

## СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

oldista@gmail.com

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Робота виконується в рамках спільної планової науково-дослідної роботи кафедри дитячої стоматології та педіатрії № 2 Української медичної стоматологічної академії «Вивчення патогенетичних механізмів реалізації найбільш поширених захворювань дитячого віку, оптимізації діагностики та лікування» 2017-2021 рр. (№ державної реєстрації 0117U004683).

**Вступ.** На сьогодні хронічний гастродуоденіт, хронічний гастрит, гастроезофагіальна рефлюксна хвороба займають провідне місце у структурі захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей [1].

Тенденція до зниження поширеності патології верхніх відділів травного тракту у дітей відсутня, навпаки, відзначається її неухильне зростання.

За даними різних авторів, частота поширення патологій шлунково-кишкового тракту в останні роки зросла в 2-2,5 рази, що пов'язано як з реальним збільшенням числа хворих запальними ураженнями верхніх відділів травного тракту, так і з використанням нових діагностичних прийомів [2].

Доведено наявність тісного взаємозв'язку між стоматологічним здоров'ям і загальним станом організму [3]. Хронічні соматичні захворювання змінюють перебіг фізіологічних і патофізіологічних процесів в організмі в цілому і в порожнині рота зокрема. При цьому змінюється фізіологічний, психологічний, іноді і соціальний статус дитини [4].

Анатомо-фізіологічна близькість, спільність іннервації і гуморальної регуляції створюють передумови залучення органів порожнини рота в патологічний процес при захворюваннях органів шлунково-кишкового тракту [5,6].

При захворюваннях шлунково-кишкового тракту часто виникають запальні процеси тканин пародонту, інтенсивне ураження зубів карієсом та патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота [7].

Першим важливим етапом лікування та профілактики хронічного катарального гінгівіту у дітей із хронічним гастродуоденітом є створення реєстру стоматологічної захворюваності дитячого населення регіону із даною соматичною патологією [8].

**Мета дослідження.** Визначити особливості стоматологічного статусу та перебігу хронічного катарального гінгівіту в дітей молодшого шкільного віку із хронічним гастродуоденітом.

**Об'єкт і методи дослідження.** Нами були оглянуті біля 500 учнів середніх навчальних закладів м. Полтава віком 6-12 років. Із контингенту оглянутих школярів були сформовані 2 групи: 1ша група – соматично здорові діти без ознак запалення тканин пародонту у кількості 104 дитини, така ж кількість соматично здорових дітей із наявністю хронічного катарального гінгівіту склали 2-гу групу.

Також протягом 2018-2019 рр. нами були оглянуті діти, які перебували на плановому стаціонарному лікуванні у відділенні гастроентерології Комунального підприємства «Полтавська міська дитяча клінічна лікарня Полтавської міської ради» та в у відділенні гастроентерології Комунального підприємства «Полтавська обласна дитяча клінічна лікарня Полтавської обласної ради». З цих дітей була сформована третя група у кількості 118 осіб, які мали діагноз хронічний гастродуоденіт (ХГД) та ознаки хронічного катарального гінгівіту (ХКГ).

Стоматологічне обстеження проводили за методикою ВООЗ, 1989, отримані результати занесли до карт обстеження. Стан гігієни порожнини рота оцінювали за індексами Silness-Loe, 1964, та Федорова-Володкіної, 1971. Оцінку важкості гінгівіту проводили за папілярно-маргінально-альвеолярним індексом (РМА) у модифікації Parma, 1960. Як індикатор важкості запалення ясен визначали також папілярний індекс кровоточивості papilla bleeding index (PBI). Оцінка індекса проводиться протягом 30 секунд після зондування в ділянці міжзубного проміжка. 1 ступінь – одиничне точкова кровотеча; 2 ступінь – лінійне/точкова легка кровотеча по краю верхівки сосочка; 3 ступінь – помірна кровотеча із міжзубного ясеневого сосочка (у вигляді трикутника); 4 ступінь – профузна кровотеча, яка виникає безпосередньо після зондування у міжзубному проміжку.

Для проведення порівняльного аналізу щодо ураженості карієсом визначили інтенсивність карієсу за індексами кп, кп+КПВ, КПВ. Ступені тяжкості флюорозу оцінювали згідно класифікації I. Møller (1965), фіксували наявність зубощелепних аномалій та проявів хронічного афтозного стоматиту. За допомогою загальноприйнятних методів медичної статистики проводили обробку результатів досліджень [9].

