

Таблица 4

Переход на полное удовлетворение потребностей
в льготном протезировании

Годы	Удовлетворенность населения в протезировании, %	Количество пациентов в год	Затраты на медицинскую часть, млн. руб.	Затраты на лабораторную часть, млн. руб.	Общие затраты бюджета, млн. руб.
2006	32	14,8	26,9	49,7	76,6
2007	49	22,9	41,8	77,0	118,8
2008	66	31,5	57,4	105,9	163,3
2009	83	40,5	73,8	136,2	210,0
2010	100	49,9	90,0	167,8	258,7
2011	100	51,0	92,9	171,5	264,4
2012	100	52,2	95,2	175,5	270,7
2013	100	53,4	97,3	179,6	276,9
2014	100	54,6	99,5	183,6	283,1
2015	100	55,8	101,7	187,6	289,3

но не решает проблему полностью. В идеальных условиях, при постановке задачи на полное удовлетворение потребностей льготников финансирование должно быть увеличено на 51 % в 2007 году и в 3,2 раза — в 2015 году (табл. 4).

Годовая производительность, предлагаемых проектом единичных технологических линий составляет для съемного протезирования 2880 шт. протезов, а для несъемного — 1920 шт. изделий в год. Для обеспечения всего нуждающегося в протезировании пожилого населения Хабаровского края, имеющего право на льготное зубное протезирование, необходимо установить 15 технологических линий по производству съемных протезов и 8 для несъемного протезирования.

Размещение населения по районам и потребность в льготном протезировании определяют необходимость распределения этих линий в центрах экономических зон региона в зависимости от численности населения, транспортных связей и т.п. Наиболее сложной частью программы является первоначальный период, который требует ввода новых линий и формирования по сути дела качественно нового производства. Поэтому его необходимо начать на базе существующих государственных (муниципальных) лечебно-профилактических учреждений г. Хабаровска и Комсомольска-на-Амуре. В связи с отсутствием опыта работы на новых линиях рекомендуется инвестиционную программу «сладить» за счет постепенного наращивания количества линий и постепенного охвата новыми технологиями льготных категорий жителей края.

Таким образом, стратегия социально-экономического развития Хабаровского края на перспективу предусматривает повсеместное использование новейших достижений науки и техники. Внедрение новых технологий зубного протезирования способно

эффективно использовать выделяемые бюджетные средства и повысить степень удовлетворения реальных потребностей населения региона. Реализация инновационного проекта «Экономическое обоснование производства зубных протезов на основе новых технологий в Хабаровском крае» позволит осуществить реконструкцию зубопротезирования в Хабаровском крае в течение 2007-2015 гг. на основе внедрения 15 линий по производству съемных и 8 линий по производству несъемных протезов.

Накопление положительного опыта использования новых технологий и реализации инновационных проектов в ортопедической стоматологии позволит развернуть программу модернизации системы стоматологической помощи населению Хабаровского края на основе эффективного использования инвестиций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боровский Е.В., Леус П.А., Леонтьев В.И. и др. Эпидемиологическое обследование состояния полости рта населения. Методические рекомендации. — М.: ММСИ. — 1985. — 24 с.
2. Дьяченко В.Г., Галёса С.А. Управление стоматологической помощью в условиях экономики переходного периода/Хабаровск. — 2004. — 651 с.
3. Гожий А.Г., Сагателян Г.Р., Гожая Л.Д. Недостатки технологических процессов изготовления несъемных зубных протезов//Стоматология. — 2001. — № 3. — С. 46-50.
4. Гринин В.М., Караханян В.Т., Максимовский Ю.М., Еркянян И.М. Мотивационные аспекты обращаемости пациентов в условиях участкового принципа организации стоматологической помощи//Стоматология. — 2003. — № 2. — С. 65-67.
5. Кицул И.С., Попова И.Н. Организационно-методическое

обеспечение обоснования объемов стоматологической помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи// Главврач. — 2006. — № 4. — С. 26-31.

6. Леонтьев В.К. О состоянии стоматологии в России и перспективах ее развития// Стоматология. — 2002. — № 1. — С. 75-83.

