

3. Клинические методы исследования слюны при кариесе зубов / [Рединова Т.Л., Поздеев А.Р.] - Ижевск, 1994.-24с.
4. Клініка і діагностика первинного туберкульозу органів дихання у дорослих. Методичні рекомендації для лікарів. / [Сахелашвілі М.І., Ільницький І.Г., Чуловська У.Б. та інші.] - Львів, 2001.-25с.
5. Лабунец В.А. Сравнительная характеристика распространенности и интенсивности кариеса зубов среди городского и сельского населения Кировоградской области / В.А.Лабунец //Вісник стоматології.-2004.-№ 2.-С.29-30.
6. Савичук Н.О. Особенности клинических проявлений кариозной болезни у больных на туберкулез легень / Н.О.Савичук, Л.Т.Єрмакова // Современная стоматология .- 2009.- № 4.- С.64-69.
7. Туберкулез: організація діагностики, лікування, профілактики та контролю за смертністю / Ю.І. Фещенко, В.М. Мельник, Л.В. Турченко, [та інші.] - К.: Здоров'я.- 2010.- 448с.

Резюме

**СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С  
ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ  
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

**Иленко Н.Н., Вородюхина А.К., Куликова А.В., Гринь  
В.Э., Вородюхина О.Н.**

Обследовано состояние полости рта у 32 больных с впервые диагностированным ТБ легких. Выявлена высокая интенсивность поражения твердых тканей зубов кариозным процессом и поражениями некариозного происхождения, а также высокая распространенность заболеваний тканей пародонта.

**Ключевые слова:** туберкулез легких, кариес, некариозные поражения, болезни тканей пародонта.

Стаття надійшла 5.07.2011 р.

**THE ORAL CAVITY STATE IN PATIENTS  
WITH PRIMARY DIAGNOSED LUNG  
TUBERCULOSIS**

**Ilenko N.N., Vorodykhina A.K., Kulikova A.V.,  
Grin V.E., Vorodykhina O.N.**

The oral cavity state of 32 patients with primary diagnosed lung tuberculosis has been examined. High intensity of teeth decay and non-carious lesions have been revealed, as well as high spread of periodontal diseases.

**Key words:** lung tuberculosis, teeth decay, non-carious lesions, periodontal diseases.

УДК 616-079.7, 616.12, 616-079.7

И.Р. Исмаилова

Азербайджанский Государственный Институт усовершенствования Врачей им. А. Ализаде, г. Баку,  
Азербайджан

**ВЛИЯНИЕ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ НА СВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА С  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПОПУЛЯЦИИ МУЖСКОГО ПОЛА 20-59 ЛЕТ  
ЗАКАТАЛЬСКОГО РАЙОНА АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Изучена связь ишемической болезни сердца (ИБС) с избыточной массой тела (ИМТ), низкой физической активностью (НФА), артериальной гипертензией (АГ), курением и гиперхолестеринемией (ГХС). Этническая принадлежность не оказывала значительного влияния на показатели взаимосвязи ИБС и факторов риска (ФР). Однако, только у азербайджанцев отсутствовала положительная корреляция ИБС и НФА, и только у аварцев имела место положительная корреляция ИБС и гипертриглицеридемия (ГТГ). Среди цахуров отмечено преимущество в отношении таких ФР как курение, НФА, АГ при наличии ИБС. Здесь налицо полный набор тех факторов, которые являются причиной инсулинорезистентности. Самое главное, что в отсутствии ИБС эти ФР имели высокие значения, что свидетельствует о неблагоприятном характере эпидемиологической ситуации.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, факторы риска, мужчины.