**Результати дослідження та їх обговорення.** Контингент оглянутих дітей та їх розподіл за віком представлений у таблиці 1.

Кожна з сформованих груп була умовно розділена на 3 підгрупи відповідно до віку дитини 6-7 років, 8-9 років та 10-12 років. Середній вік обстежених здорових дітей склав  $8,34 \pm 0,18$  років, соматично здорових з ХКГ –  $8,48 \pm 0,19$  років та  $9,31 \pm 0,19$  років у групі дітей з ХГД та ХКГ.

Таблиця 1 – Контингент оглянутих дітей

| Вік    | Здорові діти |                  | Здорові діти з хронічним катаральним гінгівітом |                  | Діти з хронічним гастродуоденітом та хронічним катаральним гінгівітом |                  |
|--------|--------------|------------------|---|------------------|---|------------------|
|        | Група 1      |                  | Група 2   |                  | Група 3   |                  |
|        | кількість    | середній вік     | кількість                                       | середній вік     | кількість   | середній вік     |
| 6-7    | 43           | $6,7 \pm 0,07$   | 37  | $6,57 \pm 0,08$  | 33  | $6,7 \pm 0,08$   |
| 8-9    | 36           | $8,33 \pm 0,08$  | 41  | $8,44 \pm 0,08$  | 32  | $8,75 \pm 0,08$  |
| 10-12  | 25           | $11,16 \pm 0,17$ | 26  | $11,27 \pm 0,17$ | 53  | $11,26 \pm 0,11$ |
| Всього | 104          | $8,34 \pm 0,18$  | 104   | $8,48 \pm 0,19$  | 118   | $9,31 \pm 0,19$  |

**Таблиця 2 – Гігієна ротової порожнини за індексами Silness-Loe та Федорова-Володкіної у обстежених дітей**

| Вік     | Здорові діти |           | Здорові діти з хронічним катаральним гінгівітом |            | Діти з хронічним гастродуоденітом та хронічним катаральним гінгівітом |              |
|---------|--------------|-----------|---|------------|---|--------------|
|         | Група 1      |           | Група 2   |            | Група 3   |              |
|         | SL           | PI        | SL  | PI         | SL  | PI           |
| 6-7     | 1,07±0,04    | 1,19±0,02 | 2,62±0,08*                                      | 2,12±0,03* | 2,36±0,09**<br>***  | 2,09±0,03*** |
| 8-9     | 1,03±0,03    | 1,18±0,02 | 2,44±0,08*                                      | 2,24±0,04* | 2,28±0,08**<br>***  | 2,26±0,04*** |
| 10-12   | 1,08±0,06    | 1,21±0,1  | 2,15±0,07*                                      | 2,18±0,04* | 2,11±0,04   | 2,14±0,02*** |
| середня | 1,06±0,02    | 1,19±0,01 | 2,43±0,05*                                      | 2,18±0,02* | 2,23±0,04**<br>***  | 2,16±0,02*** |

**Примітка:** \* – різниця вірогідна при порівнянні між групами 1 та 2, p<0,05; \*\* – різниця вірогідна при порівнянні між групами 1 та 3, p<0,05; \*\*\* – різниця вірогідна при порівнянні групами 1 та 3, p<0,05.

За результатами проведених досліджень ми визначили, що стан гігієни порожнини рота у дітей, що мали запалення пародонту, був незадовільним (таблиця 2). Так, за індексом Федорова-Володкіної гігієна порожнини рота нами оцінена як незадовільна, (2,16±0,02 та 2,18±0,02 бали вірогідно). У дітей, які мали здоровий пародонт і не мали соматичної патології ми визначили добрий стан гігієни порожнини рота (1,19±0,01). Такий стан гігієни порожнини рота демонструють і дані визначення індекса Silness-Loe. Так, у дітей групи 2 та 3 вони були вищими, ніж у здорових соматично дітей, що не мали ознак запалення ясен. До того ж, діти без соматичної патології мали вірогідно гірші показники, ніж діти із ХГД та ХКГ (2,43±0,05 та 2,23±0,04 балів відповідно). Таку різницю ми можемо пояснити тим, що діти, які знаходяться на неодноразовому плановому стаціонарному лікуванні більш медично та стоматологічно освічені.

