

Маркина А.Н.¹, Капустина Т.А.¹, Парилова О.В.¹, Белова Е.В.¹
**АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕМЕЙ
С ОЧАГОМ РЕСПИРАТОРНОГО ХЛАМИДИОЗА**

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера»; 660022, Красноярск, Россия

Для корреспонденции: Маркина Анжела Николаевна, канд. мед. наук, старший научный сотрудник
клинического отделения патологии ЛОР-органов. E-mail: Angel.lor.ru@mail.ru

♦ В последние годы в научной медицинской литературе достаточно полно освещены вопросы социальной характеристики больных с урогенитальным хламидиозом, тогда как социальным аспектам респираторного хламидиоза должного внимания не уделено. 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 245 человек. Для диагностики хламидийной инфекции использовали комплекс лабораторных методов (прямой иммунофлюоресцентный и иммуноферментный анализы, полимеразная цепная реакция). Оценку медико-социального состояния членов семьи проводили методом анкетирования. Разработанная авторская анкета включала разделы, отражающие состояние здоровья, факторы риска здоровья и социальную характеристику членов семей ЛОР-больных. В результате исследования обнаружили высокую степень contagiousности хламидийной инфекции в очаге респираторного хламидиоза. Показано, что в семейных очагах респираторного хламидиоза было 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 семьи, имеющих заболевания глотки. В очаге респираторного хламидиоза семей, имеющих "хорошее питание", было существенно меньше, а семей, низко оценивших степень своего социального благополучия, наоборот, было больше. Таким образом, результаты исследования показали, что медицинское и социальное состояние семей, имеющих очаг респираторного хламидиоза, значительно хуже, чем семей с отсутствием последнего.

Ключевые слова: хламидийная инфекция верхнего отдела респираторного тракта; здоровье и социальная характеристика членов семей с очагом респираторного хламидиоза.

Для цитирования: Российский медицинский журнал. 2015; 21 (6): 37—40.

Markina A.N., Kapustina T.A., Parilova O.V., Belova E.V.

THE ANALYSIS OF MEDICAL SOCIAL CONDITION OF FAMILIES WITH FOCUS OF RESPIRATORY CHLAMYDIASIS

The research institute of medical problems of the North, 660022 Krasnoyarsk, Russia

♦ The issues of social characteristic of patients with urogenital chlamydia are covered rather sufficiently in actual scientific medical publications. However, the social aspects of respiratory chlamydia proper consideration is still to be given. The absence of information concerning characteristics of health and social characteristics of members of families in the focus of family respiratory chlamydia became a reason of targeted study of this problems. The article presents characteristics of medical social conditions of members of families of patients with diseases of upper section of respiratory tract associated with chlamydia infection. The sampling consisted of 87 families 44 out of them with verified chlamydia infection (main group) and 43 families of ENT-patients with unverified respiratory chlamydia (control group). The total number of composition of families made up to 245 individuals. The chlamydia infection was diagnosed using complex of such laboratory techniques as direct immune fluorescent and immune-enzyme analysis, polymerase chain reaction. The evaluation of medical social conditions of members of family was implemented using questionnaire survey technique. The originally developed questionnaire included sections reflecting health condition, health risk factors and social characteristic of members of families of ENT-patients. The study established high degree of contagiousness of chlamydia infection in focus of respiratory chlamydia. It is demonstrated that in family focuses of respiratory chlamydia there were more family members frequently and continuously sick with acute diseases and suffering from chronic pathology of different organs and systems. Also in these families chronic pathology of ENT-organs was diagnosed at the expense of larger number of family members with throat diseases. In the focus of respiratory chlamydia families having "good diet" were in much less number and families evaluated their social well-being as low were in by far higher number. Therefore, results of study demonstrated that medical and social condition of families having focus of respiratory chlamydia is much worse than of families without the mentioned focus.

Keywords: chlamydia infection of upper section of respiratory tract; health; social characteristic; family; member of family; focus; respiratory chlamydia.

Citation: Rossiiskii meditsinskii zhurnal. 2015; 21 (6): 37—40. (In Russ.)

