

ЗАГОСТРЕННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ ЯК СТРЕСОВА РЕАКЦІЯ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНУ КРОВОТЕЧЕЮ

Національний медичний університет імені Данила Галицького

(м. Львів)

Публікація є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної стоматології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Захворювання пародонта. Їх зв'язок з патологією внутрішніх органів та станом довкілля», № державної реєстрації 0110U002155; інв. № 30.002.10.

Вступ. Однією з найбільш складних та нерозв'язаних проблем сучасної стоматології є захворювання тканин пародонта, які за своєю чисельністю посідають друге місце після карієсу зубів [14]. За даними ВООЗ у 98% дорослого населення планети наявні проблеми, пов'язані з патологією тканин пародонта [9]. Пародонтит – запально-дистрофічне захворювання з рецидивуючим перебігом, що є найчастішою причиною втрати зубів, що значно погіршує якість життя дорослого населення [2]. Особливу стурбованість викликає факт найвищого відсотка захворюваності в осіб працездатного віку (35-45 років) – 65-92%, що має велику соціальну складову проблеми генералізованого пародонтиту (ГП) [9].

Дослідженнями клініцистів розкрито мікробні, обмінні та гормональні причини розвитку пародонтиту [7, 8, 14]. У патогенезі ГП значну роль відводять місцевим факторам, однак вагомий вплив мають і системні захворювання, які призводять до глибоких змін організму та структурному ураженню тканин пародонта [13]. Ще у 1923 році McCall і Vox вперше застосували термін «parodontitis complex», під яким розуміли і трактували захворювання тканин пародонта, визначальну роль у виникненні яких відводили системним захворюванням [5]. Доведено, що пародонтит тісно пов'язаний із патологією внутрішніх органів, зокрема виразковою хворобою дванадцятипалої кишки [17]. Питання поєднаних уражень порожнини рота та внутрішніх органів дотепер займає чільне місце серед проблем стоматології [2, 5].

Низкою досліджень також стверджено значну роль змін центральної нервової системи у розвитку генералізованого пародонтиту [11, 18]. Зокрема стресова реакція, фізіологічною основою якої є активація симпато-адреналової системи, що призводить до викиду в судинне русло адреналіну, посідає

вагоме місце у виникненні як ГП, так і виразкової хвороби дванадцятипалої кишки [4, 8, 16].

Особливостям клінічного перебігу ГП у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДПК) присвячено ряд досліджень, водночас відомості про стан тканин пародонта при її ускладненнях є поодинокими [2, 6].

Мета дослідження – визначити поширеність та ступінь тяжкості генералізованого пародонтиту у пацієнтів із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, ускладнену кровотечею, із урахуванням стресової реакції організму.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 35 хворих віком від 21 до 58 років (середній – 39,1 ± 4,3) із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, ускладненою кровотечею, що склали основну групу дослідження. Групу порівняння становили 28 пацієнтів із ВХДПК без ознак кровотечі віком від 19 до 57 років (середній – 34,1 ± 2,2). Обстеження проводили у 1 та 3 хірургічних відділеннях Львівської комунальної міської лікарні швидкої медичної допомоги (ЛКМЛШМД). Фіброгастроуденоскопія була визначальним способом виявлення виразки дванадцятипалої кишки, констатації кровотечі, зупинки геморагії та моніторингу стабільності гемостазу. Появі кровотечі у 97,7% випадків передував період загострення ВХДПК тривалістю від 3 до 8 днів (середня – 4,1 ± 1,8). Більшість госпіталізованих із ВХДПКУК (94,3%) протягом 1-3 діб знаходились у відділенні інтенсивної терапії та анестезіології задля проведення комплексних кровоспинних заходів. Огляд ротової порожнини пацієнтів здійснювали у відділенні щелепово-лицевої хірургії ЛКМЛШМД за згодою лікуючого лікаря-хірурга та при умові задовільного стану хворого, госпіталізованих із ВХДПКУК – здебільшого після 3 доби зупинки кровотечі.

Клінічна оцінка стоматологічного статусу полягала у з'ясуванні скарг, зборі анамнезу та проведенні огляду ротової порожнини. Увагу звертали на зубні відкладення, неприємний запах з рота, патологічну рухомість та оголення шийок зубів, набряк, гіперемію ясен, наявність пародонтальних кишень. З'ясовували дотримання індивідуальної гігієни

порожнини рота, звертання за стоматологічною допомогою та характер отриманого лікування.