Роль факторов риска в формировании коронарной болезни сердца (КБС) убедительно доказана в популяционно-эпидемиологических исследованиях, широко проводимых во всем мире. Среди большого количества факторов риска (ФР) особое внимание уделяется таким как избыточная масса тела (ИМТ), низкая физическая активность (НФА), артериальная гипертензия (АГ), курение (К), потребление алкоголя (ПА), гиперхолестеринемия (ГХС), гипертриглицеридемия (ГТГ), пониженный уровень холестерина липопротеидов высокой плотности. [4, 10, 12, 13]

На формирование эпидемиологии факторов риска и их взаимосвязи с ишемической болезнью сердца (ИБС) значительное влияние оказывает большое количество факторов и, среди них этническая принадлежность имеет первостепенное значение. [14] Эпидемиологические исследования, изучающие распространенность ФР и их взаимосвязи с ИБС проводятся в Азербайджанской Республике давно. В них были изучены особенности, касающиеся населения г. Баку [5]. Однако Азербайджанская Республика изобилует климатогеографическими зонами. Одна из них - Закавказский район, отличающийся горным и предгорным расположением. О том, какую роль играют климатогеографические условия и, в частности, проживание в горных и предгорных районах, позволили установить популяционно-эпидемиологические исследования на территории бывшего СССР, а также других регионов мира. [8, 9]

Еще одной очень важной отличительной особенностью Закатальского района является состав населения, где представлено очень много национальностей, среди которых численно выделяются азербайджанцы, аварцы, цахуры. Исходя из необходимости иметь наиболее полное представление об эпидемиологии ИБС и ее ФР на территории Азербайджанской Республики, мы изучили взаимосвязь ИБС с ФР на примере Закатальского района с учетом этнического состава населения.

**Целью** работы была оценка, в зависимости от этнической принадлежности, эпидемиологии ИБС, ее факторов риска и связь факторов риска с ИБС среди неорганизованного населения 20-59 лет Закатальского района Азербайджанской Республики.

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования являлась репрезентативная выборка неорганизованного мужского населения трудоспособного возраста, проживающего в горных и предгорных условиях Закатальского района Азербайджанской Республики. Первый этап заключался в распечатке последних списков избирателей Закатальского района Азербайджанской Республики. Эти лица были разделены на возрастные группы 20-29, 30-39, 40-49 и 50-59 лет. Помимо этого были выделены три этнические группы: азербайджанцы, цахуры и аварцы. В каждой этнической и возрастной группах методом «случайных чисел» были сформированы репрезентативные выборки, которые впоследствии верифицировались в адресном бюро района.

В результате этих процедур была сформирована окончательная выборка в каждой из групп обследованных. В них же первичный скрининг прошли более 70%, что позволяет полученные нами данные считать достоверными.

Первичный скрининг прошли 1295 человек – среди них: азербайджанцы 730 человек, аварцы 310 и цахуры 242 человека, соответственно их процентному представительству среди населения в целом. На первом этапе обследования на каждого из мужчин заполнялся вопросник для выявления основных хронических неинфекционных заболеваний, рекомендованный Всероссийским Государственным Центром Профилактической Медицины (г. Москва). Одной из его составных частей является кардиологический вопросник (Rous), вопросник для выявления степени физической активности, наличия привычки курения и потребления алкоголя, артериальной гипертензии. Следующими этапами были: ЭКГ-исследование в 12-ти общепризнанных отведениях с последующей кодировкой по Миннесотскому коду; антропометрия (рост с точностью измерения до 0,5 см без обуви, вес с точностью измерения до 0,5 кг без верхней одежды) с вычислением биомасс индекса (Кетле),  $\text{кг}/\text{м}^2$ ; измерение артериального давления на правой руке после 10-минутного отдыха дважды с последующим вычислением среднего арифметического; определение в плазме крови после 12-14-часового голодания средней концентрации общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП).

ИБС подразделяли на определенную и возможную формы. К определенной ИБС относились: определенный перенесенный инфаркт миокарда по ЭКГ при наличии зубцов Q или QS в отдельных отведениях; стенокардия напряжения, установленная на основании заполнения кардиологического вопросника; сочетание стенокардии напряжения с ишемическими кодами на ЭКГ, которые включали горизонтальное смещение сегмента ST ниже изолинии более чем на 0,5 мм, а также наличие отрицательного, симметричного зубца T глубиной более 0,5 мм при условии отсутствия гипертрофии левого желудочка; безболевая форма при отсутствии стенокардии напряжения и наличии ишемических кодов на ЭКГ. К возможной ИБС относились: возможная ИБС по ЭКГ, когда имели место критерии возможного инфаркта миокарда (отсутствие нарастания зубца R от V<sub>1</sub> до V<sub>4</sub>, уменьшение амплитуды зубца R между двумя соседними отведениями менее 2 мм и т.д.), сочетание ишемических кодов на ЭКГ с гипертрофией левого желудочка, наличие на ЭКГ смещения сегмента ST ниже изолинии менее чем на 0,5 мм и отрицательного зубца T глубиной менее 0,5 мм, а также для лиц старше 40 лет наличие полной AV блокады, полной блокады левой ножки пучка Гиса, желудочковой экстрасистолии; возможный перенесенный инфаркт миокарда при наличии в анамнезе болей, пронизывающих грудную клетку спереди назад, длящихся 30 минут и более.