For correspondence: Anzhela Markina, MD, PhD. E-mail: Angel.lor.ru@mail.ru

Received 29.11.14

По степени опасности для человека хламидии относятся к абсолютным паразитам, обладающим всеми атрибутами патогенных микроорганизмов. Учитывая особенности путей передачи и высокую степень восприимчивости к хламидийной инфекции, необходимо подходить к этой проблеме с точки зрения внутрисемейного заражения [1, 3, 4]. До настоящего времени проблеме семейного хламидиоза верхних дыхательных путей в ме-

дицинской практике не уделялось должного внимания как в практической деятельности врачей различных специальностей, так и в научных исследованиях. Анализ данных литературы свидетельствует о противоречивости информации о частоте выявления хламидийной инфекции у членов семьи больного с верифицированным хламидийным возбудителем урогенитального тракта. По данным разных авторов, обследование членов семьи

большого хламидиозом урогенитальной локализации показало, что их инфицированность составила от 71 до 100% [1, 6, 8]. Результаты исследования, проведенные А.Н. Маркиной и соавт. (2007), также подтвердили наличие риска инфицирования хламидийной инфекцией членов семей и в очаге респираторного хламидиоза (в 65,9%).

Уникальные особенности строения возбудителя хламидиоза, его клиники и лечения достаточно хорошо освещены в литературе, а медицинские и социальные факторы в очаге респираторного хламидиоза остаются неизученными. В научно-медицинской литературе мы нашли информацию, касающуюся социально-гигиенической характеристики больных с урогенитальным хламидиозом [5, 7]. Отсутствие сведений, отражающих особенности здоровья и социальную характеристику членов семей больных с хламидийной инфекцией респираторного тракта, и явилось причиной прицельного изучения этих аспектов [3].

Цель исследования — провести оценку медико-социального статуса семей ЛОР-больных с хламидийной инфекцией верхнего отдела респираторного тракта.

Материал и методы

Одномоментным методом было обследовано 87 семей ЛОР-больных с острой и хронической патологией верхнего отдела респираторного тракта, находящихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении. Из них 44 семьи пациентов с идентифицированной хламидийной инфекцией (основная группа семей, включающая 24 семьи больных детей и 20 семей больных взрослых) и 43 семьи пациентов, у которых наличие хламидий подтверждено не было (контрольная группа, 22 семьи больных детей

и 21 семья взрослых больных). Совокупный численный состав семей 245 человек: 123 — в основной группе (38 детей, 85 взрослых), 122 — в контрольной (33 ребенка, 89 взрослых лиц). В сравниваемых группах члены семей были сопоставимы по возрастным и половым категориям.

Верификация хламидийной инфекции проводилась по разработанному нами алгоритму лабораторной диагностики [2], включающей два прямых теста (прямой иммунофлюоресцентный анализ и полимеразную цепную реакцию — ПЦР) и один непрямой тест (иммуноферментный анализ). При выполнении ПЦР и иммуноферментного анализа использовали тест-системы "ВекторХлами-ДНК-амли" и "ХламиБест-стрип" ("Вектор-Бест"). Для проведения иммунофлюоресцентного анализа применялись тест-системы "ХламиСлайд" ("Галарт"-Диагностикум).

Медико-социальное состояние семейных людей оценивали методом анкетирования; разработанная нами авторская анкета включала 2 раздела, отражающих состояние здоровья, факторы риска здоровья и социальную характеристику членов семей ЛОР-больных. Описание бинауральных признаков представлено в виде относительной частоты, выраженной в процентах и 95% доверительного интервала (ДИ). Оценка значимости различий показателей проводилась с помощью *t*-критерия Стьюдента и точного критерия Фишера. За максимально приемлемую вероятность α -ошибки (*p*) была принята величина, равная или меньшая 0,05.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования показали высокую степень контагиозности хламидийной инфекции в очаге респираторного хламидиоза. Так, прирост числа инфициро-

