

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 614.2:616.2-022:579.882.11]-058

Маркина А.Н., Капустина Т.А., Белова Е.В., Парилова О.В.

ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕМЕЙ С ОЧАГОМ РЕСПИРАТОРНОГО ХЛАМИДИОЗА

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера», 660005, г. Красноярск

Отсутствие информации об особенностях здоровья и социальной характеристики членов семей в очаге семейного респираторного хламидиоза явилось причиной прицельного изучения этой проблемы. В статье представлена характеристика медико-социального состояния членов семей пациентов с заболеваниями верхнего отдела респираторного тракта, ассоциированными с хламидийным инфицированием. Всего обследовано 87 семей, из них 44 семьи больных с верифицированной хламидийной инфекцией (основная группа) и 43 семьи лор-больных с неподтвержденным респираторным хламидиозом (контрольная группа). Совокупный численный состав семей составил 245 человек. Диагностику хламидийной инфекции осуществляли с применением комплекса лабораторных методов (прямого иммунофлюоресцентного и иммуноферментного анализов, полимеразной цепной реакции). Оценку медико-социального состояния членов семьи проводили методом анкетирования. Разработанная авторская анкета включала разделы, отражающие состояние здоровья, факторов риска для здоровья и социальную характеристику членов семей лор-больных. В результате исследования обнаружена высокая степень контагиозности хламидийной инфекции в очаге респираторного хламидиоза. Показано, что в семейных очагах респираторного хламидиоза больше членов семей, часто и длительно болеющих острыми заболеваниями и имеющих хроническую патологию различных органов и систем. Также в этих семьях чаще диагностировалась хроническая патология лор-органов за счет большего числа членов семей, имеющих заболевания глотки. В очаге респираторного хламидиоза семей, имеющих «хорошее питание», было существенно меньше, а семей, низко оценивших степень своего социального благополучия, — больше. Таким образом, результаты исследования показали, что медицинское и социальное состояние семей, имеющих очаг респираторного хламидиоза, значительно хуже по сравнению с семьями с отсутствием последнего.

Ключевые слова: хламидийная инфекция верхнего отдела респираторного тракта; медицинское и социальное состояние семей с очагом респираторного хламидиоза.

Для цитирования: Маркина А.Н., Капустина Т.А., Белова Е.В., Парилова О.В. Оценка медико-социального состояния семей с очагом респираторного хламидиоза. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2017; 61(1): 46—50.

DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-1-46-50>**Markina A.N., Kapustina T.A., Belova E.V., Parilova O.V.**

THE EVALUATION OF MEDICAL SOCIAL CONDITIONS OF FAMILIES WITH NIDUS OF RESPIRATORY CHLAMYDIOSIS

The research institute of medical problems of the North, Krasnoyarsk, 660005, Russian Federation
The absence of information concerning features of health and social characteristics of members of families in the nidus of respiratory clamidiosis became the reason of carrying out present research study. The article presents characteristic of medical social condition of members of families of patients with diseases of upper section of respiratory tract associated with chlamydia contamination. The sampling consisted of 87 families, 44 out of them with patients with verified clamidiosis (main group) and 43 families of ENT patients with unconfirmed respiratory clamidiosis (control group). The total number of families membership made up to 245 individuals. The diagnostic of clamidiosis was implemented using complex of laboratory techniques (direct immunofluorescent and enzyme-linked immunosorbent assays, polymerase chain reaction). The evaluation of medical social condition of members of family was implemented using questionnaire technique. The genuinely developed questionnaire included sections concerning health condition, health risk factors and social characteristic of members of families of ENT patients. The study resulted in establishing high degree of contagiousness of chlamydia infection in the nidus of respiratory clamidiosis. It is demonstrated that in the family nidi of respiratory clamidiosis the members of family frequently and long-time ill with acute diseases and suffering from chronic pathology of various organs and systems prevailed. In these families, also chronic pathology of ENT-organs was diagnosed more frequently due to more number of members of families with diseases of throat. In the nidus of respiratory clamidiosis number of families with "good nutrition" was significantly less and number of families considering

Для корреспонденции: Маркина Анжела Николаевна, канд. мед. наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической патофизиологии (группа патологии лор-органов) ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера», 660005, г. Красноярск. E-mail: angel.lor.ru@mail.ru

degree of their social well-being were significantly more. Thus, the study results demonstrated that medical and social condition of families with nidus of respiratory clamidiosis is significantly worse s compared with families without such a nidus.

