

Key words: dry eye syndrome, epidemiology, prevention, healthy population, socio-clinical problem, prevention models.

ORCID кожного автора та його внесок до статті:

Семенко А.В.: <https://orcid.org/0009-0002-3210-5475>^{ABCDEF}

Адреса для кореспонденції

Семенко Андрій Володимирович

Дніпровський державний медичний університет

Україна, 49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського 9

Тел.: +380930000799

E-mail: andriisemenko94@gmail.com

A – концепція роботи та дизайн, **B** – збір та аналіз даних, **C** – відповідальність за статичний аналіз, **D** – написання статті, **E** – критичний огляд, **F** – остаточне затвердження статті.

Ця стаття розповсюджується на умовах ліцензії **Creative Commons Attribution (CC-BY)**, яка дозволяє не-обмежене використання, поширення та відтворення в будь-якому форматі за умови належного цитування оригінальної роботи © Всі автори, 2026

Стаття надійшла 23.01.2026 року

Стаття прийнята до друку 04.05.2026 року

Опубліковано 27.05.2026 року

DOI 10.29254/2077-4214-2026-2-181-121-126

УДК 616.314.17+616.5(083)

¹Скрипнікова Т. П., ²Зубкова Л. П., ²Пиндус Т. О., ²Бочаров В. А., ¹Хміль Т. А.

СИНДРОМНІ ПОЄДНАНІ УШКОДЖЕННЯ СТРУКТУР РОТА, ШКІРИ ТА ІНШИХ ОРГАНІВ І СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

¹Полтавський державний медичний університет (м. Полтава, Україна)

²Львівський медичний університет (м. Львів, Україна)

t.khmil@pdmu.edu.ua

Незважаючи на велику кількість публікацій щодо синдромів у стоматології, залишаються питання поєднаних ушкоджень структур рота, шкіри та інших органів людини. Мета дослідження – провести аналіз наукової літератури та систематизувати прояви синдромів з поєднаним ушкодженням структур ротової порожнини, шкіри та інших органів і систем організму людини. Аналіз включав публікації, індексовані у наукометричних базах PubMed, Web of Science, Google Scholar, за останні десять років. Вивчали дослідження, що включали оновлення про етіологію, патогенез, клініку, діагностику основних синдромів, при яких одночасно ушкоджуються шкіра та структури ротової порожнини. Огляд показав, що найбільш частими поєднаними ушкодженнями є власне губи, язик, СОПР, шкіра. Найбільш часто патологічні зміни відмічаються на губах та язичку, а також з боку слинних залоз. У більшості випадків етіопатогенез синдромних ушкоджень встановити не вдається. Вони розвиваються під впливом ріноманітних етіопатогенетичних факторів: спадковість, вади розвитку, вірусні, ендокринні, нервово-трофічні, токсико-алергічні фактори. Результати дослідження підкреслюють необхідність диференційованого підходу лікарів всіх спеціальностей до діагностики відповідних захворювань та надання допомоги хворим. Дане дослідження сприяє міждисциплінарній взаємодії та взаєморозумінню серед усіх фахівців, які беруть участь у діагностиці та терапевтичному керівництві пацієнтів з цими синдромальними станами, щоб забезпечити оптимальну персоналізовану допомогу в комплексному підході. Подальші дослідження будуть спрямовані на з'ясування патофізіологічних механізмів розвитку поєднаних синдромів.

Ключові слова: стоматологічні синдроми, пероральні прояви, шкіра.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.

Стаття є фрагментом планової науково-дослідної роботи «Відновлення здоров'я органів ротової порожнини у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями» (номер державної реєстрації 0122U000495).

Вступ.

Термін «синдром» у фундаментальній та клінічній медицині зазначає сукупність симптомів «патологічного процесу» (симптомокомплекс), які відносяться до певного захворювання (нозологічної одиниці). Патологічний процес може розвиватися на різних

рівнях організації (молекулярному, клітинному, тканинному, органному, системному), але лише тоді, коли він досягає рівня організму в цілому та порушує його життєдіяльність, перетворюється на «хворобу». Унаслідок розвитку патологічного процесу виникає «патологічний стан» – сукупність патологічних змін в організмі (стійке відхилення від норми з біологічно негативними наслідками) [1, 2].

Лікар, при обстеженні хворого у конкретний момент часу, вивчає «патологічний стан», а при спостереженні за хворим у динаміці визначає зміни патологічних станів («патологічний процес»). Можливі 3 варіанти відносин цих категорій:

1) патологічний процес без патологічного стану (на початкових етапах дії патогенного фактору);

2) патологічний процес виявляє себе патологічним станом (найпоширеніший варіант);

3) патологічний стан без патологічного процесу (патологічний процес завершений, а патологічний стан залишається надовго).

