

Характеристика медико-социального состояния пациентов с заболеваниями носа и околоносовых пазух, сопряженными с хламидийным инфицированием

Парилова О.В., Капустина Т.А., Кин Т.И.

The characteristics of medical social state in patients with nose and perirhinal sinuses diseases associated with chlamidiae infecting

Parilova O.V., Kapustina T.A., Kin T.I.

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск

© Парилова О.В., Капустина Т.А., Кин Т.И.

Представлены результаты анкетирования 104 больных острой и хронической патологией носа и околоносовых пазух, ассоциированной и не ассоциированной с хламидийной инфекцией, по медико-социальной характеристике. Показано, что, хотя основное место в структуре видов медико-социального состояния больных, инфицированных и не инфицированных хламидиями, принадлежало лицам с одновременным наличием медицинского и социального риска, у респондентов с подтвержденной хламидийной инфекцией наблюдался более низкий уровень здоровья и более высокая совокупность негативных социальных факторов.

Ключевые слова: хламидийная инфекция, воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух, медико-социальное состояние.

There were presented the results of examination for 104 patients with acute and chronic pathology of nose and perirhinal sinuses associated or not with chlamidiae infection involving medical social characteristics. The authors marked that the main place in the structure of medical social types of both chlamidiae infected and non-infected patients belonged to medical and social risk subjects. But we observed the decreased health level in respondents with confirmed chlamidiae infection and comparatively higher range of negative social factors.

Key words: chlamidiae infection, inflammatory diseases of nose and perirhinal sinuses, medical social state.

УДК 616.211/.218-058:616.988

Введение

В настоящее время хламидийная инфекция вследствие широкого распространения и влияния на здоровье человека является серьезной проблемой для здравоохранения многих стран мира. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется от 89 до 95 млн новых случаев хламидийной инфекции [26]. Хламидии обладают способностью поражать различные органы и ткани, что подтверждается многочисленными исследованиями ученых разных стран. Они вызывают более 20 клинических синдромов и заболеваний, в том числе такие, как менингит, проктит, эндокардит, коронарная болезнь, болезнь Рейтера, атеро-

склероз, кератит, трахома, уретрит, цервицит, эндометрит, ряд перинатальных инфекций и др. [2–4, 10].

На сегодняшний день наиболее изучена хламидийная инфекция урогенитального тракта и нижних отделов дыхательных путей, значительно меньше внимания ученые уделяют другим локализациям возбудителя, в частности в верхнем отделе респираторного тракта. В последние два десятилетия проводятся исследования, указывающие на важную роль хламидийной инфекции в инициации различной воспалительной патологии носа, околоносовых пазух и глотки. При этом научная информация относительно роли хламидий в этиопатогенезе

Парилова О.В., Капустина Т.А., Кин Т.И. Характеристика медико-социального состояния пациентов с заболеваниями носа...

заболеваний верхних отделов дыхательных путей во многом противоречива. Так, в литературных источниках представлен большой диапазон разброса частоты выявления хламидийного возбудителя: от 5 до 76,2% [1, 5–7, 13, 16, 20, 21, 24]. Такие колебания в частоте выявления хламидийной инфекции обусловлены применением учеными различных типов исследования и комплексов диагностических методов идентификации этих микроорганизмов. В определенной степени значительный рост числа воспалительных заболеваний ЛОР-органов, сопряженных с хламидийной инфекцией, во многом обусловлен сменой спектра возбудителей на фоне увеличения числа иммунокомпрометированных людей [8, 11, 14, 22, 23, 25].

В настоящее время начали проводиться исследования социально-гигиенических аспектов урогенитального хламидиоза. Установлено, что социально-поведенческими факторами, влияющими на риск инфицирования и распространения урогенитального хламидиоза, являются молодой возраст, интенсивная половая жизнь, миграция из сельской местности в город, интимная связь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, низкий образовательный уровень, незамужнее и холостое состояние и высокий уровень безработицы [9, 15, 17–19]. В отношении респираторного тракта подобных научных исследований не проводилось.

