

Дорошенко О. М.¹, Зозуля І. С.¹, Волосовець А. О.¹, Савичук А. О.¹, Тростянський Я. В.²

¹ Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

² Вроцлавський медичний університет, м. Вроцлав, Польща

Нейровегетативні синдроми у стоматології (лекція)

▷ **Анотація.** Розглянуто основні нейровегетативні розлади, які виникають в організмі людини під час захворювань вегетативної нервової системи, а також нейровегетативні синдроми, що супроводжують низку захворювань, зокрема в нейростоматології. Наведені дані допоможуть неврологам і стоматологам своєчасно діагностувати захворювання і цілеспрямовано надати невідкладну допомогу, а більшою мірою — пролікувати.

Особливу увагу приділено клінічним характеристикам нейровегетативних симптомів і синдромів. Поняття «нейровегетативні» розуміється як симптоми і синдроми ураження вегетативної нервової системи (центральної або периферичної відділів), до складу яких входять ядра або провідникові шляхи, вегетативних структур внутрішніх органів, голови, судин, нервово-м'язового апарату.

Ключові слова: вегетативна нервова система, органи і системи організму, щелепно-лицевий відділ, симптоми і синдроми.

Стаття опублікована на умовах відкритого доступу за ліцензією CC BY-NC
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.uk>



Краніальні вегетативні симптоми і синдроми

Авелліса синдром. Ураження під'язикового, блукаючого і язикоглоткового нервів, що супроводжується парезом м'якого піднебіння і голосових зв'язок на стороні ураження. Може бути порушена функція ковтання, дизартрія, центральний парез або геміплегія кінцівок на протилежній половині тіла. Нерідко до цих симптомів приєднуються інші, зумовлені ураженням сусідніх ділянок мозкового стовбура. Спостерігається під час локалізації патологічного процесу (запальні, пухлини) у ділянці основи довгастого мозку — ядер, корінців язикоглоткового і блукаючого нервів. Може траплятися після ураження задньої мозкової артерії.

Адъє-Зенгера (Ейді-Зенгера) синдром. Помірне розширення зіниць на світло, які не звужуються навіть за сильного світла; відсутня співдружна реакція на світло. Також можуть бути відсутні сухожильні та періостальні рефлекси, особливо колінні. Частіше спостерігається у жінок віком 20–40 років. Етіологія не відома, але трапляється під час вродженої міотонії, прогресивної м'язової атрофії, деяких форм енцефаліту та герпетичних

інфекцій. Вчені виявляли спадкові форми захворювання.

Аурікулотемпоральний синдром (вушно-скроневий синдром Фрей). Підвищене потовиділення і почервоніння шкіри в зоні привушної слинної залози. Виникає після операції гнійного паротиту, коли у післяопераційні шкірні рубці вплітаються вегетативні (секреторні та судинно-рухові) нервові волокна. Симптоми посилюються під час їжі або лише за думки про їжу. У процес залучається ділянка іннервації вушно-скроневого нерва, рідше — великого вушного нерва.

Барабанного сплетіння синдром (невралгія яacobsonового нерва) (Рейхерта). Напади колючого болю у зовнішньому слуховому проході та навколо нього, що нічим не провокуються і мають односторонній характер. Інколи виникає гіперемія і набряк у навколівушній зоні, біля слухового проходу. Зрідка цей біль іррадіює в потиличну зону.

Блукаючого нерва синдром. Парез м'якого піднебіння, звисання його на стороні ураження блукаючого нерва, відсутність або зниження глоткового рефлексу і рефлексу з м'якого піднебіння, парез голосових зв'язок, порушення ковтання, гугнявий голос із хрипотою. Можливі порушення пульсу та

дихання. За ураження ядра блукаючого нерва спостерігаються стовбурові альтернувальні нейровегетативні симптоми (Авеліса, Джексона, Шмідта).

Бокової стінки печеристого синуса (Фуа) синдром. Односторонній параліч відвідного нерва (на стороні ураження), що проявляється східною косоокістю, односторонньою офтальмоплегією, вираженою болючістю в зоні іннервації I гілки трійчастого нерва і екзофтальмом на цій самій стороні, двостороннім набряком повік і кон'юнктиви. Найчастіше зумовлений пухлинами гіпофіза і аневризмою внутрішньої сонної артерії, гнійними процесами у клиноподібній пазусі, тромбозом сонного синуса, за яких уражуються вегетативні та анімальні волокна ококорухових нервів і очної гілки трійчастого нерва.

