

Таблица 1

Показатели распространенности эрозии шейки матки среди взрослого женского населения ЭЗ сельской местности РД (1996-2005 гг.)

Экологические зоны	Среднегодовые ИП распространенности (1996-2005гг.)	95 доверит. границы	СТП, %	ОР	z
Равнинная (РЭЗ)	298,6	291-306,3	9,1	1,25	15,75
Предгорная (ПЭЗ)	233,9	224,2-243,8	13,4	0,91	4,40
Горная (ГЭЗ)	214,9	207,9-221,9	11,7	0,81	13,12
Север РЭЗ	281,6	270,8-292,6	5,8	1,12	5,65
Юг РЭЗ	238,8	226,4-251,4	13,0	0,94	2,51
Север ПЭЗ	266,5	251,8-281,7	9,4	1,05	1,75
Юг ПЭЗ	202,4	189,7-215,4	17,4	0,79	7,81
Север ГЭЗ	188,8	181,2-196,7	12,8	0,71	17,65
Юг ГЭЗ	280,4	265,7-295,6	8,8	1,11	3,74
Вся с/м	254,4	249,8-259,0	10,6	1,0	0,34

Примечание. Число случаев на 10000 взрослого женского населения

Среднегодовое ИП распространенности эрозии шейки матки среди взрослого женского населения городов РД колеблется от 111,8 по 872,1. Среди городов республики наименьшие показатели отмечены по Хасавюрту, а наибольшие показатели – по Кизилюрту, превышающий предыдущий показатель в 7,8 раза. По городам также отмечен закономерный рост показателей распространенности эрозии шейки матки среди взрослого женского населения по годам, пятилетиям и за весь 10-летний период. Среднегодовой темп прироста (СТП) показателей распространенности за 10-летний период среди взрослого женского населения равнинной зоны сельской местности составил +9,1%, предгорной +13,4, горной +11,7%, тогда, как по всей сельской местности +10,6%, по РД+9,3%. Относительный риск заболеть эрозией шейки матки максимальный на территории РЭЗ (2,69; z – 16,1) отмечен по Кумторкалинскому району, статистически значимый ОР>1 отмечен также по Кизилюртовскому (1,99; z – 18,75), Магарамкентскому (2,63; z – 15,83), Бабаюртовскому (1,48; z – 7,60), Хасавюртовскому (1,29; z – 8,49) и Дербентскому (1,16; z – 3,98) районам. На территории ПЭЗ только по четырем районам (Табасаранскому, Новоласкскому, Казбековскому и Сергокалинскому) ОР заметно превышает единицу, за исключением Сергокалинского района, по которому относительный риск составил 1,08 (z – 1,21). На территории ГЭЗ по 6 сельским районам из 22 ОР>1. Из них по 4 статистически значимо. Наиболее неблагоприятные по ОР районы ГЭЗ: Курахский (2,42 z – 12,07), Цумадинский (1,62; z – 6,83), Рутульский (1,23; z – 2,81), Агульский (1,28; z – 2,30). ИП распространенности эрозии шейки матки у взрослых, СТП и ОР заболеть неблагоприятнее на территории РЭЗ.

Влияние природно-климатических (экологических) особенностей с/м существенно влияет на заболеваемость эрозией шейки матки, однако о влиянии приоритетных антропогенных экологических факторов – ядохимикатов и минеральных удобрений (агрохимикатов), применяемых в сельскохозяйственном производстве на распространенность этих патологий к настоящему времени не изучалось, сколько нибудь систематически. Ниже приведены 2 примера оценки влияния интенсивности применения агрохимикатов в с/м РД на заболеваемость эрозией шейки матки взрослого женского населения с/м.

Пример 1 (табл.2). Как видно при раздельном воздействии суммарной ТН минеральных удобрений, доля влияния на заболеваемость составила 23,45%, а корреляционная связь – 0,48, т.е. средней силы и статистически значим.