Key words: *chlamydia infection; upper section of respiratory tract; medical and social condition; families with nidus of respiratory clamidiosis.*

For citation: Markina A.N., Kapustina T.A., Belova E.V., Parilova O.V. The evaluation of medical social conditions of families with nidus of respiratory clamidiosis. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2017; 61(1): 46—50. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-1-46-50>

For correspondence: Anzhela N. Markina, candidate of medical sciences, senior researcher of the laboratory of clinical pathophysiology (group of pathology of ENT-organs), The research institute of medical problems of the North, Krasnoyarsk, 660005, Russian Federation.
E-mail: angel.lor.ru@mail.ru

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received 06 July 2016

Accepted 11 September 2016

Введение

Хламидийная инфекция вот уже на протяжении многих десятков лет является важной медико-социальной проблемой не только ввиду высокой распространенности, но и в связи с большой частотой обусловленных ею осложнений и неблагоприятных последствий, негативно влияющих на здоровье населения и демографические показатели. В зарубежной и отечественной литературе встречается достаточно большое количество публикаций, посвященных респираторным хламидийным поражениям верхних отделов дыхательной системы [1—4].

В последние два десятилетия проблема хламидиозов стала весьма актуальной и в современной оториноларингологии. Достаточно активно изучаются патогенез и клиническая симптоматика хламидийных поражений глотки, носа и околоносовых пазух [5—10]. Однако до сих пор медико-социальные исследования факторов риска, способствующих распространению хламидиоза, в том числе и семейного, немногочисленны и имеют отношение к его урогенитальным формам.

Так, В.В. Семериков и соавт., изучая социальные условия, установили, что к факторам риска инфицирования хламидиями урогенитального тракта относятся высокий уровень дохода, работа в ночную смену, употребление алкоголя, несоблюдение мер индивидуальной профилактики инфекций, передающихся половым путем (ИППП) [11]. А.А. Хрянин и соавт. обнаружили, что частота выявления хламидийных антител не связана с семейным положением и профессиональной принадлежностью респондентов, однако отметили прямую связь с более высоким образовательным уровнем и обратную — с курением [12]. Результаты исследований, проведенных Т.В. Таха, определили круг социальных факторов, влияющих на риск урогенитального инфицирования хламидиозом у подростков: проживание в неполных семьях, неудовлетворительные внутрисемейные отношения, употребление алкоголя и наркотических препаратов, частая смена половых партнеров, неиспользование средств предохранения [13].

Таким образом, актуальность и важность проведения медико-социальных исследований, связанных с респираторным хламидиозом верхнего отдела респираторного тракта, не вызывает сомнений.

Цель исследования — провести оценку медико-социального состояния семей оториноларингологических

больных с верифицированной хламидийной инфекцией верхнего отдела респираторного тракта.

Материал и методы исследования

Объектами изучения являлись семьи оториноларингологических больных, находящихся на стационарном лечении в лор-отделении НИИ медицинских проблем Севера (Красноярск) с острой и хронической патологией верхнего отдела респираторного тракта. Всего одномоментным методом обследовано 87 семей, из них 44 семьи пациентов с идентифицированной хламидийной инфекцией (основная группа семей, включающая 24 семьи с больными детьми и 20 семей с больными взрослыми) и 43 семьи пациентов с неподтвержденной хламидийной инфекцией (контрольная группа, 22 семьи с больными детьми и 21 семья со взрослыми больными). Объем выборки определялся по методике В.И. Паниотто (1982 г.) [14].

Совокупный численный состав семей составил 245 человек: 123 человека в основной группе (38 детей, 85 взрослых лиц) и 122 человека в контрольной группе (33 ребенка, 89 взрослых лиц). В сравниваемых группах члены семей были сопоставимы по возрастным и половым категориям.