В связи с вышесказанным целью представленного исследования состояла в изучении медико-социальной характеристики пациентов с острыми и хроническими заболеваниями носа и околоносовых пазух, сопряженными с хламидийным инфицированием.

Материал и методы

Обследовано 104 больных в возрасте от 15 до 65 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу острых и хронических воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. Для выявления структур *Chlamydia trachomatis* и *Chlamydophila pneumoniae* применялись два метода: прямой иммунофлюоресцентный метод с помощью тест-систем «Хлами-

слайд» («Лабдиагностика», Россия) и полимеразная цепная реакция с помощью тест-систем «ВектоХлами-ДНК-ампли» («Вектор-Бест», Россия). С целью определения специфических антител применялся иммуноферментный анализ с применением иммуноферментных тест-систем «ХламиБест-стрип» («Вектор-Бест»). Материалом для прямой идентификации хламидийных структур являлись мазки-соскобы со слизистой оболочки среднего и общего носовых ходов.

Сравнительная оценка медико-социальных характеристик проводилась между больными с верифицированными хламидиями (41 человек, основная группа) и больными, у которых лабораторные маркеры хламидийной инфекции обнаружены не были (63 человека, контрольная группа).

Сбор информации, отражающей медико-социальные характеристики пациентов с заболеваниями носа и околоносовых пазух, осуществлялся с помощью специально разработанной анкеты, которая включала ряд вопросов, оценивающих социально-демографические аспекты, социально-гигиенические условия жизни, уровень и факторы риска здоровья. Состояние здоровья и социально-гигиенические характеристики респондентов определялись по методике комплексной оценки медико-социального состояния семьи [12], адаптированной к конкретному больному.

Методика оценки медико-социального статуса включала типизацию по состоянию здоровья на основе «Шкалы критериев и оценки здоровья» и типизацию по социальной характеристике на основе «Шкалы критериев и оценки социального состояния больного». По сумме набранных баллов по первой шкале, включающей разделы «Факторы состояния здоровья» и «Факторы риска здоровья», для каждого респондента определялась принадлежность к одной из трех категорий здоровья: I – удовлетворительное (0–5 баллов), II – состояние клинического риска (6–25 баллов), III – неудовлетворительное (26 баллов и выше). По сумме набранных баллов по «Шкале критериев и оценки социального состояния» определялось социальное положение интервьюированного пациента: А – благополуч-

ное (0 баллов), В — состояние социального риска (1–10 баллов), С — неблагоприятное (11 баллов и выше).

Сочетание категорий по состоянию здоровья и социальному статусу давало возможность классифицировать больных по медико-социальному критерию:

I-A — больные с удовлетворительным здоровьем, благополучные в социальном отношении; I-B — больные с удовлетворительным здоровьем и с социальным риском; I-C — больные с удовлетворительным здоровьем, неблагоприятные в социальном отношении; II-A — больные с клиническим риском, благополучные в социальном отношении; II-B — больные с клиническим и социальным риском; II-C — больные с клиническим риском, неблагоприятные в социальном отношении; III-A — больные с неудовлетворительным здоровьем, благополучные в социальном отношении; III-B — больные с неудовлетворительным здоровьем и с социальным риском; III-C — больные с неудовлетворительным здоровьем, неблагоприятные в социальном отношении.

Оценка значимости различий относительных величин частоты в независимых группах проводилась по z-критерию, корреляционные взаимосвязи устанавливались с использованием гамма-статистики. Учитывая то, что распределение баллов больных в обеих группах по этим шкалам не соответствовало нормальному распределению ($p < 0,05$) по статистическому критерию Шапиро–Уилки, центральные тенденции и диапазон варибельности представлены в формате медианы, а сравнение групп проводилось по критерию Манна–Уитни.

