

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВІДНИКОВИХ АНЕСТЕЗІЙ, ЗАСТОСОВАНИХ ПІД ЧАС ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У БІЧНІЙ ДІЛЯНЦІ НИЖНІХ ЩЕЛЕП¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)²Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця)

mokrikol@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження виконане в рамках НДР кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Пошук, впровадження і шляхи удосконалення методів діагностики та лікування запальних, травматичних процесів, дефектів та деформацій ЩЛД», № державної реєстрації 0115U000046 та Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова «Оптимізація діагностики, ортопедичного лікування та профілактики патології зубощелепної системи», № державної реєстрації 0119U103951.

Вступ. Важливою умовою профілактики розвитку емоційно-больового стресу у стоматологічних хворих під час проведення хірургічних втручань є їх повноцінне анестезіологічне забезпечення [1-4]. Більшість операцій у щелепно-лицевій ділянці в амбулаторних умовах проводиться під місцевим потенційованим знеболенням. Застосування при цьому методик провідникових анестезій має ряд переваг. Зокрема, вони забезпечують втрату чутливості значної частини верхньої чи нижньої щелепи при необхідності хірургічного втручання на цих анатомічних ділянках, а також при операціях на обличчі [5-7]. Виконання провідникових анестезій вимагає знань топографічної анатомії щелепно-лицевої ділянки, особливостей її іннервації. Для успішного проведення методик мандибулярної анестезії необхідно досконало володіти технікою їх виконання та враховувати анатомічні фактори, які впливають на їх ефективність [8, 9]. Для знеболювання бічної ділянки нижньої щелепи стандартна методика мандибулярної анестезії не завжди є достатньо ефективною (досягається успішний результат у 75-85% випадків) [9], що пояснюється індивідуально-анатомічними особливостями крило-щелепного простору [10, 11], варіабельністю розгалуження у щелепно-лицевій ділянці трійчастого нерва [12], можливою додатковою іннервацією бічної ділянки нижньої щелепи лицевими гілками великого вушного та поперечного нервів шиї (від поверхневого шийного нервового сплетення) [13-15]. Всі вище названі фактори повинні враховуватись при проведенні місцевого знеболювання операційних втручань у щелепно-лицевій ділянці.

Мета дослідження – дати клінічну оцінку ефективності методик провідникових анестезій, застосованих під час проведення планових хірургічних втручань у бічній ділянці нижніх щелеп.

Об'єкт і методи дослідження. В амбулаторних умовах в залежності від застосованих методик провідникових анестезій під час хірургічних втручань (атипового видалення нижніх третіх молярів – 86 випадків, цистектомії одонтогенних кіст, локалізова-

них у бічній ділянці нижньої щелепи – 61 випадків), хворих було поділено на три клінічні групи.

У хворих контрольної групи було застосовано стандартну внутрішньоротову методику мандибулярної анестезії за методикою С. Н. Вайсблата, яку доповнювали знечуленням щічного нерва інфільтраційною анестезією по перехідній згортці в ділянці жувальної групи зубів. У хворих групи порівняння проводили торусальну анестезію за методикою М. М. Вейсбрема, при якій місцевий анестетик вводиться в ділянку нижньощелепного підвищення (torus mandibulae), де блокуються нижній альвеолярний, язиковий та щічний нерви. У хворих основної групи було застосовано модифіковану методику торусальної анестезії за Р. Б. Сарманаєвим – “торусо-мандибулярну” анестезію [16], яка проводиться наступним чином: при широко відкритому роті вколюється ін'єкційна голка в латеральний край крилоподібно-щелепної складки на 0,5 см нижче жувальної поверхні другого чи третього верхнього молярів. Голка просувається в напрямку до торуса гілки нижньої щелепи, де вводиться 1,5 мл анестетика, після чого, перевівши шприц на сторону, де треба здійснити знеболення, голка переміщується по внутрішній поверхні гілки нижньої щелепи на глибину 0,8-1,0 см й додатково вводиться ще 1,5 мл місцевого анестетика.