Запалення ясен в групі дітей, які були хворі на хронічний гастродуоденіт, було найбільш виражено та за даним індексу РМА визначено як гінгівіт середнього ступеня тяжкості – 32,13±0,053% (таблиця 3). Соматично здорові діти з хронічним катаральним гінгівітом мали його легку ступінь тяжкості (25,58±0,31%). Більш виражене запалення ясен у дітей з хронічним гастродуоденітом підтверджено і вищими показниками папілярного індексу кровоточивості – 2,42±0,05 бали. Соматично здорові діти мали нижчу ступінь кровоточивості папілярної ділянки ясен, а саме 0,18±0,04 балів.

**Таблиця 3 – Стан тканин пародонту в обстежених дітей**

| Вік     | Здорові |     | Здорові діти з хронічним катаральним гінгівітом |              | Діти з хронічним гастродуоденітом та хронічним катаральним гінгівітом |             |
|---------|---------|-----|---|--------------|---|-------------|
|         | Група 1 |     | Група 2   |              | Група 3   |             |
|         | PVI     | PMA | PVI   | PMA          | PVI   | PMA         |
| 6-7     | 0,0     | 0 % | 0,0   | 25,95±0,43%  | 2,45±0,09   | 29,76±0,92% |
| 8-9     | 0,0     | 0 % | 0,22±0,07                                       | 25,61±0,5 %  | 2,44±0,09   | 33,13±1,09% |
| 10-12   | 0,0     | 0 % | 0,38±0,1  | 25,0±0,73 %  | 2,4±0,07  | 33,0±0,73%  |
| середня | 0,0     | 0 % | 0,18±0,04                                       | 25,58±0,31 % | 2,42±0,05   | 32,13±0,053 |

**Примітка:** \* – різниця вірогідна при порівнянні між групами 1 та 2, p<0,05; \*\* – різниця вірогідна при порівнянні між групами 1 та 3, p<0,05; \*\*\* – різниця вірогідна при порівнянні групами 1 та 3, p<0,05.

При проведенні обстеження ми виявили хронічний рецидивуючий афтозний стоматит у 3 дітей 2ї групи (7,3%) та 2 дітей 3ї групи (6,25%).

Більшість з обстежених нами дітей мали зубощелепні аномалії та прояви флюорозу (таблиця 4).

У 60,5% соматично здорових дітей з хронічним катаральним гінгівітом діагностований аномалійний прикус, більшість с них мали скупченість зубів на нижній та верхній щелепі, аномалії прикріплення вуздечок верхньої губи, язика та мілке присіння порожнини рота. Серед обстежених нами дітей, що знаходилися на плановому стаціонарному лікуванні з приводу хронічного катарального гастродуоденіту та мали запалення ясен у 67,7% виявлений дисгнатичний прикус.

**Таблиця 4 – Поширеність зубощелепних аномалій та ступінь тяжкості флюорозу в обстежених дітей**

| Вік    | Здорові діти |           | Здорові діти з хронічним катаральним гінгівітом |           | Діти з хронічним гастродуоденітом та хронічним катаральним гінгівітом |           |
|--------|--------------|-----------|---|-----------|---|-----------|
|        | Група 1      |           | Група 2   |           | Група 3   |           |
|        | ЗЩА          | Флюороз   | ЗЩА   | Флюороз   | ЗЩА   | Флюороз   |
| 6-7    | 41,8%        | 0,95±0,12 | 56,7%   | 1,11±0,21 | 57,5%   | 1,21±0,25 |
| 8-9    | 41,6%        | 1,06±0,13 | 60,9%   | 1,10±0,17 | 65,6%   | 1,38±0,2  |
| 10-12  | 88%          | 0,32±0,13 | 65,3%   | 1,38±0,15 | 75,4%   | 1,57±0,13 |
| Всього | 52,8%        | 0,84±0,08 | 60,5%   | 1,17±0,11 | 67,7%   | 1,42±0,11 |

Обстежені нами діти в більшості своїй були мешканцями м. Полтави. Лише біля 30% з них постійно проживають в різних районах Полтавської області. Саме ці діти більш ніж на 70% склали групу 3, тобто вони були обстежені під час планового стаціонарного лікування в гастроентерологічних відділеннях міської та обласної дитячих лікарень. Відомо, що деякі райони Полтавської області мають підвищений вміст фтору в питній воді. Саме цим ми можемо пояснити вищу інтенсивність флюорозу в групі дітей з хронічним гастродуоденітом та хронічним катаральним гінгівітом (1,42±0,11 ступінь) у порівнянні з групами 1 та 2, яку склали школяри м. Полтави (0,84±0,081 ступінь та 1,7±0,11 ступінь відповідно).

