специфика РБ определяется более высокой, чем в РФ продолжительностью жизни сельского населения и меньшей долей в структуре смертности травм и отравлений, болезней органов пищеварения и новообразований. Вместе с тем качество диагностики в Республике неудовлетворительное за счет большой доли неточно обозначенных состояний.

Дан анализ основных факторов, влияющих на смертность сельского населения, связанных как с особенностями функционирования муниципального здравоохранения: низкая доступность медицинской помощи и ее низкое качество, так и с условиями жизни населения. На основе экспертного опроса выявлена высокая степень предотвратимости потерь в связи с высокой смертностью жителей сельской местности, которая составляет около 50% для основных классов причин смерти. Определены резервы сокращения предотвратимой смертности сельского населения на основе рассчитанных коэффициентов предотвратимости. Проанализирована возможность снижения смертности от основных классов причин смерти на основе оригинального подхода к математическому моделированию, и показано, что смертность в Республике Башкортостан будет выражено снижаться только от сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин.

Получены коэффициенты предотвратимости для основных причин смерти сельского населения Республики Башкортостан. Предложен комплекс мероприятий по снижению уровня смертности жителей сельской местности Республики Башкортостан.

Практическая значимость исследования

Республика Башкортостан обоснована как региональная модель для обработки комплекса мероприятий по снижению предотвратимой смертности, репрезентативной для территорий России с высокой долей сельского населения и более высокой, чем в Российской Федерации, продолжительности жизни сельского населения.

Материалы диссертационной работы использованы при разработке:

- Ведомственной целевой программы МЗ РБ «Формирование здорового образа жизни у населения Республики Башкортостан» (Приказ МЗ РБ № 1234-Д от 24 июня 2009г.).

Материалы диссертационного исследования использованы в практической работе органов управления здравоохранением и сельских ЛПУ Пензенской области, Республике Башкортостан.

Результаты исследования используются в учебном процессе при чтении лекций для аспирантов и ординаторов в ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» по специальности общественное здоровье и здравоохранение.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Тенденции ведущих причин смертности сельского населения РБ в сравнении с ПФО и РФ в период перманентных реформ отечественного здравоохранения (1989-2008 гг.).
2. Особенности ведущих причин смертности сельского и городского населения в РБ в сравнении с ПФО и РФ.
3. Низкая доступность и качество медицинской помощи сельскому населению в РБ сопряжены с состоянием здоровья сельского населения.
4. Резервы сокращения предотвратимых потерь в связи со смертностью сельского населения РБ.

Апробация результатов исследования

Материалы и результаты исследования были доложены на:

- научной конференции с международным участием, посвященной 85-летию Московского государственного медико-стоматологического университета (г. Москва, 2008 г.);
- межвузовской научной конференции ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава с международным участием (г. Москва, 2009 г.);
- научной конференции с международным участием, посвященной 105-летию со дня рождения академика АМН СССР, профессора А.А. Минха (г. Москва, 2009);
- межинститутской научно конференции ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава с международным участием, посвященной 65-летию Победы в Великой Отечественной войне (г. Москва, 2010 г.);
- межотделенческих конференциях ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» (2008-2010 гг.).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 13 печатных работ, в том числе 4 публикации в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность исследования, определены цель и задачи, научная новизна и практическая значимость, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен обзор отечественных и зарубежных источников литературы, посвященных анализу медико-демографических показателей и состояния здоровья сельского населения, образу жизни. Анализ источников литературы установил, что исследовательских работ, посвященных состоянию здоровья, а также медико-демографическим и организационным основам медицинской помощи сельскому населению, недостаточно, крайне мало исследований, касающихся предотвратимых потерь смертности сельского населения на примере конкретного субъекта РФ.

Вторая глава «Программа и методика исследования». Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использовался комплекс социально-гигиенических методов: статистический, социологический, монографический, непосредственного наблюдения, экспертных оценок.

Исследование проводилось в 4 этапа:

На *первом этапе* была собрана, обработана и проанализирована статистическая информация о смертности сельского населения РБ, ПФО и РФ с учетом гендерных особенностей за период с 1989 по 2008 годы. Источниками информации послужили данные о смертности, на основе которых рассчитаны стандартизованные показатели смертности по старому европейскому стандарту населения.

На *втором этапе* проведены социологические опросы сельских жителей, в 4 муниципальных районах РБ (с общей численностью населения 143875). Анкетирование проводилось по специально разработанным нами анкете, состоящей из 5 разделов и включающей 80 вопросов. Статистическому анализу подверглось 1102 анкеты сельских жителей. Репрезентативность выборочной совокупности определялась по формуле для безповторного отбора.

На *третьем этапе* проводилась оценка предотвратимости потерь здоровья на основании опроса экспертов. Инструментом опроса являлись 2 анкеты: «Стратегия предотвратимых потерь здоровья за счет заболеваемости, инвалидности и смертности на муниципальном уровне (европейский и российский подходы)». Статистической обработке подверглось 192 анкеты.

Резервы предотвратимости оценивались по результатам анализа ответов экспертов по поводу предотвратимости потерь здоровья (за счет заболеваемости, инвалидности и смертности) для каждой причины (заболевания или травмы)». Список включал 13 групп заболеваний.

На *четвертом этапе* проводилось прогнозирование смертности сельского населения. Нами была использованна методика, основанная на экстраполяции существующих тенденций до 2014 г. Информационной базой исследования на четвертом этапе послужили данные статистического

управления и информационно-аналитического центра РБ за 20 летний (с 1990 по 2009 г.) и 10 летний периоды (с 2000 по 2009 г.) смертности от основных причин.

Схема 1. Программа и методика исследования

Этап	Единица наблюдения	Объем наблюдений	Объект исследования	Методы исследования
1. Медико-демографический и клинико-статистический	Показатели Смертности (стандарт.)	1989-2008	Медико-демографические показатели в динамике	Аналитический Статистический
2. Социологическое исследование	Сельские жители	1102	ЛПУ различного уровня	Социологический Аналитический Статистический
3. Оценка предотвратимости	Эксперты муниципального здравоохранения	96	Предотвратимость от основных причин смерти	Экспертный Аналитический Статистический
4. Построение прогностической модели	Показатели Смертности Сельского населения РБ	1990-2009 гг. 2000-2009 гг. (прогноз до 2014 г.)	Медико-демографические показатели в динамике	Аналитический Статистический

Использованны способы экстраполяционного прогнозирования по нескольким видам гладких функций (прямая, полином 2-го порядка, экспоненциальная функция). Параметры уравнений трендов определяются по методу наименьших квадратов. Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере, в программе Excel, Minitab 15 Statistical Software.