Саме складність взаємовідносин цих двох категорій є однією із важливих причин помилок лікарів при діагностиці синдромних ушкоджень. Особливо це може мати небезпечні наслідки у разі розвитку «патологічної реакції» – неадекватної відповіді організму та/або його систем на дію подразників (токсико-алергічні синдроми та ін.).

Мета дослідження.

Провести аналіз наукової літератури та систематизувати клінічні та патофізіологічні зміни у разі розвитку синдромів з поєднаним ушкодженням структур ротової порожнини, шкіри та інших органів і систем організму.

Основна частина.

Курація хворих з синдромами, що поєднують ушкодження стоматологічних структур, шкіри та інших органів, в основному лікується міждисциплінарною командою, іноді з раннього дитинства [3–7].

Рання діагностика часто має вирішальне значення для ефективного лікування функціональних і розвиваючих аспектів [8].

Звуження ротової щілини та загострення підборіддя спостерігаються при **синдромі Вернера**. Це спадкове чи сімейне захворювання з ознаками передчасного старіння (з 20–30 років), яке проявляється раннім посивінням чи облісінням, потоншенням шкіри обличчя, кінцівок з наступними атрофічними процесами гіподерми та м'язів у цих зонах. У ділянках потоншення шкіри можуть розвиватися трофічні виразки, гіперкератоз. Із загальноорганізменних змін можуть виявлятися ознаки раннього атеросклерозу, ювенільної катаракти, а також – ендокринні розлади, остеопороз, склеродактилія [9, 10].

При **синдромі Венде** навколо рота з'являються пухирі. Це різновид вродженої пухирчатки, і подібні елементи також виявляються навколо очей, анусу, уретри. Поступово у хворих розвивається атрофія фаланг пальців кистей, а також спостерігаються різноманітні порушення нервової системи. У тому числі – епілепсія.

Аналогічні прояви характерні і для **синдромів Кости** та **Гуна** (більш сприятливий перебіг). До того ж, при синдромі Кости спостерігається акроціаноз, а після розвитку пухирців на **шкірі** кистей та стоп тривалий час не епітелізуються ерозії. При цьому синдромі виявляються порушення функцій ендокринних залоз, а також – екзофтальм та інші симптоми з боку очей.

Аномалії зубів спостерігаються при **синдромі Блоха-Сульцберга**. Це захворювання носить сімейний характер (вада розвитку), і виявляється з перших тижнів життя (частіше – у дівчат). При цьому можуть бути прояви інших вад розвитку (мікроцефалія та ін.). У таких хворих нерідко спостерігаються епілепсія, олігофренія. На шкірі виявляється велика кількість плям (жовто-коричневих чи темно-сірих) у вигляді різноманітних фігур, а також можуть бути прояви вогнищевої алопеції та дистрофії нігтів. [11].

Відсутність зубів або розвиток тільки одиноких та неповноцінних зубів відмічаються при **синдромі Гірфарда-Темдла**, який також відносять до вад розвитку, і при якому відмічаються зміни й інших структур (атрофічний ніс, випуклий лоб та надбрівні дуги та ін.). У хворих мають місце тяжкі розлади терморегуляції (непереносимість високих температур). На шкірі виявляються ознаки сухості, а також – ушкодження волосяних фолікулів (гіпотріхоз волосистої частини голови, атріхоз інших частин тіла).

Синдром Бехчета (інколи його ідентифікують з великим афтозом Турена). Аутоімунне ушкодження **СОРП** характеризуються появою афт – пухирців, які швидко розпадаються з утворенням поверхневих чи глибоких виразок, що вкриті некротичним нальотом. На **шкірі** можлива наявність висипу подібної вузловатості еритеми, а також папул та фолікулітів. З **інших органів** можливі ушкодження статевих (афтоподібний висип) та очей (іридоцикліт). При рецидивах відмічаються головний біль, субфібрилітет, інколи – менінгоenceфаліт [12–14].

При **синдромі Бержерона** відмічають звивисті осередки яскраво-червоного кольору на **язиці** та відсутність сосочків на ньому. Майже щоденно осередки переміщуються та змінюють свій вигляд. Хворіють діти. У виникненні синдрому можливо мають значення нервово-трофічні та/або ендокринні розлади.

До типових проявів **синдрому Урбаха-Віте** (гіаліноз шкіри та слизових оболонок) відносять ушкодження **губ та язика**, оскільки і в цій локації, а також на **шкірі**, після початкових симптомів (охриплість голосу, сухий кашель) з'являється папульозний висип з наступною появою мілких пухирців та пустул, часто навколо повік. Провідним етіопатогенетичним чинником є збільшення кількості у крові гама-глобуліну та рівня порфіринів.