Таблица 2

Агрохимикаты: ТН ХОС (I) и ТН мин. удобрений (II)

Результаты дисперсионного анализа	I	II	Комбинированное воздействие	Суммарное воздействие
Доля влияния в %	1,81	23,45	27,06	52,31
Коррел. отношение	0,13	0,48	0,52	0,72
Сила коррел. связи	Влияние не выявлено	Связь средней силы*	Связь средней силы*	Связь сильная*

* – влияние фактора статистически значимо
I – первый экологический фактор, II – второй экологический фактор

Для ТН хлорорганических соединений влияние фактора не установлено, а доля влияния в 13 раз меньше по сравнению с

суммарной ТН минеральных удобрений. При комбинированном воздействии такая же оценка влияния, как и при раздельном воздействии ядохимикатов – корреляционная связь средней силы, статистически значимое влияние. При суммарном воздействии установлено статистически значимое влияние на заболеваемость эрозией шейки матки этих двух факторов. Корреляционное отношение 0,72, связь сильная. Феномен большего влияния при комбинированном и суммарном воздействии 2-х факторов, по-видимому, следует рассматривать, как свидетельство усиления токсического эффекта, т.е. синергизма взятого сочетания.

Пример 2 (табл. 3) Раздельное воздействие карбоминовых кислот и их производных не оказывают влияния на заболеваемость эрозией шейки матки, но при комбинированном воздействии их с ТН минеральных удобрений корреляционное отношение 0,46 и установлено значимое влияние средней силы связи. При суммарном воздействии факторов доля влияния 41,31%, а корреляционная связь средней силы (0,64), статистически значимая.

Таблица 3

ТН карбоминовых кислот и их производных (I) и ТН мин. удобрений (II)

	I	II	Комбинированное воздействие	Суммарное воздействие
Доля влияния в %	0,01	19,78	21,52	41,31
Коррел. отношение	0,01	0,44	0,46	0,64
Сила коррел. связи	Влияние фактора не выявлено	Связь средней силы*	Связь средней силы*	Связь средней силы*

Влияние минеральных удобрений, неорганических металлов-содержащих соединений и некоторых других ядохимикатов следует рассматривать, как реальные факторы риска заболеваемости эрозией шейки матки взрослого женского населения.

Выводы. ИП распространенности эрозии шейки матки широко колеблется по экологическим зонам (равнина, предгорье, горы) и административным районам не только по всей сельской местности, но и на территории одной и той же экологической зоны; установлены территории повышенного риска заболеваемости эрозией шейки матки, что позволит внести коррекцию в профилактическую работу врачей – гинекологов; применение ядохимикатов (пестицидов) и минеральных удобрений в сельскохозяйственном производстве как при раздельном, сочетанном, так и суммарном воздействии – реальный фактор риска заболеваемости эрозией шейки матки взрослого женского населения республики; неблагоприятные отдаленные биологические последствия воздействия агрохимикатов на заболеваемость эрозией шейки матки зависят от интенсивности и номенклатуры, раздельного, комбинированного или суммарного воздействия, соблюдения технологии безопасного применения.

Литература

- 1.Вишнякова С.В. и др. // М., 2002. Т.4, №4.
- 2.Рудакова Е.Б. и др. // М., 2004. Т.6, №4.-С. 184-188.
- 3.Прилепская В.Н. и др.// М., 2002. Т.8.
- 4.Прилепская В.Н. // М., 2007. Т.9, №1.-С. 12-14.
- 5.Новикова В.Н. и др. // М., 2002. №6.

УДК: 617.711-004.1

ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИНДРОМОМ «СУХОГО ГЛАЗА» СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

С.В. ЯНЧЕНКО, А.И. ЕРЁМЕНКО, О.В. БОНДАРЕНКО, О.Н. БОРИСОВА, Е.В. ВАРЛАШИНА, А.С. ЗАРУБИНА, Е.Н. КЛЁСОВА, С.В. ЧЕПУРНЯК, В.А. ШИПИЛОВ*

В течение последнего десятилетия отмечается устойчивая тенденция роста распространенности синдрома «сухого глаза» (ССГ), роговично-конъюнктивального ксероза (РКК) среди населения, а также рост уровня заболеваемости ССГ по данным обращаемости за офтальмологической помощью [1–11]. При этом

* Кубанский ГМУ. каф. глазных болезней, Краснодарский край, гор. Краснодар 350 000, ул. Седина, 4

данные о распространённости ССГ варьируются от 7,8–9,8% [9], до 11,4–16,7% [8], и 63% [10], что определяется различиями диагностических критериев ССГ. Что же касается уровня заболеваемости ССГ, по данным обращаемости, то они колеблются от 25–50% [3], до 67% [1] и до 72,8% [11]. Эти данные определяют актуальность проведения популяционных исследований (основывающихся на единых критериях) в рамках определённых популяций различных территориальных образований, с целью уточнения уровня заболеваемости синдромом «сухого глаза».

Цель исследования – определение уровня заболеваемости синдромом «сухого глаза» среди жителей Краснодарского края.