Критерием наличия АГ было систолическое артериальное давление  $\geq 140$  мм рт. ст. и/или диастолическое артериальное давление  $\geq 90$  мм рт. ст. А также, если обследуемый за последнюю неделю принимал гипотензивные препараты, выписанные врачом. Наличие избыточной массы тела (ИМТ) регистрировалось, если БМИ находился в пределах от 25,0 до 29,9  $\text{кг}/\text{м}^2$ . НФА регистрировалось, если обследуемый в рабочее время проводил сидя более 5 часов в день, а на досуге был физически активен менее 10 часов в неделю. Курившими считали лиц, выкуривавших не менее одной сигареты в день. Потребление алкоголя регистрировалось, если обследуемый указывал на наличие этой вредной привычки. Гиперхолестеринемии соответствовала средняя концентрация ОХС в плазме крови  $\geq 5,0$  ммоль/л, гипертриглицеридемии — средняя концентрация ТГ в плазме крови  $\geq 1,7$  ммоль/л и понижение концентрации ХС ЛПВП, если средняя концентрация ХС ЛПВП в плазме крови  $\leq 1,1$  ммоль/л.

Статистическая обработка проводилась с использованием t-критерия Стьюдента, Манна-Уитни. Достоверность определялась на основании расчета p. Для экстраполяции полученных результатов на все население мужчин Закатальского района нами рассчитывался стандартизованный по возрасту показатель, где стандартом была возрастная структура мужского населения 20-59 лет Закатальского района Азербайджанской Республики.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В самом начале проанализировали взаимосвязь ИБС с ФР в целом (таб. 1) без учета этнической принадлежности.

Таблиця 1

**Связь факторов риска с ИБС**

Возраст	n	ИБС	n	ИМТ %	Алкоголь %	Курение %	НФА %	АГ %	ГХС %	ГТГ %	ГХС ЛПВП %
20-59	1295	ИБС-	1202	39,4±1,4	72,5±1,3	54,6±1,3	28±1,3	38,7±1,4	18,6±2,4	57,2±3,0	0
		ИБС+	93	61,3±5,1	59,1±5,1	67,7±4,4	43±5,1	61,3±5,1	39,5±7,5	69,8±7,0	0

Полученные результаты свидетельствовали о том, что ИМТ статистически достоверно чаще регистрировалась при наличии ИБС по сравнению с ее отсутствием (61,3±5,1% и 39,4±1,4%,  $p < 0,05$ ). Это соответствует результатам большинства эпидемиологических исследований [8]. Наличие этого ФР сочетается с дислипидемией, которая активизирует атерогенез. Помимо вышесказанного, ИМТ является фактором, участвующим в развитии инсулинорезистентности – первого этапа в развитии метаболического синдрома [13].