Таблица 1

Оценка состояния здоровья членов семей и факторы риска здоровья

Диагностические факторы и критерии	Основная группа (<i>n</i> = 123)		Группа сравнения (<i>n</i> = 122)		<i>p</i>
	абс.	% (95% ДИ)	абс.	% (95% ДИ)	
Острые заболевания в течение года (<i>n</i> ₁ = 123 и <i>n</i> ₂ = 122)					
Отсутствуют	12	9,8 (5,2—15,6)	7	5,7 (2,3—10,5)	0,2
Эпизодические	103	83,7 (76,7—89,7)		93,5 (88,4—97,1)	0,01
Часто болеющие дети	8	6,5 (2,8—11,5)	1	0,8 (0,0—3,2)	0,01
Хронические заболевания (<i>n</i> ₁ = 87 и <i>n</i> ₂ = 71)					
Наличие хронического заболевания		70,7		58,2	0,04
одно	30	34,5 (24,9—44,7)	23	32,4 (22,1—43,7)	0,8
два	34	39,1 (29,1—49,5)	38	53,5 (41,9—64,9)	0,07
три и более	23	26,5 (17,8—36,2)	10	14,1 (7,0—23,1)	0,05
Число лиц с хронической ЛОР-патологией	90	73,2 (65,0—80,6)	52	42,6 (34,0—51,5)	< 0,001
Течение хронического (сопутствующего) заболевания (<i>n</i> ₁ = 87 и <i>n</i> ₂ = 71)					
Компенсированное	68	78,2 (68,9—86,2)	57	80,3 (70,3—88,6)	0,7
Субкомпенсированное	16	18,4 (11,0—27,2)	11	15,5 (8,1—24,8)	0,6
Декомпенсированное	3	3,5 (0,7—8,3)	3	4,2 (0,8—10,1)	0,8
Наличие функциональных нарушений	26	29,9 (20,8—39,9)	11	15,5 (8,1—24,8)	0,03
Условия труда**** (<i>n</i> ₁ = 71, <i>n</i> ₂ = 68)					
Вредное производство	12	16,9 (9,2—26,4)	14	20,6 (11,9—30,9)	0,6
Сменная работа	46	64,8 (53,4—75,4)	29	42,7 (31,2—54,5)	0,01
Совмещение работ	3	4,2 (0,8—10,1)	6	8,8 (3,3—16,7)	0,3
Работа на дому	1	1,4 (0,0—5,4)	1	1,5 (0,0—5,7)	1,0
Вредные привычки (<i>n</i> ₁ = 85, <i>n</i> ₂ = 87)					
Употребление алкоголя	41	48,2 (37,7—58,8)	49	56,3 (45,8—66,5)	0,3
Табакокурение	17	20,0 (12,2—29,1)	27	31,0(21,8—41,1)	0,1

Примечание. *p* — статистическая значимость различий по критерию Стьюдента и точному критерию Фишера.

Таблица 2

Результаты исследования семей по оценке отдельных факторов социального состояния

Диагностический фактор и критерии	Семьи с очагом хламидийной инфекции (n = 44)		Семьи без очага хламидийной инфекции (n = 43)		p
	n	% (95% ДИ)	n	% (95% ДИ)	
Состав семьи					
Полная	25	56,8 (42,1—70,9)	30	69,8 (55,4—82,4)	0,2
Неполная	14	31,8 (19,0—46,2)	12	27,9 (15,7—42,1)	0,7
Смешанная	5	11,4 (3,8—22,3)	1	2,3 (0,0—8,9)	0,08
Оседлость					
Старожилы	40	90,9 (80,8—97,5)	41	95,4 (87,1—99,5)	0,4
Новоселы (проживающие менее 10 лет)	4	9,1 (2,5—19,2)	2	4,7 (0,5—12,9)	0,4
Уровень обеспеченности (прожиточный минимум на одного члена семьи)					
Высокий (выше в 10 раз)	0	—	1	2,3 (0,0—8,9)	—
Выше среднего (в 5—10 раз)	2	4,6 (0,4—12,6)	6	14,0 (5,3—25,8)	0,1
Средний (в 2—5 раз)	35	79,6 (66,5—90,0)	30	69,8 (55,4—82,4)	0,3
Низкий (в 1—2 раза)	7	15,9 (6,7—28,0)	6	14,0 (5,3—25,8)	0,8
Питание					
Хорошее	32	72,7 (58,8—84,7)	38	88,4 (77,2—96,1)	0,06
Удовлетворительное	12	27,3 (15,3—41,2)	5	11,6 (3,9—22,8)	0,06
Плохое	0	—	0	—	—
Психологический климат в семье					
Благоприятный	32	72,7 (58,8—84,7)	29	67,5 (52,9—80,5)	0,6
Неблагоприятный	12	27,3 (15,3—41,2)	14	32,6 (19,5—47,1)	0,6
Степень социального благополучия					
Благополучная	21	47,7 (33,3—62,4)	30	69,8 (55,4—82,4)	0,04
Неблагополучная	23	52,3 (37,6—66,7)	13	30,2 (17,6—44,6)	0,04