Лабораторные методы исследования включали идентификацию двух видов хламидий (*Chlamydia trachomatis* и *Chlamydia pneumoniae*), для выявления которых использовались два прямых теста (прямой иммунофлюоресцентный анализ и полимеразная цепная реакция) и один непрямой тест (иммуноферментный анализ). Полимеразная цепная реакция и иммуноферментный анализ проводились с использованием тест-систем ВекторХлами-ДНК-амли и ХламиБест-стрип («Вектор-Бест», Россия). Для проведения иммунофлюоресцентного анализа применялась тест-система ХламиСлайд («Галарт-Диагностикум»).

За основу медико-социального исследования взята методика комплексной оценки медико-социального состояния семьи, разработанная группой авторов [15]. Согласно этой методике, члены семьи по сумме набранных баллов систематизировались по социальному состоянию на основе шкалы «Критерии и оценка социального состояния семьи» и по состоянию здоровья на основе шкалы «Критерии и оценка здоровья членов семьи», включающей разделы «Факторы состояния здоровья», «Факторы риска здоровья», «Факторы жизнедеятель-

Таблица 1

Типизация членов семей по состоянию здоровья

| Тип состояния здоровья членов семьи | Семьи с очагом респираторного хламидиоза | | Семьи без очага респираторного хламидиоза | | <i>p</i> * |
|--|--|------------------|---|------------------|------------|
| | <i>n</i> | % (95% ДИ) | <i>n</i> | % (95% ДИ) | |
| Практически здоров (0—5 баллов) | 17 | 13,8 (8,3—20,5) | 39 | 32,0 (24,0—40,5) | <0,001 |
| Состояние риска (6—25 баллов) | 78 | 63,4 (54,7—71,7) | 58 | 47,5 (38,8—56,4) | 0,01 |
| Неудовлетворительное состояние здоровья (26 баллов и выше) | 28 | 22,8 (15,8—30,6) | 25 | 20,5 (13,8—28,1) | 0,7 |
| Всего ... | 123 | 100 | 122 | 100 | — |

Примечание. * — здесь и в табл. 2, 3: *p* — статистическая значимость различий по критерию Стьюдента и точному критерию Фишера.

ности». Сочетание типов семей по состоянию здоровья и по социальному состоянию позволяло классифицировать семьи по видам медико-социального состояния.

Описание бинауральных признаков представлено в виде относительной частоты, выраженной в процентах, и 95% доверительного интервала (95% ДИ). Оценка значимости различий показателей проводилась с помощью *t*-критерия Стьюдента и точного критерия Фишера. Достаточно большое количество возможных значений качественных порядковых признаков (более 20) позволило использовать методы непараметрической статистики: для описания параметров распределения вычисление медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей, для сравнения критерий Манна—Уитни. За максимально приемлемую вероятность α -ошибки (*p*) принята величина, равная или меньшая 0,05.

Результаты исследований

В 28 из 44 семей с очагом респираторного хламидиоза (63,6%, 95% ДИ 49,0—77,1), помимо самих пациентов с верифицированной хламидийной инфекцией, оказались зараженными и другие члены семьи. При этом инфицированность всех членов семьи имела место в 42,9%, более двух третей от ее состава — в 46,4%, от 50 до 60% — в 10,7%. Отсутствие хламидий у членов 16 семей лор-больных с подтвержденным респираторным хламидиозом может быть объяснено вероятностью наличия у отдельных лиц персистирующей инфекции или «свежим» случаем инфицирования самого источника заражения.

Обобщающие результаты вычисления среднего коэффициента здоровья на одного члена семьи позволили определить, что независимо от наличия или отсутствия очага респираторного хламидиоза определялись только два типа состояния здоровья семей из 6 типов: «семьи риска» и «семьи, неблагоприятные по здоровью I степени». При этом «семей, неблагоприятных по здоровью I степени» было существенно больше в наблюдениях, когда имелся очаг хламидийной инфекции (*p* = 0,04): 84,1% (95% ДИ 72,0—93,3) против 65,1% (95% ДИ 50,4—78,5). Это обусловлено медицинской характеристикой отдельных членов семей с очагом респираторного хламидиоза, среди которых было меньше здоровых лиц и больше лиц с состоянием медицинского риска (табл. 1).