Третья глава «Медико-демографические особенности сельского населения Республики Башкортостан в сравнении с ПФО и РФ». На начало 2009 г. сельское население РФ составило 38,2 млн. человек. Удельный вес сельского населения в общей численности населения страны составил 27%. Численность сельского населения за прошедший год уменьшилась в 65 субъектах РФ, убыль имела место во всех федеральных округах, кроме Южного и Приволжского. Гендерная структура сельского населения в трудоспособном возрасте ухудшилась. На начало 2009 г. на 1000 женщин приходилось 882 мужчины против 885 в 2008 г. Благодаря положительным переменам в рождаемости и смертности коэффициент естественной убыли на селе в РФ за 10 лет анализа сократился с -7,4 до -2,4 на 1000 соответствующего населения.

Общая смертность сельского населения в РФ за период 2000 – 2009 гг. снизилась с 1711,3 до 1604,1 на 100 тыс. населения. Положительная динамика сложилась по всем основным классам причин, кроме болезней органов пищеварения. Смертность сельского населения от всех причин в трудоспособном возрасте за 10 лет так же несколько сократилась (с 782,5 до 755,3 на 100 тыс. соответствующего населения). Однако, под общей позитивной тенденцией скрывается рост показателей по болезням органов дыхания и пищеварения, новообразованиям. Главными причинами смерти лиц в трудоспособном возрасте остаются внешние причины (33,8%), благодаря позитивным тенденциям смертности от них и сложилась позитивная динамика смертности от всех причин.

В Республике Башкортостан на начало 2009 года проживало 405,7 тыс. населения, из них 40,2% – составляют жители сельских муниципальных образований (МО). В РБ имеется 54 МО, в т.ч. 40 сельских. Возрастное распределение населения в РБ (2009 г.), следующее: дети и подростки до 16 лет – 17,8 %, трудоспособный возраст – 62,9 %, старше трудоспособный возраст – 19,3 %. Удельный вес лиц, старше трудоспособного возраста в РБ ниже, чем по РФ (21,2 %) и ПФО (21,4 %). При этом в сельских МО РБ этот показатель составил 20,4 % (по РФ – 21,5; ПФО – 22,6). Можно сказать, что население сельских МО РБ достаточно «демографически старое», но не превышает показатели по РФ и ПФО. За анализируемый период (за 2000-2009 гг.) естественная убыль сельского населения в РБ (как и по РФ) уменьшилась (с -2,9 до -1,1 на 1000 соответствующего населения).

Демографическая ситуация в РБ в динамике за десять лет характеризовалась следующими особенностями: уровень рождаемости в целом по РБ увеличился с 10,1 на 1000 населения до 13,7. Рождаемость сельского населения за эти годы выросла с 11,5 до 14,0 на 1000 соответствующего населения. Средняя продолжительность жизни (СПЖ) населения в РБ (в 2009 г.) составила 69,0 лет и незначительно превышала показатели по РФ (68,7 года) и ПФО (68,5). Продолжительность жизни мужчин (63,1 года) немного больше,

чем в РФ – 62,8 и ПФО - 62,3; а женщин заметно больше – 75,1 года (РФ - 74,7, ПФО - 74,7.) СПЖ сельского населения РБ составила 67,3 года, городского - 70,1 года, что совпадает с тенденцией в целом по РФ.

Общая смертность сельского населения РБ за годы анализа выросла с 1439,5 до 1508,9 на 100 тыс. сельского населения. Сравнительный анализ смертности мужчин на селе в РБ, ПФО и РФ показал, что 1-ое место во всех сравниваемых территориях занимала смертность от болезней системы кровообращения. На 2 месте - травмы и отравления. На 3 месте в РФ и ПФО - новообразования, а в РБ – неточно обозначенные состояния, что свидетельствует о несовершенстве отчетно-учетной документации и низкой квалификации лечащих кадров в РБ. На 4 месте в РФ и ПФО – болезни органов дыхания, а в РБ – новообразования. Неточно обозначенные состояния в РФ и ПФО занимали 5 место, по РБ на 5 месте – болезни органов дыхания. На 6 и 7 местах в РФ, ПФО и РБ – болезни органов пищеварения и инфекционные болезни соответственно.

Анализ смертности женской популяции на селе в РБ, ПФО и РФ показал, что 1-ое место во всех сравниваемых территориях занимали болезни системы кровообращения. На 2 месте в РБ - неточно обозначенные состояния (в ПФО и РФ – новообразования). На 3 месте в РФ и ПФО - травмы и отравления, в РБ – новообразования. На 4 месте в РФ и ПФО – неточно обозначенные состояния, в РБ – травмы и отравления. Болезни органов пищеварения в РФ и ПФО занимали 5 место, по РБ на 5 месте – болезни органов дыхания. На 6 месте в РБ – болезни органов пищеварения, в РФ и ПФО – болезни органов дыхания. На 7 месте в РФ, ПФО и РБ - инфекционные болезни соответственно.

На селе у мужчин смертность от всех причин больше, чем в городах (на 6%). Это превышение формируется за счет: болезней органов дыхания (на 87%), неточно обозначенных состояний (на 81%) и травм и отравлений (на 44%). От всех причин умерло больше женщин, чем в городах (на 7%). Это превышение формируется за счет: болезней органов дыхания (в 2,2 раза), неточно обозначенных состояний (в 2 раза) и травм и отравлений (на 38%) и др.

Преодоление негативных демографических процессов, обусловленных совокупностью факторов: низкая рождаемость, высокие показатели смертности и неблагоприятная возрастная структура, осуществляется в РБ путем реализации в регионе целевых региональных программ по улучшению демографической ситуации в регионе.

Глава четвертая «Медико-социальные факторы здоровья сельского жителя (по результатам социологического исследования) в республике Башкортостан». Анализ показал, что 18,3% сельского населения РБ проживало в «пунктовых селениях»¹ (в зоне обслуживания ЦРБ), 41,8% в «непунктовых селениях»², в зоне обслуживания сельских врачебных амбулаторий (СВА) или общих врачебных практик (ОВП) и 39,9% в зоне обслуживания ФАП.