Стан ротової порожнини оцінювали за допомогою клінічних показників: проби Шіллера-Писарева, гігієнічного індексу (ГІ) Федорова-Володкіної та пародонтального індексу (ПІ) А. L. Russel (1956). Проба Шіллера-Писарева полягала у обробці ясен розчином Шіллера-Писарева (до складу якого входить 1г йоду, 2г йодиду калію та 40мл дистильованої води), що змінює їх забарвлення від світло-коричневого до темно-бурого кольору при наявності запалення. Гігієнічний індекс Федорова-Володкіної визначали за забарвленням вестибулярної поверхні шести нижніх фронтальних зубів розчином Шіллера-Писарева. Розрахунок ПІ А. L. Russel проводили оглядаючи весь зубний ряд. Навпроти кожного зуба ставили умовні бали (від 0 до 8), що відображали ступінь запально-деструктивного процесу в тканинах пародонта. Для встановлення діагнозу користувались класифікацією захворювань тканин пародонта Н. Ф. Данилевського [7, 10].

Вміст адреналіну у добовій сечі визначали способом хроматографії за методикою Э. Ш. Матлиной и соавт. [10] у сертифікованій центральній науково-дослідній лабораторії ЛНМУ імені Данила Галицького. Катехоламіни виділяли з сечі шляхом колонкової хроматографії з оксидом алюмінію, проводили елюацію 0,25 моль/л розчином оцтової кислоти, диференціацію здійснювали шляхом окислення ферриціанідом калію в середовищі з рН = 8,2. Флуориметрію виконували з використанням довжин хвиль 435-550нм. Дані в групах подавали як $M \pm s$ і порівнювали з допомогою непарного t-критерію з поправкою Левена, оскільки розподіл у групах був нормальним (перевірка з допомогою критерію Колмогорова-Смірнова). Значимість різниць у відносних величинах визначали за t-критерієм Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення. Характерними скаргами були кровоточивість ясен, неприємний запах з рота та надмірна рухомість зубів пацієнтів із ВХДПК і, особливо, ВХДПКУК. Опитуванням з'ясовано, що регулярно (раз у півроку) звертались за стоматологічною допомогою тільки 4,8% зі всіх обстежених осіб. Лише 0,6% пацієнтів основної та 1,1% групи порівняння відзначили консервативне лікування захворювань тканин пародонта, яке було проведено раніше.

За допомогою проби Шіллера-Писарева (**табл. 1**) було встановлено запальний процес в яснах у 76,1% пацієнтів. У 58,3% хворих основної групи спостерігали позитивне та різко позитивне забарвлення, натомість у 17,8% осіб групи порівняння ясна набули слабо позитивного та позитивного забарвлення.

Гігієнічний індекс Федорова-Володкіної (**табл. 2**) показав незадовільний та поганий стан гігієни порожнини рота у 84,5% хворих. Добрий догляд за порожниною рота (1,1-1,5 бала) констатовано лише в 1,7% осіб основної і 2,3% групи порівняння. Задовільний догляд (1,6-2,0 бала) здійснювали 5,4% обстежених із ВХДПКУК при 6,1% у госпіталізованих із ВХДПК без ознак кровотечі.

Таблиця 1

Проба Шіллера-Писарева у хворих на ВХДПКУК та ВХДПК

Проба Шіллера-Писарева	Хворі на ВХДПКУК n=35	Хворі на ВХДПК n=28	p
Негативна	-	-	-
Слабозитивна	-	7,5%	-
Позитивна	31,2%	10,3%	<0,05
Різкопозитивна	27,1%	-	-

Таблиця 2

Гігієнічний стан порожнини рота за ГІ Федорова-Володкіної у хворих на ВХДПКУК та ВХДПК

ГІ Федорова-Володкіної (бали)	Гігієнічний стан порожнини рота	Хворі на ВХДПКУК n=35	Хворі на ВХДПК n=28	p
1,1-1,5	Добрий	1,7%	2,3%	>0,05
1,6-2,0	Задовільний	5,4%	6,1%	>0,05
2,1-2,5	Незадовільний	35,2%	12,1%	<0,05
2,6-3,4	Поганий	26,5%	10,7%	<0,05
3,5-5,0	Дуже поганий	-	-	-

Таблиця 3

Вираженість запально-деструктивного процесу в тканинах пародонта за ПІ А. L. Russel у хворих на ВХДПКУК та ВХДПК