У дітей без ознак запалення тканин пародонту інтенсивність карієсу як тимчасових, так і постійних зубів значно нижча, ніж в групі соматично здорових дітей з запаленням ясен та серед дітей з хронічним гастродуоденітом та хронічним катаральним гінгівітом (таблиця 5).

Інтенсивність карієсу постійних зубів вірогідно вища у всі вікові періоди в групі обстежених дітей без соматичної патології з хронічним катаральним гінгівітом, ніж у здорових дітей без запалення ясен (p<0,05). Діти з хронічним гастродуоденітом та хронічним катаральним гінгівітом, починаючи з віку 8-9 років мають вищу інтенсивність карієсу постійних зубів, ніж діти соматично здорові діти з хронічним запаленням ясен та здорові діти без проявів запалення пародонту. Загалом, вона в 2.8 разів перебільшує інтенсивність карієсу постійних зубів у здорових дітей та

в 1,35 разів в групі соматично здорових дітей з гастродуоденітом.

**Висновки.** За даними проведеного дослідження діти з гастродуоденітом та запаленням ясен мали гірший стан гігієни порожнини. Запалення ясен в групі дітей, які були хворі на хронічний гастродуоденіт, було найбільш виражено та за даним індексу РМА визначено як гінгівіт середнього ступеня тяжкості. Соматично здорові діти з хронічним катаральним гінгівітом мали його легку ступінь тяжкості. Більш виражене запалення ясен у дітей з хронічним гастродуоденітом підтверджено і вищими показниками папілярного індексу кровоточивості. У 2\3 обстежених дітей, що знаходилися на плановому стаціонарному лікуванні з приводу хронічного катарального гастродуоденіту та мали запалення ясен виявлений дисгнатичний прикус. Діти з хронічним гастродуоденітом та хронічним катаральним гінгівітом, починаючи з віку 8-9 років мають вищу інтенсивність карієсу

Таблиця 5 – Інтенсивність карієсу зубів у обстежених дітей

| Вік    | Здорові діти |           | Здорові діти з хронічним катаральним гінгівітом |            | Діти з хронічним гастродуоденітом та хронічним катаральним гінгівітом |              |
|--------|--------------|-----------|---|------------|---|--------------|
|        | КПУ          | кп+КПУ    | КПУ   | кп+КПУ     | КПУ   | кп+КПУ       |
| 6-7    | 0,67±0,11    | 1,47±0,21 | 0,32±0,1*                                       | 1,65±0,31  | 0,48±0,1  | 1,58±0,2     |
| 8-9    | 0,67±0,13    | 1,36±0,22 | 1,9±0,28*                                       | 2,73±0,33* | 2,44±0,26**<br>***  | 2,69±0,26*** |
| 10-12  | 0,88±0,13    | 0,88±0,13 | 2,54±0,24*                                      | 2,85±0,28  | 2,74±0,14***  | 2,98±0,15*** |
| Всього | 0,72±0,07    | 1,23±0,13 | 1,5±0,16*                                       | 2,38±0,19* | 2,03±0,13**<br>***  | 2,51±0,12*** |

**Примітка:** \* – різниця вірогідна при порівнянні між групами 1 та 2, p<0,05; \*\* – різниця вірогідна при порівнянні між групами 2 та 3, p<0,05; \*\*\* – різниця вірогідна при порівнянні групами 1 та 3, p<0,05.

постійних зубів, ніж діти соматично здорові діти з хронічним запаленням ясен та здорові діти без проявів запалення пародонту.

**Перспективи подальших досліджень.** Визначені відмінності у стоматологічному статусі дітей з гастродуоденітом спонукають до поглибленого вивчення гомеостазу ротової рідини у цих дітей.