Материалы и методы. Исследование было выборочным (метод бесповторного отбора), так как, изучение всей генеральной совокупности не представлялось возможным (в связи с отсутствием в МКБ-10 кода для регистрации ССГ). Всего было обследовано 2320 чел. в возрасте от 18 до 82 лет; изучали уровни заболеваемости по данным обращаемости за амбулаторной офтальмологической помощью (1493 чел.) и данным профосмотров (827 чел.). Исследование было мультицентровым и проводилось в соответствии с едиными критериями диагностики ССГ в различных регионах края сотрудниками кафедры глазных болезней Кубанского государственного медицинского университета, а также практическими врачами. Перед проведением настоящей работы врачам офтальмологам были прочитаны лекции, освещающие вопросы диагностики и реабилитации ССГ.

Исследование носило характер скрининга. Всем наблюдавшимся проводилось: анкетирование для изучения субъективных проявлений и факторов риска ССГ, а также, офтальмологическое обследование (прицельная биомикроскопия слёзного мениска, функциональные пробы Норна и Ширмера). Для оценки тяжести ССГ мы пользовались клинической классификацией В.В. Бржеского, Е.Е. Сомова (2003) [1]: ССГ лёгкой степени (высокий слёзный мениск, снижение стабильности прероговичной слёзной плёнки, гиперлакримия); ССГ средней степени тяжести (снижение высоты или отсутствие слёзного мениска, замещение его отёчной складкой бульбарной конъюнктивы, снижение функциональных тестов слёзопroduкции); тяжёлый и очень тяжёлый ССГ (макропризнаки ксероза при значительном снижении функциональных проб). Кроме этого, нами были дополнительно выделены две следующие категории: *здоровые* и *субклинический ксероз* (изменение функциональных тестов без наличия микропризнаков ССГ и «активных» жалоб). При выявлении ССГ, обследованным рекомендовалось проведение лечебных мероприятий.

Результаты. Заболеваемость ССГ по данным обращаемости среди лиц от 18 до 82 лет составила 59,6%. Необходимо отметить, что более чем у 1/3 пациентов с выявленным ССГ «активные жалобы» не было. Отсутствие жалоб у части из них связано с низким общим культурным уровнем и «заниженной шкалой» уровня жизни (серьёзного беспокойства не вызывала даже необратимая потеря зрения одного или обоих глаз в связи с далекозашедшей глаукомой). У остальных отсутствие жалоб могло быть связано с высоким порогом чувствительности. Из «сферы внимания» офтальмолога может «выпадать» значительная доля больных ССГ, не предъявляющих жалоб. У 1/3 пациентов, страдающих ССГ, и предъявляющих «активные жалобы», правильный диагноз ранее не выставлялся. Часть из них получала антибактериальную терапию по поводу хронического конъюнктивита, другим многократно проводилось буживание слёзных путей (при их проходимости) в связи с наличием жалоб на слёзотечение. Правильная диагностика была затруднена в связи с отсутствием витальных красителей, отсутствием осведомлённости офтальмологов «первичного звена» о проявлениях гиперсекреторного ССГ, отсутствием навыков биомикроскопии слёзного мениска и стереотипами мышления.

Показатели структуры заболеваемости ССГ по данным обращаемости оказались следующими: более чем у 95% обследованных ССГ был вторичным (не связан с болезнью Шегрена и другими тяжёлыми аутоиммунными заболеваниями); на долю плохо диагностируемого ССГ лёгкой степени (гиперсекреторного) пришлось 22,2% обследованных; ССГ средней степени тяжести (гипосекреторный ксероз с наличием микропризнаков заболевания в виде уменьшения высоты слёзного мениска или его отсутствия) был выявлен у 72,1%; тяжёлый и очень тяжёлый ССГ диагностирован лишь у 5,7%; у подавляющего большинства лиц пожилого и старческого возраста ССГ был комбинированным (одновременное воздействие множественных факторов риска).

Распространённость субклинического ксероза, по данным обращаемости, составила 21,4%. С увеличением возраста обследованных, наблюдается рост уровня заболеваемости ССГ и уменьшение распространённости субклинического ксероза, что связано с клинической манифестацией ССГ. Лица с субклиническим ксерозом образуют группу риска, за которой надо вести более «активное» наблюдение. Научно-практическое значение проведения более «активного» мониторинга у данной категории лиц обусловлено высокой вероятностью клинической манифестации ССГ при появлении новых факторов риска (офтальмохирургические вмешательства, назначение контактной коррекции, назначение медикаментов, снижающих слёзопroduкцию).