ПІ А. L. Russel (бали)	Стан пародонту	Хворі на ВХДПКУК n=35	Хворі на ВХДПК n=28	p
0-0,1	Інтактний пародонт	-	-	-
0,1-1,0	Початковий ступінь пародонтиту	20,3%	25%	>0,05
1,0-2,0	Пародонтит I ступеня	24,7%	41,4%	<0,05
2,0-4,0	Пародонтит II ступеня	52,2%	18,7%	<0,05
4,0-8,0	Пародонтит III ступеня	-	-	-

З урахуванням ПІ А. L. Russel (**табл. 3**) встановлено діагноз ГП у 97,2% хворих із ВХДПКУК, натомість у пацієнтів із ВХДПК – 87,1% ($p > 0,05$).

Дослідженням встановлено підвищення вмісту адреналіну в добовій сечі як у хворих на ВХДПКУК, так і ВХДПК у порівнянні з нормою (2,0-8,0 мкг/добу). Однак у пацієнтів основної групи діапазон вмісту адреналіну в сечі був більшим, ніж у групі порівняння: 0,5-64,7 мкг/добу проти 4,6-22,8 мкг/добу. Середнє значення концентрації адреналіну в добовій сечі хворих на ВХДПКУК – $32,6 \pm 15,9$ мкг/добу істотно значимо перевищило такий – $13,7 \pm 5,1$ мкг/добу у пацієнтів із ВХДПК ($p < 0,001$).

Після виписки із стаціонару 33 пацієнтів (94,3% від усіх обстежених) оглянуто на кафедрі терапевтичної стоматології ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького із залученням рентгенологічного дослідження, в результаті чого підтверджено наявність ознак діагностованого у стаціонарі генералізованого пародонтиту. Пацієнтам проведено професійну гігієну порожнини рота із наданням рекомендацій щодо подальшого лікування ГП.

Проведене нами дослідження виявило значні проблеми із дотриманням гігієни порожнини рота, особливо пацієнтів із ВХДПКУК. Так, звертає на себе увагу факт значимо більшого числа із незадовільним та поганим гігієнічним станом порожнини рота саме у цього контингенту хворих (табл. 2). Підтверджує названу проблему й вірогідно вищий відсоток позитивної проби Шіллера-Писарева у пацієнтів із ВХДПКУК (табл. 1). Різка погіршення гігієнічного стану порожнини рота хворі основної групи вбачали, зокрема, у значних труднощах щодо дотримання гігієнічних заходів під час перебування у відділенні інтенсивної терапії та анестезіології. Ці дані співзвучні повідомленням у спеціальній літературі щодо важливої ролі стану гігієни порожнини рота у виникненні та загостренні захворювань тканин пародонта [4].

Дослідженням констатовано високу частоту уражень тканин пародонта у хворих ВХДПКУК – 97,2%. Незважаючи на те, що різниця між частотою генералізованого пародонтиту у пацієнтів із ВХДПКУК та ВХДПК сукупно виявилась неістотною, кількість випадків генералізованого пародонтиту I та II ступеня значимо була вищою в основній групі, ніж у групі порівняння (табл. 3).

Вірогідно вищий вміст адреналіну в сечі, саме у хворих на ВХДПКУК свідчить про різке зростання стресу при появі ускладнення – кровотечі. Здебільшого втрата притомності, страх смерті, негайної операції, перебування у відділенні інтенсивної терапії та анестезіології є потужними стресорами для пацієнтів. Відомо, що стрес є складною нейрогуморальною реакцією організму на дію надзвичайних подразників різного походження, патологічний вплив якої на тканини, зокрема пародонта, реалізується

шляхом порушення його кровопостачання, а відтак – і гіпоксії [4, 13, 18]. Отримані в дослідженні дані дають підстави припустити, що ці розлади, при виникненні кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки, відтак гіповолемії та гіпоксемії на фоні психоемоційного стресу, мають потенціюючий негативний вплив на перебіг запальних захворювань тканин пародонта. Характерним є те, що прояви набряку тканин пародонта, які зумовлені зміною проникливості мембран, при стресі і гіпоксії значною мірою обумовлені дією саме адреналіну [3,8]. Зростання концентрації адреналіну в сечі у хворих на ГП відзначили й інші клініцисти [14]. Визначучи значення стресу у патогенезі пародонтиту Marko J. [19] вважав за необхідне виокремити «періодонтальний емоційний стрес-синдром». У той же час Подгаєцька О. Є. [3] прийшла до висновку, що проблема «стрес і пародонт» потребує поглибленого вивчення, оскільки без розкриття механізмів стресорних ушкоджень пародонту неможливим є підбір ефективних лікувально-профілактичних заходів.