7. Шварцзайд Е.Г. Обеспечение преемственности в работе врачей стоматологов-ортопедов и зубных техников на этапах изготовления зубных протезов// Стоматология. — 2002. — № 4. — С. 64-66.

8. Oral Health Survey. Basic methods. 4th edition. World Health Organization. Geneva. — 1997. — 42 p.

9. Diacogiannis George P. Financial management: a modeling approach using spreadsheets. Mc.GRAW-HILL Book Company Europe. — 1994.

Адрес для переписки: Галёса С.А. — к.м.н. главный стоматолог Хабаровского края, главный врач ГУЗ «Стоматологическая поликлиника» МЗ ХК;

Дьяченко В.Г. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ; Галёса М.С. — врач стоматолог-ортопед ГУЗ «Стоматологическая поликлиника» МЗ ХК.

© БАГИШЕВА Н.В. — 2009

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ

Н.В. Багешева

(МУЗ «Омская городская клиническая больница №1 им. А.Н. Кабанова», гл. врач — д.м.н., проф. В.В. Мамонтов)

Резюме. Изучена распространенность хронической обструктивной хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА) в крупном промышленном центре Западной Сибири г. Омске. По обращаемости за медицинской помощью распространенность составила 1,46%, по данным анкетирования — 14,0%, по результатам аутопсий — 25,6%. Распространенность ХОБЛ и БА в Омской области по данным статистической отчетности отличается от результатов опросников в 9,6 раза, а от данных патолого-анатомических исследований в 17,66, что ведет к формированию большой группы «нелеченных» больных и недоверности

данных, лежащих в основу разработки лечебных и социальных программ реабилитации при данной патологии.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, распространенность.

PROBLEM OF DIAGNOSTICS OF DISEASES, ASSOCIATED WITH BRONCHIAL OBSTRUCTION

N.V. Bagisheva

(Omsk Municipal Clinical Hospital №1, named after A.N. Kabanov)

Summary. Prevalence of chronic obstructive lung disease (COLD) and bronchial asthma (BA) in the large industrial centre of Western Siberia Omsk is studied. By results appealing for medical aid prevalence amounted to 1,46%, according to questioning — 14,0%, by results of autopsy — 25,6%. Prevalence of COLD and BA in the Omsk region according to the statistical reporting 9,6 times differs from results of questionnaires, and from the given patologo-anatomic researches in 17,66 that lead to formation of the big group of «non-therapy» patients and unauthenticity of the data which are a basis of working out of medical and social programs of rehabilitation of the given pathology.

Key words: chronic obstructive lung disease, bronchial asthma, prevalence.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА) представляют собой заболевания, сопровождающиеся бронхиальной обструкцией, причем если при БА сохраняется обратимый компонент, то для ХОБЛ характерна прогрессирующая необратимая обструкция, что ведет к достаточно ранней потере трудоспособности и инвалидизации пациентов. В настоящее время ХОБЛ остается практически единственной патологией, заболеваемость и смертность от которой не только занимают достаточно высокие позиции в мире, но и продолжают неуклонно расти [1,2,8].

В России согласно эпидемиологическим прогнозам должно быть около 11 млн. больных ХОБЛ, а в официальной статистике зарегистрировано всего около полумиллиона, из них практически 100% — лица с ХОБЛ III-IV степени тяжести [10]. Для БА уровень диагностики несколько выше, один из семи реально болеющих пациентов имеет правильный диагноз, но и эти показатели далеки от истинных. Очевидно, имеет место заниженный уровень диагностики данных заболеваний, что неизменно сказывается на течении патологического процесса [4,6,9].

Цель: изучение истинной распространенности и смертности от заболеваний, сопровождающихся бронхиальной обструкцией (ХОБЛ и БА) в крупном промышленном центре на юге Западной Сибири по обращаемости, по результатам анкетирования, по протоколам аутопсий.