Установлено, что 85,3% жителей приписных ФАП тратят на дорогу до ЦРБ от 40 минут и более часа. Для 51,9% жителей села транспортные расходы на дорогу до ЦРБ дороги, для 45,0% - не слишком дороги и 3,1% респондентов ответили, что транспортные расходы для них непосильно дороги, особенно для жителей приписных ФАП (4,8%).

В процессе исследования нами была проведена оценка респондентами состояния своего здоровья. Более 1/4 жителей села оценили свое здоровье как хорошее, 71,6% – как плохое, 2,9% - очень хорошее. Оценка здоровья мужчинами значительно ниже. При этом 43,9% опрошенных мужчин и 40,3% женщин связали негативную оценку состояния своего здоровья с качеством их жизни. Отягощающим жизненным фактором сельских мужчин явилось злоупотребление алкоголем (14,0%), при этом на тот же фактор указали 4,1% сельских женщин (рис. 1).

В числе жизненных приоритетов у мужчин на селе дети 97,5%, семья – 94,2%, здоровье – 91,6%, работу приоритетом сочли 82,2% к числу опрошенных. Общественное признание не оказалось в числе жизненных приоритетов 44,1% мужчин. У женщин в числе жизненных приоритетов были:

¹ «Пунктовые селения» - населенные пункты, приписные к зоне обслуживания ЦРБ.

² «Непунктовые селения» – населенные пункты поселений, обслуживаемые СВА (ОВП) и ФАП.

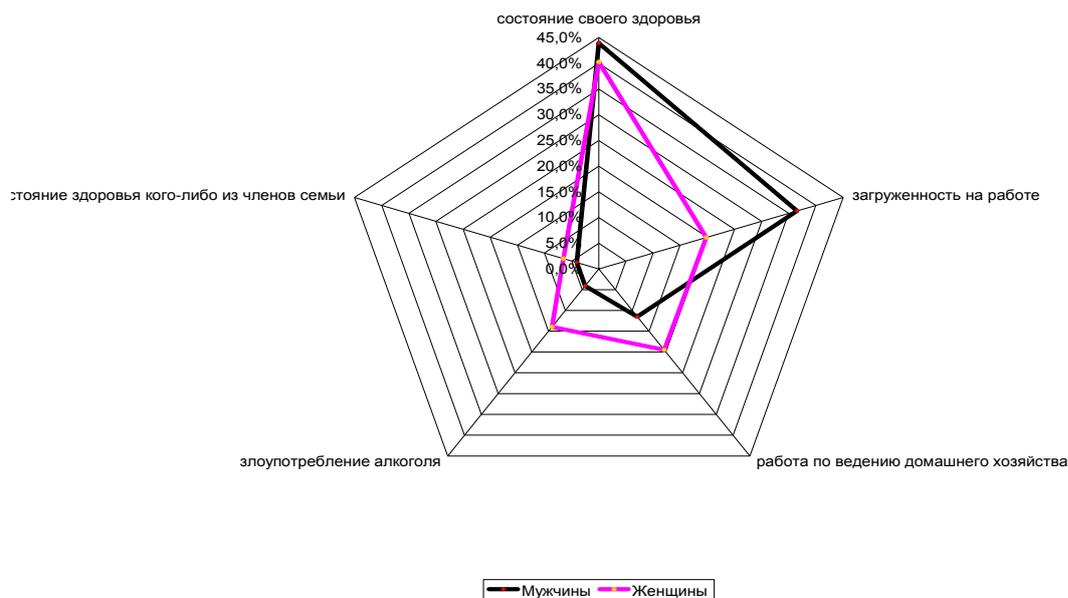


Рис. 1. Факторы, влияющие на качество жизни селян

дети - 91,6%, семья – 92,3%, здоровье – 86,1%, работа - 68,4%. По мнению 98,0% женщин и 1/3 мужчин спорт не являлся полезным занятием.

При изучение частоты употребления алкоголя выяснилось, что 50,3% мужчин употребляют алкоголь редко и только по праздникам, (у женщин – 73,5%). Употребляли алкоголь 2-3 раза в неделю – 33,7% опрошенных мужчин и 3,6% женщин; каждый день - 2,4% мужчин и 1,2% женщин, крайне редко - 21,7% женщин и 13,6% мужчин. Из числа употребляющих алкоголь доля мужчин, пьющих крепкие спиртные напитки (такие как водка и самогон), составила 69,6%, пиво -21,4%, вино (как покупное, так и домашнее) – 5,4%, суррогатные спиртные напитки – 1,8%. Относительно большое число селян не употребляющих спиртные напитки, в РБ связано с национальными и религиозными традициями населения (башкиры и татары).

Причинами частого потребления алкоголя респонденты считали: отсутствие работы (40,0% к числу опрошенных), состояние безысходности (17,7%), отсутствие культурно-массовых мероприятий, досуга (3,1%), безнаказанность со стороны руководителей (7,7%), наследственность (5,4%), тяжелый физический труд, «требующий ежедневного расслабления» (12,3%) и терпимость со стороны односельчан (2,3%). Однако 11,5% опрошенных

респондентов затруднились ответить, по какой причине они употребляли алкоголь.

Мнение опрошенных по поводу изменений в отношении их употребления алкоголя за 3 последние года следующее: 47,1% считали, что как пили, так и пьют; 28,1% респондентов отметили, что пить стали больше; 9,8% - пить стали меньше и 14,0% респондентов затруднилось с ответом.

Среди поведенческих факторов риска, обусловленных образом жизни, следует особо отметить отношение к курению. Курящими оказались почти 1/4 респондентов, в их числе 67,2% опрошенных мужчин и 3,8% женщин. Из числа опрошенных курильщиков 82,8% готовы снизить количество выкуриваемых сигарет и снизить количество алкоголя (93,2% опрошенных), если улучшится качество их жизни. Ради повышения своего материального благополучия от вредных привычек готовы были отказаться 95,3% респондентов.

В процессе исследования нами была изучена удовлетворенность населения работой лечебно - профилактического учреждения (ЛПУ). Результаты анализа свидетельствуют о более высоком качестве оказания медицинской помощи в СВА и ОВП (92,4%) и менее низком качестве на ФАП (67,0%). В ЦРБ качеством услуг были удовлетворены 79,3% респондентов. Работой медицинского персонала в большей мере были удовлетворены жители сельской местности зоны обслуживания СВА и ОВП (82,7%), в ЦРБ доля удовлетворенных составила 76,2%, на ФАП – 66,1%. Опросы показали, что в СВА и ОВП пациенты высоко оценили квалификацию и многопрофильность знаний врача (84,1% респондентов). В ЦРБ такую оценку дали 66,3% опрошенных. Жители приписных ФАП положительно оценили знания врачей ЦРБ, СВА и ОВП, в том числе в составе выездных бригад (90,5%).

