

*Іван Зозуля¹, Антон Волосовець¹, Тетяна Волосовець¹,
Олена Дорошенко¹, Ярослав Тростянський²*

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

² Вроцлавський медичний університет, м. Вроцлав, Польща

Нейростоматологічні синдроми у пацієнтів з порушеннями психосоматичного статусу (психопатологічними синдромами)

(лекція)

▷ Наслідками повномасштабної війни РФ проти України є не лише фізичні вади (травми, опіки, отруєння тощо) у військових і цивільних людей, а й психічні розлади (панічні атаки, неврози, істерії тощо), що виникають у разі стресу та проявляються різними функціональними змінами психічного здоров'я, больовими синдромами. Обстежено групу пацієнтів (145 осіб віком 30–58 років), у яких на тлі потужного стресу виникли розлади психічного здоров'я. 25 із них ще до стресу мали явища невротичного характеру, але під дією лікарських препаратів вони компенсувались. Стрес, пов'язаний з воєнними діями, не лише відновив зміни у психічному здоров'ї, а й значно погіршив цей стан. З метою виключення органічних уражень головного мозку і внутрішніх органів та підтвердження змін у психічному здоров'ї пацієнти клінічно обстежені стоматологом, неврологом, кардіологом, отоларингологом (за необхідності), проведені лабораторні методи дослідження (аналіз крові на цукор, холестерин і ліпопротеїди, біохімічні дослідження крові, коагулограма), а також КТ, МРТ, УЗД, ЕКГ, рентгенографія зубних рядів. Крім того, в стаціонарних умовах використано міжнародні шкали для підтвердження відповідного діагнозу. Розлади психічного здоров'я виявляються тривогою, панічними атаками, депресією, делірієм, психозом, неврастенією, істерією, неврозом нав'язливих станів тощо. Вони бувають гострого або хронічного характеру. Такі стани можуть виникати на тлі інших неврологічних і соматичних захворювань (серцево-судинних, цереброваскулярних, патології внутрішніх органів). Тому завданням лікарів-інтерністів, сімейних лікарів, неврологів, кардіологів, стоматологів є досконало зібрати анамнез захворювання, життєвий анамнез, алергологічний анамнез, застосовані методи лікування та скласти план лікування на догоспітальному та госпітальному етапах.

Ключові слова: стрес, психічне здоров'я, патологія щелепної системи, надання невідкладної допомоги.

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



Найпоширенішими станами, викликаними стресом, є тривога, депресія та панічні атаки. Вони трапляються як за гострого, так і хронічного стресу внаслідок хронічних захворювань нервової системи, серцево-судинної або соматичної патології. Тривога є найпоширенішою реакцією на стрес і може варіювати від незначних адаптивних станів до вираженого занепокоєння, збудження. Зазвичай супроводжується неадекватною поведінкою, багатогранністю симптомів, зокрема у вигляді

головного болю, болю у верхній і нижній щелепах, сухістю у роті або слинотечею.

Депресія частіше проявляється під час хронічного стресу або хронічних захворювань і супроводжується апатією, небажанням жити, часто — «страхом смерті». У пацієнтів спостерігається поліморфізм скарг і симптомів. Найчастіше це головний біль, біль у порожнині рота, в зубах, густа слина, сухість. Може спостерігатися коливання артеріального тиску, пульсу, частіше до підвищеного.

Панічні атаки (паніка) — це максимальний ступінь тривоги, супроводжується сильним серцебиттям, дискомфортом у грудях, нудотою, блюванням, відчуттям нереальності, страхом смерті. Також можуть бути симптоми з боку рота, глотки (печія, оніміння язика, комок у горлі), утруднене ковтання. Може спостерігатися делірій, коли пацієнт не усвідомлює оточення та обставини, розгублений, мало зосереджений, мова неадекватна. У таких пацієнтів також може бути порушене ковтання, неприємне відчуття в роті. Делірій може траплятися у пацієнтів, які зловживають алкоголем, наркотиками. Стан також може бути спадковим та загострюватися під час стресу.