Висновки.

1. Генералізований пародонтит діагностовано у 97,2% хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, ускладнену кровотечею.

2. Хворі на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, ускладнену кровотечею мають незадовільний та поганий гігієнічний стан порожнини рота (у 61,7% випадків).

3. У пацієнтів із ВХДПКУК переважає генералізований пародонтит II ступеня (52,2%).

4. Поява ускладнення – кровотечі – призводить до виникнення психоемоційного стресу у хворих на ВХДПК, об'єктивним свідченням чого є значиме збільшення вмісту адреналіну в добовій сечі.

Перспективи подальших досліджень. Подальші наукові дослідження доцільно спрямувати на поглиблене вивчення впливу стресової реакції організму на перебіг генералізованого пародонтиту. Видається доцільним включення антистресової терапії в комплексне консервативне лікування генералізованого пародонтиту вже на етапі перебування хворих у хірургічних відділеннях.

Література

1. Білоус І. В. Адаптаційний синдром як загальна неспецифічна нейроендокринна реакція організму на стрес / І. В. Білоус, В. А. Левицький, О. Т. Білоус // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 16, №3. – С. 111 – 116.
2. Белоклицкая Г. Ф. Стоматологические проявления в ротовой полости у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта / Г. Ф. Белоклицкая, Н. В. Савченко, Т. И. Дзицюк // Український стоматологічний альманах. – 2010. – Т. 2, №2. – С. 66 – 67.
3. Вплив інтервальних гіпоксичних тренувань на ультраструктуру, про- та антиоксидантний баланс у м'яких тканинах пародонта за умов гострого іммобілізаційного стресу / О. Є. Подгаєцька, К. В. Розова, О. О. Гончар [та ін.] // Фізіол. журн. – 2007. – Т. 53, № 1. – С. 33 – 40.
4. Годована О. І. Аспекти етіології та патогенезу запальних і дистрофічно-запальних захворювань пародонту / О. І. Годована // Новини стоматології. – 2010. – №3 (64). – С. 69 – 73.
5. Горбачева И. А. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом / И. А. Горбачева, А. И. Кирсанов, Л. Ю. Орехова // Стоматология. – 2004. – №3. – С. 6 – 11.
6. Давиденко С. В. Патологічні зміни в кістковій тканині пародонта щурів із експериментальною виразкою шлунка та цукровим діабетом / С. В. Давиденко, К. С. Непорада // Український стоматологічний альманах. – 2009. – №2. – С. 3 – 5.
7. Данилевский Н. Ф. Заболевания пародонта / Н. Ф. Данилевский, А. В. Борисенко. – К.: Здоров'я, 2000. – 464 с.