Бульбарний (довгастого мозку) синдром. Периферійний параліч бульварних м'язів, які іннервуються IX–XII парами черепних нервів. Останні проявляються дистонією (афонією), дизартрією, аспірацією під час їжі (дисфагія), попаданням рідкої їжі в ніс. Спостерігається звисання м'якого піднебіння, гугнявість голосу (ринолалія), параліч голосових зв'язок, м'язів язика з їхньою атрофією і фібрилярними посмикуваннями. Відсутність нюхових рефлексів, кашель під час їжі, гикавка, блювота, інколи порушення дихання і серцево-судинної діяльності. Часто приєднується порушення рівноваги, слуху, атаксія, альтернувальна гемігіпестезія. З вегетативних проявів характерні слинотеча, гіпергідроз на одній половині тіла, асиметрія температури шкіри, рухові порушення за центральним типом (у кінцівках на протилежному боці).

Залежності від ступеня ураження довгастого мозку і розмірів патологічної зони можуть бути такі альтернуючі синдроми: Авеліса, Бабінського–Нажотта, Валенберга–Захарченка, Джексона, Шмідта. Нерідко уражуються життєво важливі центри: порушення серцево-судинної діяльності, дихання. Синдром нерідко виникає у разі краніоспінальних пухлин, порушення кровообігу у вертебро-базиллярній системі передньої спинно-мозкової артерії, дифтерійного поліневриту, базального менінгіту, бульварної форми бокового аміотрофічного склерозу, хронічного поліомієліту.

Відієва нерва синдром (Файля). Нападopodobний біль у ділянці ока, орбіти, носа, що іррадіює в обличчя, вухо, зуби, голову, шию, плече. Біль односторонній, посилюється вночі. Причиною є ураження синуса основної кістки або передньої частини піраміди скроневої кістки, за яких у процес залучається відієв нерв.

Вілларе синдром (задньої глоткової зони). Параліч верхнього відділу глотки, односторонній

параліч м'якого піднебіння, втрата чутливості на задній третині спинки язика. Може бути симптом Горнера, односторонній параліч голосових зв'язок, груднино-ключичного і трапецієподібного м'яза. Спричинений одностороннім ураженням каудальної групи IX–XII пар черепних нервів під час збереження пірамідного шляху. Синдром зумовлений локалізацією патологічного процесу в ділянці задньої стінки глотки (яремного отвору).

Герсена синдром (множинний односторонній параліч черепних нервів, черепна геміполіневропатія). Одностороннє ураження всіх черепних нервів, що супроводжується птозом верхньої виї, гіпестезією обличчя, згладженістю лобних і носових складок, гіпотонією жувальних і мимічних м'язів, гіпергідрозом обличчя, шумом у вусі, зниженням слуху, розладом смаку на задній третині язика, паралічем і анестезією горла, гортані, зіву, порушенням функції груднино-ключичного і трапецієподібного м'язів, м'язів язика, косоокістю, порушенням мови, гіперсаливацією, порушенням координації. Найчастішою причиною є пухлини, що ростуть із пазух носа, клиноподібної кістки, пірамідки, скроневої кістки, за яких уражуються черепні нерви і утвори вегетативної нервової системи.

Геміатрофія обличчя Ромберга (Парі–Ромберга). Одностороння атрофія шкіри обличчя, м'язів, гіпотонія та гіпотрофія жувальних і мимічних м'язів, що призводить до гомолатерального западання лоба, щоки, підборіддя, скроні. Пізніше на цій стороні атрофуються язик та голосові зв'язки, випадає волосся, брови, западає око. У цій зоні настає гемігіпестезія шкіри обличчя, біль у щелепі, зубах. Захворювання має генетичний генез і розпочинається в юнацькому віці, частіше у дівчаток. Інколи синдром виникає після травми голови, опіків, відмороження обличчя.

Гортана–Магата–Брауна синдром (скроневої артерії). Субфебрилітет, біль у суглобах, м'язах і скроневої зоні з іррадіацією в потиличну, що підсилюється під час жування і ковтання, біль у щелепах, їх набряклість. Скроневої артерії потовщені, звивисті, чутливі під час надавлювання. Спостерігається темпоральне випадіння полів зору, застійні диски зорових нервів, двосторонній амавроз.

Денталгії синдром. Тупий, нестерпний біль майже постійного характеру в зоні іннервації зубного сплетіння, який посилюється під впливом емоцій, переохолодження та зміни метеочинників. Причина синдрому — ураження зубного сплетіння. У етіології зазначають інфекції, інтоксикації, травматичне видалення зубів, особливо восьмих (мудрості), малярів і премолярів, одночасне видалення великої кількості зубів.