Надання допомоги під час панічної атаки (паніки). Залежно від обставин надається само- або взаємодопомога. Постраждалого виводять із зони ураження, дають заспокійливі препарати (діазепам, валеріана, за необхідності седуксен внутрішньом'язово). Інколи слід дати подихати нашатирним спиртом. Зігріти пацієнта і покласти у зручне для нього положення. За наявності карети швидкої допомоги — госпіталізувати в медичний заклад.

Невроз — це нервово-психічне захворювання, яке виникає внаслідок стресу, порушення вищих кіркових функцій, розладів вегетативної нервової системи. Невроз ще розглядають як зрив вищої нервової діяльності, який може продовжуватись від декількох днів до більше року. До неврозів належать такі нозології, як неврастенія, істерія, невроз нав'язливих станів. Нейростоматологічні синдроми можуть бути одною з клінічних ознак основного захворювання.

Неврастенія. Розрізняють гіперстенічну форму, за якої домінують процеси збудження, і гіпостенічну зі зниженням реакції на подразники. Ці форми можуть змінювати одна одну. Під час гіперстенічної форми неврастенії характерні подразливість, нестриманість, швидка збудливість, непереносимість навіть легких подразників. Під час гіпостенічної — апатія, зниження працездатності, втомлюваність, в'ялість, сонливість. Пацієнти скаржаться на відсутність бадьорості, енергії. Увага розсіяна, не можуть сконцентруватись. Сон недостатньо глибокий, тривожний, з численними сновидіннями. Хворі усвідомлюють свій стан, але намагаються його не показувати оточуючим і медичним працівникам. Із нейростоматологічних синдромів під час неврастенії можуть спостерігатися клінічні симптоми невралгії трійчастого нерва, дентальна плексалгія, стомалгія, ксеростомія. Слід зауважити, що нейростоматологічні симптоми можуть самі стати причиною неврастенії.

Істерія (істеричний невроз). Захворювання виявляється різними комбінаціями рухових та

чутливих порушень, вегетативно-вісцеральних симптомів. Має значення симптом «демонстративності». Із нейростоматологічних симптомів спостерігаються спазм колового м'яза очей, спазм жувальних м'язів, параліч м'язів язика, параліч голосових зв'язок. Виникають ці симптоми як реакція на емоційне напруження (навантаження): сварка, образа, сімейний стрес. На сьогодні причиною може бути бомбардування, знищення житла, смерть близьких. Істерія зазвичай розвивається у людей зі слабким типом нервової системи. «Істеричні» симптоми виявляються на тлі «істеричної особистості», що й обумовлює це захворювання. Для таких пацієнтів характерний егоцентризм (вони намагаються бути у центрі уваги), бурхлива фантазія, бажання псевдореалізації. Істеричні симптоми посилюються під час лікарського огляду та збільшення уваги до пацієнта. Істеричні паралічі зникають під час сну.

Одним із частих нейростоматологічних симптомомокомплексів у разі істерії є прозопалгії. Вони виявляються як атипові невралгії, біль виникає в ділянці скроні, лобу, щоки, нижньої щелепи. Вирізняються стійкістю, погано піддаються лікуванню. Зазвичай на тлі больового компонента чутливих розладів немає. Зрідка спостерігаються парестезії або гіперстезії мозаїчного характеру.

Інколи істеричні прозопалгії складно відрізнити від органічних. Критерієм діагностики є введення анальгетиків або антиконвульсантів (карбамазепін), відсутність ефекту від них вказує на істеричний характер симптомів.

Симптомами істерії є істеричні паралічі, гіперкінези та контрактури. Вони виникають у м'язах, які виконують акт руху (жування, примруження, ковтання). Може з'являтися спазм колового м'яза ока після нервового перевантаження (блефароспазм). Ці спазми підсилюються від подразнення ударом неврологічного молоточка або навіть імітації удару. Під час сну спазм зникає, а зранку знову з'являється. Якщо у хворого виникає геміпарез кінцівок, то на обличчя він не поширюється. Істеричний параліч може виникати з одного боку обличчя і є результатом самонавіювання.