Причиной неудовлетворенности работой врача СВА явилось направление к специалистам в ЦРБ (82,4%). Приписное население ОВП практически не имело жалоб на их необоснованное направление к специалистам ЦРБ. Результаты социологических опросов свидетельствуют о востребованности ВОП на селе. Социологические опросы показали, что платными услугами

пользовались жители зоны обслуживания ЦРБ (61,5%), СВА и ОВП (62,2%), жители приписных ФАП реже (45,7%).

Доля обращений в ЛПУ селян по поводу болезни составляет 62%. С целью профилактики и диспансеризации доля посещений в СВА и ОВП составила – 30,8%, в ЦРБ – 34,3%, на ФАП – 40,1%. С целью выписки лекарственных средств (ЛС) и заполнения медицинской документации обратилось в ЦРБ – 4,0%, СВА и ОВП – 4,0%, на ФАП – 1,9%. На год анализа 55,4% опрошенных жителей села прошли профилактический и диспансерный осмотры. В 42,5% случаях профосмотр проводили врачи узких специальностей, 21,8% - ВОП, 20,5% - участковый врач, 14,3% - фельдшер, 0,8% - медицинские сестры. В большинстве случаев (96,2%) профилактический и диспансерный осмотр проходил в ЦРБ, в 3,8% случаев врачи выезжали на профосмотр в составе выездной бригады. По результатам профосмотра были получены следующие ответы: 39,9% осмотренным была назначена лекарственная терапия, 11,1% - выдано направление на обследование, 26,6% - направлен на госпитализацию, 22,4% - оказались здоровы, что согласуется с результатами оценки своего здоровья жителями сельской местности.

Указали на заинтересованность лечащего врача в их здоровье 78,3% жителей зоны обслуживания СВА и ОВП, 59,4% жителей «пунктового селения». Заинтересованность фельдшера в их здоровье отметили 65,1% жителей приписных ФАП. Респонденты указали, что врач периодически вызывал на профилактический диспансерный осмотр (43,5%), проводил санитарно-просветительскую работу – 16,8%, направлял на лечение в дневной стационар или стационар на дому – 12,5%, направлял в школу здоровья – 0,5%. Проведенный анализ свидетельствует об активизации работы по дополнительной диспансеризации сельского населения РБ.

Для жителей села менее доступна скорая медицинская помощь (СМП). Так 25% жителей зоны обслуживания ЦРБ и 21% СВА и ОВП за последний год вызывали СМП. Жители приписных ФАП вызывали СМП в 12,9% случаев. СМП менее доступна жителям зоны обслуживания СВА в связи с тем, что

26,9% вызовов СМП осуществляет врач СВА и ОВП. На ФАП 57,6% вызовов СМП осуществляет фельдшер. Были удовлетворены работой СМП 5,1% жителей сельской местности зоны обслуживания ЦРБ, СВА и ОВП и 4,7% жителей приписных ФАП. Причинами неудовлетворенности СМП были: длительность ожидания (61,3-83,3%); отсутствие лекарственных средств (16,7-31,3%); низкое качество оказания помощи (12,9-22,2%).

На основании полученных данных были посчитаны коэффициенты корреляции состояния здоровья сельского населения с показателями качества и доступности медицинской помощи. Средняя корреляционная связь была выявлена между оценкой состояния здоровья и удовлетворенностью работы врача ($r = +0,52, p < 0,05$) и оценкой работы ЛПУ ($r = +0,49, p < 0,05$). Также средняя корреляционная связь была отмечена между оценкой состояния здоровья и доступностью СМП ($r = +0,39, p < 0,05$) и отдаленного ЛПУ ($r = +0,44, p < 0,05$).

За последние 3 года госпитализация отмечалась у 46,9% жителей села: в их числе в ЦРБ (48,6%), в участковые больницы (33,3%), в больницы сестринского ухода (11,1%), в городские больницы (4,2%) и в областные больницы (2,8%). При этом 69,3% респондентов были удовлетворены лечением в стационаре, 14,8% - удовлетворены не в полной мере, 7,6% - не удовлетворены и 8,3% - затруднились ответить. Причины неудовлетворенности респондентов работой стационара представлены на рисунке 2.

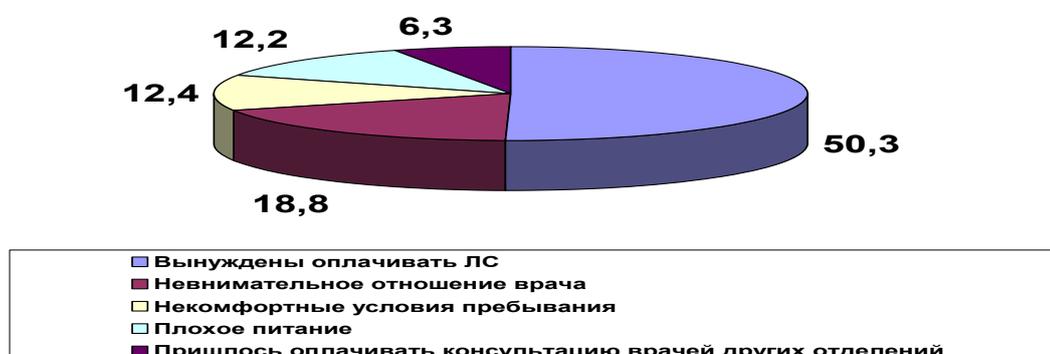


Рис. 2. Причины неудовлетворенности сельских жителей лечением в стационаре (в % к итогу)

Образ жизни является ведущим фактором влияния на здоровье населения, профилактические мероприятия должны быть направлены на повышение гигиенической культуры, медицинской активности сельского населения, прежде всего, путем коррекции поведенческих факторов риска. Из числа опрошенных 42,8% жителей села обращались к врачу, когда болеют, 57,2% - не обращались. Ведущей причиной отказа от посещения врача у 79,3% было самолечение, 10,0% - использовали средства народной медицины, 0,7% - обращались за платными услугами, в 3,3% - не обращались к врачу в связи с отдаленностью ЛПУ от места жительства и др. После посещения врача выполняли его назначения лишь 43,6% опрошенных, 56,4% выполняли только частично, что в 39,2% связано с высокой ценой лекарственных средств, в 9,6% - с самолечением, в 1,4% - с отсутствием ЛС в аптеках на селе, а 6,2% респондентов высказались против приема каких-либо ЛС.