Материалы и методы

Заболеваемость ХОБЛ и БА по обращаемости в лечебные учреждения получена из ежегодных информационных сборников основных показателей медицинского обеспечения населения и деятельности муниципальных учреждений здравоохранения г. Омска [5].

При проведении анкетирования обратившихся в поликлиники города по разным причинам, оценивались наличие и выраженность клинических симптомов в баллах — кашля, одышки, продукции мокроты [3]. Одышку оценивали по 4-балльной шкале: 0 — отсутствие симптома; 1 — минимальное проявление, не ограничивающее активности; 2 — выраженное проявление, ограничивающее активность; 3 — резкое ограничение активности. Кашель: 0 — отсутствие симптома; 1 — только утром; 2 — редкие эпизоды в течение дня (2-3); 3 — частые эпизоды (>3) в течение дня. Количество отделяемой мокроты: 0 — отсутствие симптома; 1 — скудное количество, постоянно; 2 — умеренное количество, (<50мл) в течение дня; 4 — >50 мл в течение дня. Минимальное количество баллов — 0, максимальное — 18. Сумма баллов: 0-2 — риск развития отсутствует или минимален (1 группа), 3-6 высокий риск развития ХОБЛ или уже имеются начальные проявления болезни (2 группа), 7 и более баллов — высокая вероятность наличия ХОБЛ или БА, требуется лечение (3 группа).

Для определения распространенности ХОБЛ и БА по результатам патолого-анатомических вскрытий сде-

ланы выкопировки из протоколов аутопсий (1121 протокол) одной из крупных прозектур г. Омска, всех, доставленных в данное учреждение в 2005 году и умерших от различных причин. Для определения частоты встречаемости ХОБЛ или БА (J.41-J.45) учитывалось указание в клиническом или патолого-анатомическом диагнозе на наличие данной патологии, макро и микроскопическое описание бронхиального дерева, состояние легочной ткани. Согласно стадиям ХОБЛ патоморфологические изменения в бронхах и легких характеризуются развитием сначала катарального, затем продуктивного воспаления в бронхиолах менее 2 мм, утолщение стенок бронхов, развитие эмфиземы, легочной гипертензии и легочного сердца [7].

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «Primer of biostatistics» и «Excel». Значимость различий между группами определялась с помощью критерия соответствия (χ^2). Различия считались статистически значимыми при определении вероятности 95% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Изучение распространенности ХОБЛ и БА в г. Омске различными методами: по данным обращаемости, анкетирования и протоколам аутопсий, выявило значительные различия в показателях в зависимости от применяемого метода.

По данным официальной обращаемости за 2008 зарегистрировано 21411 больных ХОБЛ или 772/100000 тыс. чел., распространенность составила 0,77%, а в совокупности с БА 29648 больных (1457/100000 тыс. чел.) или 1,45%, что, на наш взгляд, далеко от истинных показателей (табл.1).

Таблица 1

Данные по распространенности ХОБЛ и БА, по официальным статистическим данным

Показатель	Абс. число, чел.	Распространенность, %	На 100 000 населения
ХОБЛ, 0-17 лет	196	0,005	55,37
ХОБЛ, взрослые	13071	0,77	772,22
БА, 0-17 лет	3970	1,12	1121,53
БА, взрослые	12411	0,73	733,23
Итого (ХОБЛ+БА), 0-17 лет	4166	1,18	1176,89
Итого (ХОБЛ+БА), взрослые	25482	1,50	1505,45
Всего (ХОБЛ+БА)	29648	1,45	1457,17

Нами было организовано в семи поликлиниках города анкетирование пациентов, посещавших врачей по различным причинам, в том числе и не связанным с дыхательной системой. Анкеты заполнялись пациентами лично, соблюдался принцип анонимности. Опрошено 400 человек, 180 мужчин (45%), 220 женщин (55%). Средний возраст анкетированных составил $46,27 \pm 14,3$ лет.