При **синдромі Лайєла** **СОРП** різко гіперемована з наявністю ерозій. На **шкірі** швидко розвиваються прояви еритродермії, а також пухирі та ерозії з виявленням позитивного синдрому Нікольського. Початок захворювання несподіваний з наявністю високої температури, різкої слабкості, а також болю в м'язах, суглобах; можуть ушкоджуватися внутрішні органи. Частіше за все – це реакція на прийом різноманітних ліків (індивідуальна несприйнятливність, суперреактивність організму). Гострі реакції частіше виникають при тривалому застосуванні ліків у великих дозах (сульфаніламідів та ін.); частіше – в осіб, які страждають на алергічні захворювання [15].

Синдром Пейтца-Егерса-Турена – спадкове захворювання. Ушкодження **СОРП** характеризуються появою меланінових плям навколо рота, на губах, частіше – на щоках по лінії змикання зубів. На **шкірі** подібна висипка спостерігається рідше. Серед ушкоджень **інших органів** можуть виявлятися поліпоз шлунку та кишечника, анемія, злоякісні переродження.

При **синдромі Летюля** на **губах та язика** виявляються пухирці (згруповані, мілкі, незапального характеру, без кольору або жовтуваті). При їх проколі виділяється лімфа (інколи – тривалий час). При лімфангіомі язика – наявність або групи пухирців, або незапальних м'яких пухлин. На язика можуть спостерігатися бородавчасті розростання, які затруднюють мову. На **шкірі** – кістозні лімфангіоми, а на пальцях

кистей – зміни подібні елефантіазу. Це вроджене захворювання, яке розглядається як лімфатичний невус, при якому лімфосудини зливаються і розростаються до значної величини.

При **синдромі Мішера** (синонім – гранулематозний хейліт Мішера) нижня губа частіше збільшується, і на її поверхні з'являються лущення, тріщини; консистенція – м'яка. Ясна інфільтровані і їх поверхня нерівна. Хворіють діти та підлітки. Хронічний запальний процес розвивається повільно, без суб'єктивних відчуттів. Можливий зв'язок синдрому з інфекціями, алергіями, епітеліоїдним саркоїдозом [16–18].

При **синдромі Манганотті** на червоній облямівці нижньої губи з'являються тривалі ерозії (круглі чи овальні) без інфільтрацій, які часто рецидивують. Точна етіологія не з'ясована, але захворювання відноситься до преанкррозів [19, 20].

Синдром Мелькерсона-Розенталя характеризується класичною тріадою. На **СОРП** виявляються ерозії малоболісні. На верхній губі – набряк, інфільтрація, деформація у зв'язку із паралічем лицьового нерву. Язик потовщений, щільно-еластичної консистенції, складчастий, може ушкоджуватися шкіра шиї (з синюшно-червоним відтінком). Серед патогенетичних факторів надається значення інфекційної етіології, вродженій дисплазії лімфатичних судин, функціональним порушенням парасимпатичної нервової системи [21–24].

При **синдромі Мікуліча-Кюммеля** спостерігаються значний набряк губ, їх застійна гіперемія, безперервно утворюється ексудат; можливо утворення поверхонь, що кровоточать; етіологія – не встановлена.

Синдром Міллера-Тауссінга – на губах через декілька годин після змазування губною помадою розвивається гостре запалення. Чинником ушкодження частіше за все є анілінові барвники, розчинні у воді (еозин).

Поенті-Аневедо синдром – в **СОРП** виявляються гіпертрофовані слинні залози (пальпаторно – у вигляді щільних утворень), а з їх отворів виступають краплини прозорого секрету у вигляді «роси». Болючість відсутня, але можуть спостерігатися варіанти синдрому: 1) з елефантіазом губи; 2) з ороговінням губ, що вказує на гіпертрофія слинних залоз.

При **синдромі Мітчелла** кровоносні судини у результаті ушкодження нервів можуть як розширюватися, так і звужуватися. На **СОРП** можуть спостерігатися ерозії, на шкірі – меланоз, ушкодження волоссяних фолікулів. Ключовими особливостями синдрому є ушкодження нижніх кінцівок, в яких відмічається приступоподібний пекучий біль [25].

