

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

Оценка состояния здоровья и социальная характеристика семей с очагом респираторного хламидиоза

Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера, Красноярск

Резюме. Представлен анализ медико-социального состояния 44 семей больных с заболеваниями верхнего отдела респираторного тракта, ассоциированными с хламидийным инфицированием. Сравнение проводилось с 43 семьями оториноларингологических больных с неподтвержденным респираторным хламидиозом. Диагностика хламидийной инфекции осуществлялась с использованием комплекса лабораторных методик (прямого иммунофлюоресцентного и иммуноферментного анализов, полимеразно-цепной реакции). Медико-социальное состояние членов семей оценивалось с помощью специальной авторской анкеты. Показано, что медицинское и социальное состояние семей, имеющих очаг респираторного хламидиоза, значительно хуже по сравнению с семьями с отсутствием последнего. Так, в семьях с верифицированной хламидийной инфекцией было значительно больше лиц, отнесенных к категории часто и длительно болеющих острыми заболеваниями, а также имеющих хроническую патологию различных органов и систем. Кроме того, выявлено, что семей, имеющих «хорошее питание» и достаточную «степень социального благополучия» существенно меньше, чем семей, низко оценивших степень своего социального благополучия. Все это указывает на то, что при выявлении инфицированного хламидиями пациента врачи должны обращать внимание на необходимость обследования всех членов семьи и проводить одновременное лечение всех лиц с верифицированной инфекцией.

Ключевые слова: хламидийная инфекция, верхний отдел респираторного тракта, здоровье, социальная характеристика семей, очаг респираторного хламидиоза, социальное благополучие, иммуноферментный анализ.

Введение. Учитывая особенности путей передачи и высокую степень восприимчивости к хламидийной инфекции, назрела необходимость подхода к этой проблеме с точки зрения внутрисемейного заражения [1, 3–5]. До настоящего времени проблеме семейного хламидиоза верхних дыхательных путей в медицинской практике не уделялось должного внимания как в практической деятельности врачей различных специальностей, так и в научных исследованиях. Анализ литературных данных свидетельствует о противоречивой информации в отношении частоты выявления хламидийной инфекции у членов семьи больного с верифицированным хламидийным возбудителем урогенитального тракта. По данным разных авторов [1, 7, 9], инфицированность членов семьи больного хламидиозом урогенитальной локализации составляет от 71 до 100%. А.Н. Маркина с соавт. [5] в 65,9% случаев также подтвердили наличие риска инфицирования хламидийной инфекцией членов семей в очаге респираторного хламидиоза.

Если вопросы изучения особенностей строения возбудителя хламидиоза, его клиники, лечения, а также социально-гигиенической характеристики больных с урогенитальным хламидиозом достаточно хорошо освещены в литературе [6, 8], то медицинские и социальные факторы в очаге респираторного хламидиоза остаются слабо изученными.

Цель исследования. Оценить медико-социальный статус семей оториноларингологических (ЛОР) больных с хламидийной инфекцией верхнего отдела респираторного тракта.

Материалы и методы исследования. Одновременно обследовано 87 семей ЛОР-больных с острой и хронической патологией верхнего отдела респираторного тракта, находящихся на стационарном лечении в ЛОР-отделении Научно-исследовательского института медицинских проблем Севера г. Красноярска. Хламидийная инфекция диагностирована в 44 семьях, из которых в 24 болели дети и в 20 – взрослые (основная группа). В 43 семьях наличие хламидий не подтверждено (контрольная группа). Совокупный численный состав семей составил 245 человек: в основной группе 123 человека (38 детей и 85 взрослых); в контрольной группе 122 человека (33 детей и 89 взрослых). Обследуемые в группах были сопоставимы по возрасту и полу.

Верификация хламидийной инфекции проводилась по разработанному нами [2] алгоритму лабораторной диагностики включающему две прямые методики (прямой иммунофлюоресцентный анализ и полимеразно-цепная реакция) и одну непрямую (иммуноферментный анализ). Полимеразно-цепная реакция и иммуноферментный анализ проводились с использованием диагностических систем «ВекторХлами-ДНК-амли» и «ХламиБест-стрип», а иммунофлюоресцентный анализ – «ХламиСлайд» и «Галарт»-диагностиком фирмы «Вектор-Бест» (Россия).

Медико-социальное состояние членов семьи оценивалось с помощью авторской анкеты, включающей 2 раздела: оценку состояния здоровья и социальную характеристику членов семьи ЛОР-больного. 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 их обсуждение. В очаге респираторного хламидиоза выявлена высокая степень контагиозности хламидийной инфекции. Так, число инфицированных лиц составило 30,1%. При этом хламидии были идентифицированы у 73,7% детей и у 62,4% взрослых лиц. Стопроцентная инфицированность членов семьи имела место в 27,3% семьях. Инфицированность более двух третей членов семей наблюдалась в 34,1%, от 50 до 60% – в 27,3% семей. И только в 5 (11,4%) семьях инфицированность составила менее одной трети.