При самооценке своего здоровья независимо от наличия или отсутствия очага хламидийной инфекции оценили его как «хорошее» большее число членов семей (74—77%), а как «неудовлетворительное» меньшее (1,6—3,3%). Несогласованность результатов объясняется тем, что использованная методика, включающая ком-

плекс специально разработанных вопросов, позволяет получить беспристрастную и более объективную характеристику здоровья респондентов.

Из отдельных критериев, отрицательно влияющих на состояние здоровья, в семейных очагах хламидийной инфекции значительно больше членов семьи, отнесенных к категории часто и длительно болеющих острыми заболеваниями (6,5% против 0,8%; *p* = 0,01), а также имеющих хроническую патологию различных органов и систем организма (70,7% против 58,2%; *p* = 0,04), в том числе три и более заболевания (26,5% против 14,1%; *p* = 0,05). В семьях с очагом респираторного хламидиоза хронические заболевания чаще сопровождались функциональными нарушениями (29,9% против 15,5%; *p* = 0,03).

Из факторов риска здоровья в семьях лор-больных с верифицированной хламидийной инфекцией существенно больше детей дошкольного возраста, посещающих детский сад (31,2% против 6,7%; *p* = 0,01). Такие условия труда, как вредное производство, сменная работа и совмещение работ, также чаще отмечались у членов семей с очагом этой инфекции (65,7% против 45,6%; *p* = 0,02). При этом женщин, работающих посменно, в основной и контрольной группах больше, чем мужчин (*p* < 0,01): 65,8% против 34,2% и 69,6% против 30,4% соответственно.

Данные интервьюирования показали, что взрослые члены семей независимо от наличия или отсутствия очага хламидиоза одинаково подвержены таким вредным привычкам, как употребление алкоголя (48,2—56,3%; *p* = 0,3) и табакокурение (20,0—31,0%; *p* = 0,1). Но лиц, употребляющих спиртные напитки более 2 раз в месяц, больше в семьях с наличием источника хламидийного инфицирования (51,2% против 30,6%; *p* = 0,05). По другим диагностическим критериям, характеризующим состояние здоровья членов семьи, факторы риска здоровья и жизнедеятельности, межгрупповых различий получено не было.

В обеих группах семей преобладали лица с высшим и среднеспециальным образованием, доли которых составили соответственно 40,0—52,8 и 32,6—43,5%. Второе место занимали лица, имеющие незаконченное высшее (6,7—9,4%) и среднее образование (5,9—6,7%). В структуре социального статуса взрослых членов семей наибольшую долю составляли служащие (69,4—73,0%). Доли остальных категорий социального положения респондентов колебались в интервале 1,2—14,1%.

Подавляющее число семей лор-больных с верифицированной хламидийной инфекцией были классифи-

Таблица 2

Типизация семей по шкале оценки социального состояния

| Тип семьи по социальному состоянию | Семьи с очагом хламидийной инфекции | | Семьи без очага хламидийной инфекции | | p |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------------------|------------------|--------|
| | n | % (95% ДИ) | n | % (95% ДИ) | |
| Благополучная (0 баллов) | 2 | 4,6 (0,4—12,6) | 4 | 9,3 (2,6—19,7) | 0,4 |
| Состояние риска (1—10 баллов) | 12 | 27,3 (15,3—41,2) | 23 | 53,5 (38,6—68,0) | 0,01 |
| Неблагополучная (11 баллов и выше) | 30 | 68,2 (53,8—81,0) | 16 | 37,2 (23,5—52,0) | <0,001 |
| Всего ... | 44 | 100,0 | 43 | 100,0 | |

цированы как «семьи, неблагополучные в социальном отношении», их удельный вес составил 68,2% (табл. 2). Вместе с тем самая большая доля в семьях, не имеющих очага респираторного хламидиоза, приходилась на семьи социального риска (53,5%). Наименьшую долю независимо от наличия или отсутствия очага респираторного хламидиоза занимали семьи, благополучные по социальному состоянию (4,6—9,3%).

