

А.А. Тимофеев, Е.П. Весова, Н.А. Ушко

Гивалекс при профилактике послеоперационных осложнений у больных с одонтогенным хроническим гайморитом

Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: определить эффективность препарата «Гивалекс» для профилактики послеоперационных осложнений у больных с одонтогенным хроническим гайморитом.

Методы. Обследованы 49 больных с одонтогенным хроническим гайморитом в возрасте от 21 до 58-и лет. Применены микробиологические, клинические и лабораторные методы обследования.

Результаты. В результате обследований больных с одонтогенным хроническим гайморитом было установлено, что многокомпонентный препарат «Гивалекс», используемый для полоскания полости рта у данных пациентов, имеет выраженное антисептическое, противовоспалительное и обезболивающее действие, а также дезодорирующий эффект, которые значительно превосходят таковые при традиционном лечении. Побочных действий препарата «Гивалекс» не выявили.

Выводы. На основании проведенных обследований больных с хроническим одонтогенным гайморитом доказано, что многокомпонентный препарат «Гивалекс», используемый для полоскания полости рта в пред- и послеоперационный период, имеет выраженное антисептическое, противовоспалительное и обезболивающее действие, а также дезодорирующий эффект. Препарат «Гивалекс» можно рекомендовать для профилактики и лечения послеоперационных воспалительных осложнений у больных с хроническим одонтогенным гайморитом.

Ключевые слова: воспаление, гайморит, воспалительные осложнения, Гивалекс.

Введение

В практике стоматологов и челюстно-лицевых хирургов заболевания, связанные с патологией верхнечелюстных пазух, не являются редкостью. Среди воспалительных заболеваний верхнечелюстной пазухи синуситы одонтогенной этиологии составляют от 26 до 40 %. Нередко синуситы риногенной этиологии, развившиеся на фоне острого респираторного заболевания, приводят к обострению периапикальных очагов хронической одонтогенной инфекции и вторичному инфицированию верхнечелюстной пазухи [6].

По данным литературы, отоларингологи отмечают ежегодное увеличение количества госпитализированных больных по поводу синуситов на 1,5–2 % [4]. Больных с одонтогенным происхождением гайморита нередко не распознают в ЛОР-клиниках [1].

Обследование больных с хроническим одонтогенным гайморитом показывает наличие подобной микрофлоры в одонтогенном очаге и верхнечелюстной пазухе. Поэтому эффективное местное медикаментозное воздействие на одонтогенный очаг инфекции очень важно в ходе лечения, в том числе до и после хирургического вмешательства на верхнечелюстной пазухе.

В качестве противомикробных препаратов для местного лечения используются антибиотики, антисептики, дезинфектанты, гомеопатические препараты и т. д. Среди перечисленных противомикробных препаратов в челюстно-лицевой хирургии самое широкое распространение получили антисептики. При выборе антимикробного препарата врач обязательно ориентируется на цель его использования: профилактическую (предупреждение развития патологического состояния) или лечебную (лечение развившегося инфекционного воспалительного процесса). В препаратах, используемых с профилактической целью, достаточно наличия только веществ с антимикробными свойствами, а с лечебной целью необходимы

еще и средства с болеутоляющей, противовоспалительной и жаропонижающей активностью, т. е. обладающие комбинированным действием. В связи с этим наибольшую популярность приобретают те химиотерапевтические препараты, которые можно использовать как для одной, так и для другой цели, т. е. лечебно-профилактические.