Вышесказанное свидетельствует о необходимости повышения медицинской активности и валеологической грамотности сельского населения.

В пятой главе «Предотвратимые потери здоровья и прогноз смертности сельского населения Республики Башкортостан». Предотвратимые потери оценивались экспертами по 3 составляющим: *заболеваемость, инвалидность и смертность*. Средняя оценка предотвратимости заболеваний составляет около половины всех случаев, при этом показатель варьирует от 44% при инсулиннезависимом диабете до 60% для ишемической болезни сердца.

В нашем исследовании проводился анализ предотвратимых потерь по европейской и российской классификациям предотвратимых причин. Европейская классификация исходит из 3 уровней профилактики: профилактика поведенческих факторов риска (первичная), своевременное выявление и диагностика (вторичная), адекватное и качественное лечение (третичная) (таблица 1).

Таблица 1

Стратегии предотвратимости потерь здоровья за счет заболеваемости, инвалидности и смертности на муниципальном уровне (европейский подход), % от общего уровня предотвратимости

	Заболеваемость				Инвалидность				Смертность			
	1	2	3	Всего	1	2	3	Всего	1	2	3	Всего
Туберкулез	42,9	33,8	23,3	100	29,2	34,3	36,4	100	30,1	33,2	36,7	100
Инсулинозависимый диабет	34,1	36,7	29,2	100	29,0	35,7	35,2	100	26,6	31,2	42,2	100
Инсулинонезависимый диабет	40,6	32,9	26,5	100	30,0	32,2	37,9	100	24,7	36,6	38,6	100
Ишемическая болезнь сердца	50,3	26,3	23,4	100	29,3	33,5	37,2	100	30,7	31,4	37,9	100
Цереброваскулярные болезни	45,3	29,0	25,6	100	27,9	33,7	38,4	100	27,1	32,3	40,5	100
Болезни костно-мышечной системы	42,4	30,6	27,0	100	28,8	31,2	40,0	100	31,6	32,9	35,4	100
Злокачественные новообразования органов дыхания	37,1	39,1	23,8	100	31,3	34,2	34,5	100	33,0	33,2	33,8	100
Злокачественные новообразования органов пищеварения	39,6	33,0	27,4	100	28,7	37,7	33,6	100	30,6	34,9	34,5	100
Злокачественные новообразования мочеполовой системы	31,8	39,4	28,8	100	25,2	39,7	35,2	100	24,5	39,0	36,5	100
Злокачественные новообразования молочной железы	30,9	42,6	26,6	100	29,1	36,8	34,0	100	25,1	37,1	37,8	100
Болезни органов дыхания (пневмония, астма)	41,7	29,7	28,6	100	26,1	35,9	38,0	100	27,2	33,3	39,4	100
Болезни органов пищеварения (язва желудка, двенадцатиперстной кишки, болезни печени, поджелудочной железы и желчного пузыря)	44,0	27,5	28,5	100	30,3	34,6	35,0	100	29,1	31,4	39,5	100
Травмы, отравления и др. последствия внешних факторов (ДТП, убийства, самоубийства)	52,3	21,0	26,7	100	33,6	32,6	33,9	100	35,2	29,9	34,9	100
Вероятная предотвратимость на муниципальном уровне, в %: 1 – путем профилактики поведенческих факторов риска; 2 – путем своевременного выявления и правильной диагностики; 3 – путем адекватного лечения и качественной медицинской помощи												

По мнению экспертов предотвратимость *заболеваний* в большей степени обусловлена первичной профилактикой (от 30,9% до 52,3% всей предотвратимости).

В предотвращении *инвалидности* главные усилия, по мнению экспертов, должны концентрироваться на качестве оказания медицинской помощи: в среднем от 33,6 до 40,0% вероятной предотвратимости инвалидности. Роль первичной профилактики остается довольно значимой: 25,2-33,6% всех усилий по предупреждению инвалидности. Инвалидизирующий прогноз, как и прогноз заболеваемости, зависит от поведения самого пациента и от его самосохранительных усилий в процессе развития болезни.

В предотвращении *смертности* наибольшая вероятная предотвратимость (33,8-42,2%) определялась экспертами адекватным качеством лечения.

Оценка предотвратимых потерь на основе российской классификации включала оценку степени предотвратимости потерь за счет разных путей воздействия на здоровье сельского населения на муниципальном уровне. В факторе здравоохранения было выделено два компонента: территориальная и экономическая доступность медицинской помощи, и качество медицинской помощи. Также выделены фактор улучшения социально-экономических условий жизни населения и поведенческий фактор формирования здорового образа жизни населения (посредством СМИ, деятельности учреждений образования, культуры, спорта и правоохранительных органов) (таблица 2).

Для предотвращения *заболеваемости* (русский подход) эксперты указали в качестве ключевого направления деятельности улучшение социально-экономических условий жизни населения: от 20 до 45% всей вероятной предотвратимости заболеваемости. Для туберкулеза эксперты отметили фактор условий жизни как более значимый, чем поведенческие факторы; хотя чаще эксперты отмечали его как столь же значимый, наряду с особенностями образа жизни. Несколько ниже эксперты оценили доступность медицинской помощи (17-25% от всей вероятной предотвратимости).

Таблица 2

Стратегии предотвратимости потерь здоровья за счет заболеваемости, инвалидности и смертности на муниципальном уровне (российский подход), % от общего уровня предотвратимости