Различия получены только по таким диагностическим факторам, как «питание» и «степень социального благополучия». Семей, имеющих «хорошее питание», существенно меньше (72,7% против 88,4%; $p = 0,06$), а семей, низко оценивших степень своего социального благополучия, больше (52,3% против 30,2%; $p = 0,04$) в случаях наличия очага семейного хламидиоза.

Обсуждение

Сочетание типов семей по состоянию здоровья с типами семей по социальному состоянию позволили определить принадлежность каждой из обследованных семей к определенному виду медико-социального состояния (табл. 3). В семьях с наличием очага хламидийной инфекции основную долю (59,1%) составляли семьи, медико-социальное состояние которых было классифицировано как вид ПС («семьи социального неблагополучия с неблагополучным состоянием здоровья I степени»). «Семьи социального риска с неблагополучным состоянием здоровья I степени» (вид ПШВ) в структуре занимали

второе место (20,5%). Единичные семьи отнесены к другим видам медико-социального состояния семей (ПС, ПШВ, ПША), и их доли равны 9,1% и меньше.

Иная структура видов медико-социального состояния имела место в семьях, где очаг хламидийной инфекции обнаружен не был. Так, ведущее место в структуре занимали два вида: ПШВ («семьи социального риска с неблагополучным состоянием здоровья I степени») и ПС («семьи социального неблагополучия с неблагополучным состоянием здоровья I степени»), доли которых составили соответственно 34,9 и 30,2% ($p = 0,7$). Удельный вес остальных видов (ПА, ПШВ, ПС) был существенно меньше: от 7,0 до 18,6%. На худшее медико-социальное состояние семей с очагом респираторного хламидиоза указывал факт преобладания семей, систематизированных как «семьи с социальным неблагополучием и с неблагополучным состоянием здоровья I степени» (вид ПС) — 59,1% против 30,2% ($p < 0,001$).

Сопоставление средних баллов, набранных членами семей, также подтвердило результаты типизации, свидетельствующие о том, что медицинское и социальное состояние семей, имеющих очаг респираторного хламидиоза, значительно хуже. Так, медиана баллов, набранных членами семей основной группы при оценке состояния здоровья, превышала аналогичный показатель в семьях лор-больных, у которых хламидии обнаружены не были ($Me_1 = 17,0$; $Me_2 = 16,0$; $p = 0,07$), за счет большего числа факторов, отрицательно воздействующих на его состо-

Таблица 3

Распределение семей по видам медико-социального состояния

| Типы медицинского состояния семьи | Тип социального состояния семьи | | | | | | Всего | |
|--|---------------------------------|-----------|-----------------------------|------------|-----------------|-------------|------------|-------|
| | А | | В | | С | | | |
| | благополучное | | состояние социального риска | | неблагополучное | | n | % |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Семьи, имеющие очаг хламидийной инфекции (n = 44) | | | | | | | | |
| I. Здоровые | 0 | — | 0 | — | 0 | — | 0 | — |
| II. Состояние риска | 0 | — | 3 | 6,8 | 4 | 9,1 | 7 | 15,9 |
| | | | | $p = 0,1$ | | $p = 0,7$ | $p = 0,04$ | |
| III. Неблагополучные I степени | 2 | 4,6 | 9 | 20,5 | 26 | 59,1 | 37 | 84,1 |
| | | | | $p = 0,1$ | | $p = 0,01$ | $p = 0,04$ | |
| Всего ... | 2 | 4,6 | 12 | 27,3 | 30 | 68,2 | 44 | 100,0 |
| | | $p = 0,4$ | | $p = 0,01$ | | $p < 0,001$ | | |
| Семьи без очага респираторного хламидиоза (n = 43) | | | | | | | | |
| I. Здоровые | 0 | — | 0 | — | 0 | — | 0 | — |
| II. Состояние риска | 4 | 9,3 | 8 | 18,6 | 3 | 7,0 | 15 | 34,9 |
| III. Неблагополучные I степени | 0 | — | 15 | 34,9 | 13 | 30,2 | 28 | 65,1 |
| Всего ... | 4 | 9,3 | 23 | 53,5 | 16 | 37,2 | 43 | 100,0 |

яние ($Me_1 = 10,0$; $Me_2 = 8,0$; $p = 0,02$). Но по сумме набранных респондентами баллов, оценивающих факторы риска здоровья, существенных различий не получено ($Me_1 = 5,0$; $Me_2 = 5,0$; $p = 0,8$). На худшее социальное состояние членов семей с очагом респираторного хламидиоза указывала значительно большая величина медианы баллов, оценивающих социальную характеристику респондентов ($Me_1 = 5,0$; $Me_2 = 2,0$; $p = 0,05$).