Одним из таких препаратов является Гивалекс (выпускается фирмой «Норжин Фарма», Франция). Фармакологическое действие Гивалекса обусловлено наличием трех активных ингредиентов, которые входят в состав данного препарата [2, 3, 4]. Гивалекс выпускается в виде раствора для полоскания полости рта (один миллилитр раствора содержит 1 мг гексетидина, 5 мг салицилата холина, 2,5 мг хемигидрата хлорбутанола). Вспомогательные вещества – сахаринат натрия, полисорбат 20, пропионовая кислота, 58 % этиловый спирт, очищенная вода, лимонный ароматизатор. Антимикробная активность Гивалекса обусловлена наличием гексетидина, который проявляет свое антибактериальное действие не только на грамположительные, но и на грамотрицательные микробы, а также оказывает противогрибковое действие (дрожжеподобные грибы рода *Candida*, *Microsporus*, *Histoplasma* и др.). Механизм действия гексетидина заключается в том, что он имеет конкурирующее действие с фактором роста бактерий тиаминном. По своей химической структуре гексетидин аналогичен тиамину, что позволяет ему тормозить размножение бактерий (блокирует метаболизм пурина в бактериях). Гексетидин вступает в связь с протеинами слизистой оболочки полости рта и таким образом удерживается там продолжительное время, что обеспечивает его пролонгированный эффект. Салицилат холина, как и все салицилаты, имеет анальгетическую, жаропонижающую и противовоспалительную активность, блокируя циклооксигеназу и ингибируя биосинтез простагландинов, которые являются медиаторами болевой чувствительности и воспаления [1, 2, 3, 4, 5].

Гивалекс применялся для полоскания полости рта по следующей схеме: на одно полоскание ротовой полости использовались две чайные ложки препарата, которые растворялись в ¼ стакана теплой воды. За одни сутки применялось от 2 до 4-х полосканий. Курс лечения Гивалексом составлял не менее 9–10-ти дней (3–4 дня до операции и 6–7 дней после нее).

Цель данного исследования – определить эффективность препарата «Гивалекс» для профилактики послеоперационных осложнений у больных с одонтогенным хроническим гайморитом.

Материал и методы обследования

Для решения поставленной задачи были обследованы 49 больных с одонтогенными хроническим гайморитом в возрасте от 21 до 58-и лет, которые находились на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии КГКБ № 12 (клиника челюстно-лицевой хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика). Из 49 больных с одонтогенным хроническим гайморитом ороантральное сообщение было выявлено у 44 (89,8 %) обследуемых (соустье – у 23 и первичный свищ – у 21 чел.), у 5-ти больных (10,2 %) причинные зубы до операции удалены не были. Всех 49 обследуемых с одонтогенными хроническими гайморитами разделили на две группы наблюдения: I группа (основная) – 27 больных, которых лечили оперативно (включая использование Гивалекса до и после операции); II группа (контрольная) – 22 больных с хроническим одонтогенным гайморитом, у которых в комплекс общепринятого хирургического лечения до и после гайморотомии применяли антисептическое полоскание полости рта раствором фурацилина (0,02 % водный стерильный раствор или в разведении 1:5000).

Всем больным проводили операцию гайморотомии с местной пластикой ороантрального сообщения с последующим симптоматическим лечением и антисептическим полосканием полости рта (Гивалексом или фурацилином). Хирургическое вмешательство при одонтогенном хроническом гайморите, учитывая локальный характер патологического очага, проводили в виде щадящей гайморотомии с обязательным удалением причинного зуба. Оперативное лечение проводили согласно указаниям, которые представлены в «Руководстве по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» А.А. Тимофеева (2002, 2004 гг.). На послеоперационную рану накладывали швы из нерассасывающегося шовного материала. Обязательным условием для включения больного в обследование являлась санация

полости рта. В послеоперационный период больным I и II групп назначали симптоматическое лечение (по показаниям!). Разница в лечении между группами заключалась только в том, что пострадавшим I группы назначали антисептические полоскание полости рта Гивалексом, а II группы – фурацилином.

При госпитализации и в динамике лечения больных было проведено общеклиническое обследование, которое включало: осмотр (определялись степень выраженности послеоперационного отека лица, гиперемия кожи и инфильтрация околочелюстных мягких тканей), время полного рассасывания гематомы, гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки в области послеоперационной раны), пальпацию, сбор анамнеза, рентгенографию придаточных пазух носа. Кроме ранее указанных обследований у больных также применяли микробиологические методы (определялось наличие микрофлоры в лунке удаленного зуба и через сообщение в верхнечелюстную пазуху, а также ее антибиотикочувствительность), контактная термометрия, проба Шиллера-Писарева (для выявления воспалительного процесса слизистой оболочки альвеолярного отростка послеоперационной раны) с вычислением йодного числа Свракова.