Потребление алкоголя чаще регистрировалось в отсутствии ИБС (72,5±1,3% и 59,1±5,1%,  $p < 0,05$ ). Здесь также имеется соответствие общепризнанным тенденциям, т.к. убедительно доказано, что потребление алкоголя сопровождается увеличением в плазме крови концентрации ХС ЛПВП, являющегося антиатерогенным фактором [2, 6, 7]. Естественным образом выглядит преобладание распространенности привычки курения при наличии ИБС, по сравнению с ее отсутствием (67,7±4,4% и 54,6±1,3%,  $p < 0,05$ ). Роль курения убедительно доказана в развитии ИБС. Установлено, что гипоксия сосудистой стенки сопровождается увеличением ее проницаемости особенно для липидов, что приводит к атеросклеротическому ее поражению. Это, в свою очередь, вызывает развитие эндотелиальной дисфункции, которая выражается в уменьшении синтеза NO (сосудорасширяющий фактор) и простотцилина P<sub>g</sub> J<sub>2</sub> (сосудорасширяющий фактор). В результате этого увеличивается склонность к спазму коронарных сосудов, ускоряется процесс тромбообразования [11]. Частота регистрации НФА была статистически достоверно больше при наличии ИБС, по сравнению с ее отсутствием (43,0±5,1% и 28,0±1,3%,  $p < 0,01$ ). Здесь также нельзя не отметить то, что НФА является фактором, участвующим в развитии инсулинорезистентности на уровне периферических тканей, начального этапа метаболических нарушений [13].

Распространенность АГ статистически достоверно преобладала при наличии ИБС по сравнению с ее отсутствием (61,3±5,1% и 38,7±1,4% и  $p < 0,01$ ). То, что АГ один из главных ФР для ИБС, не подлежит сомнению, т.к. это установлено практически во всех эпидемиологических исследованиях. В этом процессе основная роль принадлежит гипертрофии левого желудочка, которая на начальном этапе имеет компенсаторное значение, но впоследствии начинает приобретать патологические качества.

Анализируя показатели основных липидов крови, сразу надо отметить полное отсутствие в данной популяции понижение концентрации ХС ЛПВП. Дальнейший анализ показал, что распространенность ГХС более чем в два раза чаще регистрировалась при наличии ИБС по сравнению с ее отсутствием (39,5±7,5% и 18,6±2,4%,  $p < 0,01$ ). Частота регистрации ГТГ также была более значительной при наличии ИБС по сравнению с ее отсутствием (69,8±7,0% и 57,2±3,0%,  $p > 0,05$ ), но статистически недостоверно. Обращает на себя внимание значительная распространенность вышеуказанных факторов риска, что значительно увеличивает риск атерогенеза. Кроме того, нельзя забывать о том, что роль ГХС в формировании метаболического синдрома в настоящее время находится в стадии обсуждения. Что касается ГТГ, то она является одним из признанных критериев, определяющих наличие метаболического синдрома. Такой высокий показатель распространенности ГТГ является предиктором дальнейшего ухудшения эпидемиологической ситуации на популяционном уровне [13]. Далее нами было изучено влияние этнической принадлежности на взаимосвязь ИБС с ФР. ИМТ положительно коррелировала с ИБС среди лиц всех национальностей, но особенно у цахуров. (табл.2)

Таблиця 2

**Связь факторов риска с ИБС у цахуров**

Возраст	n	ИБС	n	ИМТ %	Алкоголь %	Курение %	НФА %	АГ %	ГХС %	ГТГ %	ГХС ЛПВП %
20-59	242	ИБС-	228	27,6±3,0	71,1±3,0	54,8±3,0	22,8±2,8	39±3,2	9,3±4,4	48,8±7,6	0
		ИБС+	14	57,1±13,2	71,4±12,1	78,6±9,4	64,3±12,8	50±13,4	25±15,3	62,5±17,1	0

Частота регистрации ИМТ у лиц с ИБС отмечалась на одном уровне и имела достаточно высокие значения. Фактически 2/3 лиц с ИБС имели такой важный ФР для развития инсулинорезистентности как ИМТ. Поэтому в прогностическом плане эпидемиологическая ситуация у лиц с ИБС выглядит как неблагоприятная. В то же время в отсутствии ИБС частота регистрации ИМТ также была значительной, приближаясь к половине обследованных, особенно среди азербайджанцев и аварцев (табл.3, табл. 4).