ванных лиц составил 30,1%. При этом хламидии были идентифицированы у 73,7% детей и у 62,4% взрослых. Стопроцентная инфицированность членов семьи имела место в 27,3% семей. Инфицированность более двух третей членов семей наблюдалась в 34,1%, от 50 до 60% — в 27,3% семей. Только в 5 (11,4%) семьях инфицированность составила менее одной трети.

Из отдельных критериев, отрицательно влияющих на состояние здоровья (табл.1), в семейных очагах хламидийной инфекции значительно больше было членов семьи, отнесенных к категории часто и длительно болеющих острыми заболеваниями, а также имеющих хроническую патологию различных органов и систем организма (70,7% против 58,2%; $p=0,04$), в том числе три заболевания и более. В семьях с очагом респираторного хламидиоза хронические заболевания чаще сопровождалась функциональными нарушениями. Только в единичных случаях имела место декомпенсация хронической патологии (в 3,5—4,2%; $p=0,8$). В семьях с очагом респираторного хламидиоза хроническая патология ЛОР-органов (см. табл.1), в том числе и воспалительного генеза, диагностировалась в 1,7 и в 2,2 раза чаще ($p<0,001$), чем в семьях контрольной группы семей: соответственно в 73,2% против 42,6% и в 67,5% против 30,3%.

Независимо от наличия или отсутствия семейного очага респираторных органов у членов семьи являлась глотка, причем в семьях инфицированных хламидиями больных эта патология диагностировалась чаще (59,3% против 24,6%; $p<0,001$) за счет большей частоты выявления тонзиллита (20,3% против 5,7%) и фарингита (35% против 10,7%). При этом доля заболеваний глотки в 3 раза превышала долю болезней носа (74,6% против

24,6%). Аналогичные показатели в семьях без очага хламидиоза отличались только в 1,6 раза (55% против 35%).

Отмеченные тенденции были характерны как для детей, так и для взрослых членов семей. Так, у детей из семейного очага хламидиоза по сравнению с детьми из семей, в которых отсутствовал источник инфицирования хламидиями, уровни суммарной хронической патологии ЛОР-органов, хронических заболеваний воспалительного характера, заболеваний глотки составили соответственно 81,6, 71,1, 76,3% против 39,4, 15,2, 30,3% ($p<0,001$). У взрослых членов семей частота указанной выше патологии составила соответственно 69,4, 65,9, 51,8% против 43,8, 36, 22,5% ($p<0,001$). Среди отдельных форм хронической нозологии у взрослых членов семей из очага инфекции чаще диагностировался фарингит (45,9% против 14,6%; $p<0,001$). У детей диагнозы тонзиллита и фарингита были поставлены только в тех семьях, где имелся источник заражения хламидиями (соответственно у 31,6 и 10,5%).

В обеих группах преобладали организованные дети, доля лиц, посещающих детские коллективы (ясли, детские сады, школы), составила 83,3—96,9%. Доля неорганизованных детей была значимо выше в семьях, не имеющих очага респираторного хламидиоза, и составила 16,7% против 3,1% в семьях с очагом хламидийной инфекции ($p=0,06$).

У большинства работающих членов семьи в обеих группах была сменная работа (см. табл.1), но чаще этот критерий отмечался у членов семей с наличием очага респираторного хламидиоза: 64,8% против 42,7% ($p=0,01$). При этом женщин, работающих по-сменному, в основной и контрольной группах было больше, чем мужчин ($p<0,01$): соответственно 65,8% против 34,2% и 69,6% против 30,4%. В обеих группах преобладали лица со стажем работы более 7 лет. Анализируя более детально ответы респондентов, мы выявили, что одновременное наличие двух и более критериев, характеризующих условия труда, было одинаковым в обеих группах ($p=0,7$): у 5 (в 7%) и у 6 (в 8,8%).