Заключение

Таким образом, «неблагополучных по здоровью I степени» семей существенно больше при наличии очага респираторного хламидиоза (84,1% против 65,1%) за счет меньшего числа здоровых членов семьи (32,0% против 13,8%) и большего числа лиц с «состоянием медицинского риска» (63,4% против 47,5%). Подавляющее число семей лор-больных с верифицированной хламидийной инфекцией (68,2%) систематизировались как «семьи, неблагоприятные в социальном отношении», тогда как у неинфицированных хламидиями больных преобладали «семьи социального риска» (53,5% против 27,3%).

Распределение видов медико-социального состояния семей с наличием и отсутствием очага респираторного хламидиоза существенно отличалось. Так, если в первом случае доля «семей социального неблагоприятия с неблагоприятным состоянием здоровья I степени» превалировала над другими видами и составляла 59,1%, то в неинфицированных хламидиями семьях ведущее место делили «семьи социального риска с неблагоприятным состоянием здоровья I степени» (34,9%) и «семьи социального неблагоприятия с неблагоприятным состоянием здоровья I степени» (30,2%). Сопоставление средних баллов, набранных членами семей при их типизации, также показало, что медицинское и социальное состояние семей с очагом респираторного хламидиоза значительно хуже.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Катосова Л.К., Спичак Т.В., Бобылев В.А., Мартынова В.Р., Колкова Н.И. Этиологическое значение *Chlamydia pneumoniae* у детей с рецидивирующими и хроническими болезнями легких. *Вопросы современной педиатрии*. 2003; (5): 47—50.
2. Самсыгина Г.А., Ахмина Н.И., Скирда Т.А., Охлопкова К.А., Сулова О.В. Хламидийная этиология заболеваний нижних отделов дыхательных путей у детей раннего возраста. *Педиатрия*. 2001; (5): 40—2.
3. Савенкова М.С. Хламидийная инфекция на пороге третьего тысячелетия. *Детские инфекции*. 2004; (1): 36—2.
4. Спичак Т.В., Катосова Л.К., Бобылев В.А. Проблемы диагностики и лечения респираторного хламидиоза у детей. *Вопросы современной педиатрии*. 2002; (3): 77—1.
5. Капустина Т.А., Парилова О.В., Маркина А.Н., Кин Т.И. *Хламидийная инфекция верхнего отдела респираторного тракта*. Новосибирск; 2012.
6. Демченко Е.В., Иванченко Г.Ф., Прозоровская К.Н., Бочаров А.Ф., Бойкова Н.Э. Клиника и лечение хламидийного ларингита с применением амиксина. *Вестн. оторинолар.* 2000; (5): 58—60.
7. Капустина Т.А., Маркина А.Н., Кин Т.И. Особенности проявления семейного хламидиоза верхних дыхательных путей. *Вестн. оторинолар.* 2012; (3): 43—6.
8. Лиханова М.А., Мингалев Н.В., Лебедева Р.Н. Роль хламидийной инфекции при аллергической риносинусопатии. *Вестн. оторинолар.* 2006; (5). С. 244—45.