Колінчатого ганглія синдром (Ханта). Виділяють чотири форми синдрому: 1) герпетичні висипання у середньому вусі; 2) висипання з явищами неврити лицевого нерва; 3) висипання з явищами неврита лицевого нерва і порушенням слуху; 4) висипання з наявністю порушення функції пристінково-завиткового нерва. У клініці спостерігається біль у вусі з іррадіацією в обличчя, щелепи, зуби, потилицю та шию. Характерні герпетичні висипання в ділянці зовнішнього слухового проходу, барабанної перетинки, вушної раковини, рідше — обличчя, волосяного покриву голови, язика, піднебіння, щелепи. Часто приєднується невралгія лицевого нерва з парезом м'язів, порушенням смаку на передніх ²/з язика, зменшенням слино- та сльозотечі, а також зниження слуху, гіперестезія.

Колле-Мартіяї-Гоффманна синдром. Гомолатеральний периферичний параліч м'язів язика, його атрофія, синдром Горнера. Зумовлений одночасним стисненням під'язикового нерва і шийного симпатичного стовбура. Часто спостерігається під час пухлин під нижньою щелепою у ділянці шиї.

Костена синдром (патологічного прикусу, больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба). Односторонній біль у зоні скронево-нижньощелепного суглоба, зовнішнього слухового проходу та язика. У хворих порушений акт жування. Часто спостерігається порушення слуху, шум у вухах, запаморочення. Спричинений неправильним прикусом або артрозом скронево-нижньощелепного суглоба.

Синдром каузалгії обличчя. Гострий біль у щелепі, ділянці губ та носа, інтенсивність якого швидко наростає і набуває різучого, свердлячого характеру. Біль проявляється на тлі вазомоторно-трофічних порушень, що вказує на ураження вегетативних волокон у травмованому нерві. З'являється відразу або через декілька днів (тижнів, місяців) після травми в зоні обличчя, частіше після видалення зуба.

Синдром симпаталгії обличчя. Симпаталгія обличчя — це прозопалгія, викликана не ураженням чутливих гілок черепних нервів, а пов'язана із зонами вегетативної іннервації судин. Виникає біль жагучого характеру, пульсуючого, з вегетативними порушеннями (вазомоторні, сенсорні, порушення потовиділення). Вважають, що цей атипичний біль у зоні обличчя спричинений порушенням периваскулярних вегетативних утворень і є наслідком ураження шийного відділу хребта (остеохондроз, додаткове ребро, травма), інфекції та інтоксикації. Виділяють: 1) судинний біль обличчя (мігрень, ангіоневралгія обличчя, каротидно-темпоральний

синдром, судинні компоненти за типової невралгії трійчастого нерва; 2) болі, пов'язані з безпосереднім ураженням вегетативної іннервації (ураження краніальних парасимпатичних і шийних симпатичних гангліїв).

Луночкові синдроми (альвеолярні, невралгії луночкових нервів). Виникають у разі захворювань ясен, зубів та інших уражень порожнини рота. Можуть уражувати як верхні, так і нижні альвеолярні ряди. Ураження нижніх альвеолярних нервів зазвичай настає після видалення нижнього зуба мудрості. Хворі скаржаться на відчуття заніміння в нижніх зубах, парестезії нижньої губи на цій стороні та підборіддя, відчуття незручності під час розмови. Проявляється сильний біль в ділянці нижніх зубів. Під час ураження верхніх альвеолярних нервів характерний біль у зоні верхніх зубів, гіпестезія ясен і слизової оболонки щоки. Причинами можуть бути гайморит та оперативні втручання на зубах.

Паратригемінальний синдром Зінченко. Розлад чутливості (аналгезія, гіпестезія, гіперестезія) в зоні кінцевих гілок виличного, вилично-лицевого або вилично-скроневого нервів, що виникає за синдрому крилопіднебінного вузла. Зазвичай інфекційно-алергічного характеру.

Паратригемінальний синдром Редера. Порушення чутливості половини обличчя з наявністю симптома Гарнера на цій стороні. Потовиділення у цій зоні збережене, що може вказувати на патологічний процес у середній черепній ямці.