Таблиця 3

**Связь факторов риска с ИБС у аварцев**

Возраст	n	ИБС	n	ИМТ %	Алкоголь %	Курение %	НФА %	АГ %	ГХС %	ГТГ %	Гипо-ХС ЛПВП %
20-59	310	ИБС-	285	42,1±2,9	72,3±2,7	54±2,8	22,8±2,5	39,6±2,9	30,2±5,8	68,3±5,9	0
		ИБС+	25	60±9,8	52±10,1	76±7,3	40±9,8	68±9,3	72,7±13,4	90,9±8,7	0

Связь факторов риска с ИБС у азербайджанцев

Возраст	n	ИБС	n	ИМТ %	Алкоголь %	Курение %	НФА %	АГ %	ГХС %	ГТГ %	Гипо-ХС ЛПВП %
20-59	242	ИБС-	678	42,2±1,9	72,9±1,7	54,8±1,7	31,9±1,80	38,1±1,9	16,8±2,9	55,9±3,9	0
		ИБС+	52	61,5±6,7	57,7±6,9	61,6±6,3	38,5±6,7	59,6±6,8	29,2±9,3	62,5±9,9	0

В то же время среди цахуров в отсутствии ИБС распространенность ИМТ была меньше, по сравнению с лицами других национальностей, но недостоверно. Среди азербайджанцев и аварцев частота регистрации ПА была статистически достоверно больше в отсутствии ИБС, по сравнению с ее наличием. Среди цахуров распространенность ПА была практически одинаковой у лиц с ИБС и без нее. Как одну из отличительных особенностей надо отметить, что частота регистрации ПА имела очень высокие значения: более чем 2/3 среди азербайджанцев и аварцев, у цахуров этот показатель был ниже. Но зато он преобладал у них в отсутствии ИБС, что очень важно в отношении прогноза на будущее, т.к. ПА один из факторов, который может способствовать развитию АГ. Помимо этого, потребление алкоголя сочетается с высокой частотой курения, что дополнительно усугубляет состояние больного в плане поражения сердечно-сосудистой системы [2, 6].

У лиц всех национальностей распространенность привычки курения была достоверно выше при наличии ИБС, по сравнению с ее отсутствием.

При наличии ИБС данная привычка курения чаще всего регистрировалась среди цахуров, что подтверждает мнение о том, что частота потребления алкоголя сочетается с большей частотой курения. У цахуров частота данного ФР при наличии ИБС была очень высокой, почти 90%, т.е. это каждые 9 из 10 человек. И это в том случае, когда обследуемый имел ту или иную форму ИБС. Что касается лиц без ИБС, то здесь распространенность курения колебалась в районе 50%, что также увеличивает последующий риск формирования новых случаев ИБС.

НФА, как мы уже отмечали – один из основных факторов, приводящих к формированию инсулинорезистентности, что достоверно доказано [13]. В отношении данного фактора риска этнический признак обуславливал определенные особенности. Так, только у аварцев и цахуров была установлена высокая степень положительной корреляции ИБС с курением (в 2-2,5 раза). У азербайджанцев при наличии ИБС распространенность НФА была значительно меньше, чем у цахуров. Среди цахуров распространенность НФА имела максимальное значение, величина которого снижалась почти вдвое, по сравнению с другими национальностями. Что касается лиц без ИБС, то среди азербайджанцев и цахуров распространенность НФА была идентичной: 1/3 обследованных лиц, а среди аварцев этот ФР имели 1/5.

Один из самых главных ФР для развития ИБС – это АГ. Частота ее регистрации была достоверно выше у лиц всех национальностей при наличии ИБС, по сравнению с ее отсутствием. Однако степень этой положительной корреляции была различной. При наличии ИБС максимальная распространенность АГ регистрировалась среди цахуров, далее она постепенно уменьшалась у аварцев, а среди азербайджанцев этот показатель имел минимальное значение, которое, однако, приближалось к 2/3 обследованных. Т.е. здесь мы сталкиваемся с отсутствием достижения оптимальных цифр артериального давления у лиц, имеющих ИБС. Это, в свою очередь, причина того, что в ближайшем времени у этих лиц могут развиваться фатальные осложнения в виде инсульта и инфаркта миокарда.

При отсутствии ИБС частота регистрации АГ также имела максимальное значение среди цахуров. Далее у лиц других национальностей этот показатель уменьшался, но незначительно, колеблясь в пределах от 40 до 50%. Это, в свою очередь, тоже отрицательный факт, т.к. неконтролируемая АГ является в дальнейшем причиной развития ИБС [3]. Как мы уже указывали, в целом среди населения Закатальского района отсутствовало понижение концентрации ХС ЛПВП.