9. Сидоренко И.В. Место атипичной флоры в этиологии хронических синуситов и выявление ее методом ПЦР-диагностики. *Российская ринология*. 2004; (4): 32—4.
10. Bartolome C., Bernardez I., Mata M. Importance of *Chlamydia pneumoniae* as a new respiratory pathogen. *J. Microbiol.* 1996; 12(1): 51—4.
11. Семериков В.В., Сергеев В.И., Кочкин А.Ю., Пинаев К.И. Факторы риска инфицирования урогенитальным хламидиозом. *Эпидемиол. и инфекц. бол.* 2004; (2): 24—7.
12. Хрянин А.А., Шпикс Т.А. Практикуемая модель сексуального поведения и выявление хламидийной и гонококковой инфекцией у мужчин, обратившихся в кабинет анонимного обследования и лечения ИПШП. *Сибирский журнал дерматологии и венерологии*. 2004; (5): 62—7.
13. Таха Т.В. Особенности лечения урогенитального хламидиоза у подростков. *Русский медицинский журнал*. 2006; (5): 369—71.
14. Паниотто В.И., Максименко В.С. *Количественные методы в социологических исследованиях*. Киев: Здоровье; 1982.
15. Артюхов И.П., Капитонов В.Ф., Модестов А.А., Новиков О.М. *Семейная медицина*. Новосибирск: Наука; 2005.

REFERENCES

1. Katosova L.K., Spichak T.V., Bobylev V.A., Martynova V.R., Kolkova N.I. Etiological importance of *Chlamydia pneumoniae* in children with recurrent and chronic lung diseases. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2003; (5): 47—50. (in Russian)
2. Samsygina G.A., Akhmina N.I., Skirda T.A., Okhlopko K.A., Suslova O.V. Chlamydia aetiology of diseases of the lower respiratory tract in infants. *Pediatrya*. 2001; (5): 40—2. (in Russian)
3. Savenkova M.S. Chlamydia infection is on the threshold of the third millennium. *Detskie infektsii*. 2004; (1): 36—2. (in Russian)
4. Spichak T.V., Katosova L.K., Bobylev V.A. Problems of diagnosis and treatment of respiratory chlamydia in children. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2002; (3): 77—1. (in Russian)
5. Kapustina T.A., Parilova O.V., Markina A.N., Kin T.I. *Chlamydia Infection of the Upper Respiratory Tract. [Khlamidiynaya infektsiya verkhnego otdela respiratornogo trakta]*. Novosibirsk; 2012. (in Russian)
6. Demchenko E.V., Ivanchenko G.F., Prozorovskaya K.N., Bocharov A.F., Boykova N.E. Clinic and treatment of chlamydial laryngitis with amiksina. *Vestn. otorinolar.* 2000; (5): 58—60. (in Russian)
7. Kapustina T.A., Markina A.N., Kin T.I. Peculiarities of the family chlamydia upper respiratory tract. *Vestn. otorinolar.* 2012; (3): 43—6. (in Russian)
8. Likhanova M.A., Mingalev N.V., Lebedeva R.N. The role of chlamydia infection in allergic rhinosinusopathy. *Vestn. otorinolar.* 2006; (5): 244—5. (in Russian)
9. Sidorenko I.V. Place atypical flora in the etiology of chronic sinusitis and identifying its PCR diagnostics. *Rossiyskaya rinologiya*. 2004; (4): 32—4. (in Russian)
10. Bartolome C., Bernardez I., Mata M. Importance of *Chlamydia pneumoniae* as a new respiratory pathogen. *J. Microbiol.* 1996; 12(1): 51—4.
11. Semerikov V.V., Sergevni V.I., Kochkin A.Yu., Pinaev K.I. Risk factors for infection with urogenital chlamydiosis. *Epidemiol. i infekc. bol.* 2004; (2): 24—7. (in Russian)
12. Khryanin A.A., Shpiks T.A. Practiced a model of sexual behavior and identification of chlamydial and gonococcal infection in men who have applied to the study of anonymous testing and treatment of STIs. *Sibirskiy zhurnal dermatologii i venereologii*. 2004; (5): 62—7. (in Russian)
13. Takha T.V. Features of treatment of urogenital chlamydiosis in adolescents. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2006; (5): 369—71. (in Russian)
14. Paniotto V.I., Maksimenko V.S. *Qualitative Methods in Sociological Research. [Kolichestvennye metody v sotsiologicheskikh issledovaniyakh]*. Kiev: Zdorov'e, 1982. (in Russian)
15. Artyukhov I.P., Kapitonov V.F., Modestov A.A., Novikov O.M. *Family Medicine [Semeynaya meditsina]*. Novosibirsk: Nauka; 2005. (in Russian)