По результатам анкетирования, все опрошенные были разделены на 3 группы в зависимости от наличия и выраженности предрасполагающих факторов и клинических проявлений, которые могут быть связаны с поражением респираторного тракта. В I группу вошли 96 человек (24% [95% ДИ 22,3-26,9]), которые не курили, не имели контакта с производственными вредностями и не предъявляли каких-либо жалоб со стороны бронхолегочной системы. Во II группу 248 человек (62% [95% ДИ 55,9-68,1]), которые имели небольшой стаж (до 2-3 лет) курения или контакта с профессиональными вредностями, и при детальном расспросе предъявляли жалобы на редкий кашель (по совокупности симптомов 3-6 баллов). В III группу вошли анкеты 56 пациентов (14% [95% ДИ 12,6-15,4]), имеющих все признаки ХОБЛ (кашель с мокротой и/или одышку различной степени выраженности) и требующих лечения. Кроме того, из включенных во II-III группы 97 человек (32%) работали или продолжают работать в условиях, связанных с повышенной загазованностью или аэрополлютантами, а 91 из респондентов (30%) продолжают курить, несмотря на наличие у них клинических проявлений заболевания (табл.2).

Таблица 2

Распространенность ХОБЛ по результатам анкетирования

Группа	Абс. число	Доля (%)
1 группа (0-4 балла)	96	24
2 группа (5-14 баллов)	248	62
3 группа (более 15 баллов)	56	14
Итого	400	100

У 14% населения, судя по их самооценке, при подробном анкетировании имеются клинические проявления бронхиальной обструкции или поражения респираторного тракта воспалительного характера. А 62% населения должны быть включены в группу повышенного риска по развитию заболевания, которая требует тщательного дообследования и диспансерного наблюдения. Эта часть потенциальных пациентов формирует большую группу «недиагностированных» и «нелеченных» случаев ХОБЛ и БА, что связано с недостаточно внимательным отношением к своему здоровью, со стороны потенциальных пациентов, а так же отсутствием должного внимания и настороженности врачей к возможной сопутствующей патологии, которой чаще всего и являются ХОБЛ и БА.

По результатам аутопсий установлено, что ХОБЛ и БА фигурировали и в клиническом и патолого-анатомическом диагнозах в 287 протоколах аутопсий из 1121 изученного (25,6% [95% ДИ 24,1-27,1]) (табл.3).

Таблица 3

Клинические и патолого-анатомические изменения, характерные для ХОБЛ и БА по данным аутопсий

Данные посмертных эпикризов по протоколам аутопсий	Кол-во (абс. число)	Доля (%)
Диагноз J 45, J 44 в посмертном эпикризе	287	25,60
Макроскопические изменения бронхиального дерева	659	58,79
Микроскопические изменения бронхиального дерева	419	37,38

Детальный анализ макроскопических изменений стенки бронхиального дерева, описанных врачом-патологоанатомом при заполнении протокола, показал наличие 1 стадии (катарального) воспаления у 21 обследованного (1,87%), 2 стадии (продуктивное воспаление) — 323 (28,81%), 3 стадия (склероз) — 315 обследованных (28,1%), что может быть характерно как для ХОБЛ, так и БА на различных стадиях течения заболе-

вания. Воздушность легочной ткани снижена у 70 % исследованных, повышена у 10 %. Толщина стенки правого желудочка от 0,2 до 1,7 см, в среднем 0,393±0,004 см.

Из гистоморфологического описания изменений внутренних органов анализировались состояние бронхиальной стенки, сосудов и легочной ткани. В бронхиальной стенке описаны изменения, характерные для хронического воспаления — 115 (10,26%) или перибронхиального склероза — 304 (27,12%), в стенке сосудов — периваскулярный склероз — 119 (10,26%), в легочной ткани имеются указания на наличие ателектазов — 156 (13,92%), эмфиземы — 149 (13,29%). Микроскопические исследование подтверждает высокий процент лиц, имеющих в бронхиальном дереве изменения, характерные для различных стадий ХОБЛ, эмфиземы, пневмосклероза.

Следовательно, около 50% жителей крупного промышленного города с высоким уровнем загрязнения атмосферы, в результате техногенных нагрузок, автомобильного транспорта, табачного дыма после 60 лет имеют в бронхах изменения, характерные для ХОБЛ, даже при отсутствии клинических проявлений заболевания.