Относительно ГХС установлено, что ее распространенность наиболее значительно преобладала при наличии ИБС у лиц аварской национальности (более чем в 2 раза), далее следовали цахуры (в 1,5 раза) и азербайджанцы (в 1,7 раза). В данном случае общепризнанный факт получил свое подтверждение [10]. У аварцев распространенность ГХС при наличии ИБС имела максимальное значение, далее шли цахуры, отставая совсем незначительно, а среди азербайджанцев этот показатель был в 2-2,5 раза меньше, по сравнению с лицами других национальностей. В отсутствии ИБС нами была установлена тенденция, аналогичная вышеуказанной. Распространенность ГТГ у азербайджанцев и аварцев преобладала при наличии ИБС, но достоверным это было только у лиц аварской национальности. Среди цахуров тенденция носила обратный характер. Таким образом, ГТГ коррелировала положительным образом с ИБС только у лиц аварской национальности. При наличии ИБС, максимальная частота ГТГ была зарегистрирована среди аварцев и она достигала почти 100%. У азербайджанцев и цахуров этот показатель был меньше почти в 1,5 раза. Что касается лиц без ИБС, то у них частота регистрации ГТГ была максимальной и практически одинаковой у цахуров и аварцев, а у азербайджанцев ее значение было меньше в 1,2 раза. Таким образом, очевидны этнические различия.

Необходимо отметить, что у населения Закатальского района в целом среди мужчин 20-59 лет ИБС демонстрировала положительную корреляцию с такими факторами риска, как ИМТ, курение, НФА, АГ и ГХС. Т.е. здесь налицо полный набор тех факторов, которые являются причиной инсулинорезистентности. Но, что

самое главное, и в отсутствии ИБС эти ФР имели достаточно высокие значения, что свидетельствует о неблагоприятном характере эпидемиологической ситуации. Что касается отдельных этнических групп, то практически во всех из них отмечалась общегрупповая тенденция, за исключением того, что у азербайджанцев отсутствовала положительная корреляция ИБС с НФА, а ГТГ имела положительную корреляционную связь с ИБС только среди аварцев.

#### Выводы

1. В популяции мужчин 20-59 лет, проживающих на территории Закатальского района, ИБС положительно была связана с такими факторами риска как ИМТ, НФА, АГ, курение и ГХС.
2. Этнические различия не оказывали особо выраженного влияния на взаимосвязь ИБС с факторами риска, за исключением того, что у азербайджанцев отсутствовала связь ИБС с НФА и только у аварцев ИБС положительно коррелировала с ГТГ.

*Перспективы дальнейших исследований в данном направлении. Будут дополнительно проводиться исследования по изучению формирования факторов риска и, среди них этнической принадлежности и их взаимосвязи с ишемической болезнью сердца (ИБС).*