У всіх хворих при збереженні больової чутливості в ретромолярній ділянці її знечулювали інфільтраційною анестезією за методикою С.В. Тарасенко та співавторів [9]. При лише частковій втраті больової чутливості в ділянці нижніх молярів (за результатами «pin-prick» тесту та електроодонтометрії) після проведення провідникових анестезій, на тлі знечулення зон іннервації нижнього альвеолярного (половина нижньої губи), язикового (передні 2/3 язика) та щічного (слизова оболонка ясен зі щічного боку на рівні жувальної групи зубів) нервів, додатково проводили блокаду щелепно-під'язикового нерва за вдосконаленою нами методикою. Вкол голки здійснюється в кут, утворений переходом слизової оболонки альвеолярного відростка на слизову дна рота, на рівні між лунками другого та третього молярів. Депо місцевого анестетика створюється в однойменній борозні, яка розташована на внутрішній поверхні тіла нижньої щелепи [17].

У випадку появи болю, іррадіюючого в кут нижньої щелепи чи привушно-жувальну ділянку, під час енуклеації оболонки одонтогенної кістки, пророслої в гілку нижньої щелепи, чи під час екстракції, глибоко розташованого ретенуваного нижнього третього моляра, додатково проводили інфільтраційну анестезію субмасетеріального простору для блокади щелепної гілки великого вушного нерва шляхом введення місцевого анестетика вздовж зовнішньої поверхні гілки

нижньої щелепи в напрямку до її кута за методикою Sahrish L. et al. [18]. Для анестезій використовували препарат «Артифрин-Здоров'я Форте» Україна, 1 мл розчину містить артикаїну гідрохлориду 40 мг, адреналіну 0,01 мг.

Оцінювали ефективність місцевого знеболення за допомогою «pin-prick» тесту – вколом голки в анатомічні ділянки, де очікувалось їх знечуження: ясна, нижню губу, щоку, передніх 2/3 язика. Результати оцінювали за 4-х бальною шкалою суб'єктивної оцінки хворими: 0 балів – відсутність чутливості, 1 бал – чутливість різко знижена, 2 бали – чутливість помірно знижена, 3 бали – повністю збережена тактильна і больова чутливість [19, 20]. Також визначали чутливість зубів на відповідній стороні нижньої щелепи за допомогою використання електроодонтодіагностики зубів цифровим електроодонтометром «Pulp tester» (Тайвань).

Під час проведення хірургічних маніпуляцій оцінювали емоційно-рухові прояви емоційно-больового стресу у хворих за шкалою Sounds, Eyes and Motor (SEM) – Звуки, Очі, Рухи [21]. Вона розділена на дві категорії – комфорт (відсутність больової експресії) і дискомфорт (наявність больової експресії). Реакція дискомфорту поділяється на три субшкали: емоційно-рухові прояви легкого болю, емоційно-рухові прояви помірного болю і емоційно-рухові прояви сильного болю. Оцінка больової експресії здійснюється в балах: комфорт (максимально 3 бали) – кожний показник оцінюється в 1 бал; легкий дискомфорт (максимально 6 балів) – кожний показник оцінюється в 2 бали; помірний дискомфорт (максимально 9 балів) – кожний показник оцінюється в 3 бали; сильний дискомфорт (максимально 12 балів) – кожний показник оцінюється в 4 бали.

Вегетативну реакцію серцево-судинної системи на больовий чинник оцінювали за індексом перфузії (PI) та частотою пульсу. Для їх реєстрації використовували портативний пульсоксиметр Elera – SH-K3 (Гонконг). За норму вважається показник PI, який знаходиться в межах 5–6%, при звуженні просвіту периферійних судин під впливом больового чинника його показники знижуються [22–24]. Частота пульсу в нормі – 60–80 ударів в хвилину.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням t-критерію Стьюдента методів варіаційної статистики за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 8». Для оцінки значимості відмінностей результатів, отриманих в клінічних групах, визначали коефіцієнт Пірсона χ^2 .