Результаты и обсуждение

Большинство интервьюированных больных в основной и контрольной группах находились в активном трудоспособном возрасте (от 21 до 49 лет). Анализ распределения пациентов по уровню образования и социальному положению не выявил статистически значимых различий между инфицированными и не инфицированными хламидиями лицами.

Типизация пациентов по принадлежности к определенной категории состояния здоровья и социального статуса позволила отнести каждого опрошенного больного основной и контрольной групп к конкретному виду медико-социального состояния. Результаты проведенного анализа представлены в таблице. В обеих группах анкетированных лиц не было отмечено пациентов, медико-социальные характеристики которых соответствовали типам I-A и I-C. Единичные пациенты обеих групп были отнесены к типу I-B и составили 2,4 и 3,2% соответственно ($p = 0,8$).

Самая большая доля анкетированных лиц независимо от наличия или отсутствия хламидийного инфицирования была систематизирована как «больные с медицинским и социальным риском» (II-B). При этом удельный вес данного типа медико-социального состояния был значительно выше у лиц, не инфицированных хламидиями: 63,5 против 43,9% ($p = 0,05$).

Второе место по величине доли в обеих группах принадлежало больным с неудовлетворительным здоровьем и социальным риском (тип III-B). В данном случае, наоборот, доля больных, отнесенных к этому типу, была выше почти в 2 раза у респондентов с верифицированными хламидиями: 31,7 против 17,5%.

Третье место как в основной, так и в контрольной группах принадлежало респондентам с медицинским риском (тип II). Но если в группе лиц, не инфицированных хламидиями, этот тип здоровья сочетался с категорией благополучного социального состояния (тип А), то в группе больных с идентифицированными хламидиями ему сопутствовала категория неблагоприятного социального состояния (тип С), доли которых соответственно составили 9,5 и 9,8%. Другие виды сочетаний категорий здоровья и социальных характеристик у анкетированных больных встречались менее чем в 7,3%.

Распределение больных по видам медико-социального состояния

Вид медицинского состояния пациентов	Тип социального состояния пациентов			Всего
	А (благополучное)	В (состояние социального риска)	С (неблагополучное)	

Парилова О.В., Капустина Т.А., Кин Т.И. Характеристика медико-социального состояния пациентов с заболеваниями носа...

	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
	Больные, инфицированные хламидиями (41 человек)						
I (удовлетворительное)	0	—	1	2,4	0	—	1
II (состояние медицинского риска)	1	2,4	18	43,9	4	9,8	23
III (неудовлетворительное)	1	2,4	13	31,8	3	7,3	17
Всего	2	4,8	32	78,1	7	17,1	41
	Больные, не инфицированные хламидиями (63 человека)						
I (удовлетворительное)	0	—	2	3,2	0	—	2
II (состояние медицинского риска)	6	9,5	40	63,4	1	1,6	47
III (неудовлетворительное)	0	—	11	17,5	3	4,8	14
Всего	6	9,5	53	84,1	4	6,4	63

Примечание. p — статистически значимые различия между показателями больных с хламидийным инфицированием и больных без хламидийного инфицирования.

У респондентов с выявленной хламидийной инфекцией средние баллы больных по «Шкале критериев и оценки состояния здоровья» и «Шкале критериев и оценки социального состояния» были значительно выше ($p = 0,01$), чем в контрольной группе, и составили соответственно 23 против 17 и 5 против 3.

Таким образом, у респондентов с подтвержденной лабораторными методами хламидийной инфекцией по сравнению с не инфицированными хламидиями пациентами наблюдаются более низкий уровень здоровья и более высокая совокупность негативных социальных факторов.