Среди вредных факторов производства, отрицательно влияющих на здоровье человека, респонденты наиболее часто отмечали воздействие производственного шума, разнообразных химических веществ и излучений, а также вынужденное положение тела.

По данным опроса выявлено, что члены семей обеих групп были одинаково подвержены таким вредным привычкам, как употребление алкоголя (48,2—56,3%; $p=0,3$) и табакокурение (20—31%; $p=0,1$). При сопоставлении по полу числа лиц, употребляющих алкоголь, оказалось, что в семьях больных с верифицированными хламидиями значительно чаще употребляли алкоголь мужчины (62,5% против 37,5% женщин; $p=0,03$). В семьях, где отсутствовал очаг хламидийной инфекции, число мужчин и женщин, употребляющих алкоголь, составило соответственно 53,1 и 46% ($p=0,5$).

В обеих группах семей преобладали лица с высшим и средним специальным образованием, их доли составили соответственно 40—52,8 и 32,6—43,5%. Второе

место занимали лица, имеющие незаконченное высшее (6,7—9,4%) и среднее (5,9—6,7%) образование. В структуре социального статуса взрослых членов семей наибольшую долю составляли служащие (69,4—73%). Доли остальных категорий социального положения респондентов колебались в интервале 1,2 — 14,1%.

При детальном анализе социального статуса семей установлено, что состав семей был идентичным независимо от наличия или отсутствия очага хламидийной инфекции. Так, значительная часть семей состояла из супругов с детьми или без них (табл.2), что позволило классифицировать эти семьи как полные: 56,8—69,8% ($p=0,2$). Неполных семей, состоящих из одиноких матерей, разведенных женщин и вдов с детьми, было меньше: 27,9—31,8% ($p=0,7$). Еще меньше было семей смешанного типа, включающих супругов, их детей и старшее поколение: 2,3—11,4% ($p=0,08$). В обеих группах отсутствовали юные семьи и преобладали средние семьи (58,1—59,1%; $p=0,9$), возраст супругов в которых составил 30—50 лет.

Значительное число семей по времени проживания их членов в Красноярском крае являлись семьями старожилов (90,9—95,4%; $p=0,4$), и только в единичных семьях срок проживания их членов в данной местности составил менее 10 лет (4,7—9,1%; $p=0,4$). Низкий уровень обеспеченности, превышающий прожиточный минимум в 1—2 раза, а также уровень выше среднего, превосходящий минимум в 5—10 раз, отметили соответственно 14—15,9% ($p=0,8$) и 4,6—14% ($p=0,1$) семей. Только одна семья, в которой не был выявлен очаг хламидийной инфекции, обозначила свой уровень обеспеченности как высокий (в 2,3%).

В структуре питания в семьях ЛОР-больных с идентифицированной и неидентифицированной хламидийной инфекцией верхнего отдела респираторного тракта наблюдались существенные различия, выражающиеся в том, что хорошее питание чаще было в семьях, не имеющих очага хламидиоза (88,4% против 72,7%; $p=0,06$). Удовлетворительное питание было отмечено в 11,6—27,3% семей ($p=0,06$). Плохое питание не было зафиксировано ни в одной семье.

Независимо от наличия или отсутствия инфицированных хламидиями членов семьи психологический климат оценили как благоприятный большинство семей (67,5—72,7%; $p=0,6$). Но доля семей, считающих себя социально неблагополучными, была в 1,7 раза больше в группе семей, имеющих респираторный очаг хламидийной инфекции: 52,3% против 30,2% ($p=0,04$). И, наоборот, семей, причисляющих себя к благополучным в социальном отношении, было больше в контрольной группе (69,8% против 47,7%; $p=0,04$).