Заболеваемость ССГ, по данным профосмотров, среди лиц от 21–82 лет составила 48,7%. Наличия жалоб не отмечалось у 32% пациентов с диагностированным ССГ. Помимо причин бессимптомного течения ССГ (с наличием микропризнаков заболевания и снижением функциональных тестов слёзопroduкции), приведенных выше, можно предположить у части обследованных диссиммуляцию, связанную с опасением потерять работу.

Показатели структуры заболеваемости РКК, по данным профосмотров: у всех обследованных ССГ был вторичным и комбинированным; ССГ лёгкой степени (гиперсекреторный) был выявлен у 35,3% обследованных; ССГ средней степени тяжести (гипосекреторный) диагностирован у 63,7%. Распространённость субклинического ксероза, по данным профосмотров, составила 26,5%. Учитывая уровень заболеваемости ССГ, по данным профосмотров, преобладание в структуре заболеваемости ранних, в т.ч. бессимптомных форм ССГ, а также высокую распространённость субклинического ксероза, нужно более активное выявление этих категорий лиц при профилактических осмотрах.

Терапия ССГ была комплексной, и включала: слёзозаместительную терапию препаратами искусственной слезы; собственные авторские способы стимуляции слёзопroduкции (блокады синокаротидной рефлексогенной зоны); при тяжёлом и очень тяжёлом «истинном» ССГ – «бандажные» мягкие контактные линзы; «пульс терапию» стероидами и (или) цитостатиками. Слёзозаместительная терапия была рекомендована всем больным ССГ. При начальных проявлениях ССГ она назначалась в виде монотерапии, однако, лица пожилого и старческого возраста, зачастую, не имели достаточной мотивации для проведения инстилляций. Пациенты первого и второго периода зрелого возраста более активно подходили к проведению слёзозаместительной терапии, так как она уменьшала выраженность субъективных проявлений ССГ (чувство инородного тела, слёзотечение, сухость). Часть пациентов пожилого и старческого возраста проводила терапию нерегулярно в связи с социальными причинами или в связи с затруднениями при инстилляциях (сопутствующий артрит, пресбиопия). Учитывая это, а также невозможность (или нежелательность) частых инстилляций (работа в поле, работа на конвейере, «активный» отдых в условиях высокогорья) для проведения инстилляционной заместительной терапии был выбран гель «Видисик». Выбор был обоснован следующими критериями: достаточность лечебного эффекта; удобство инстилляционного режима за счёт длительности его терапевтического действия; отсутствие эпителиотоксичности консерванта (щелочной среды); отсутствие значимых побочных эффектов; оптимальность соотношения «цена – качество» (что является немаловажным для пациентов старшей возрастной группы). Эффективность слёзозаместительной терапии гелем «Видисик» была прослежена нами у 220 лиц с ССГ. При ССГ лёгкой степени, даже в виде монотерапии, большинство пациентов отмечало уменьшение субъективных проявлений ССГ на 2–3 суток (режим инстилляционной терапии от 2 до 4 раз). Режим инстилляционной терапии сочло удобным более 90% пациентов, хорошая переносимость отмечалась более чем у 95% наблюдавшихся.

Заключение. Показаны высокие уровни заболеваемости синдромом «сухого глаза» среди жителей Краснодарского края по данным обращаемости за амбулаторной офтальмологической помощью (59,6%) и данным профосмотров (48,7%). Во всех возрастных группах доминирует вторичный ССГ (более 90%). У подавляющего большинства пациентов пожилого и старческого возраста ССГ является комбинированным (отмечается одновременное воздействие множественных факторов риска). Необходимо отметить, что в структуре заболеваемости по тяжести клинических проявлений преобладает ССГ средней и лёгкой степени, при котором, изменение функциональных тестов сопровождается

наличием только микропризнаков заболевания (изменение высоты слёзного мениска и замещение его конъюнктивальной складкой). Примерно у 1/3 обследованных с наличием микропризнаков ССГ и снижением функциональных тестов слёзопродукции, отсутствуют выраженные субъективные проявления заболевания. Вышеизложенное, является причиной гиподиагностики ранних форм ССГ. У 1/3 пациентов с наличием выраженных субъективных проявлений ССГ, правильный диагноз ранее не выставлялся, что связано со стереотипами мышления и отсутствием навыков прицельной биомикроскопии слёзного мениска. Для преодоления стереотипов мышления врачей практического здравоохранения, а также пациентов, необходимо дальнейшее повышение информированности о данной медикосоциальной проблеме.