Из отдельных критериев, отрицательно влияющих на состояние здоровья, в семейных очагах хламидийной инфекции было значительно больше больных, 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 и более заболеваний. В семьях с очагом респираторного хламидиоза хронические заболевания чаще сопровождались функциональными нарушениями. Только в единичных случаях имела место декомпенсация хронической патологии (3,5–4,2%; $p=0,8$), таблица 1.

В семьях с очагом респираторного хламидиоза хроническая патология ЛОР-органов, 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 респираторного хламидиоза им у членов семьи являлась глотка. Причем в семьях инфицированных хламидиями 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 величина доли 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 раз (55% против 35%).

Отмеченные тенденции были характерны как для детской, так и для взрослой части семей. Так, у детей из семейного очага хламидиоза по сравнению с детьми из семей с отсутствием источника инфицирования хламидиями уровни суммарной хронической патологии ЛОР-органов, хронических заболеваний воспалительного характера, заболеваний глотки составили соответственно 81,6, 71,1 и 76,3% против 39,4, 15,2 и 30,3% ($p<0,001$). У взрослых членов частота указанной выше патологии составила, соответственно, 69,4, 65,9 и 51,8% против 43,8, 36,0 и 22,5% ($p<0,001$). Среди отдельных форм хронической нозологии у взрослых

Таблица 1

Состояние здоровья членов семей и факторы риска здоровья

Диагностический фактор	Основная группа		Контрольная группа		p<
	n	% (95% ДИ)	n	% (95% ДИ)	
Острые заболевания в течение года (n1=123 и n2=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 (n1=87 и n2=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 (n1=87 и n2=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 (n1=71, n2=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
Работает на дому	1	1,4 (0,0–5,4)	1	1,5 (0,0–5,7)	1,0
Вредные привычки (n1=85, n2=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

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 семьях, где имелся источник заражения хламидиями (соответственно, у 31,6 и 10,5%).

В обеих группах преобладали организованные дети. Так, величина доли лиц, посещающих детские коллективы (ясли, детские сады, школы), составила 83,3–96,9%. Но удельный вес неорганизованных детей был значимо выше в семьях, не имеющих очага респираторного хламидиоза, и составил 16,7% против 3,1% в семьях с очагом хламидийной инфекции ($p = 0,06$).

Наличие сменной работы указало большинство лиц в обеих группах, но чаще этот критерий отмечался у членов семей с наличием очага респираторного хламидиоза (64,8% против 42,7%; $p = 0,01$). Причем, женщин, работающих посменно, в основной и контрольной группах было больше, чем мужчин (65,8% против 34,2% и 69,6% против 30,4% соответственно). В обеих группах преобладали лица, имеющие стаж работы более 7 лет. Выявлено, что одновременное наличие двух и более критериев, характеризующих условия труда, было одинаковым в обеих группах: у 5 (7,0%) и у 6 (8,8%) человек соответственно.

Среди факторов профессиональной вредности, отрицательно влияющих на здоровье человека, респонденты наиболее часто отмечали воздействие производственного шума, разнообразных химических

веществ и излучений, вынужденное положение тела.

Выявлено, что члены семей обеих групп были одинаково подвержены таким вредным привычкам, как употреблению алкоголя (48,2–56,3%; $p = 0,3$) и табакокурению (20,0–31,0%; $p = 0,1$). При этом в семьях среди больных с верифицированными хламидиями мужчины употребляли алкоголь в 62,5% случаев женщины – лишь в 37,5% ($p = 0,03$). Подобной ситуации в семьях, где отсутствовал очаг хламидийной инфекции, не наблюдалось: мужчины и женщины употребляли алкоголь, соответственно, в 53,1 и 46,0% ($p = 0,5$).

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 образование (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 обследуемых колебались в интервале от 1,2 до 14,1%.

Установлено, что состав семей был идентичным независимо от наличия или отсутствия очага хламидийной инфекции (табл. 2). Так, значительная часть семей состояла из супругов с детьми или без них, что позволило классифицировать эти семьи как полные: 56,8–69,8% ($p = 0,2$). Неполных семей, состоящих

Таблица 2

Результаты исследования семей по оценке отдельных факторов социального состояния

Диагностический фактор	Семьи с очагом хламидийной инфекции		Семьи без очага хламидийной инфекции		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

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 (30–50 лет).