При анализе ответов респондентов на вопросы, касающиеся отдельных факторов состояния здоровья и риска, входящих в содержание «Шкалы критериев и оценки состояния здоровья», хронические заболевания различных органов и систем встречались одинаково часто ($p = 0,4$) в основной и контрольной группах: соответственно у 92,7% (95%-й ДИ 82,9—98,5) и 87,3% (95%-й ДИ 78,0—94,3) лиц. Однако при сопоставлении информации, касающейся числа хронических заболеваний, было обнаружено, что в группе лиц с выявленными хламидиями три и

более хронических заболевания встречались гораздо чаще ($p < 0,001$): у 36,8% (95%-й ДИ 22,4—52,6) пациентов против 10,9% (95%-й ДИ 4,1—20,4) больных контрольной группы. Больных с нормальным физическим развитием было больше ($p = 0,01$) в группе с неинфицированными хламидиями: 93,7% (95%-й ДИ 86,4—98,3) против 75,6% (95%-й ДИ 61,5—87,4). Респонденты со сниженным физическим развитием, наоборот, чаще ($p = 0,02$) выявлялись в основной группе: 19,5% (95%-й ДИ 9,0—32,9) против 4,8% (95%-й ДИ 0,9—11,3).

Респонденты с идентифицированной хламидийной инфекцией имели значительно больше факторов риска здоровья по сравнению с неинфицированными лицами. Так, воздействие вредного производства отметили гораздо больше больных основной группы: 43,3% (95%-й ДИ 26,4—61,1) против 23,9% (95%-й ДИ 12,8—37,2) среди лиц с неидентифицированной хламидийной инфекцией ($p = 0,06$). В процессе труда наибольшее влияние на здоровье респондентов оказывали такие факторы, как переохлаждение, вынужденное положение тела, производственный шум и химические вещества.

По данным опроса выявлено, что пациенты с идентифицированными хламидиями более подвержены вредным привычкам. Не имели никаких вредных привычек значительно меньшее число лиц ($p = 0,006$), инфицированных хламидиями: 26,8% (95%-й ДИ 13,2—40,4) против 54,0% (95%-й ДИ 41,6—66,3) в контрольной группе. Алкогольные напитки употребляла почти половина респондентов основной группы (48,8%, 95%-й ДИ 33,5—64,1), тогда как в группе лиц, не инфицированных хламидиями, только 25,4% (95%-й ДИ 14,6—36,2; $p = 0,02$). Хотя показатель курящих больных в основной группе составил 41,5% (95%-й ДИ 27,0—56,7), а в контрольной 34,9% (95%-й ДИ 23,7—47,0), статистически значимых различий по этому признаку не получено ($p = 0,4$).

Дополнительно у респондентов собиралась информация об одновременном наличии двух вредных привычек. Относительная частота таких больных была одинаковой в обеих группах ($p = 0,7$): 17,1% (95%-й ДИ 7,3—29,9) среди лиц, ин-

фицированных хламидиями, и 14,3% (95%-й ДИ 6,8–23,9) в группе больных с неподтвержденной хламидийной инфекцией.

Не получено статистически значимых различий по таким факторам оценки состояния и риска здоровья, как акушерский анамнез у женщин детородного возраста, степень занятости в труде у работающих лиц, наличие функциональных нарушений и течение хронической патологии.

При суммировании баллов для каждого респондента и их типизации оказалось, что больных с количеством баллов, соответствующих категории «неудовлетворительное здоровье», было значительно больше ($p = 0,04$) в основной группе: 41,5% (95%-й ДИ 27–56,7) против 22,2% (95%-й ДИ 12,9–33,2), а лица с клиническим риском чаще ($p = 0,05$) встречались в группе неинфицированных больных: соответственно 74,6% (95%-й ДИ 63,2–84,5) против 56,1% (95%-й ДИ 40,9–70,8). Но независимо от наличия или отсутствия хламидийного инфицирования значительное большинство респондентов классифицировались как лица с медицинским риском.