Результати дослідження та їх обговорення. Після проведення мандибулярної анестезії за методикою Вайсблата у хворих контрольної групи у всіх випадках знечулювався нижній альвеолярний та язиковий нерви. Під час проведення операції цистектомії в ділянці жувальної групи зубів (12 випадків) було необхідно додатково блокувати щічний нерв. Під час відшарування слизово-окісного клаптя в ретромолярній ділянці у 4-ох хворих з'явилися больові відчуття ($2,6 \pm 0,5$ бала), що проявлялись емоційно-руховою реакцією – напруженням м'язів та верхніх кінцівок ($6,2 \pm 1,4$ бала за шкалою SEM) та вегетативною реакцією серцево-судинної системи (індексом PI – $3,7 \pm 1,4$ %). Повного знечуження було досягнуто після інфільтраційної анестезії ретромо-

лярного трикутника. В одному випадку під час проведення енуклеації оболонки парадентальної кісти в ділянці кута нижньої щелепи, при спробі відділити її оболонку з вестибулярного боку від прилеглої кісткової тканини, хворий відчув різку появу болю (3,0 бала), іррадіюючого в кут нижньої щелепи, емоційний дискомфорт (6,8 бала за шкалою SEM). Після додатково проведеної інфільтраційної анестезії субмасетеріального простору за методикою Sahrish L. et al., для знечуження кісткової гілки великого вушного нерва, було безболісно завершено видалення пухлиноподібного новоутвору. У 3 випадках, щоб досягти повного знечуження під час енуклеації оболонок радикальних кіст язикового боку на рівні верхівок коренів першого та другого молярів, проведено провідникову анестезію щелепно-під'язикового нерва за вдосконаленою нами методикою, що забезпечило необхідний психоемоційний комфорт цим хворим ($3,4 \pm 0,5$ бала за шкалою SEM).

У хворих групи порівняння при застосуванні стандартної торусальної анестезії у всіх випадках блокувались нижній альвеолярний та язиковий нерви. Щічний нерв знечулювався у 91,5% випадків. У 4-ох хворих (8,5%) цей нерв не вдалось заблокувати, підтвердженням цього була збережена больова чутливість ясен в ділянці жувальної групи зубів та слизової оболонки ретромолярного трикутника, що потребувало застосування додаткової місцевої анестезії. У 5-ти випадках за допомогою «pin-prick» тесту виявлено чутливість ясен із язичного боку на рівні жувальної групи зубів при втраті поверхневих видів чутливості нижньої частини щоки, нижньої губи, фронтальної групи зубів та передніх 2/3 язика на стороні, де проводилась анестезія. Нижні моляри при електроодонтометрії реагували на силу струму $81,9 \pm 2,0$ мкА. Повна втрата больової чутливості в нижніх молярах ($110,5 \pm 1,5$ мкА) та ясен досягалась лише після блокади п. mylohyoideus ($p < 0,001$). Це дало можливість надалі безболісно провести операції в цих хворих.

У хворих основної групи після застосування торусо-мандибулярної анестезії крім нижнього альвеолярного, язикового, щічного нервів у всіх випадках також блокувався щелепно-під'язиковий нерв. Зона знечуження поширювалась на щоку, нижню щелепу, ділянку ретромолярного трикутника, передні дві третини язика, на м'які тканини дна рота на цій стороні, де проводилась анестезія. У 3-ох пацієнтів основної групи біль виник під час екстракції ретенуваних нижніх третіх молярів. Повне знечуження досяглося після проведення додаткової інфільтраційної анестезії субмасетеріального простору, де блокувались щелепні гілки великого вушного нерва.

Випадки додаткового застосування місцевих анестезій у стоматологічних хворих під час операцій представлено у **таблиці 1**.

Щічний нерв практично не блокується при стандартній методиці мандибулярної анестезії, оскільки він розташований на 2,4 см вище язичка нижньої щелепи [25], що потребує додаткового його знечуження [26].