#### Литература

1. Акимова Е.В. Динамика распространенности ишемической болезни сердца и риск сердечно-сосудистой смерти в открытой популяции Тюмени. / Акимова Е.В., Кузнецов В.А., Гафаров В.В. // Кардиология. - 2006, № 1. - С. 14-18.
2. Жуковский Г.С. Артериальная гипертензия: эпидемиологическая ситуация в России и других странах. Жуковский Г.С., Константинов В.В., Валамова Т.А. // Русский медицинский журнал. - 1997, т.5, № 9. - С. 1-10.
3. Зейналов А.Ф. Распространенность ИБС в неорганизованной популяции мужчин 20-54 лет г. Баку. / Зейналов А.Ф., Гумбатов Н.Б. // Азерб. мед. журнал. - 1987, № 11. - С.16-20.
4. Константинов В.В. Связь потребления алкоголя с факторами риска и смертностью от сердечно-сосудистых и некоторых других хронических неинфекционных заболеваний среди мужского населения (по материалам одномоментного исследования и 20-летнего проспективного наблюдения). Константинов В.В., Деев А.Д., Капустина А.В. [и др.] // Кардиология. - 1998, № 2. С. 29-36.
5. Петрова Т.В. О взаимосвязи избыточной массы тела, артериальной гипертензии, гиперинсулинемии и нарушения толерантности к глюкозе. Петрова Т.В., Стрюк Р.И., Бобровицкий И.П. и др.] // Кардиология. - 2001, № 2. - С. 30-33.
6. Одинаев Ж.Ф. Продолжительность жизни населения горных регионов Таджикистана / Одинаев Ж.Ф. // Гигиена и санитария. - 2004, № 4. - С. 33-35.
7. Распространенность артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца при разных типах дислипидемий среди мужчин 20-59 лет Москвы / Творогова М.Г., Кошечкин В.А., Жуковский Г.С. [и др.] // Терапевтический архив. - 2004, № 1. - С.9-12.
8. Солодкая Э.С. Питание и факторы риска ишемической болезни сердца у мужчин 30-59 лет города Таллин. Результаты 10-летнего наблюдения. / Солодкая Э.С., Волож О.И., Абина Е.А. [и др.] / Кардиология. - 1997, № 11. - С. 44-49.
9. Тожиев М.С. Распространенность ишемической болезни, основных факторов риска ее развития и эффективность многолетней профилактики на предприятиях в ряде регионов России / Тожиев М.С., Норбеков М.С., Шестов Д.Б. [и др.] // Тер. Архив. - 2004, № 1. - С. 33-39.
10. Чазова И.Е. Метаболический синдром / Чазова И.Е., Мычка В.Б. // Consilium medicum. - 2002, № 11. - С.18-25.
11. Frank M. Sacks Expert Group on HDL Cholesterol. The role of high-density lipoprotein (HDL) cholesterol in the prevention and treatment of coronary heart disease: expert group recommendations / Frank M. Sacks // American J. Cardiology. - July, 2002. - P. 139-143.
12. Keavney B. Genetic epidemiological studies of coronary heart disease / Keavney B. // Int. J. Epidemiol. - Aug 2002; № 31. - P. 730 - 736.
13. Kimm E. Commentary: Alcohol and coronary heart disease – laying the foundation for future work / Kimm E. // Int. J. Epidemiology. - 2001, № 30. - P. 738-739.
14. Mancia G. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. Mancia G., Backerde G., Dominiczka K. A. [et al.] // Eur. Heart J. - 2007, № 28. - P. 1462-1536.

#### Українською

**ВПЛИВ ЕТНІЧНОЇ ПРИНАЛЕЖНОСТІ НА  
ЗВ'ЯЗОК ЧИННИКІВ РИСКУ З ІШЕМІЧНОЮ  
ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В ПОПУЛЯЦІЇ ЧОЛОВІЧОЇ  
СТАТІ 20-59 РОКІВ ЗАКАТАЛЬСЬКОГО РАЙОНУ  
АЗЕРБАЙДЖАНСЬКОЇ РЕСПУБЛІКИ**

**Ісмайлова Н.Р.**

Вивчений зв'язок ішемічної хвороби серця (ІБС)  
з надмірною масою тіла (ІМТ), низькою фізичною

**INFLUENCE OF AN ETHNIC ACCESSORY ON  
COMMUNICATION OF RISK FACTORS WITH  
ISCHEMIC ILLNESS OF HEART IN MALE  
POPULATION OF 20-59 YEARS OF ZAKATAL-  
SKY AREA OF THE AZERBAIJAN REPUBLIC**

**Ismailova N.R.**

Communication of ischemic heart disease  
(IHD) with overweight (OW), low physical activity

активністю (НФА), артеріальною гіпертензією (АГ), курінням і гиперхолестеринемией (ГХС). Етнічна приналежність не мала значного впливу на показники взаємозв'язку ІБС і чинників ризику (ФР). Проте, тільки у азербайджанців була відсутня позитивна кореляція ІБС і НФА, і лише у аварців мала місце позитивна кореляція ІБС і гипертриглицеридемия (ГТГ). Серед цахуров відмічена перевага відносно таких факторів ризику як куріння, НФА, АГ за наявності ІБС. Тут в наявності повний набір тих чинників, які є причиною інсулінорезистентності. Найголовніше, що за відсутності ІБС ці фактори мали високі значення, що свідчить про несприятливий характер епідеміологічної ситуації.