	Заболеваемость					Инвалидность					Смертность				
	1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4	
Туберкулез	17	15	45	23	100	18	32	32	18	100	20	37	28	14	100
Инсулинозависимый диабет	24	24	24	27	100	25	36	22	16	100	26	42	20	11	100
Инсулиннезависимый диабет	23	18	25	34	100	23	35	21	21	100	26	34	22	18	100
Ишемическая болезнь сердца	18	19	27	36	100	21	31	24	24	100	23	36	24	18	100
Цереброваскулярные болезни	19	22	29	31	100	22	29	27	21	100	23	34	24	19	100
Болезни костно-мышечной системы	18	19	33	30	100	20	34	25	21	100	22	38	24	17	100
Злокачественные новообразования															
- органов дыхания	17	22	29	33	100	21	34	24	21	100	21	41	21	16	100
- органов пищеварения	20	22	31	28	100	23	37	22	17	100	24	42	22	13	100
- мочеполовой системы	22	24	27	27	100	24	41	20	15	100	25	47	18	11	100
- молочной железы	25	31	20	23	100	25	41	18	15	100	25	48	14	13	100
Болезни органов дыхания (пневмония, астма)	20	22	29	29	100	23	35	22	19	100	23	41	21	15	100
Болезни органов пищеварения (язва желудка, двенадцатиперстной кишки, болезни печени, поджелудочной железы и желчного пузыря)	20	19	31	30	100	23	37	23	17	100	25	40	21	14	100
Травмы, отравления (ДТП, убийства, самоубийства)	12	13	38	37	100	22	36	23	19	100	25	36	22	16	100
Вероятная предотвратимость на муниципальном уровне, в %: 1 – путем обеспечения территориальной доступности бесплатной медицинской помощи в рамках программы госгарантий, 2 - по повышению качества медицинской помощи, 3- по улучшению социально-экономических условий жизни населения, 4 - по формированию здорового образа жизни населения посредством СМИ, деятельности учреждений образования, культуры, спорта и правоохранительных органов.															

В предотвращении *инвалидности* акцент, по мнению экспертов, следует сделать на качестве медицинской помощи: от 29 до 41% вероятной предотвратимости. Предотвратимость инвалидности за счет доступности медицинской помощи значительно ниже (18-25%).

При анализе предотвратимости *смертности* происходит дальнейшая концентрация вероятной предотвратимости на направлении, связанном с обеспечением качества медицинской помощи (34-48%). Оценка доступности медицинской помощи в вероятной предотвратимой смертности составила 20-26%.

Проведенное исследование доказывает присутствие большей роли здравоохранения в сохранении здоровья, чем это было принято до недавнего времени, и позволяет дать надежный инструмент, оценивающий возможности сокращения потерь здоровья. Анализируя роль собственно системы здравоохранения, можно отметить акцент экспертов на ее качестве, влияние доступности медицинской помощи оценено ниже.

Снижение заболеваемости и инвалидности способствует снижению смертности. Расчет резервов предотвратимости показал, что в совокупности от основных причин смерти на селе (в 2009 г.) можно было сохранить около 9,5 тыс. человек, т.е. можно предположить, что за счет усилий муниципального здравоохранения можно было сохранить около 45,0% умерших жителей сельской местности.

Нами были рассмотрены прогнозы на основе 10 и 20 летних периодов смертности сельского населения РБ. Динамика смертности за 20 лет (1990-2009 гг.) и за 10 лет (2000-2009 гг.) была аппроксимирована в 3-х вариантах: линейном, экспоненциальном и полиномиальном (2-го порядка), поскольку эти варианты дают достоверное приближение к фактическим данным.

При этом линейный и экспоненциальный тренды отражают пессимистический прогноз динамики смертности, полиномиальный тренд 2-го порядка - оптимистический прогноз (рис. 3).

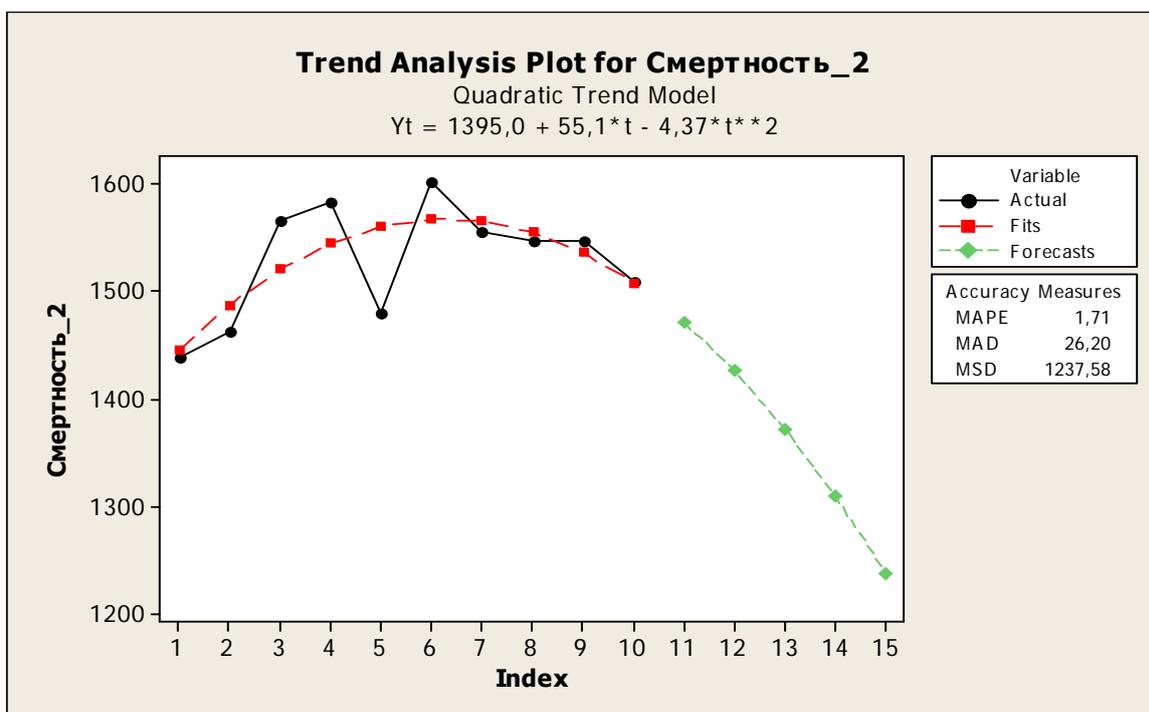


Рис. 3. Динамика и прогноз смертности сельского населения РБ до 2014 г. (на 100 тыс. соответствующего населения, 10 летний период, полиномиальный тренд 2-го порядка)

В период оздоровления социально-экономической ситуации принята стратегия социально-экономического развития страны, в том числе сельского хозяйства, и взят курс на оздоровление сельского населения за счет различных нацпроектов, включая Приоритетный проект «Здоровье». Кроме того, поставлены задачи Правительством РФ по сокращению смертности сельского населения. Поэтому нами построена математическая модель, позволяющая получить оптимистический прогноз по снижению смертности.