Істеричні гіперкінези виникають у м'язах обличчя (зазвичай з одного боку), язика, супроводжуються різними гримасами, миготливими рухами обох повік, брів, язика, наморщуванням, сопінням, фирканням, надуванням щік, рухами щелеп, вимушеним покашлюванням. У таких випадках слід виключити ревматизм (малу хорею) і хворобу Туретта.

У випадку істеричних неврозів можуть виникати істерична глосоплегія або афонія під дією негативних емоцій. Глосоплегія виявляється

порушенням рухів язика, у хворих порушується мова, акт жування і ковтання. Хворий рухає язиком у роті дуже повільно і висунути його з рота не може. Спостерігається гіпестезія язика, глотки, шкіри в ділянці рота, яка не відповідає іннервації відповідних нервів. Такі пацієнти спілкуються письмово.

Істерична афонія після психотравми проявляється раптовим зникненням голосу у пацієнтів. Також може бути істерична гіпестезія язика, горла. Голосова щілина залишається відкритою. Істерична афонія дуже складно піддається лікуванню.

Нав'язливі страхи (фобії) також є проявом істерії. З нейростоматологічних синдромів спостерігається боязнь пацієнта заразитися своєю слиною, тому йому доводиться постійно її спльовувати. Наявні неприємні відчуття в порожнині рота, страх захворіти «страшною» хворобою. Не можуть користуватися знімними протезами через страх їх проковтнути.

Надання допомоги. З хворими та постраждалими розмовляють лагідно та спокійно, від спокійної розмови й рішучості медичного працівника або рятувальника залежить успіх лікування. Увагу пацієнта зосереджують на надію одужання, тобто проводять психотерапевтичний вплив. За необхідності застосовують медикаментозне лікування (діазепам, валеріана, седуксен внутрішньом'язово, лоратадин або супрастин внутрішньом'язово). У разі значної вираженості клінічних проявів призначають нейролептики (аміназин, пропазин), які зменшують відчуття страху, тривоги, депресії. Іноді ефективні антидепресанти (іміпрамін).

Порушення діяльності слинних залоз. Проявляється гіперсаливацією або гіпосаливацією. Остання виникає під час неврастенії і називається ксеростомія. Вона може розвиватися гостро, як порушення парасимпатичної нервової системи. Існує думка, що симпатичний відділ вегетативної нервової системи гальмує виділення слини (сухість у роті), а парасимпатичної — активізує (слинотеча). Слина є основним постачальником емалі для зубів, кальцію, фосфору, цинку та інших мікроелементів. Порушення парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи призводить до ксеростомії. Проте до ксеростомії може призвести й подразнення симпатичного відділу. Хворі скаржаться на сухість у роті, що виникає без причини. У результаті порушується мова, часто погіршується якість сну через те, що пацієнти вимушені прокидатися і змочувати рот. Такий стан може тривати годинами, а інколи й днями. Основним провокуючим чинником є нервово-психічні розлади, психотравми.

Розрізняють три стадії ксеростомії. За стадії I захворювання пацієнти відчувають неприємні від-

чуття в порожнині рота, інколи вони з'являються під час розмови. У роті з'являється невелика кількість пінистої слини. Під час стадії II ксеростомії пацієнти скаржаться на сухість у роті, особливо під час сну. Слизова оболонка має нормальне забарвлення, але суха. Слини зовсім мало. На стадії III сухість у порожнині рота значна, слизова запалена. Із протоків слинних залоз слину отримати неможливо. У слині виявляють бокалоподібні клітини, які є показником зниження секреторної функції залози. Якщо в слині знаходять клітини миготливого епітелію, це свідчить про майже повну відсутність слиноутворення.