Подводя итоги результатов исследования, необходимо отметить, что медицинское и социальное состояние членов семей с очагом респираторного хламидиоза хуже по сравнению с семьями, в которых наличие хламидийной инфекции не подтверждено. Показано, что в семейных очагах респираторного хламидиоза хроническая патология ЛОР-органов диагностировалась чаще по сравнению с семьями неинфицированных хламидиями ЛОР-больных за счет большего числа членов семей, имеющих заболевания глотки. В семьях с верифицированной хламидийной инфекцией была значительно больше доля лиц, отнесенных к категории часто и длительно болеющих острыми заболеваниями, а также име-

ющих хроническую патологию различных органов и систем. Оценка критериев, характеризующих социальное положение, таких как питание и уровень социального благополучия, показала, что семей, имеющих «хорошее питание», было существенно меньше, а семей, низко оценивших уровень своего социального благополучия, наоборот, было больше в семьях с очагом респираторного хламидиоза.

Таким образом, при выявлении инфицированного хламидиями пациента врачи практического здравоохранения разных специализаций должны обследовать всех членов его семьи и провести одновременное лечение лиц с верифицированной инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Делекторский В.В. Семейный хламидиоз: Пособие для врачей. М.: Би.; 1996.
2. Капустина Т.А., Парилова О.В., Кин Т.И., Маркина А.Н. Лабораторная диагностика хламидийной инфекции верхнего отдела респираторного тракта. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2010; 5: 23—6.
3. Маркина А.Н., Капустина Т.А., Кин Т.И. Распространенность респираторного хламидиоза в организованных взрослых коллективах. *Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук*. 2007; 1: 226—8.
4. Маркина А.Н., Капустина Т.А., Кин Т.И., Парилова О.В. Эпидемиологические особенности семейного хламидиоза верхних дыхательных путей. *Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук*. 2007; 1: 228—9.
5. Сергеев В.И., Пинаев К.И., Семериков В.В., Кочкин А.Ю. Факторы риска инфицирования урогенитальным хламидиозом. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2004; 2: 24—7.
6. Синчихин С.П. Урогенитальный хламидиоз у девочек: особенности клиники, диагностики, диспансерного наблюдения: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. М.; 2000.
7. Таха Т.В. Особенности лечения урогенитального хламидиоза у подростков. *Русский медицинский журнал*. 2006; 5: 369—71.
8. Филлин В.Ф., Рудинцева Н.В., Ситкина Л.Н. Инфекция, вызванная *Chlamydia trachomatis* у детей: частота выявления, диагностика и лечение. *Педиатрия*. 1999; 1: 20—2.

REFERENCES

1. Delektorskiy V.V. *Family Chlamydia: A Guide for Physicians [Semeynyy khlamidioz: Posobie dlya vrachey]*. Moscow: Bi.; 1996. (in Russian)
2. Kapustina T.A., Parilova O.V., Kin T.I., Markina A.N. Laboratory diagnosis of chlamydial infection of the upper respiratory tract. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk)*. 2010; 5: 23—6. (in Russian)
3. Markina A.N., Kapustina T.A., Kin T.I. The prevalence of respiratory chlamydia in adults of organized collectives. *Byulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra Sibirskogo otdeleniya Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk*. 2007; 1: 226—8 (in Russian)
4. Markina A.N., Kapustina T.A., Kin T.I., Parilova O.V. Epidemiological features family chlamydia upper respiratory tract. *Byulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra Sibirskogo otdeleniya Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk*. 2007; 1: 228—9 (in Russian)
5. Sergevni V.I., Pinaev K.I., Semerikov V.V., Kochkin A.Yu. Risk factors for infection with urogenital chlamydiosis. *Epidemiologiya i infektsionnye bolezni*. 2004; 2: 24—7 (in Russian)
6. Sinchikhin S.P. *Urogenital Chlamydia in Girls: Clinical Features, Diagnosis, Clinical Supervision*. Diss. Moscow; 2000. (in Russian)
7. Takha T.V. Features of treatment of urogenital chlamydial infection in adolescents. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2006; 5: 369—71. (in Russian)
8. Filin V.F., Rudintseva N.V., Sitkina L.N. Infection caused by *Chlamydia trachomatis* in children: frequency of detection, diagnosis and treatment. *Pediatrya*. 1999; 1: 20—2. (in Russian)

Поступила 29.11.14