В середньому щелепно-під'язиковий нерв від'єднується від нижнього щелепного нерва на 15,0–23,0 мм вище нижньощелепного отвору, також описано випадок його відгалуження під нижнім краєм латерального крилоподібного м'яза [27]. Чим

Таблиця 1 – Застосовані методики місцевих анестезій під час проведення операційних втручань на нижніх щелепах

Клінічні групи	Основні методики місцевих анестезій	Застосовано додаткові анестезії (кількість випадків)			
		Анестезія щічного нерва	Анестезія задніх гілок нижнього альвеолярн. нерва	Анестезія щелепно-під'язиков. нерва	Анестезія щелепної гілки великого вушного нерва
Основна група (n=50)	Торусо-мандибулярна анестезія	відсутність випадків	відсутність випадків	відсутність випадків	3 випадки
Група порівняння (n=47)	Торусальна анестезія	2 випадки	4 випадки	2 випадки	1 випадок
Контрольна група (n=50)	Мандибулярна анестезія	12 випадків	4 випадки	3 випадки	1 випадок

більша відстань до місця розгалуження цього нерва від анатомічної ділянки, де вводиться розчин місцевого анестетика під час стандартної мандибулярної анестезії, тим більша ймовірність того, що він не буде заблокований [28]. Причиною невдач під час виконання цієї анестезії також може бути наявність анатомічного бар'єру, який відокремлює щелепно-під'язиковий нерв від нижнього альвеолярного нерва у крилоподібно-нижньощелепному просторі – сфено-мандибулярна зв'язка (ligamenta sphenomandibulare). Щільність і розміри цього анатомічного утвору може перешкоджати поширенню місцевого анестетика в межах цього клітинного простору [29, 30].

Провівши статистичний аналіз отриманих результатів анестезіологічного забезпечення планових операційних втручань на нижніх щелепах із використанням для підрахунку критерію χ^2 Пірсона, можна стверджувати, що існує взаємозв'язок між досягнутим анестезіологічним ефектом та застосованими методиками місцевих провідникових анестезій. Торусо-мандибулярна анестезія за Сарманаєвим є статистично значуще ефективніша від стандартної мандибулярної анестезії за Вайсблатом – $\chi^2=16,318$ ($p<0,001$), а також від стандартної торусальної – $\chi^2=3,864$ ($p=0,050$). Результати статистичного аналізу подано у таблиці 2.

Висновки.

1. Вибір методики провідникової анестезії при операціях на нижніх щелепах впливає на безболіс-

Таблиця 2 – Ефективність застосування методик місцевих анестезій у стоматологічних хворих під час проведення операційних втручань на нижніх щелепах

Ефективність знечулення гілок нижньощелепного нерва	Мандибулярна анестезія за Вайсблатом (n=50)	Торусальна анестезія за Вейсбремом (n=47)	Торусо-мандибулярна анестезія за Сарманаєвим (n=50)
Повна ефективність анестезії	30 випадків	38 випадків	47 випадків
Не достатня ефективність анестезії	20 випадків	9 випадків	3 випадки
Критерій Пірсона (χ^2)	$\chi^2 - 5,026$ ($p = 0,025$)		* $\chi^2 - 16,318$ ($p < 0,001$) ** $\chi^2 - 3,864$ ($p = 0,050$)

Примітки: * – оцінку значущості відмінностей результатів місцевої анестезії проводили у порівнянні із даними, отриманими при стандартній мандибулярній анестезії; ** – оцінку значущості відмінностей результатів місцевої анестезії проводили у порівнянні із даними, отриманими при торусальній анестезії

ність їх проведення. Неефективне місцеве знеболення викликає у хворих появу емоційно-больового стресу із відповідними емоційно-поведінковими та вегетативними проявами.

2. При застосуванні торусо-мандибулярної анестезії за методикою Сарманаєва досягається найвищий рівень блокування периферійних гілок нижньощелепного нерва, які беруть участь в іннервації зубо-альвеолярного комплексу у бічній ділянці нижньої щелепи.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності застосування торусо-мандибулярної анестезії за методикою Сарманаєва та вдосконаленого нами способу блокади щелепно-під'язикового нерва у терапевтичній та ортопедичній стоматологічній практиці під час препаровки зубів та їх вітальній екстирпації.