Гіперсаливація спостерігається під час неврастенії. Вона може розвиватися за нормальної функції слинних залоз. Кількість слини у порожнині рота збільшується внаслідок порушення акту ковтання. Хворий її постійно спльовує. Інколи пацієнт на це навіть не скаржиться. Якщо гіперсаливація настає нападами, то вони можуть тривати упродовж декількох хвилин. Напади можуть посилюватися, коли пацієнт довгий час не вживає їжу або після нервово-психічних чи фізичних навантажень.

Невідкладна допомога під час нейростоматологічних синдромів у хворих із порушенням психоневрологічного стану. Пацієнта потрібно заспокоїти, пояснити, що ці прояви тимчасові. Вселити пацієнту віру у швидке одужання. Комплекс лікувальних заходів має бути спрямований на пом'якшення симптомів астенії та ефективних станів. У процесі лікування повинні бути задіяні стоматологи, неврологи та психотерапевти. У тяжких випадках передбачається стаціонарне лікування. Показані транквілізатори в середніх дозуваннях (діазепам, хлордіазепоксид, валеріана), десенсибілізуювальні препарати (лоратадин), вітаміни групи В. Лікувальна фізкультура, водолікування (йодобромні ванни, циркулярний душ, душ Шарко), психотерапевтичні сеанси. Під час прозопалгій призначають знеболювальні препарати (ацетамінофен, кеторолак, мелоксикам). Застосовують лазеро- та голкотерапію, сугестію та гіпнотерапію. У разі порушення функції слинних залоз слід провести санацію порожнини рота. Рекомендовано 1%-й галантамін по 1 мл внутрішньом'язово. На ділянку слинних залоз призначають ультразвукові процедури, гальванізацію ділянки слинних залоз. Хворим рекомендують пити рідину малими ковтками, затримуючи її в порожнині рота. Сприятливий прогноз під час психогенних захворювань можливий за умови усунення подразників. Під час гіперсаливації призначають малими дозами атропін 0,5 мл підшкірно 5–7 днів. Слід пам'ятати, що він може

порушити акомодацию, викликати тахікардію, затримку сечовипускання.

Висновок

Знання різних аспектів захворювань щелепно-лицевої ділянки дає лікарю можливість диференціювати органічні та функціональні зміни, клінічні симптоми і синдроми та цілеспрямовано надавати догоспітальну та ранню госпітальну допомогу.

Функціональні зміни у стані психічного здоров'я у випадку хронічного перебігу є ознаками морфологічних змін і потребують адекватного обстеження і лікування.

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Згода на публікацію

Автори ознайомлені з результатами і схвалили остаточний варіант рукопису.

Використання штучного інтелекту

Автори стверджують, що під час написання статті штучний інтелект не використовувався.

ПОСИЛАННЯ / REFERENCES

1. Zozulya, I. S., Volosovets, A. O., Volosovets, T. M., & Trostyanskyi, Y. V. (2023). Some problems of diagnosis and emergency care in neurostomatology. *Ukrainian Medical Journal*, 1(153), 2, 13–19. [Зозуля І. С., Волосовець А. О., Волосовець Т. М., Тростянський Я. В. (2023). Деякі питання діагностики та надання невідкладної допомоги в нейростоматології. *Український медичний часопис*, 1(153), 2, 13–19]. DOI: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.153.241096>.
2. Zozulya, I. S., Volosovets, A. O., Volosovets, T. M., Doroshenko, O. M., & Trostyansky, Y. V. (2024). Features of trigeminal nerve damage in dental practice: emergency care. *Actual Dentistry*, 1(118), 119–123. [Зозуля І. С., Волосовець А. О., Волосовець Т. М., Дорошенко, О. М., Тростянський Я. В. (2024). Особливості ураження трійчастого нерва при стоматологічних захворюваннях: надання невідкладної допомоги. *Сучасна стоматологія*, 1(118), 119–123]. DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2024-1-119>.
3. Ciobica, A., Padurariu, M., Curpan, A., Antioch, I., Chirita, R., Stefanescu, C., Luca, A. C., & Tomida, M. (2020). Minireview on the Connections between the Neuropsychiatric and Dental Disorders: Current Perspectives and the Possible Relevance of Oxidative Stress and Other Factors. *Oxid. Med. Cell Longev*, 6702314. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/6702314>.
4. Enoch, M. D., Morgan, D., & Jagger, R. G. (1994). Psychiatric disorders in dental practice. *Wright*. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-7236-1006-9.50009-3>.
5. Delwel, S., Binnekade, T. T., Perez, R. S. G. M., Hertogh, C. M. P. M., Scherder, E. J. A., & Lobbezoo, F. (2018). Oral hygiene and oral health in older people with dementia: a comprehensive review with focus on oral soft tissues. *Clinical Oral Investigations*, 22(1), 93–108. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00784-017-2264-2>.