Печеристого синуса синдром (Фуа, Бонне). Шум у голові або вухах, екзофтальм, офтальмоплегія (ураження III, IV, VI пар черепних нервів), біль та порушення чутливості в зоні іннервації I гілки трійчастого нерва, почервоніння кон'юнктиви ока і набряк повік. Синдром виникає у разі запального процесу в ділянці печеристого синуса, новоутворення в носовій частині глотки, черепно-мозкової травми.

Піднижньощелепного і під'язикового вузлів синдром (гангліоніти). Постійний біль у під'язиковій ділянці та на язиці, гіперсалівація. Пальпаторно визначається болюче місце в піднижньощелепному трикутнику.

Рейхерта синдром (невралгія яacobsonового нерва, синдром барабанного сплетіння). Клінічно проявляється невралгією барабанного нерва (гілки язикоглоткового нерва) з різким болем у зоні зовнішнього слухового проходу, який іррадіює в обличчя, зуби, сосочковий відросток. Інколи у цій ділянці спостерігається гіперемія з набряком слухового проходу.

Россолімо-Меркельсона-Розенталя синдром. Поєднання рецидивуючого ураження лицевого

нерва, набряку обличчя, частіше в зоні верхньої губи. Ураження язика, поверхня якого покрита борознами, розташованими у різних напрямках. Спостерігається гіперакузія, втрата слуху, біль в ділянці сосочкового відростка, щелепах, сухе око або сльозотеча «крокодилові сльози». Більшість дослідників припускають інфекційно-алергічну природу синдрому.

Сікара (Сікара-Робіна) синдром. Напади одностороннього болю біля кореня язика або мигдаликів, який виникає під час ковтання гарячої або холодної їжі, швидкої розмови або глибокого зітхання. Біль іррадіює у піднебінну завіску, горло, нижню щелепу, зону внутрішнього вуха та шию. Інколи спостерігається втрата смаку. Поява синдрому зумовлена порушенням функції вазомоторних утворів язикоглоткового нерва.

Слудера (Сладера, крилопіднебінного вузла) синдром. Біль у зоні ока, носа, який поширюється на скроневу ділянку, зону сосочкового відростка, потиличну зону, лопатку, плече, передпліччя, кисть, інколи переходить також на шию, нижню щелепу та кон'юнктиву з підсиленням сльозо- і слинотечі. Напад починається раптово, частіше вночі, триває від декількох хвилин до декількох годин, а зранку зазвичай зникає. Причина: одонтогенна, інфекційна, пухлини.

Стоматалгії синдром. Пекучий біль, поколювання у слизовій оболонці рота і язика. Інколи настає відчуття «стягнутості», мурашок по шкірі, чужорідного тіла. Ці явища можуть бути ізольовані в язиці, глотці або виявлятися по всій порожнині рота, мигдаликів, глотки і червоної облямівки губ (стоматалгія).

Толоза-Ханта (Толоси-Ханта, больової офтальмоплегії) синдром. Ураження всіх окоорухових нервів, що супроводжується болем у зоні ока, а також I гілки трійчастого нерва. На стороні ураження спостерігається звуження очної щілини, екзофтальм, повний або частковий синдром Горнера, повна або часткова офтальмоплегія, диплопія, гіпестезія в зоні I гілки трійчастого нерва.

Трійчастого нерва синдром. Поєднання рухових і чутливих порушень у зонах іннервації гілок трійчастого нерва. За двостороннього ураження рухових гілок трійчастого нерва відбувається параліч і атрофія жувальних м'язів, зниження їх тону (висяча нижня щелепа). Порушення чутливості залежить від уражень ядер або нерва. Наявна

болючість у точках виходу I–III гілок трійчастого нерва. За ураження очного нерва буде болючість в зоні ока, верхньощелепного нерва — біль у підочної ділянці, нижньощелепного нерва — біль у підборідній зоні. Ураження в зоні трійчастого вузла призведе до відсутності всіх видів чутливості в одній половині обличчя з герпетичним висипанням. Під час ураження чутливого ядра в стовбурі головного мозку буде випадіння за сегментарним дисоційованим типом (зони Зельдера). Невралгія (подразнення) трійчастого нерва супроводжуватиметься нападами подібного болю в іннервованих жувальних м'язах і зубах.

Вушного вузла невралгія (гангліоніт). Нападодібний пекучий біль у скроневої зоні спереду зовнішнього слухового проходу, який може іррадіювати в нижню щелепу. Спостерігається закладеність вуха, гіперсалівація, гіперемія в половині обличчя.