8. Дерейко Л. В. Взаємозв'язок між пародонтом і загальним станом здоров'я / Л. В. Дерейко, В. В. Плешакова // Пародонтологія. – 2011. – № 2 (22). – С. 77 – 84.
9. Дурягіна Л. Х. Ефективність комплексної терапії і профілактики захворювань пародонта у віддалені терміни спостереження за даними психологічного обстеження пацієнтів / Л. Х. Дурягіна, К. М. Косенко, В. А. Вербенко // Вісник стоматології. – 2013. – № 3. – С. 24 – 29.
10. Заболотний Т. д., Борисенко А. В., Марков А. В., Шилівський І. В. Генералізований пародонтит / Т. д. Заболотний, А. В. Борисенко, А. В. Марков, І. В. Шилівський. – Львів : ГалДент, 2011. – 240 с.
11. Изменения нервной системы и их значение в патогенезе генерализованного пародонтита / М. Р. Пузин, Ю. А. Петрович, Т. В. Сухова [и др.] // Рос. стом. журнал. – 2001. – № 1. – С. 38 – 41.
12. Камышников В. С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике / В. С. Камышников. – Минск : МЕДпресс – информ, 2004. – 920 с.
13. Проданчук А. І. Захворювання пародонта і соматична патологія / А. І. Проданчук, І. Д. Кіюн, М. О. Кройтор // Буковинський медичний вісник. – 2012. – Т. 16, № 2 (62). – С. 164 – 168.
14. Роль хелікобактерної інфекції в розвитку захворювань травного тракту і пародонту / Є. П. Маслова, Ю. М. Ілляшенко, Д. В. Маслов [та ін.] // Клінічна та експериментальна патологія – 2010. – Т. IX, № 4 (34). – С. 137 – 139.
15. Скидан К. В. Роль психо-емоциональных расстройств в формировании ранних рецидивов воспалительного процесса в десневой ткани у больных генерализованным пародонтитом / К. В. Скидан // Современная стоматология. – 2004. – № 4. – С. 56-56.
16. Тарасенко Л. М. Факторы, детерминирующие стрессорное повреждение органов полости рта (обзор) / Л. М. Тарасенко // Український стоматологічний альманах. – 2003. – № 4. – С. 27 – 30.
17. Ульянов А. В. Обоснование применения комплексного обследования пациентов для определения плана лечения заболелый пародонта / А. В. Ульянов // Український медичний альманах. – 2010. – Т. 13, № 2. – С. 54 – 55.
18. Шпуліна О. О. Сучасні основи патогенезу пародонтиту (огляд літератури) / О. О. Шпуліна // Український медичний альманах. – 2004. – Т. 7, № 6. – С. 189 – 193.
19. Marko J. Periodontal emotional stress-syndrom / J. Marko // J. Periodont. – 2006. – Vol. 47. – P. 67 – 70.

УДК 616. 314. 18-002. 4-036. 11-02:616. 8-008. 615. 1:616. 34-002. 44

ОБОСТРЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА КАК СТРЕССОВАЯ РЕАКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Заболотный Т. д., Матвийчук Х. Б., Шамлян О. В.

Резюме. С целью оценки влияния стресса на состояние тканей пародонта обследовано 19 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) и 35 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением (ЯБДПКОК). Выявлено существенно большую концентрацию адреналина в суточной моче больных ЯБДПКОК – $32,6 \pm 15,9$ мкг/сутки в сравнении с больными ЯБДПК – $13,7 \pm 5,1$ мкг/сутки ($p < 0,001$). Определенно худшее гигиеническое состояние полости рта было характерной особенностью больных ЯБДПКОК. Положительная проба Шиллера-Писарева существенно чаще имела место у больных ЯБДПКОК ($p < 0,05$). В то же время констатировано статистически значимо большую выраженность воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта по ПИ А. Л. Russel – пародонтита II степени – у больных ЯБДПКОК – 52,2% в сравнении с ЯБДПК – 18,7% ($p < 0,05$). Проведенное исследование дает основание считать, что возникновение осложнения ЯБДПК – кровотечения – приводит к возникновению психоэмоционального стресса у больных, что является существенной причиной ухудшения состояния ротовой полости и обострения пародонтита.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, кровотечение, стресс.

УДК 616. 314. 18-002. 4-036. 11-02:616. 8-008. 615. 1:616. 34-002. 44

ЗАГОСТРЕННЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ ЯК СТРЕСОВА РЕАКЦІЯ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНУ КРОВОТЕЧЕЮ

Заболотний Т. д., Матвійчук Х. Б., Шамлян О. В.

Резюме. З метою оцінки впливу стресу на стан тканин пародонта обстежено 19 хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДПК) та 35 пацієнтів із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, ускладненою кровотечею (ВХДПКУК). Виявлено вірогідно вищу концентрацію адреналіну в добовій сечі хворих на ВХДПКУК – $32,6 \pm 15,9$ мкг/добу у порівнянні з хворими на ВХДПК – $13,7 \pm 5,1$ мкг/добу ($p < 0,001$). Істотно гірший гігієнічний стан порожнини рота був характерний для хворих на ВХДПКУК. Позитивну пробу Шіллера-Писарева істотно частіше виявлено у хворих на ВХДПКУК ($p < 0,05$). Відзначено статистично вірогідно більшу вираженість запально-деструктивного процесу у тканинах пародонту за ПИ А. Л. Russel – ГП II ступеня – у хворих на ВХДПКУК – 52,2% у порівнянні з ВХДПК – 18,7% ($p < 0,05$). Проведене дослідження дає підстави вважати, що поява ускладнення ВХДПК – кровотечі – призводить до виникнення психоемоційного стресу у хворих, що стає вагомою причиною погіршення стану ротової порожнини та загострення пародонтиту.