Таким образом, результаты изучения распространенности бронхообструктивных заболеваний (ХОБЛ и БА) в г. Омске тремя различными способами показали, что при обращаемости за медицинской помощью выявлено наименьшее количество больных, в 9,66 раза меньше, чем при анкетировании. То есть, при активном выявлении седьмая часть из опрошенных, предъявила жалобы, характерные для ХОБЛ или БА.

При изучении протоколов аутопсий, уровень смертной диагностики достиг 25,6%, что в 17,66 раз выше, чем результаты официальной статистической отчетности. По данным литературы, именно эта цифра, наиболее близко отражает истинную заболеваемость, если соотносить с мировыми эпидемиологическими данными.

Следует констатировать, что в последние десятилетия на территории большинства крупных городов сложилась ситуация, когда интенсивность техногенного загрязнения атмосферного воздуха превышает скорость развития адаптационных возможностей организма человека, направленных на нейтрализацию вредных веществ. Поэтому, естественно, что данные по распространенности ХОБЛ и БА, основанные на обращаемости пациентов очень далеки от истинной заболеваемости, как и показали проведенные исследования. Однако, каждый отдельно взятый метод эпидемиологического исследования (по обращаемости, анкетированию, спирографии, аутопсии и т.д.) для данной патологии, не совсем правильно было бы принимать за «золотой стандарт», так как ни один из них не лишен субъективных и объективных недостатков, поэтому только комплексная оценка полученных различными способами данных, позволит приблизиться к реальной оценке распространенности ХОБЛ и БА, что имеет большое социальное, медицинское и экономическое значение.

Заключение. Официальные статистические данные, имеющиеся в нашем регионе, не соответствуют истинной распространенности, что связано с низким уровнем обращаемости пациентов, недостаточной настороженностью врачей и пациентов, что ведет к формированию большой группы «недиагностированных» заболеваний и «нелеченных» пациентов. Распространенность ХОБЛ и БА в Омской области по данным статистической отчетности (1,46%) отличается от результатов опросников в 9,6 раза, а от данных патолого-анатомических исследований (не менее 25,6%) в 17,66 раз. Знание болезни ХОБЛ и БА крайне важно для правильной организации лечебного процесса, реабилитационных мероприятий для улучшения качества жизни, уменьшения инвалидности и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2003 г. — М.: Атмосфера, 2003. — 96 с.
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2006 г. — М.: Атмосфера, 2007. — 95 с.
3. Куницына Ю.Л., Шмелев Е.И. Противовоспалительная терапия больных при хронической обструктивной болезни легких. // Пульмонология. — 2003. — №2. — С. 111-116.
4. Овсянников Н.В., Голецова З.Ш., Мажбич С.М. и др. Фармакоэкономические аспекты терапии болезней органов дыхания. // Фармакоэкономические исследования как основа повышения эффективности здравоохранения. / Под ред. А.В. Гришин. — Омск, 2004. — С. 175-193.
5. Омский областной статистический ежегодник: в 2 ч.: офиц. изд. / Федерал. служба гос. статистики; Под ред. А.А. Агеенко. — Омск, 2005. — 241 с.
6. Резников С.Г., Голева О.П. Хронические неспецифические заболевания легких. — Омск, 1999. — 136 с.
7. Респираторная медицина: Руководство для врачей. / Под ред. А.Г. Чучалина. — В 2 т.: Т. 1. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 141-144.
8. Стандарты по диагностике и лечению больных хронической обструктивной болезнью легких (ATS/ERS, пересмотр 2004.). — Пер. с англ. — М.: Атмосфера, 2005. — 95 с.
9. Фоминых С.Г., Скальский С.В. Клиническая фармакология лекарственных средств, используемых при заболеваниях органов дыхания: Учебное пособие. — Омск: ОГМА, 2005. — 140 с.
10. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. — М.: БИНОМ, 2000. — 512 с.