Клинические симптомы и полученные цифровые данные лабораторных обследований обработаны вариационно-статистическим методом с использованием персонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли согласно критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты обследования и их обсуждение

Проведен анализ микробиологических обследований, которые выполнены у 44 больных. Микробиологические исследования проведены у 24-х больных основной (I) группы и 20-ти больных контрольной (II) группы с одонтогенным хроническим гайморитом, у которых из полости носа брали мазки и идентифицировали высеваемые микроорганизмы. У 44 обследуемых с одонтогенным хроническим гайморитом выявлены золотистый (56 %) и эпидермальный (20 %) стафилококк, гемолитический стрептококк (15 %) и грибы рода *Candida* (9 %). В ассоциативных связях выявленные микроорганизмы определялись в основной группе у 8 обследуемых (33,3 %), а в контрольной – у 7-и больных (35,0 %). Если сравнивать видовой состав обнаруженной микрофлоры в зависимости от обследуемой группы, то можно отметить, что он был практически одинаковым (рис. 1).

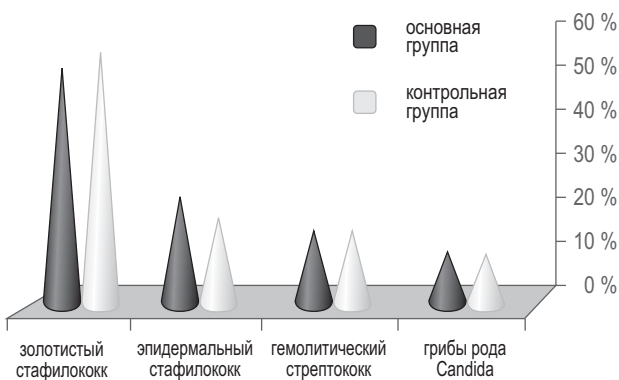


Рис. 1. Сравнительные данные высеваемости отдельных видов микроорганизмов (в процентах) из полости носа у больных с одонтогенным хроническим гайморитом.



Рис. 2. Частота высеваемости патогенных микроорганизмов из полости носа у больных с одонтогенным хроническим гайморитом в динамике лечения.

Перед оперативным вмешательством из полости носа (независимо от того, что все больные за 3–4 дня перед гайморотомией полоскали полость рта Гивалексом или фурацилином) в 100 % случаев в основной и контрольной группах высевали патогенные микроорганизмы (рис. 2). Через 7–10 дней после операции микрофлора из полости носа в основной группе высевалась у 6 больных из 24-х обследованных (25,0 %), а в контрольной – у 15-ти из 20 обследованных (75,0 %). Через 3–4 недели (1 месяц) после операции патогенные микроорганизмы из полости носа высевались в основной группе у 2-х обследуемых (8,3 %), а в контрольной – у 6 чел. (30,0 %).

У обследуемых с одонтогенным хроническим гайморитом и при антисептическом полоскании полости рта Гивалексом или фурацилином (основная и контрольная группы наблюдения) перед удалением из лунки зубов (имелось ороантральное сообщение) микроорганизмы обнаруживались у всех обследуемых (100 %). Через 3–4 дня после операции с поверхности послеоперационной раны в основной группе брали посев у 7 из 24-х обследуемых (29,2 %), в контрольной – у 14 из 20 чел. (70,0 %). При снятии нерассасывающихся швов (рис. 3) с послеоперационной раны (7–10-е сутки) проведены микробиологические обследования: основная группа – микроорганизмы выявлены у 2 чел. (8,3 %), контрольная – у 5 чел. (25,0 %).

Проведем анализ изменений общей температуры тела обследуемых с одонтогенным хроническим гайморитом до и после гайморотомии (I и II группы наблюдения). На следующий день после госпитализации 27 больных в стационар у обследуемых I группы наблюдения (для полоскания полости рта использовался Гивалекс) повышение общей температурной реакции тела (повышение температуры тела от 37,0 до 37,5°C) наблюдалось у 20 чел. (74,1 %). В контрольной группе (II группа), т. е. у 20 больных, леченых с применением раствора фурацилина, общая температура тела (повышение температуры выше 37,0–37,5°C) выявлена у 15-ти (75,0 %) обследуемых. У всех остальных обследуемых этих групп температура тела находилась в пределах нормы. На 3–4-е сутки после оперативного вмешательства общая температура тела у обследуемых основной группы была выше 38,0°C у 2 чел. (7,4 %), в контрольной – у 4 чел. (20,0 %), от 37,5 до 38,0°C у 12 чел. (44,4 %), в контрольной – у 14 чел. (70,0 %), от 37,0 до 37,5°C в I группе у 13 чел. (48,2 %), во II группе – у 2 чел. (10,0 %). На 7–8-е сутки после гайморотомии (при снятии швов с послеоперационной раны) общая температура тела у обследуемых основной группы наблюдения была повы-