Ключові слова: генералізований пародонтит, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, кровотеча, стрес.

UDC 616. 314. 18-002. 4-036. 11-02:616. 8-008. 615. 1:616. 34-002. 44

Exacerbation of Generalized Parodontitis as Stress Reaction in Patients with Duodenal Peptic Ulcer Disease Complicated by Bleeding

Zabolotnyy T. D., Matviychuk K. B., Shamlyan O. V.

Abstract. Generalized parodontitis (GP) is one of the most difficult and unsolved problems of modern dentistry, which occupies the second place after dental caries. According to the WHO data, as much as 98% of the adult population of our planet have problems associated with parodontium pathology. Parodontitis is an inflammatory-dystrophic disease with relapsing course, which is a common cause of tooth loss, seriously affecting the life quality of the adult population. The fact of high (65-92%) morbidity poses a particular concern in 35-45 aged working persons, which is a large social component of the problem of GP.

Clinical researches disclosed microbial, metabolic and hormonal causes of parodontitis. A significant role is given to the local factors in the pathogenesis of GP, however, systemic diseases that lead to profound changes of the body and structural lesions of parodont tissues also seem to have an important influence. As early as in 1923, McCall and Box for the first time used the term "parodontitis complex", interpreting the parodont disease, the decisive role in the occurrence of which was played by a systemic disease. It is proved that parodontitis is closely associated with the pathology of internal organs, especially duodenal peptic ulcer disease (DPUD). The question of combined lesions of the oral cavity and gut still occupy a leading place among the problems of dentistry.

A number of studies have also confirmed the major role of changes of the central nervous system in the development of GP. In particular, stress reaction, physiological basis of which is the activation of sympathoadrenal system, leading to the release of adrenaline into the bloodstream, is an important component in development of both the GP and DPUD.

Several researches are devoted to peculiarities of clinical course of the GP in patients with DPUD, but reports about the condition of parodont tissues when its complications are scarce.

Numerous studies were devoted to disclose the influence of DPUD on parodontal disease. Nevertheless, only few reports describe the parodont in patients with complicated DPUD, especially complicated by bleeding.

It is suggested that antistress therapy can be included in the complex conservative treatment of GP already during the stay of patients in the surgical department.

With the aim of evaluation of stress influence on the state of parodontal tissues, we had investigated 19 patients with DPUD and 35 patients with DPUD, complicated by bleeding (DPUDCB). The stress response to bleeding was assessed by the level of adrenaline in 24h urine samples using fluorometric method of E. S. Matlina. Condition of the oral cavity was examined using clinical indicators: Shiller-Pysariev sample, Fedorov-Volodkina hygienic index and A. L. Russel (1956) periodontal index (PI). We found that concentration of adrenaline in daily urine of patients with DPUDCB was significantly higher ($32,6 \pm 15,9$ mcg/day) in comparison to patients with DPUD ($13,7 \pm 5,1$ mcg/day) ($p < 0,01$). The patients with DPUDCB had significantly worse hygienic state of the oral cavity. The unsatisfactory and bad state of oral hygiene using Fedorov-Volodkina hygienic index have been found significantly more often in patients with DPUDCB ($p < 0,05$). The inflammatory process in the gums was revealed in 76,1% of patients using Shiller-Pysariev sample. The positive and strongly positive colouring was observed in 58,3% of patients with DPUDCB, while in 17,8% of patients with DPUD the gums became slightly positively and positively coloured. The positive Shiller-Pysariev sample was significantly more often revealed in patients with DPUDCB ($p < 0,05$). The study did not show the significant difference in the incidence of parodontitis in 87,1% of patients with DPUD and 97,2% of patients with DPUDCB ($p > 0,05$). At the same time, a statistically significantly greater intensity of destructive inflammatory process in parodontal tissues for PI (A. L. Russel) – parodontitis II degree in patients with DPUDCB (52,2%) in comparison to patients with DPUD (18,7%) ($p < 0,05$) was noted. The investigation gives reasons to believe that development of bleeding as the complication of DPUD leads to an emotional stress in patients, which results in deterioration of the state of the oral cavity and aggravation of parodontitis.

Key words: generalized parodontitis, duodenal peptic ulcer disease, bleeding, stress.

Рецензент – проф. Скрипніков П. М.

Стаття надійшла 15. 05. 2014 р.