Література

- Astramskaitė I, Poškevičius L, Juodžbalys G. Factors determining tooth extraction anxiety and fear in adult dental patients: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg. 2016 Dec;45(12):1630-1643.
- Eroglu CN, Ataoglu H, Küçük K. Factors affecting anxiety-fear of surgical procedures in dentistry. Niger J Clin Pract 2017;20:409-14.
- Van Houtem CMHH, van Wijk AJ, Boomsma DI, Ligthart L, Visscher CM, De Jongh A. The factor structure of dental fear. Eur Journal Oral Sci 2017;125:195-201.
- Sakamoto E, Yokoyama T. Pain and Anxiety in Dentistry and Oral and Maxillofacial Surgery Focusing on the Relation between Pain and Anxiety. Annals Pain Med. 2018;1(1):1002.
- Gordeyev AV, Shamshadinova AR, Lapa VV. Vybor obezbolivaniya pri operatsiyakh v chelyustno-litsevoy oblasti. Byulleten' meditsinskikh Internet – konferentsiy. 2015;5(10):1173. [in Russian].
- Abdulkadir BÇ, Çağrı A, Neşe K, Banu G K. Oral surgical procedures under local anaesthesia in day surgery. BMC Oral Health. 2018;18:179.
- Kanakaraj M, Shanmugasundaram N, Chandramohan M, Kannan R, Perumal SM, Nagendran J. Regional anesthesia in faciomaxillary and oral surgery. J Pharm Bioallied Sci. 2012 Aug; 4(2):264-9.
- Rabinovich SA, Vasil'yev YUL. Anatomic-topograficheskoye i instrumental'nyye aspekty mestnogo obezbolivaniya v stomatologii. Moskva: Chuvashiya; 2011. 144 s. [in Russian].
- Tarassenko SV, Dydykin SS, Kuzin AV. Anatomic-topograficheskoye i rentgenologicheskoye obosnovaniye provedeniya dopolnitel'nykh metodov obezbolivaniya zubov nizhney chelyusti s uchetom variabel'nosti ikh innervatsii. Stomatologiya. 2013;5:44-8. [in Russian].

- ## КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВІДНИКОВИХ АНЕСТЕЗІЙ, ЗАСТОСОВАНИХ ПІД ЧАС ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У БІЧНІЙ ДІЛЯНЦІ НИЖНІХ ШЕЛЕП

Резюме. В статті представлено результати дослідження клінічної ефективності сучасних методик провідникових анестезій периферійних гілок нижньощелепного нерва при їх застосуванні під час проведення планових хірургічних втручань у бічній ділянці нижніх щелеп – операції атипового видалення ретенованого нижнього третього моляра (86 випадків) та цистектомії одонтогенних кіст (61 випадків). В залежності від застосованих методик провідникових анестезій, хворих було поділено на три клінічні групи.

Провівши аналіз отриманих результатів анестезіологічного забезпечення планових операційних втручань на нижніх щелепах, можна констатувати, що існує взаємозв'язок між досягнутим анестезіологічним ефектом та застосованими методиками провідникових анестезій. Торусо-мандибулярна анестезія за Р. Б. Сарманаєвим є статистично значуще ефективніша від класичної мандибулярної анестезії за С. Н. Вайсблатом – $\chi^2 = 16,318$ ($p < 0,001$) та від стандартної торусальної – $\chi^2 = 3,864$ ($p = 0,050$).

ISSN 2077-4214. Вісник проблем біології і медицини – 2021 – Вип. 1 (159)

CLINICAL ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF CONDUCTION ANESTHESIA USED DURING SURGERY IN THE LATERAL AREA OF THE MANDIBLE

Mokryk O. Ya., Petrov D. B., Komnatskiy B. Yu.

Abstract. The article presents the results of the study of clinical efficacy of using of modern methods of conduction anesthesia of peripheral branches of the mandibular during planned surgical interventions in the lateral area of the mandible – atypical removal of the impacted lower third molar (86 cases) and odontogenic cystectomy (61 cases). Depending on the applied methods of conduction anesthesia, patients were divided into three clinical groups.