При **синдромі Плюммера-Вінсона** (синоніми: Вальденстрама-Кельбера, Келлі-Патерсона) виявляється складчастий язик (так званий гунтерівський глосит); нерідко синдром зустрічається у жінок із злоякісними пухлинами **СОРП** (частіше – в клімактеричний період). Сухість та наявність мілких плівок спостерігаються як на **СОРП**, так і на губах. Слинні залози виділяють мало секрету. Зуби – дистрофічні. На шкірі відмічається сухість, а також – ушкодження нігтів (койлоніхія). Крім того, характерною є сухість сли-

зових оболонок носу, глотки, гортані та наявність у цих ділянках плівок; із супутніх захворювань мають місце: гіпохромна анемія, дисфагія, гіпоацидний гастрит. Етіопатогенез – не встановлено, але синдром часто спостерігається при хворобі Аддісона-Бірмера, і його відносять до преанкррозів.

Пашкова-Шеклакова синдром – на **СОРП** виявляються пухирі із серозним вмістом, величиною з горошину, а також – ерозії з нальотом біло-сірого кольору. Пухирі та ерозії супроводжуються печінням, особливо – при прийомі кислих чи гострих страв, при цьому ушкодження рецидивують кожні 2-3 тижні. Етіологія – не з'ясована, і синдром розглядається як різновид пухирчатки без ушкодження шкіри.

Синдром Рейтера – на **СОРП** відмічаються плями (розеольозні), іноді – пухирі та пухирці. На шкірі можуть спостерігатися рупії на різних ділянках. Обов'язково відмічається наявність тріади: уретрит (гнійний), кон'юнктивіт (гнійний), артрити, в етіології котрих має значення хламідійна інфекція [26].

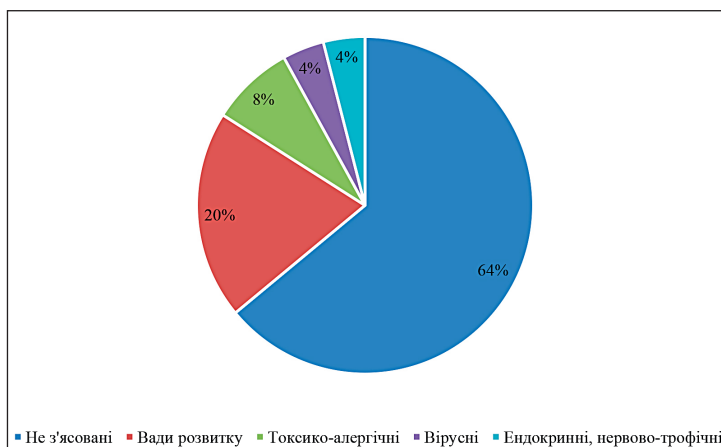
Синдром Ромберга – атрофія обличчя одностороння прогресуюча. На стороні ушкодження – атрофічні зміни в ділянці піднебіння та язика. На шкірі обличчя спочатку виявляються синювато-темні плями, які повільно збільшуються, у подальшому наступає атрофія усіх шарів шкіри та випадає волосся. Геміатрофія обличчя розпочинається в дитячому та підлітковому віці у діляхці щік, очей, яка супроводжується неврологічними болями та розладами чутливості. Синдром відноситься до лицьового трофоневрозу, який розвивається у результаті ушкодження трійчастого нерву [27–29].

Гунтера синдром – поверхня язика гладенька, сосочки – атрофічні. Можливі ерозії та пухирці. Синдром спостерігається при хворобі Аддісона-Бірмера та асідерозі.

Меллера синдром – відмічаються болісність та печіння язика, а також яскраво-червоні плями без запальної реакції (болісні при локалізації на сосочках). Синдром спостерігається при злоякісному малокров'ї, гельмінтозах, дисменорей.

Таблиця – Найбільш часті синдромні ушкодження структур ротової порожнини

№ з/п	Синдроми (симпто-мо-комплекси)	Структури ротової порожнини				
		губи	язик	СОРП	слинні залози	ясна
1	Бехчета			+		
2	Бержерона		+			
3	Гентера		+			
4	Манганотті	+				
5	Мелькерсона-Розенталя	+	+	+		
6	Мікуліча-Кюммеля	+				
7	Міллера-Тауссінга	+				
8	Мішера	+	+	+		+
9	Меллера		+			
10	Пашкова-Шеклакова			+		
11	Поспішила	+		+	+	
12	Поенті-Аневедо			+	+	
13	Рейтера			+		
14	Ромберга		+	+		
15	Шегрена				+	
16	Стівенса-Джонсона	+		+		
17	Урбаха-Віте	+	+			



Рисunek – Етіологічні чинники синдромних ушкоджень.