Распространённость субклинического РКК также оказалась значительной: по данным обращаемости – 21,4%; по данным профосмотров – 26,5%. Данная категория лиц образует группу риска клинической манифестации ССГ. Учитывая высокие уровни заболеваемости ССГ по данным обращаемости и данным профосмотров, преобладание в структуре заболеваемости ранних, в том числе, бессимптомных форм ССГ, а также распространённость субклинического РКК, необходимо активное выявление этих категорий лиц на этапе первичного офтальмологического обследования, особенно, перед назначением контактной коррекции и проведением офтальмохирургических вмешательств, для своевременного назначения адекватной терапии.

Актуальным является дальнейшее проведение популяционных исследований по проблеме ССГ для уточнения уровней заболеваемости и распространённости ССГ среди всего населения, стратегии индивидуальной и популяционной реабилитации.

Литература

1. Бржесский В.В. и др. Роговично-конъюнктивальный кератоз. – 2-е изд. – СПб, 2003.
2. Ерёмченко А.И. и др. // Клини. офтальмол. – 2006. – Т.7, №3. – С. 3–7.
3. Майчук Ю.Ф. и др. // Клини. офтальмол. – 2007. – Т.8, №4. – С. 21–23.
4. Майчук Д.Ю. // Сб. науч. ст.: Фёдоровские чтения. 2006. – М, 2006. – С. 255–258.
5. Полуни Г.С. и др. // Рефракц. хир. и офтальмол. – 2003. – Т.3, №3. – С. 53–56.
6. Baudouin C. // J. Fr Ophtalmol, 2007. – Vol.30, №3. – P. 239–246.
7. Behrens A. et al. // Cornea, 2006. – Sep. – Vol.25, №8. – P.900–907.
8. Moss S.E. et al. // Arch. Ophthalmol., 2000. – Sept. – Vol.118, №9. – P. 1264–1268.
9. Schaumberg D.A. // Am. J. Ophthalmol., 2003. – Aug. – Vol.136, №2. – P. 318–326.
10. Schirra E. et al. // Ophthalmol., 2004. – Vol.101, №1. – P. 10–11.
11. The Blue Mountains Eye Study (2003) // Clin. Exp. Ophth. – 2003. – Vol.31, №3. – P. 229–232.

УДК 616.314 – 089 – 053

ИНТЕНСИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ СИСТЕМАХ

Д.В. АБРАМОВ, С.Н. ГОНТАРЕВ, И.С. ГОНТАРЕВА, Л.Е. ГОРЯИНОВА, Е.В. ЗЯКУН, А.А. КОЛЕСНИЧЕНКО, Я.В. ЛУЦЕНКО, П.Г. МАМОНТОВ, Л.Б. МОРХОВА, Л.Б. ПАЩЕНКО, М.Ю. ЧЕРНОВ

Стоматологическая заболеваемость как среди детей, так и взрослых остается актуальной проблемой для Российской Федерации и многих стран мира, поскольку интенсивность поражения является высокой [1–4]. Кроме того, стоматологическая заболеваемость по мере увеличения возраста повышается. Одной из причин высокой стоматологической пораженности считается территориальная составляющая. Однако исследование стоматологической пораженности в различных территориальных системах за идентичный временной период не проводилось.

Цель исследования – выявление пространственных закономерностей интенсивности стоматологической заболеваемости в различных территориальных системах.

Материал и методы. Изучена стоматологическая заболеваемость у детей за 1999–2005 гг. на основе индекса *кту* и геоинформационных систем. Использованы математическое ранжирование и методы оценки достоверности совокупностей по χ^2 .

Результаты. Интенсивность заболеваемости временных зубов (ВЗ), оцененная по индексу *кту* и его составляющим, максимальна за 1999–2005г г. в Борисовском районе (табл.). Она практически в 2,5 раза выше среднеобластной величины и была высокой среди других территориальных систем области в течение всего изучаемого периода кроме 2000 г. и 2003 г.

Таблица

Величина *кту* в районах Белгородской области в 1999–2005 гг.