Значительное число семей по времени проживания в Красноярском крае являлись семьями старожилов (в 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, 14,0–15,9% ($p=0,8$) и 4,6–14,0% ($p=0,1$) семей. И только одна семья, в которой не был выявлен очаг хламидийной инфекции, обозначила свой уровень обеспеченности как высокий (в 2,3%).

Выявлено, что хорошее питание чаще имело место 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, позиционирующих себя как социальнеблагополучные семьи, была в 1,7 раз 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%; $p=0,04$).

Заключение. Выявлено, что медицинское и социальное состояние членов семей с очагом респираторного хламидиоза хуже по сравнению с семьями, где наличие хламидийной инфекции не подтверждено. Показано, что в семейных очагах респираторного хламидиоза хроническая патология ЛОР-органов диагностировалась чаще по

сравнению с семьями неинфицированных хламидиями. В семьях с верифицированной хламидийной инфекцией было значительно больше лиц отнесенных к категории, часто и длительно болеющих острыми заболеваниями, а также имеющих хроническую патологию различных органов и систем. Кроме того, показано, что семей, имеющих «хорошее питание» и достаточную «степень социального благополучия» существенно меньше, чем семей, низко оценивших степень своего социального благополучия. Все это указывает на то, что при выявлении инфицированного хламидиями пациента врачи должны обращать внимание на необходимость обследования всех членов семьи и проводить одновременное лечение всех лиц с верифицированной инфекцией.

Литература

1. Делекторский, В.В. Семейный хламидиоз: пособие для врачей / В.В. Делекторский. – М.: Б.и., 1996. – 22 с.
2. Капустина, Т.А. Лабораторная диагностика хламидийной инфекции верхнего отдела респираторного тракта / Т.А. Капустина [и др.] // Сибир. мед. журн. (Иркутск). – 2010. – № 5. – С. 23–26.
3. Капустина, Т.А. Медико-социальные аспекты хламидийной инфекции верхнего отдела респираторного тракта / Т.А. Капустина [и др.]. – Новосибирск: Наука, 2013. – 130 с.
4. Маркина, А.Н. Эпидемиологические особенности семейного хламидиоза верхних дыхательных путей / А.Н. Маркина [и др.] // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. – 2007. – № 1. – С. 228–229.
5. Маркина, А.Н. Распространенность респираторного хламидиоза в организованных взрослых коллективах / А.Н. Маркина, Т.А. Капустина, Т.И. Кин // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. – 2007. – № 1. – С. 226–228.
6. Сергеев, В.И. Факторы риска инфицирования урогенитальным хламидиозом / В.И. Сергеев [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004. – № 2. – С. 24–27.
7. Синчихин, С.П. Урогенитальный хламидиоз у девочек: особенности клиники, диагностики, диспансерного наблюдения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.П. Синчихин. – М., 2000. – 21 с.
8. Таха, Т.В. Особенности лечения урогенитального хламидиоза у подростков / Т.В. Таха // Рус. мед. журн. – 2006. – № 5. – С. 369–371.
9. Филин, В.Ф. Инфекция, вызванная *Chlamydia trachomatis* у детей: частота выявления, диагностика и лечение / В.Ф. Филин, Н.В. Рудинцева, Л.Н. Ситкина // Педиатрия. – 1999. – № 1. – С. 20–22.

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

Estimation of health state and social characteristics of families with respiratory chlamydiosis hotbed

Abstract. Here we offer the analysis of medical social state of 44 families with upper respiratory tract diseases, associated with *Chlamydia* contamination. They were compared to 43 families of ear-nose-throat-patients with non-confirmed respiratory chlamydiosis. *Chlamydia* diagnostics was carried out by implementing the complex of laboratory techniques (direct immune fluorescent and immune enzyme analysis, polymerase chain reaction). Medical social state of family members was estimated by the questionnaire, worked out by the authors. It was found that medical and social state of the families with respiratory chlamydiosis hotbed is significantly poor as compared to the families where the hotbed is absent. Thus, in families with verified chlamydial infection there were significantly more persons classified as chronically ill and often with acute diseases, as well as having a chronic pathology of various organs and systems. In addition, it was found that there were substantially less families with «good food» and sufficient «degree of social well-being» than families who low rated the extent of their social welfare. All this indicates that during the detection of chlamydia infected patient, doctors should pay attention to the need for a survey of all family members and the simultaneous treatment of all persons with verified infection.

Key words: chlamydia infection, upper respiratory tract, health and social characteristics of the members of families with respiratory chlamydiosis hotbed, social welfare, enzyme immuno-assay.

Контактный телефон: 8-908-021-99-02; e-mail: TAK34@yandex.ru