Стівенса-Джонсона синдром – на СОРП виявляється ерозивний стоматит, на губах – набряк, і також наявність геморагічно-серозного ексудату, еритематозних плям. Відмічається зловонний запах з порожнини рота. На шкірі обличчя, тулуба і кінцівок спостерігається поліморфний висип. Із супутніх проявів відмічаються висока температура, слабкість організму. Етіологічними чинниками можуть бути токсико-алергічні фактори чи супутня вірусна інфекція [30–33].

Шегрена синдром характеризується збільшенням розмірів слинних залоз і зменшенням слиновиділення, наявністю карієсу зубів. На шкірі відмічаються прояви лущення та екзематизації внаслідок зниженої функції сальних і потових залоз. Порушення функціональної активності відмічається і з боку інших залоз зовнішньої секреції (гіпоацидний гастрит та ін.). Синдром частіше спостерігається у жінок в преклімактеричний період; у молодих жінок одночасно розвивається гіпофункція яєчників [34–37].

Поспішилла синдром – на СОРП та губах виявляється багато пухирців на еритематозному фоні, після яких утворюються ерозії, що вкриваються сіро-білим струпом при посиленій саливації. У крові хворих виявляються диспротеїнемія, зниження вмісту заліза, гіпохромна анемія, зниження рівня фібриногену. Можливим етіологічним фактором розглядається вірус простого герпесу. Таке явище нерідко спостерігається у дітей при гострих інфекційних захворюваннях.

У результаті аналізу ми визначили найбільш часті синдромні ушкодження власне губ, язика, СОРП як ізольовані, так і комплексні, що розвиваються під впливом різноманітних етіопатогенетичних факторів (таблиця).

Згідно даних **рисунка**, найбільш часто етіологічні чинники встановити не вдається. Великий відсоток займають вади розвитку, при окремих синдромах чітко встановлена роль вірусних, ендокринних та/або нерво-трофічних факторів, вкрай небезпечними є токсико-алергічні фактори, що спричиняють розвиток ушкоджень СОРП, шкіри та інших органів.

Лікарям-стоматологам, дерматологам та педіатрам слід звертати увагу на те, що деякі із синдромів відносяться до спадкових чи сімейних захворювань, і фактично вони є вадами розвитку (це синдроми: Вернера, Венде, Кости, Блоха-Сульцберга, Гирфарда-Темдла).

При ушкодженні структур ротової порожнини найбільш часто патологічні прояви виявляються на губах (синдроми: Манганотті, Мікуліча-Кюммеля, Міллера-Таусінга), язика (синдроми: Баржерона, Гентера, Меллера). При деяких синдромах ці структури ушкоджуються одночасно (синдроми: Урбаха-Віте, Меркельсона-Розенталя), а інколи – разом із ушкодженнями слизової оболонки ротової порожнини, ясен (синдроми: Мішера, Плюммера-Вінсана, Ромберга). Нерідко спостерігаються синдромні ушкодження слинних залоз (синдроми: Поенті-Аневеда, С'єгрена та ін.).

Особливо небезпечними є токсико-алергічні синдроми (Стівенса-Джонсона) та вірусні ушкодження (синдром Поспішилла), а також ті, що супроводжуються тяжкими загальноорганізменними змінами з боку нейро-ендокринної, імунної систем (синдром Лайєла та ін.), причому деякі із них призводять до летальних наслідків.

Висновки.

Вищезазначене диктує необхідність диференційованого підходу лікарів-стоматологів та інших спеціальностей при наданні допомоги таким хворим. Дане дослідження сприяє міждисциплінарній взаємодії та взаєморозумінню серед усіх фахівців, які беруть участь у діагностиці та терапевтичному керівництві пацієнтів з цими синдромальними станами, щоб забезпечити оптимальну персоналізовану допомогу в комплексному підході.

Перспективи подальших досліджень.

З'ясування патофізіологічних механізмів розвитку синдромів з поєднаним ушкодженням як покривних тканин (структур рота та шкір), так і реакцій з боку інших органів та систем організму людини.