При анализе отдельных факторов «Шкалы критериев и оценки социального состояния больного» по составу и типу семьи, уровню обеспеченности и питанию статистически значимые различия между больными основной и контрольной групп отсутствовали. Анализ состава семьи анкетизируемых пациентов, инфицированных и не инфицированных хламидиями, показал, что большая их часть проживала в полных семьях, соответственно 68,3% (95%-й ДИ 54,0–82,6) и 73,0% (95%-й ДИ 62,0–84,0). Респондентов, на момент анкетирования имевших неполную семью (вдовствующие, холостые, разведенные), было значительно меньше: соответственно 14,6% (95%-й ДИ 5,6–26,9) и 12,7% (95%-й ДИ 5,7–22,0). Смешанных семей, в состав которых входили представители старшего поколения, в обеих группах было немного: соответственно 9,7% (95%-й ДИ 2,7–20,6) и 11,1% (95%-й ДИ 4,6–20,0).

Из пяти вариантов ответов на вопрос об уровне обеспеченности в обеих группах подавляющее большинство респондентов (63,5 и 70,7%) выбрали средний уровень, превышающий

прожиточный уровень в 2–5 раз. Высокий и очень низкий уровни обеспеченности имели единичные лица в обеих группах. Примерно пятая часть респондентов в обеих группах (17,1 и 19,1%) оценили свой уровень обеспеченности как низкий (превышающий прожиточный уровень в 1–2 раза).

Большинство обследованных лиц характеризовали свое питание как хорошее (в основной группе — 63,4%, 95%-й ДИ 48,7–78,2, в контрольной группе — 74,6%, 95%-й ДИ 63,8–85,4). Примерно третья часть больных в обеих группах находила свое питание удовлетворительным (25,4 и 34,2%).

По другим факторам оценки социального состояния больных наблюдались статистически значимые различия. Так, старожилы были значительно больше ($p = 0,04$) среди не инфицированных хламидиями лиц: 88,9% (95%-й ДИ 80,0–95,4) против 73,2% (95%-й ДИ 58,7–88,9) в группе больных с идентифицированным хламидийным возбудителем. Соответственно, новоселов, проживающих в одном климатическом поясе менее 10 лет, было больше ($p = 0,04$) в основной группе: 26,8% (95%-й ДИ 14,6–41,3) против 11,1% (95%-й ДИ 4,6–20,0). Благоприятный психологический климат в семье чаще отмечали пациенты контрольной группы: 88,9% (95%-й ДИ 80,0–95,4) против 68,3% (95%-й ДИ 53,4–81,5) больных основной группы ($p = 0,01$). Это позволяет сделать предположение о том, что у инфицированных хламидиями пациентов наблюдается большее число стрессовых ситуаций.

Типизация по социальному состоянию показала, что число больных с категорией «благополучный» было практически равным в обеих группах: 4,9% (95%-й ДИ 0,5–13,5) и 9,5% (95%-й ДИ 3,6–17,9). Подавляющая часть респондентов была систематизирована как лица с социальным риском: 78,1% (95%-й ДИ 64,3–89,2) в основной и 84,1% (95%-й ДИ 74,2–92) в контрольной группе. Пациенты, относящиеся к категории «неблагополучный», более чем в 2 раза чаще наблюдались в группе лиц с выявленной хламидийной инфекцией: соответственно 17,1% (95%-й ДИ 7,3–29,9) против 6,4% (95%-й ДИ 1,7–13,6).

Парилова О.В., Капустина Т.А., Кин Т.И. Характеристика медико-социального состояния пациентов с заболеваниями носа...

Таким образом, основное место в структуре типов медицинского и социального состояния больных, страдающих воспалительной патологией носа и околоносовых пазух, независимо от наличия или отсутствия хламидий принадлежало лицам с медицинским и социальным риском. Причем величина доли с медицинским риском у пациентов, не инфицированных хламидиями, была в 1,3 раза выше, чем у лиц с верифицированной хламидийной инфекцией.

Проведенный корреляционный анализ показал наличие прямой умеренной и статистически значимой корреляционной связи (0,4–0,6) между возможностью колонизации хламидиями слизистой оболочки носа с такими критериями, как сниженное физическое развитие, вредное производство, присутствие вредных привычек, в том числе и употребление алкогольных напитков, социальное неблагополучие, психоэмоциональное напряжение, проживание в климатических условиях Восточной Сибири менее 10 лет. Кроме этого, была установлена прямая умеренная корреляционная зависимость между хламидийным инфицированием и наличием трех и более хронических заболеваний.