**Література**

1. Karnaukh EV, Yemel'yanova NYu. Kliniko-laboratorni osoblyvosti stomatolohichnoho statusu u ditey z zakhvoryuvannyamy verkhnikh viddiliv shlunkovo-kyshkovyuy trakt, asotsiyuvavsya z helicobacter pylori. Ekolohichni problemy eksperymental'noyi ta klinichnoyi medytsyny. 2012;6:528-32. [in Ukrainian].
2. Vorobyova AV. Osoblyvosti perebihu khronichnoho hastroduodenitu u ditey. Visnyk Novykh medychnyy tekhnolohiy. 2016;12(1-2):30-5. [in Ukrainian].
3. Reyzyvykh OE, Shnyder SA, Noneva ALE. Vzayemozv'yazok chastoty stomatolohichnykh zakhvoryuvan' z rivnem somatychnoho zdorov'ya ditey (Ohlyad literatury). Innovatsiyi v stomatolohii. 2014;3:125-33. [in Ukrainian].
4. Shtompel' AV. Rol' defenzyny v patohenezi osnovnykh stomatolohichnykh zakhvoryuvan' u ditey z khronichnymy zakhvoryuvannyamy shlunkovo-kyshkovoho traktu. Suchasna stomatolohiya. 2018;1(90):50-3. [in Ukrainian].
5. Rusakova YeYu, Aleksyeyeva EO, Zalizna AP. Rezul'taty stomatolohichnoyi dyspanseryzatsiyi ditey z hastroduodenal'noyi patolohiyeyu v prymors'komu krayi. Medychni nauky. Klinichna medytsyna. 2015;5. [in Russian].
6. Rusakova YeYu. Povysheniye effektivnosti stomatologicheskoy reabilitatsii u detey s khronicheskoy somaticheskoy patologiyey [avtoreferat]. 2015. [in Russian].
7. Davydov BN, Havrylova OA, Piekalnit S IYA. Klinichne obhruntuvannya neobkhdnosti mizhdystsyplinarnoho pidkhotu do likuvannya stomatolohichnykh zakhvoryuvan' u ditey z khronichnoyu patolohiyeyu verkhnikh viddiliv travnoho traktu. Stomatolohiya 2015;1:54-6. [in Ukrainian].
8. Bauman SS, Sheshukova OV. Poshirenist' khronichnoho kataral'ni hinhivitu u ditey riznoho viku z hastroduodenitom. Visnik problem biolohiyi y medytsyny. 2020;1(155):17-20. [in Ukrainian].
9. Slavin MB. Metody sistemnogo analiza v meditsinskikh issledovaniyakh. Moskva: Meditsina; 1989. 302 s. [in Russian].

**СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ**

**Шешукова О. В., Бауман С. С.**

**Резюме. Мета.** Визначити особливості стоматологічного статусу та перебігу хронічного катарального гінгівіту в дітей молодшого шкільного віку із хронічним гастродуоденітом.

Стан гігієни порожнини рота у дітей, що мали запалення пародонту, був незадовільним. Запалення ясен в групі дітей, які були хворі на хронічний гастродуоденіт, було найбільш виражено та за даним індексу РМА визначено як гінгівіт середнього ступеня тяжкості, соматично здорові діти з хронічним катаральним гінгівітом мали його легку ступінь тяжкості.

У 60,5% соматично здорових дітей з хронічним катаральним гінгівітом та у 67,7% дітей, що знаходилися на плановому стаціонарному лікуванні з приводу хронічного катарального гастродуоденіту та мали запалення ясен діагностований аномалійний прикус.

У дітей без ознак запалення тканин пародонту інтенсивність карієсу як тимчасових, так і постійних зубів значно нижча, ніж в групі соматично здорових дітей з запаленням ясен та серед дітей з хронічним гастродуоденітом та хронічним катаральним гінгівітом

**Ключові слова:** діти молодшого шкільного віку, хронічний гастродуоденіт, хронічний катаральний гінгівіт.

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ**

**Шешукова О. В., Бауман С. С.**

**Резюме. Цель.** Определить особенности стоматологического статуса и хода хронического катарального гингивита у детей младшего школьного возраста с хроническим гастродуоденитом.

Состояние гигиены полости рта у детей, которые имели воспаление пародонта, было неудовлетворительным. Воспаление десен в группе детей, которые были больные хроническим гастродуоденитом, было наиболее выражено и за данными индекса РМА определено как гингивит средней степени тяжести, соматически здоровые дети с хроническим катаральным гингивитом имели его легкую степень тяжести.

В 60,5% соматически здоровых детей с хроническим катаральным гингивитом и у 67,7% детей, которые находились на плановом стационарном лечении по поводу хронического катарального гастроудоденита и имели воспаление десен диагностирован аномальный прикус.

У детей без признаков воспаления тканей пародонта интенсивность кариеса как временных, так и постоянных зубов значительно ниже, чем в группе соматически здоровых детей с воспалением десен и среди детей с хроническим гастроудоденитом и хроническим катаральным гингивитом.