Література

- Zubkova LP. Entsyklopediia kliniko-analitychnoi stomatologii. T. 1. Chisinau: GlobeEdit; 2023. 225 s. [in Ukrainian].
- Zubkova LP. Entsyklopediia kliniko-analitychnoi stomatologii. T. 2. Chisinau: GlobeEdit; 2023. 221 s. [in Ukrainian].
- Houkrodzher DDzh. Dermatologiya: tekst i kolorovi ilustratsii: per. 7-ho anh. vyd. Kyiv: Medytsyna; 2023. 175 s. [in Ukrainian].
- Kitsera N, Kovalchuk L, Rozhko M. Henetychna patolohiia i yii stomatologichni prioiavy. Ivano-Frankivsk: Foliant; 2021. 239 s. [in Ukrainian].
- Volosovets OP, redaktor. Pediatriia (neonatolohiia, hematolohiia, endokrynolohiia). Kyiv: Medprynt; 2023. 431 s. [in Ukrainian].
- Tovani-Palone MR, Bistagnino F, Shah PA. Multidisciplinary team for patients with neurocutaneous syndromes: the little discussed importance of dentistry. Clinics (Sao Paulo). 2024;79:100332. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2024.100332>
- Dujic H, Bücher K, Schüler IM, Schmidt P, Hertel S, Timpel J, et al. Dental management of genetic dental disorders: a critical review. J Dent Res. 2025;104(4):369-379. DOI: <https://doi.org/10.1177/00220345241305330>
- Mahmoud AY, Neagu D, Scrimieri D, Abdullatif ARA. Early diagnosis and personalised treatment focusing on synthetic data modelling: novel visual learning approach in healthcare. Comput Biol Med. 2023;164:107295. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2023.107295>
- Tsuge K, Shimamoto A. Research on Werner Syndrome: trends from past to present and future prospects. Genes (Basel). 2022;13(10):1802. DOI: <https://doi.org/10.3390/genes13101802>
- Adam MP, Bick S, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Amemiya A, editors. GeneReviews®. Seattle (WA): University of Washington; 2002. Chapter, Werner Syndrome. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1514/>