In patients of the control group, the standard intraoral technique of mandibular anesthesia was used according to S. N. Weisblat. In patients of the comparison group was performed torus anesthesia (by Weisbrem's method). In patients of the main group, a modified method of torus anesthesia was used according to R. B. Sarmanayev – "torus-mandibular" anesthesia. The retromolar area was additionally anesthetized with infiltration anesthesia, because of the presence of pain sensitivity.

At incomplete loss of pain sensitivity in the area of the lower molars (according to the results of "pin-prick" test and electroodontometry), after conduction anesthesia of the lower alveolar, lingual and buccal nerves, the mylohyoid nerve blockade by our improved method was performed. It was carried out in the mylohyoid groove, located on the inner surface of the body of the mandible.

Additionally we performed infiltration anesthesia of the submasseteric space to block the maxillary branch of the great auricular nerve, in case of pain during shell enucleation of the odontogenic cyst, sprouted in the branch of the mandible. During the surgical manipulations, the emotional-motor manifestations of pain stress in patients were evaluated according to the scale of Sounds, Eyes and Motor and autonomic response by perfusion index (PI) and pulse rate.

Statistical processing of the study results was performed using Student's t-test and Pearson's coefficient χ^2 .

After analyzing the obtained results of anesthesiological support of planned surgical interventions on the mandibles, it can be stated that there is a relationship between the achieved anesthetic effect and the applied methods of conduction anesthesia. Torus-mandibular anesthesia by R. B. Sarmanayev is statistically significantly more effective than classical mandibular anesthesia according to S.N. Weisblat – $\chi^2=16,318$ ($p<0,001$) and the standard torus – $\chi^2=3,864$ ($p=0,050$).

Key words: conduction anesthesia, mandible, surgical interventions, pain reaction, psycho-emotional stress.

Рецензент – проф. Аветиков Д. С.

Стаття надійшла 28.12.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2021-1-159-373-376

УДК 616.31:616-006.6-085.28

Філон А. М., Колеснік О. П., Возний О. В.

ВПЛИВ ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА СТАН СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЗА ДАНИМИ АНКЕТУВАННЯ

Запорізький державний медичний університет (м. Запоріжжя)

andreyfilon88@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження проведено в рамках науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології на тему: «Комплексна профілактика та лікування основних стоматологічних захворювань у жителів промислового регіону», № ДР 0117U006958 Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя.

Вступ. Пацієнти з онкологічними захворюваннями, що отримують хіміотерапевтичне лікування стикаються з низкою труднощів, включаючи страждання від хронічної втоми, недостатню фізичну форму та проблеми імунної системи [1]. Соматичний статус пацієнта та його ускладнення впливають не тільки на загальний стан хворого, але сприяють виникненню певних стоматологічних захворювань, насамперед після ад'ювантної системної хіміотерапії і рідше після променевої терапії [2, 3].

Стоматологічне лікування перед, під час і після протиракової хіміотерапії вимагає спеціальних зусиль та терпіння, оскільки загальний стан хворого погіршується [4]. Пацієнти, які пройшли санацію порожнини рота, з меншою ймовірністю отримують важкі ускладнення від їх протиракового лікування,

ніж пацієнти з поганим станом здоров'я порожнини рота [5,6].

Симптоми варіюються від втрати смаку, болю та інфекцій до проблем з прийомом твердої їжі. З усіх онкологічних хворих, які отримують звичайну хіміотерапію, існує ризик виникнення запалення пародонту, що супроводжується ясенними кровотечами, сухості у роті (ксеростомія) та розвитку мукозиту від 20% до 40% [7]. Оральний мукозит визначається як запальне або виразкове ураження слизової оболонки ротової порожнини [8].

Визначаючи існуючу проблему виникнення та лікування ускладнень стоматологічних захворювань, що залежать від соматичного стану на початку хіміотерапії, ми повинні враховувати ступінь порозуміння самих пацієнтів цієї проблеми, оскільки це дозволить попередити виникнення ускладнення та його лікування [9,10].

Мета дослідження. Вивчити порозуміння пацієнтів з онкологічним захворюванням, стосовно впливу попереднього соматичного стану та його хіміотерапевтичного лікування на стоматологічне здоров'я.