**Ключевые слова:** дети младшего школьного возраста, хронический гастроудоденит, хронический катаральный гингивит.

### DENTAL PROFILE OF CHILDREN WITH CHRONIC GASTRODUODENITIS

Sheshukova O. V., Bauman S. S.

**Abstract.** Nowadays, chronic gastroduodenitis, chronic gastritis, gastro-esophageal reflux diseases occur the first place in the complex of gastrointestinal diseases in children.

Inflammatory processes of periodontal tissues, damage of teeth by caries and pathological changes of oral mucosa can be present together with gastrointestinal diseases. The first important step of the treatment and prevention of chronic catarrhal gingivitis in children with chronic gastroduodenitis is the development of the record of dental morbidity with somatic pathology.

*The aim* is to determine peculiarities of dental profile and the course of chronic catarrhal gingivitis in midchildhood with gastroduodenitis.

*Object and methods of investigation.* Examined children aged 6-12 years of Poltava were divided into 3 groups: the 1<sup>st</sup> one included somatically healthy children without signs of periodontal tissue inflammation. This group contained 104 children. The same number of somatically healthy children with the presence of chronic catarrhal gingivitis included the 2<sup>nd</sup>. The third group which contained 118 people was examined during in-patient treatment and they had such diagnosis as chronic gastroduodenitis and chronic catarrhal gingivitis.

Dental examination was performed by WHO methods 1989. The status of oral hygiene was evaluated by Silness-Loe 1964 and Fedorova-Volodkina 1971 indexes. The evaluation of gingivitis severity was done by papillary-marginal-alveolar index in Parma modification, 1960 and papilla bleeding index was also determined. To make comparative by caries destruction, intensity of caries of permanent and temporary teeth was determined. The stages of fluorosis intensity were determined by Moller classification 1965.

Based on done results it was determined that condition of oral cavity in children was poor. So, by Fedorova-Volodkina index, oral hygiene was evaluated as unsatisfactory ( $2,16 \pm 0,02$  and  $2,18 \pm 0,02$  grades possible). In children, who had healthy periodontium and did not have somatic pathology we determined oral hygiene as satisfactory one ( $1,19 \pm 0,01$ ). Gums' inflammation in children, who were ill with chronic gastroduodenitis was significantly expressed by papillary-marginal-alveolar index as gingivitis of moderate stage of inflammation. Somatically healthy children with chronic catarrhal gingivitis had mild stage of the disease. Expressed gums' inflammation with chronic gastroduodenitis was confirmed by high indicants of papillary index of bleeding, and somatically healthy children had lower stage of bleeding of papillary gums surface.

During investigation, chronic recurrent aphthous stomatitis was detected in 3 children of the 2<sup>nd</sup> group (7,3%) and 2 children in the 3<sup>rd</sup> one (6,25%).

In 60,5% somatically healthy children with chronic catarrhal gingivitis, abnormal occlusion was diagnosed, most of them had crowding on mandible and maxilla, attachment of frenulum of the upper lip, tongue, and shallow vestibule. Among examined children, who were during in-patient treatment due to catarrhal gingivitis, and suffered from gums' inflammation, dysgnathia was detected in 67,7%.

Intensity of fluorosis in group of children with chronic gastroduodenitis and chronic catarrhal gingivitis was detected ( $1,42 \pm 0,11$  stage) in comparison with groups 1 and 2 ( $0,84 \pm 0,081$  stage and  $17 \pm 0,11$  stage correspondingly).

Children with chronic gastroduodenitis and chronic catarrhal gingivitis beginning at the age of 8-9 years have higher intensity of caries of permanent teeth, than somatically healthy children with chronic gingivitis and healthy children without signs of inflammation of periodontal tissue. Generally, it in 2.8 times increases caries intensity of permanent teeth in healthy children and in 1,35 times in somatically healthy children with gastroduodenitis.

The presence of dentofacial abnormalities and manifestations of aphthous stomatitis was determined. Using general methods of medical statistics, results of investigation were done. Intensity of caries of permanent teeth possibly is higher in all age periods in examined patients without somatic pathology with chronic catarrhal gingivitis, than in healthy children without gums' inflammation.

**Key words:** mid childhood, chronic gastroduodenitis, chronic catarrhal gingivitis.

Рецензент – проф. Ткаченко П. І.  
Стаття надійшла 18.08.2020 року