11. Yadlapati S, Tripathy K. Incontinentia Pigmenti (Bloch-Sulzberger Syndrome). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578194/>
12. Emmi G, Bettiol A, Hatemi G, Prisco D. Behçet's syndrome. *Lancet*. 2024;403(10431):1093-1108. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02629-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02629-6)
13. Lavallo S, Caruso S, Foti R, Gagliano C, Cocuzza S, La Via L, et al. Behçet's disease, pathogenesis, clinical features, and treatment approaches: a comprehensive review. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60(4):562. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina60040562>
14. Shimizu J, Murayama MA, Mizukami Y, Arimitsu N, Takai K, Miyabe Y. Innate immune responses in Behçet disease and relapsing polychondritis. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1055753. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1055753>
15. Strużyna J, Surowiecka A, Korzeniowski T, Piszczek J, Korulczyk P, Drozd L, et al. Immunomodulatory treatment of Lyell's Syndrome: a simultaneous plasmapheresis and intravenous immunoglobulins therapy. *J Burn Care Res*. 2022;43(6):1394-1398. DOI: <https://doi.org/10.1093/jbcr/irac046>
16. Tkach VYe, Aleksandr OD, Voloshynovych MS, Kostyshyn ID, Matkowska NR, Kozak NV. Hranulematoznyi kheilit Mishera: випадок з практики. *Ukrainian Journal of Dermatology, Venerology, Cosmetology*. 2024;(1):30-33. DOI: <https://doi.org/10.30978/ujdvk2024-1-30> [in Ukrainian].
17. González-García A, Barbolla Díaz I, Sifuentes Giraldo WA, Patier-de la Peña JL. Miescher syndrome: An uncommon cause of recurrent swelling of the lips. *Reumatol Clin*. 2017;13(6):363-364. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.03.003>
18. Blochowiak K, Kraiz A, Bowszyc-Dmochowska M, Paszyńska E, Jenerowicz D. Miescher's cheilitis as a diagnostic and therapeutic challenge—a case report. *Medicina (Kaunas)*. 2025;61(2):299. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina61020299>
19. Mazur IP, Gasyk NV, Rybachuk AV, Malanchuk VO, Mazur PV. Klinichna charakterystyka potentsiino zloiakisnykh utvoren slyzovoi obolonky porozhnyny rota ta chervonoj obliamivky. *Oral and General Health*. 2022;3(3):6-11. DOI: <https://doi.org/10.22141/ogh.3.3.2022.125> [in Ukrainian].
20. Skrypnikova TP, Khmil TA, Pysarenko OA, Bieliaieva OM. Do pytannia klinichnoi klasyfikatsii predrakovykh zmin slyzovoi porozhnyny rota i chervonoj obliamivky tub. *Ukrainian Dental Almanac*. 2022;(3):9-13. DOI: <https://doi.org/10.31718/2409-0255.3.2022.02> [in Ukrainian].
21. Lin TY, Chiang CH, Cheng PS. Melkersson-Rosenthal syndrome. *J Formos Med Assoc*. 2016;115(7):583-584. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2015.08.011>
22. Jamil RT, Agrawal M, Gharbi A, Sonthalia S. Cheilitis Granulomatosa. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470396/>
23. Wnuk-Kłosińska A, Jenerowicz D, Bowszyc-Dmochowska M, Pietrzak-Kaczmarek H, Adamski Z. Melkersson-Rosenthal syndrome - a therapeutically challenging disease. *Postepy Dermatol Alergol*. 2021;38(3):533-536. DOI: <https://doi.org/10.5114/ada.2020.92569>
24. Kuang W, Luo X, Wang J, Zeng X. Research progress on Melkersson-Rosenthal syndrome. *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2021;50(2):148-154. DOI: <https://doi.org/10.3724/zdxbyxb-2021-0103>
25. Solovyova Y, Nekrasova N, Stroylo A. A clinical case of secondary erythromelalgia. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*. 2025;12(1):142-149. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2025-27-12>
26. Alsulami HAA, Al-Nashiwaty O, Khalifa MA, Syed NU, Ahmed N, Almuthree S. Reiter's syndrome following intravesical Bacillus Calmette-Guerin therapy for bladder carcinoma: case report. *IDCases*. 2023;31:e01711. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.idcr.2023.e01711>
27. Shah SS, Chhabra M. Parry-Romberg Syndrome. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574506/>
28. Bukiej A, Sequiera W. Clinical Images: Parry-Romberg syndrome. *ACR Open Rheumatol*. 2022;4(6):483. DOI: <https://doi.org/10.1002/acr2.11410>
29. Aram A, Cappitelli A, Dedeoglu F, Vleugels RA, Bruun R, Ganske IM. Dental anomalies in Parry-Romberg syndrome: a 40-year retrospective review. *Cleft Palate Craniofac J*. 2023;60(8):956-961. DOI: <https://doi.org/10.1177/10556656221086174>
30. Frantz R, Huang S, Are A, Motaparthy K. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a review of diagnosis and management. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(9):895. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina57090895>
31. Shah H, Parisi R, Mukherjee E, Phillips EJ, Dodiuk-Gad RP. Update on Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25(6):891-908. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40257-024-00889-6>
32. Vossos H, Delgado PM. Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis: macules, papules, and bullae. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2024;30(4):749-756. DOI: <https://doi.org/10.1177/10783903241252810>
33. Skrypnikova T, Skrypnikov P, Khmil T, Pysarenko O, Kulai O, Tymoshenko Y, et al. Klinichni profili patsientiv iz bahatoformnoiu eksudatyvnoiu erytemoiu i syndromom Stivensa-Dzhonsona na stomatolohichnomu pryomi. *Ukrainian Dental Almanac*. 2025;(1):18-21. DOI: <https://doi.org/10.31718/2409-0255.1.2025.03> [in Ukrainian].
34. André F, Böckle BC. Sjögren's syndrome. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2022;20(7):980-1002. DOI: <https://doi.org/10.1111/ddg.14823>
35. Qi W, Tian J, Wang G, Yan Y, Wang T, Wei Y, et al. Advances in cellular and molecular pathways of salivary gland damage in Sjögren's syndrome. *Front Immunol*. 2024;15:1405126. DOI: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1405126>
36. Jensen MLN, Trolborg AM, Pfeiffer-Jensen M, Deleuran B. Sjögren's syndrome. *Ugeskr Laeger*. 2021;183(31):V04210309.
37. Blochowiak K, Olewicz-Gawlik A, Polańska A, Nowak-Gabryel M, Kocięcki J, Witmanowski H, et al. Oral mucosal manifestations in primary and secondary Sjögren syndrome and dry mouth syndrome. *Postepy Dermatol Alergol*. 2016;33(1):23-27. DOI: <https://doi.org/10.5114/pdia.2016.57764>

СИНДРОМНІ ПОЄДНАНІ УШКОДЖЕННЯ СТРУКТУР РОТА, ШКІРИ ТА ІНШИХ ОРГАНІВ І СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

Скрипнікова Т. П., Зубкова Л. П., Пиндус Т. О., Бочаров В. А., Хміль Т. А.