Смертность сельского населения РБ судя по полиномиальному тренду 2-го порядка будет снижаться при прогнозе как на основе 20 летнего тренда, так и 10 летнего. Но темпы снижения в случае 20 летнего периода будут значительно ниже, чем за 10 летний период, и составят к 2014 г. в сравнении с 2009 г. 5,1% и 18,0% соответственно (1432,5 и 1237,5 на 100 тыс. соответствующего населения). Это связано с тем, что смертность с 2005 г. начала снижаться, и вклад этого тренда в 10 летнюю динамику более выражен, чем в 20 летнюю. Учитывая мнения экспертов, нами были рассчитаны предполагаемые показатели смертности сельского населения с учетом предотвращения потерь.

Моделируемые уровни смертности сравнивались с экспертными значениями, чтобы определить возможные сроки их достижения. Если смертность сельского населения будет снижаться, как в случае с прогнозом по полиномиальному тренду 2-го порядка, тогда мы можем рассчитать предположительное время достижения уровня смертности, рассчитанного с учетом оценок экспертов.

Если взять за основу тренд, построенный на 10 летнем периоде, то показатель смертности от всех причин достигнет уровня в 828,4 на 100 тыс. сельского населения предположительно к 2030 г. (таблица 3).

Таблица 3

Показатели смертности сельского населения с учетом предотвратимых потерь, по мнению экспертов (на 100 тыс. соответствующего населения)

	Смертность
От всех причин	828,4
В том числе:	
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9,0
Новообразования	74,4
Болезни системы кровообращения	394,2
Болезни органов дыхания	66,0
Болезни органов пищеварения	25,0
Травмы, отравления и др.	108,8

Используя модель, позволяющую получить оптимистический прогноз, были спрогнозированы показатели смертности от отдельных причин. Оптимистический прогноз был получен только для 2-х причин смерти. Самый большой вклад в общую смертность вносят болезни сердечно-сосудистой системы. Прогноз смертности показал, что к 2014 г. в сравнении с 2009 г. смертность от сердечно-сосудистых заболеваний сократится на 54,0% и составит 355,5 на 100 тыс. соответствующего населения. Следовательно, сохраняя данную динамику, можно достичь показателя предотвратимой смертности, которую определили эксперты от сердечно-сосудистых заболеваний менее чем за 5 лет. Оптимистический прогноз был получен также для травм, но в этом случае в пределах прогностического периода (до 2014 г.) к уровню предотвратимой смертности прийти не удастся.

По другим значимым причинам (болезней органов дыхания, новообразования, болезни органов пищеварения, инфекционные и паразитарные болезни) позитивного тренда смертности не прогнозируется, и прослеживается не снижение, а рост смертности. В свою очередь это означает, что концентрация усилий на выбранные приоритеты (сердечнососудистые заболевания, травмы и отравления) существенным образом не отразилось на динамике смертности от других причин, что отодвигает достижение положительного результата в демографической политике.

Таким образом, использование сценарного метода математического моделирования может быть использовано для оценки результативности программ здравоохранения. На примере РБ показано, что планирование программ здравоохранения и инвестиционные вложения на селе должны быть скорректированы с учетом динамики смертности сельского населения от отдельных причин.

ВЫВОДЫ

1. За период анализа (1989 – 2008 гг.) показатели смертности в РБ на селе, как у мужчин, так и женщин выросли. При этом смертность на селе стала резко опережать смертность в городе. Ситуация со смертностью сельского населения в РБ традиционно лучше, чем в ПФО и РФ. При этом соотношение показателей на фоне ПФО сохраняется, а отрыв от РФ сократился у мужчин с 1553,9 и 1730,0 на 100 тыс. населения в 1989 г. до 1894,0 и 2003,5 соответственно. У женщин показатели равнялись 783,2 и 871,2 на 100 тыс. населения в 1989 г., в 2008 г. 939,9 и 975,6 на 100 тыс. населения.
2. В селе от всех причин в РБ умерло больше мужчин, чем в городах на 6%. Это превышение формируется за счет: болезней органов дыхания (на 87 %), неточно обозначенных состояний (на 81%) и травм и отравлений (на 44%). Сравнение смертности мужчин РБ ПФО и РФ показало, что превышение показателей для сельских мужчин над городскими сохраняется по тем же причинам смерти: травмы и отравления (в ПФО на 35%, в РФ – 38%), неточно обозначенные состояния (в ПФО на 58%, в РФ – 44%) и болезни органов

дыхания (в ПФО на 65%, в РФ – 45%). На селе от всех причин умерло больше женщин, чем в городах (на 7%). Превышение показателей сельских женщин над городскими формируется теми же причинами: травмы и отравления (в ПФО на 41%, в РФ – 39%), неточно обозначенные состояния (в ПФО на 83%, в РФ – 110%) и др.

3. Большая часть сельского населения (71,6%) оценили состояние своего здоровья как плохое, 25,5% как хорошее и 2,9% - очень плохое. Плохое состояние в большей степени связано с качеством жизни (42,1%). Здоровье находится на 3 месте в системе ценностей жителей сельской местности. Выполняли назначения врача только частично 56,4% селян, что в 39,2% случаев связано с высокой стоимостью ЛС и 1,4% с отсутствием лекарств в аптеках на селе и др. По мнению 98,0% женщин и 1/3 мужчин спорт не является полезным занятием.

4. Качество медицинской помощи жителям сельской местности не удовлетворительно. За последний год вызывали скорую медицинскую помощь 1/4 жителей зоны обслуживания ЦРБ и СВА. Жители приписных ФАП вызывали СМП в 12,9% случаев. Причинами неудовлетворенности жителями сельской местности СМП были: длительность ожидания; отсутствие лекарственных средств; низкое качество оказания помощи. Почти 1/3 госпитализированных больных были не удовлетворены лечением в стационаре: 50,3% отметили вынужденную оплату ЛС, 18,8% - невнимательное отношение врача, 24,6% - некомфортное условия пребывания, 6,3% оплачивали консультацию врачей специалистов, 8% столкнулись с вымогательством со стороны медицинских работников в ЛПУ.

5. Медицинская помощь малодоступна жителям села. Не обращались к врачу при заболевании 57,2% селян. В числе причин были: 89,3% самолечение, 5,7% - очередь к врачу, 3,3% - отдаленность ЛПУ от места жительства, 0,7% - необходимость оплаты услуг. Транспортные расходы на дорогу до ЦРБ были дороги для 51,9% селян, для 4,8% жителей приписных ФАП непосильно.