Заключение

Результаты проведенных исследований показали, что основное место в структуре видов медико-социального состояния больных, страдающих воспалительной патологией верхнего отдела респираторного тракта, независимо от присутствия или отсутствия респираторной хламидийной инфекции принадлежало лицам с одновременным наличием медицинского и социального риска (вид II-B). При этом величина доли этого вида у пациентов, не инфицированных хламидиями, была в 1,5 раза выше, чем у лиц с верифицированной хламидийной инфекцией.

Второе место в обеих группах занимали лица с неудовлетворительным здоровьем и социальным риском (вид III-B), причем больных, отнесенных к этому виду, было в 2 раза больше в группе инфицированных хламидиями лиц.

Третье место независимо от наличия или отсутствия хламидий принадлежало респондентам с медицинским риском (категория II), но если этот тип здоровья в группе больных с не верифицированными хламидиями ассоциировался с благоприятным социальным статусом (категория А), то у инфицированных хламидиями пациентов ему сопутствовала неблагоприятная социальная характеристика (категория С).

Таким образом, у респондентов с подтвержденной лабораторными методами хламидийной инфекцией слизистой оболочки верхних отделов респираторного тракта по сравнению с не инфицированными хламидиями пациентами наблюдался более низкий уровень здоровья и более высокая совокупность негативных социальных факторов.

Подтверждают это заключение и результаты типизации респондентов по состоянию здоровья, которые свидетельствуют о том, что среди инфицированных хламидиями больных значительно больше лиц с категорией «неудовлетворительное здоровье», а также наличие у них большего числа критериев, определяющих социальное неблагополучие.

Литература

1. *Бондарчук В.В., Пониделко С.Н., Киселёв А.С. и др.* Этиопатогенетическая роль хламидий в течении хронических рецидивирующих синуситов // Рос. ринология. 2001. № 2. С. 171–172.
2. *Гастон Дж.* Иммунологические аспекты реактивных артритов, вызванных хламидиями // ИППП. 2001. № 5. С. 4–9.
3. *Гранитов В.М.* Хламидиозы. М.: Мед. книга, 2002. 189 с.
4. *Казанцев А.П.* Хламидиозы // Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина. СПб., 2000. С. 559–582.
5. *Китайгородская В.Ф., Гаращенко Т.И., Китайгородский А.П.* Новые методы диагностики и лечения в оториноларингологии // 8-я науч.-практ. конф. оториноларингологов: Тез. докл. 1998. М., 1998. С. 52–53.
6. *Лайко А.А., Бредун А.Ю., Яновська В.Г.* Роль хламидийной инфекции в хронической патологии околоносовых пазух у детей // Журн. ушных, носовых, горловых болезней. 2004. № 1. С. 40–43.
7. *Лобзин Ю.В., Ляшенко Ю.И., Позняк А.Л.* Хламидийные инфекции. СПб.: Фолиант, 2003. 396 с.
8. *Позняк А.Л., Лобзин Ю.В., Сидорчук С.Н. и др.* Хламидийные поражения дыхательных путей // Эпидемиология и инфекц. болезни. 2002. № 5.