Название района	Годы							Ранг место
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Алексеевский	2,95	3,27	4,72	4,29	3,27	4,02	3,81	4
Белгородский	2,48	3,18	3,59	2,83	2,30	2,38	1,92	8
Борисовский	5,18	4,21	7,97	7,33	6,54	5,09	7,64	1
Валуйский	1,86	2,01	2,44	1,29	1,86	2,12	1,96	15
Вейделеевский	1,05	1,62	1,11	0,61	1,42	1,06	0,80	20
Волоконовский	1,77	1,14	1,40	0,86	1,00	1,11	0,91	19
Губкинский	3,45	4,00	4,30	3,97	3,85	4,29	4,33	3
Грайворонский	3,21	3,63	2,41	2,83	2,45	4,32	4,42	5
Ивнянский	2,11	2,66	1,81	3,09	2,29	2,47	3,22	11
Корочанский	4,07	5,21	5,62	6,96	7,64	3,07	6,60	2
Красноярский	1,50	1,13	1,14	1,51	3,16	2,15	1,46	16
Красногвардейск	0,86	0,90	1,04	1,19	0,96	0,82	0,70	21
Красненский	1,18	1,74	1,07	1,65	1,70	1,35	1,37	17
Новооскольский	1,35	2,37	2,50	1,94	2,56	2,10	1,86	14
Прохоровский	2,50	1,09	2,78	3,48	2,98	3,31	2,35	9
Ракитянский	2,53	3,04	2,28	3,74	3,34	3,35	3,61	6
Ровенский	1,12	0,56	0,40	1,08	0,97	1,15	0,97	22
Старооскольск.	1,27	1,27	1,63	1,91	0,51	1,42	1,29	18
Чернянский	2,73	2,40	2,42	3,41	2,91	3,37	2,78	7
Шебекинский	2,04	1,66	3,97	2,51	2,51	3,01	2,45	10
Яковлевский	2,49	2,51	2,18	2,15	1,89	2,83	3,03	13
г. Белгород	3,80	4,25	4,25	4,99	1,60	1,43	1,60	6
г. Старый Оскол	3,20	2,68	2,62	2,45	2,13	2,12	2,22	12

В эти годы наивысший *кту* отмечался в Корочанском районе, занимающем по результатам ранжирования 2-е место. Особенно высокий *кту* в Борисовском районе наблюдался в 2001 г., составив 7,97 и в 2005 г. – 7,64. В Корочанском районе высокая интенсивность патологии зарегистрирована в 2003 г. Следует отметить и низкий индекс *кту* в Корочанском районе в 2004 г. В данном районе не было значительных подъемов и спадов индекса *кту*. Расчетное значение χ^2 указывает на неравномерность распределения интенсивности заболеваний кариесом ВЗ при числе степеней свободы, равном 132 ($P < 0,001$) и достоверном различии *кту* в Борисовском, Корочанском и Губкинском районах. Индекс *кту* в других территориальных системах достоверно отличается от указанных выше трёх районов. Почти в половине районов Белгородской области за 1999–2005 гг. интенсивность кариеса ВЗ оказалась ниже среднего показателя по области. Однако наиболее низкий индекс *кту* выявлен в Ровенском районе.

Рассматривая пространственные соотношения территорий области с высокой и низкой интенсивностью кариеса ВЗ, необходимо отметить Борисовский район, имеющий высокий *кту* и расположенный на западе области. Корочанский район с высоким индексом *кту* находится на северо-востоке Белгородской области. Территории с низким *кту* расположены компактно на юго-востоке области. Важным является полное совпадение территориальных систем с высокой (кроме Губкинского района) и низкой интенсивностью патологии молочных зубов с районами, в которых установлена высокая и низкая распространенность всех болезней и неосложненного кариеса ВЗ. Среди составляющих индекса *кту* за 1999–2005г г. в среднем по области наибольшую величину имеет показатель $n=1,11 \pm 0,03$. Он достоверно отличается по критерию Стьюдента от среднеарифметических значений в Белгородской области от показателей k и y ($P < 0,001$). Среднее число удалённых вследствие кариеса ВЗ минимально в структуре *кту*. Показатели $k=0,87 \pm 0,02$, $y=0,63 \pm 0,02$, имеют статистически значимые различия от числа пломбированных и удалённых ВЗ.

Геоинформационный анализ составляющих *кту* показал неравномерность распределения показателя k в районах области. Данная составляющая наиболее высока в Борисовском районе и имеет достоверные различия по сравнению с другими районами с значительной его величиной. Сказанное относится, прежде всего, к Корочанскому и Губкинскому районам, следующими по показателю k после Борисовского района. Для последнего характерно