Резюме. Існує великий спектр синдромів, що поєднують стоматологічні, ротові, черепно-лицьові, шкірні та системні ушкодження. Мета роботи – провести аналіз наукової літератури та систематизувати клінічні та патофізіологічні зміни у разі розвитку синдромів з поєднаним ушкодженням структур ротової порожнини, шкіри та інших органів і систем організму. Проведено аналіз публікацій, індексованих у наукометричних базах PubMed, Web of Science, Google Scholar, за останні десять років. Предметом дослідження стали синдромні ушкодження структур рота у поєднанні з проявами на шкірі та з боку інших органів і систем організму людини. У ході аналізу визначено, що із синдромних ушкоджень структур рота, деякі з них відносяться до вад розвитку. Найбільш часто патологічні зміни відмічаються на губах та язичку, а також з боку слинних залоз. Окремі синдроми (токсико-алергічні) є вкрай небезпечними і можуть призводити до летальних наслідків. У більшості випадків етіопатогенез синдромних ушкоджень встановити не вдається. Великий відсоток займають вади розвитку, при окремих синдромах чітко встановлена роль вірусних, ендокринних та/або нервово-трофічних факторів, вкрай небезпечними є токсико-алергічні фактори, що спричиняють розвиток ушкоджень СОРП, шкіри та інших органів. У цьому зв'язку лікарям-стоматологам, дерматологам та інших спеціальностей необхідно дотримуватися диференційованого підходу до діагностики відповідних захворювань та надання допомоги хворим. Дане дослідження сприяє міждисциплінарній взаємодії та взаєморозумінню серед усіх фахівців, які беруть участь у діагностиці та терапевтичному керівництві пацієнтів з цими синдромальними станами,

щоб забезпечити оптимальну персоналізовану допомогу в комплексному підході. Перспективою подальших досліджень буде з'ясування патофізіологічних механізмів розвитку синдромів з поєднаним ушкодженням як покривних тканин (структур рота та шкір), так і реакцій з боку інших органів та систем організму людини.

Ключові слова: стоматологічні синдроми, пероральні прояви, шкіра.

SYNDROMIC COMBINED LESIONS OF ORAL STRUCTURES, SKIN, AND OTHER HUMAN ORGANS AND SYSTEMS

Skrypnikova T. P., Zubkova L. P., Pyndus T. O., Bocharov V. A., Khmil T. A.

Abstract. There is a broad spectrum of syndromes that combine dental, oral, craniofacial, cutaneous, and systemic lesions. The aim of the study was to analyze scientific literature and systematize clinical and pathophysiological changes in syndromes involving combined damage to oral structures, skin, and other body organs and systems. An analysis of publications indexed in PubMed, Web of Science, and Google Scholar databases over the last ten years was conducted. The subject of the study was syndromic damage to oral structures in combination with cutaneous manifestations and involvement of other human organs and systems. The analysis revealed that among syndromic lesions of oral structures, several cases are classified as developmental defects. Pathological changes are most frequently observed in the lips, tongue, and salivary glands. Certain syndromes (toxico-allergic) are extremely dangerous and can be fatal. In most cases, the exact etiopathogenesis of syndromic lesions remains elusive. A significant percentage is attributed to developmental anomalies. In specific syndromes, the roles of viral, endocrine, and/or neurotrophic factors are clearly established; toxico-allergic factors are particularly hazardous, causing damage to the oral mucosa, skin, and other organs. In this regard, dentists, dermatologists, and specialists in other fields must adhere to a differentiated approach in diagnosing such diseases and providing patient care. This study promotes interdisciplinary interaction and mutual understanding among all specialists involved in the diagnostic and therapeutic management of patients with these syndromic conditions to ensure optimal personalized care within a comprehensive approach. Prospects for further research include elucidating the pathophysiological mechanisms underlying the development of syndromes with combined damage to both integumentary tissues (oral structures and skin) and reactions from other human organs and systems.

Key words: dental syndromes, oral manifestations, skin lesions.

ORCID кожного автора та його внесок до статті:

Skrypnikova T. P.: <http://orcid.org/0000-0003-4679-163X>^{ACDEF}

Zubkova L. P.: <http://orcid.org/0000-0001-7643-9317>^{ABC}

Pyndus T. O.: <http://orcid.org/0000-0002-2283-9750>^{BE}

Bocharov V. A.: <http://orcid.org/0000-0002-9786-6665>^{ABCD}

Khmil T. A.: <http://orcid.org/0000-0002-3531-6879>^{BDE}

Конфлікт інтересів:

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Адреса для кореспонденції

Хміль Тетяна Андріївна

Полтавський державний медичний університет

Україна, 36011, м. Полтава, вул. Шевченка 23

Тел.: 0505880960

E-mail: t.khmil@pdmu.edu.ua

A – концепція роботи та дизайн, **B** – збір та аналіз даних, **C** – відповідальність за статичний аналіз, **D** – написання статті, **E** – критичний огляд, **F** – остаточне затвердження статті.

Ця стаття розповсюджується на умовах ліцензії **Creative Commons Attribution (CC-BY)**, яка дозволяє необмежене використання, поширення та відтворення в будь-якому форматі за умови належного цитування оригінальної роботи © Всі автори, 2026

Стаття надійшла 12.01.2026 року
Стаття прийнята до друку 04.05.2026 року
Опубліковано 27.05.2026 року