6. Предотвратимые потери за счет заболеваемости, инвалидности и смертности сельского населения на муниципальном уровне составляют, по мнению экспертов, - около половины (38-60%). Если принять все предотвратимые потери за 100%, то на долю здравоохранения приходится 44-60% предотвратимых потерь за счет заболеваемости, 47-56% инвалидности и 38-50% смертности. Резервы предотвратимой смертности составили 9,5 тыс. человек, таким образом в 2009 г. за счет усилий муниципального здравоохранения можно было бы сохранить около 45,0% умерших жителей сельской местности.

7. Оптимистический прогноз динамики смертности (до 2014 г.) на основе математического моделирования был получен только для сердечно-сосудистых болезней и травм и отравлений. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний сократится на 54,0% и составит 355,5 на 100 тыс. сельского населения, от травм на 8,9% и составит 187,1 соответственно. Прогнозируется рост смертности для болезней органов дыхания, новообразований, болезней органов пищеварения, инфекционных и паразитарных болезней. Это свидетельствует о том, что концентрация усилий здравоохранения на выбранные приоритеты (сердечнососудистые заболевания, травмы и отравления) отодвигает достижение положительного результата в демографической политике. Приоритеты на селе должны корректироваться с учетом динамики смертности сельского населения от отдельных причин.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При планировании медицинской помощи населению сельских муниципальных районов учитывать медико-демографические показатели, смертность сельского населения.
2. Показатели, характеризующие предотвратимые потери за счет заболеваемости, инвалидности и смертности, могут использоваться в качестве индикаторов оценки деятельности муниципальных органов здравоохранения.
3. Включить показатели, характеризующие предотвратимые потери населения, в качестве оценок эффективности деятельности муниципальных ЛПУ.
4. Для повышения доступности специализированной помощи на базе центральных районных больниц следует организовать постоянно действующие мобильные врачебные бригады, оснащенные современным оборудованием и

аппаратурой, имеющие необходимый запас медикаментов. Организовать работу передвижного аптечного киоска для обеспечения лекарственными препаратами жителей сельской местности.

5. Предусмотреть дальнейшее укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения сельских муниципальных районов, прежде всего, транспортного обеспечения ФАП для оказания скорой медицинской помощи на селе.

6. Улучшать медицинскую, поведенческую, валеологическую грамотность сельского населения. Обучать навыкам здорового образа жизни и профилактике. Постоянно повышать подготовку врачей специалистов семейного звена.

7. Периодически осуществлять контроль качества заполнения отчетно-учетной медицинской документации, касающейся причин смерти.

8. Использовать сценарный метод математического моделирования для оценки программ здравоохранения.

Список работ опубликованных по теме диссертации:

1. Кудрявцев А.А. Реформирование функционально-организационной структуры здравоохранения села / Калининская А.А., Стрючков В.В., Дзугаев А.К., Кудрявцев А.А. // Здравоохранение РФ, 2009. - №6. – С. 12-16.

2. Кудрявцев А.А. Социально-гигиенические аспекты и профилактика травматизма в сельских муниципальных образованиях / Калининская А.А., Шарафутдинова Н.Х., Евсюков А.А., Дзугаев А.К., Кудрявцев А.А. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2009. – №4. - С. 39-43.

3. Кудрявцев А.А. Медико-демографические особенности сельского населения / Калининская А.А., Стрючков В.В., Евсюков А.А., Кудрявцев А.А. // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. - №2 – 2010. – С. 97-101.

4. Кудрявцев А.А. Особенности смертности сельского населения в Республике Башкортостан / Кудрявцев А.А., Воробьев В.М. // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. №1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/265/30>.

5. Кудрявцев А.А. Совершенствование организации травматологической помощи в сельской местности / Калининская А.А., Евсюков А.А., Шарафутдинова Н.Х., Дзугаев А.К., Мустафин Р.М., Яппаров К.С., Кудрявцев А.А. // Информационное письмо. – М.: ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, 2008. – 16 с.

6. Кудрявцев А.А. Муниципальное здравоохранение - основа первичной медико-санитарной помощи / Кудрявцев А.А. // Инновационные технологии профилактической медицины в вузовской науке начала XXI века. Материалы межвузовской конференции с международным участием. 4 мая 2009. - М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2009.-С.95-97.

7. Кудрявцев А.А. Основы реформы первичной медицинской помощи / Сулькина Ф.А., Кудрявцев А.А. // Инновационные технологии профилактической медицины в вузовской науке начала XXI века. Материалы межвузовской конференции с международным участием. 4 мая 2009. - М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2009.-С.102-105.
8. Кудрявцев А.А. Медико-демографические тенденции, сложившиеся для жителей села / Аликова Т.Т., Сулькина Ф.А., Кудрявцев А.А. // Медико-организационные аспекты медицинской помощи в новых экономических условиях. Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 105-летию со дня рождения академика АМН СССР, профессора А.А. Минха. 28 августа 2009. - Часть 1. - М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2009.-С.21-22.
9. Кудрявцев А.А. Экономическая направленность здравоохранения в сельской местности / Кудрявцев А.А. // Медико-организационные аспекты медицинской помощи в новых экономических условиях. Материалы научной конференции с международным участием, посвященной 105-летию со дня рождения академика АМН СССР, профессора А.А. Минха. 28 августа 2009. - Часть 1. - М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2009.-С.26-27.
10. Кудрявцев А.А. Медико-демографические особенности сельского населения Пензенской области / Стрючков В.В., Кудрявцев А.А. // Материалы научно-практической конференции по проблемам медико-социальной экспертизы в Уральском Федеральном округе. – Х. - Мансийск., 2009. – С 196-197.
11. Кудрявцев А.А. Медико-демографические особенности Республики Башкортостан / Кудрявцев А.А. // Современные технологии в профилактической и клинической медицине. Материалы межинститутской научной конференции с международным участием, посвященной 65-летию Победы в Великой Отечественной войне, 4 мая 2010г. - 2010г. – С.83-84.
12. Кудрявцев А.А. Реформирование здравоохранения села (на примере Пензенской области) / Калининская А.А., Стрючков В.В., Чижикова Т.В., Кудрявцев А.А. // Главврач, №5.- 2010. – С. 77-80.
13. Кудрявцев А.А. Медицина для бедных. / Дзугаев А.К., Сулькина Ф.А., Кудрявцев А.А. // Актуальные проблемы профилактической и лечебной медицины. Материалы межинститутской научной конференции с международным участием, посвященной 65-летию окончания второй мировой войны. 3 сентября 2010 г., М.: ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, 2010. – С. 16-18.