Адрес для переписки: 644006, г. Омск, 16 Военный городок, д. 461, кв. 76,
Багешева Наталья Викторовна — к.м.н., врач-пульмонолог,
Омская городская клиническая больница №1 им. Кабанова А.Н.,
e-mail: ppi100@rambler.ru.

© СВИСТУНОВ В.В., ЦИНЗЕРЛИНГ В.А. — 2009

ЭТИОЛОГИЯ, ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕЛЕГочНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ПО МАТЕРИАЛАМ АУТОПСИЙ

В.В. Свистунов¹, В.А. Цинзерлинг²

(¹МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк; ²Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, ректор — д.м.н., проф. О.Г. Хурцилава.)

Резюме. На основе большого числа аутопсий, умерших от крупозной пневмонии проведен анализ, касающийся вопросов этиологии, эпидемиологии, некоторых факторов риска и внелегочных осложнений при этом заболевании.

Ключевые слова: крупозная пневмония, этиология, особенности, некоторые факторы риска, внелегочные осложнения.

ETIOLOGY, RISK FACTORS AND CHARACTERISTICS OF EXTRAPULMONARY COMPLICATIONS OF CROUPOUS PNEUMONIA BASED ON THE ANALYSIS

V. Svistunov¹, V. Zinserling²

(¹Irkutsk Municipal Clinic Hospital №1; ²S-P Medical Academy of Postgraduate Education)

Summary. This etiology and risk factors analysis is based on great number of autopsy researches of people died from croupous pneumonia and several cases of extrapulmonary complication.

Key words: croupous pneumoniae, pneumococcus, etiology, peculiarity, risk factor.

Высокая смертность от пневмоний, которая сохраняется до настоящего времени, является серьезной проблемой, касающейся практически всех разделов клинической медицины. В России, от пневмоний ежегодно умирает около 3000 человек, что составляет 20,1 случая на 100 тыс. населения [1]. В Иркутске, в 2007 году, смертность от пневмоний составила 51 случай на 100 тыс. населения [6].

Ведущую роль в этиологии пневмоний с летальным исходом играет пневмококк [2, 3, 15]. По данным N.G. Engleberg (2007), примерно около 1 млн. человек в мире ежегодно умирают от пневмококковой пневмонии, а число ежегодно регистрируемых в США случаев этого заболевания составляет не менее 500 тыс. [14]. Фибринозно-лейкоцитарный экссудат, образующийся под воздействием пневмококка, рыхло спаянный с альвеолярной стенкой, определил другое историческое название заболевания — крупозная пневмония, а из-за преимущественно долевого характера поражения ее называют лobarной. Имеются и другие названия этого заболевания — плевропневмония, первичная или генуинная пневмония. Установить частоту этого заболевания в России сложно, поскольку с 1994 г. она включена в группу т.н. внебольничных пневмоний и не учитывается как отдельная нозологическая единица, хотя в МКБ 10 пересмотра она имеет свою рубрику — J 13.0 (пневмо-

ния, вызванная *Streptococcus pneumoniae*) [1]. Такой подход в отношении этого заболевания вряд ли является правильным. Крупозная пневмония не является осложнением основного заболевания, в качестве которого обычно выступает бронхопневмония, а развивается как самостоятельное заболевание [7]. Кроме того, ее патогенез резко отличается от патогенеза пневмоний другой этиологии, а некоторые клинические проявления имеют свои особенности [7,9,10,11].

Цели исследования: 1) выделить крупозную пневмонию из группы внебольничных пневмоний с использованием морфологических критериев характерных для этого заболевания, и определить ее место в структуре аутопсий; 2) установить характер высеваемой микробной флоры; 3) на основе данных медицинской документации, представленной для проведения аутопсий, выявить особенности эпидемиологии, факторы и группы риска для развития заболевания; 4) путем сопоставления данных собственного исследования с данными статистического отдела Департамента здравоохранения и социальной помощи населению г. Иркутска, о заболеваемости и смертности населения г. Иркутска, выявить связь между заболеваемостью ОРВИ и летальными исходами от крупозной пневмонии; 5) определить статистику внелегочных осложнений при крупозной пневмонии.