Neurostomatological Syndromes in Patients with Psychosomatic Disorders (Psychopathological Syndromes) (lecture)

Ivan Zozulya¹, Anton Volosovets¹, Tetiana Volosovets¹, Olena Doroshenko¹, Yaroslav Trostyansky²

¹ Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

² Wroclaw Medical University, Wroclaw, Poland

Abstract. The large-scale war of the Russian Federation against Ukraine has resulted not only in physical disabilities among both military personnel and civilians (injuries, burns, poisoning, etc.), but also in the development or exacerbation of mental health disorders such as panic attacks, neuroses, and hysteria. These conditions arise under severe stress and manifest through functional disturbances of mental health and pain syndromes.





We examined a cohort of 145 patients aged 30–58 years who developed mental health disorders in the context of massive stress. Twenty-five of them had pre-existing neurotic manifestations that had been compensated by medication; however, stress associated with hostilities reactivated these disturbances and significantly aggravated their condition.

Clinical examinations were performed by dentists, neurologists, cardiologists, and otolaryngologists (when required). Additional diagnostic procedures included CT, MRI, ultrasound, ECG, and dental radiography. Laboratory investigations comprised blood glucose, cholesterol and lipoprotein levels, biochemical blood tests, and coagulation profiles. These examinations allowed us to exclude organic lesions of the brain and internal organs and to confirm mental health disturbances. Furthermore, inpatient assessments using international diagnostic scales were conducted to validate the diagnoses.

Mental health disorders may present as anxiety, panic attacks, depression, delirium, psychosis, neurasthenia, hysteria, obsessive-compulsive disorder, and other conditions, which can be acute or chronic. Such disorders may occur in association with neurological and somatic diseases (cardiovascular, cerebrovascular, or internal organ pathology). Therefore, the task of internists, family physicians, neurologists, cardiologists, and dentists is to collect a thorough medical, life, and allergy history, review previous treatment methods, and develop a comprehensive management plan at both pre-hospital and hospital stages.

Keywords: stress; mental health; stomatognathic system pathology; emergency medical care.

Стаття: надійшла до редакції 25.12.2025 р.;
прийнята до друку 09.02.2026 р.;
опублікована 20.03.2026 р.

<p>Зозуля Іван Савович</p> <p>Доктор медичних наук, професор, професор кафедри медицини невідкладних станів Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна  https://orcid.org/0000-0002-8496-9876</p>	<p>Волосовець Антон Олександрович</p> <p>Доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медицини невідкладних станів Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна  https://orcid.org/0000-0002-5225-1480</p>	<p>Волосовець Тетяна Миколаївна</p> <p>Доктор медичних наук, професор, професор кафедри стоматології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна  https://orcid.org/0000-0002-3961-2456</p>
<p>Дорошенко Олена Миколаївна</p> <p>Доктор медичних наук, професор, професор кафедри ортопедичної стоматології та імплантології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна  https://orcid.org/0000-0001-8859-3610</p>	<p>Тростянський Ярослав Володимирович</p> <p>студент Вроцлавського медичного університету, м. Вроцлав, Польща</p>	