**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця, фактори ризику, чоловіки.

Стаття надійшла 28.06.2011 р.

(LPA), an arterial hypertension (AH), smoking and hypercholesteremia (HCS) has been studied. The ethnic accessory did not render considerable influence on indicators of interrelation ІБС and risk factors (RF). However, only Azerbaijanians did not have positive correlation ІHD and LPA, and only in Avars positive correlation of ІHD and hypertriglyceridemia (HTG) took place. Among sahors advantage concerning such RF as smoking, LPA, AH in the presence of ІHD is noted. Here it is available a full set of those factors which are the reason of insulin resistance. The most important thing that in absence ІHD these RF had high values that testifies to unfavorable character of an epidemiological situation.

**Keywords:** ischemic illness of heart, risk factors, men.

УДК 616.314-002-53:94(477)“0375/1492

Л.Ф. Касикова, А.Б. Артемьев,  
ВФУЗ України «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава

#### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА ПО ВОЗРАСТНЫМ ПЕРИОДАМ У НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ ЭПОХ МЕДИ — ПОЗДНЕГО СРЕДНЕВЕКОВЬЯ

На основании изучения одонтологических коллекций принадлежащих жителям полтавского региона, проживавших в эпохи меди — позднего средневековья, проведен анализ возникновения кариеса в зависимости от возрастных периодов

**Ключевые слова:** патология, кариес, зубы.

*Работа является фрагментом комплексной совместной НИР Высшего государственного учебного заведения Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава) и Государственного учреждения «Институт стоматологии АМН Украины» (г. Одесса) на тему: «Усовершенствовать профилактику и лечение стоматологических заболеваний у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и эндокринной патологией» (шифр АМН Украины 079.10). Государственный регистрационный номер 0110U000271.*

В 1922 г. в «Вестнике государственного зубо врачевания» был опубликован первый труд по стоматологии детского возраста. В царской России государственной системы детской стоматологии не было [1]. Сведений о числе лиц детского и молодого контингента с кариозными полостями (далее — КП), о необходимости мероприятий направленных на профилактику и лечение кариеса зубов у детей в более ранние исторические отрезки времени, нам в известной научной литературе найти не удалось. Представляется актуальным определить возрастные категории, в которых имели место проявления кариеса у населения Украины в разные эпохи истории, особенно если речь идет о периодах не оставивших литературных источников.

**Целью** работы было установление распределения кариозного процесса по возрастным периодам у древнего и древнейшего населения Украины.

**Материал и методы исследования.** Для осуществления поставленной цели, нами были изучены зубы 499 индивидов (обнаруженные и собранные в ходе археологических научно-спасательных раскопок курганов в 2003-2010 гг.), проживавших в V тыс. до н.э. — середине II тыс. н.э. (в периоды энеолита — позднего средневековья), на территории Полтавской области и сопредельных с ней областей.

Черепов представителей эпохи медного века (конец V — начало III тыс. до н.э.) в анализе оказалось — 17 (8 детей, 3 женщины, 6 мужчин), этнокультурным сообществам бронзового века (III — II тыс. до н.э.) принадлежали останки 102 лиц (30 детей, 20 женщин, 52 мужчины), представителей раннего железного века (I тыс. до н.э.) — 223 osoby (40 детей, 79 женщин, 104 мужчины), представителей раннего/развитого средневековья (I тыс. н.э.) — 11 (8 детей, 2 женщины, 1 мужчина), представителей позднесредневекового времени (середина II тыс. н.э.) — 146 (28 детей, 39 женщин, 79 мужчин). При осмотре зубов учитывали наличие кариозных полостей.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Контингент медного века, ни в одной возрастной категории, не имел пораженных зубов (табл.). Во время бронзы, с кариозным процессом обнаружен один индивид в раннем периоде сменного прикуса (поражен молочный зуб). Зубы детей более ранних лет жизни в патологический процесс не вовлечены. Еще один индивид наблюдался с кариозным процессом в возрасте близком к 40 годам. От 40 до 60 лет с кариесом обнаружены 3 osoby, а в возрасте после 60 лет полостей не найдено.