Фуа синдром. Одностороння офтальмоплегія, що розвивається внаслідок ураження відвідного нерва, проявляється болем в очниці. Синдром може бути пов'язаний із патологічним процесом у задній черепній ямці, пухлиною гіпофізу, скроневої долі. У цих випадках приєднуються набряк обличчя, екзофтальм та атрофія зорового нерва.

Хортонна синдром (Хортонна-Бінга-Жілмура хвороба). Це своєрідна форма мігрені. Супроводжується одностороннім різким (пекучого характеру) болем у скроневої, очній і лицевій зонах, який може поширюватись на потилицю, шию, плече. Спостерігається гіперемія кон'юнктиви, сльозотеча, виділення великої кількості слизу з носа. Такі напади частіше трапляються вночі й тривають 10–15 хвилин або навіть годинами.

Шмідта синдром. Периферичне ураження IX–XII пар черепних нервів на одній стороні. Супроводжується паралічем голосових зв'язок, м'якого піднебіння, трапецієподібного і груднино-ключично-сосочкового м'яза на стороні ураження, а на протилежній стороні — центральним парезом або паралічем.

Висновок

Знання наведених вище синдромів, які трапляються за патології головного мозку, лицеві зони та порожнини рота, дасть можливість правильно встановити діагноз (етіологію, патогенез, клініку) і цілеспрямовано пролікувати пацієнта.

ПОСИЛАННЯ (REFERENCES)

- Schmidt, D. (2000). Classical brain stem syndrome. Definitions and history. *Ophthalmologe*, 97(6): 411–417 [In German]. DOI: <https://doi.org/10.1007/s003470070090>. PMID: 10916384.
- Ghimire, S., Shrestha, S., Shrestha, D. et al. (2024). Idiopathic unilateral complete oculomotor nerve palsy: A case report of diagnostic quandary. *Ann. Med. Surg. (London)*, 86(10): 6251–6256. DOI: <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000002514>. PMID: 39359775.
- Marx, J.J., Thömke, F. (2009). Classical crossed brain stem syndromes: Myth or reality? *J. Neurol.*, 256(6): 898–903. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00415-009-5037-2>. PMID: 19252797.
- Guba, G.A. (1983). Handbook of neurological sympathology. Kyiv: Higher School. 520 p. [Губа, Г. А. (1983). Довідник з неврологічної симпатології. К.: Вища школа, 1983. 520 с.].
- Handbook of clinical neurovegetology; ed. V. A. Bersenev, G. P. Guba, O. A. Pyatak. (1990). Kyiv: Zdorovya. 237 p. [Довідник з клінічної нейровегетології; за ред. В. А. Берсенєва, Г. П. Губи, О. А. П'ятака. (1990). К.: Здоров'я. 237 с.].
- Practical neurology: emergencies; ed. by I. S. Zozuli. (1997). Kyiv: Zdorovya. 213 p. [Практична неврологія: невідкладні стани; за ред. І. С. Зозулі. (1997). К.: Здоров'я. 213 с.].

Neurovegetative Syndromes in Dentistry

Doroshenko, O.¹, Zozulya, I.¹, Volosovets, A.¹, Savychuk, A.¹, Trostyansky, Y.²

¹ Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

² Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland

Abstract. The lecture describes the central neurovegetative disorders that occur in the human body due to diseases of the autonomic nervous system, as well as neurovegetative syndromes that accompany various diseases, particularly in neurodentistry. The data will help neurologists and dentists diagnose diseases promptly, provide targeted emergency care, and, to a greater extent, treat them effectively.

The lecture focuses on the clinical characteristics of neurovegetative symptoms and syndromes. Under the name “neurovegetative,” we refer to symptoms and syndromes of the autonomic nervous system (central or peripheral parts), which include nuclei or conductive pathways, vegetative structures of internal organs, head, blood vessels, and neuromuscular apparatus.

Keywords: *autonomic nervous system, organs and systems of the body, maxillofacial part, symptoms and syndromes.*

Дорошенко Олена Миколаївна — доктор медичних наук, професор, професор кафедри ортопедичної стоматології та імплантології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8859-3610>

Зозуля Іван Савович — доктор медичних наук, професор, професор кафедри медицини невідкладних станів Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8496-9876>

Волосовець Антон Олександрович — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медицини невідкладних станів Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5225-1480>

Савичук Анатолій Олександрович — асистент кафедри стоматології дитячого віку Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0424-3590>

Тростянський Ярослав Володимирович — студент Вроцлавського медичного університету, Вроцлав, Польща.

Стаття: надійшла до редакції 30.04.2025 р.; прийнята до друку 18.06.2025 р.