- С. 46—53.
9. *Прилепская В.Н., Абакарова П.Р.* Урогенитальный хламидиоз // Гинекология. 2004. № 7. С. 10—13.
 10. *Ремезов А.П., Неверов В.А., Семёнов Н.В.* Хламидийные инфекции (клиника, диагностика, лечение). СПб., 1995. 44 с.
 11. *Савенкова М.С.* Хламидийная инфекция на пороге третьего тысячелетия // Детские инфекции. 2004. № 1. С. 36—42.
 12. *Семейная медицина. Социально-гигиенические проблемы* / И.П. Артюхов, В.Ф. Капитонов, А.А. Модестов, О.М. Новиков. Новосибирск: Наука, 2005. 264 с.
 13. *Сидоренко И.В.* Место атипичной флоры в этиологии хронических синуситов и выявление ее методом ПЦР-диагностики // Рос. ринология. 2004. № 4. С. 32—34.
 14. *Таточенко В.К., Фёдоров А.М.* О клиническом многообразии респираторного хламидиоза у детей первых месяцев жизни // Актуальные вопросы диагностики и лечения хламидийных инфекций: Материалы всесоюз. совещ. М., 1990. С. 34—36.
 15. *Таха Т.В.* Особенности лечения урогенитального хламидиоза у подростков // Рус. мед. журн. 2006. Т. 14. № 5. С. 369—371.
 16. *Тимошенко П.А., Скороход Г.А., Буцель А.Ч., Кремень Е.В.* Хламидии при ЛОР-заболеваниях // Вестн. оториноларингологии. Материалы Рос. конф. оториноларингологов. М.: МедиаСфера, 2002. С. 70—72.
 17. *Хрянин А.А.* Сексуальное поведение и распространенность урогенитальной хламидийной инфекции среди студентов // Вестн. дерматологии и венерологии. 2004. № 2. С. 45—47.
 18. *Хрянин А.А., Решетников О.В., Кривенчук Н.А. и др.* Распространенность хламидийной и гонококковой инфекции в зависимости от сексуального поведения женщин // Акушерство и гинекология. 2004. № 4. С. 45—47.
 19. *Хрянин А.А., Шликс Т.А.* Практикуемая модель сексуального поведения и выявление хламидийной и гонококковой инфекцией у мужчин, обратившихся в кабинет анонимного обследования и лечения ИППП // Сиб. журн. дерматологии и венерологии. 2004. № 5. С. 62—67.
 20. *Andersen P.* Pathogenesis of lower respiratory tract infections due *Chlamydia*, *Mycoplasma*, *Legionella* and viruses // Thorax. 1998. V. 53. № 4. P. 302—307.
 21. *Bartolome C., Bernardez I., Mata M.* Importance of *Chlamydia pneumoniae* as a new respiratory pathogen // J. Microbiol. 1996. V. 12. № 1. P. 51—54.
 22. *Nalepa P.* *Chlamydia pneumoniae* as an etiologic factor in disease of the respiratory tract // Pol. Merkuriusz. Lek. 1997. V. 3. № 16. P. 208—209.
 23. *Nelson C.T.* *Mycoplasma* and *Chlamydia pneumoniae* in pediatrics // Semin. Respir. Infect. 2002. V. 17. P. 10—14.
 24. *Ogawa H., Hashiguchi K., Kazuyama Y.* Recovery of *Chlamydia pneumoniae* and *Chlamydia trachomatis* in a patient with recurrent tonsillitis, bronchitis and otitis media with effusion // Kansenshogaku Zasshi. 1991. V. 65. № 2. P. 234—238.
 25. *Principi N., Esposito S.* *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae* cause lower respiratory tract disease in paediatric patients // Curr. Opin. Infect. Dis. 2002. V. 15. № 3. P. 295—300.
 26. World Health Organization. Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections. Overview and Estimates. Geneva: WHO, 2001.

Поступила в редакцию 15.12.2008 г.

Утверждена к печати 19.03.2009 г.

Сведения об авторах

О.В. Парилова — научный сотрудник отделения экологической патологии НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН (г. Красноярск).

Т.А. Капустина — д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения экологической патологии НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН (г. Красноярск).

Т.И. Кин — канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения экологической патологии НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, заведующая 2-м хирургическим отделением (г. Красноярск).

Для корреспонденции

Капустина Татьяна Анатольевна, тел. 8 (391-2) 228-06-58, e-mail: TAK34@yandex.ru, rsimpnscn.ru