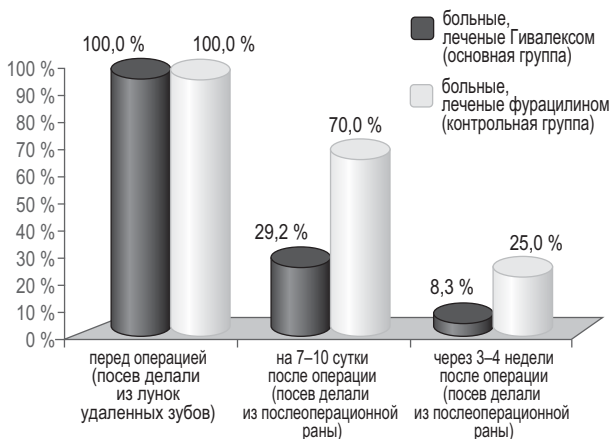


Рис. 3. Частота высеваемости патогенных микроорганизмов из лунок удаленных зубов или послеоперационной раны у больных с одонтогенным хроническим гайморитом в динамике проводимого лечения.

шенной от 37,5 до 38,0°C у 7 чел. (26,0 %), в контрольной – у 11 чел. (55,0 %), а от 37,0 до 37,5°C в I группе у 9 чел. (33,3 %), во II группе – у 7 чел. (35,0 %). Нормальная температура тела в основной группе была у 11 чел. (40,7 %), в контрольной – у 2 чел. (10,0 %).

При госпитализации больных первой (основной) группы наблюдения с хроническим одонтогенным гайморитом болевые ощущения в области верхнечелюстной кости (рис. 4) выраженного характера были выявлены у одного из 27-и обследуемых (3,7 %), умеренного – у 3 чел. (11,1 %) и незначительного характера у 23-х больных (85,2 %). В контрольной группе наблюдения при госпитализации выраженные болевые ощущения отмечены у одного из 22-х обследуемых (4,6 %), боли умеренного характера – у 2 чел. (9,1 %), незначительного характера – у 19-ти больных (86,3 %). Через 3–4 дня после гайморотомии с местной пластиковой сообщения выраженные болевые ощущения в основной группе (леченых с применением Гивалекса) были у 3 чел. (11,1 %), боли умеренного характера – у 15 из 27-и обследуемых (55,6 %), а незначительного характера – у 9 чел. (33,3 %). В контрольной группе (с использованием для полоскания полости рта раствора фурацилина) в те же сроки выраженные боли были у 7 больных (31,8 %), боли умеренного характера зарегистрированы у 12 из 22-х больных (80,0 %), а незначительного характера – у 3 чел. (13,6 %). Через 7–8 дней после операции у обследуемых основной группы наблюдения более выраженного и умеренного характера не было, незначительного характера – у 5 из 27 обследуемых (18,5 %), у остальных обследуемых I группы болевые ощущения не выявлены. Через 7–8 дней после операции у обследуемых контрольной группы выраженных и умеренного характера более также не было, боли в области верхнечелюстной кости незначительного характера были у 14 из 22-х обследуемых (70,0 %), а у восьми больных этой группы болевых симптомов не обнаружили (рис.4).

Неприятный запах изо рта у больных I (основная) и II (контрольная) групп наблюдения (рис. 5) при госпитализации (до операции) регистрировался в 100 % случаев. Через 7–8 дней после хирургического лечения больных I группы (с применением Гивалекса) наблюдения неприятный запах выявлялся у 6 из 27-и обследуемых (22,2 %), а в контрольной группе – у 16 из 22-х обследуемых (72,7 %).

Воспалительная инфильтрация (умеренная, поверхностная или глубокая) мягких тканей (вокруг послеоперационных околочелюстных гематом), окружающих

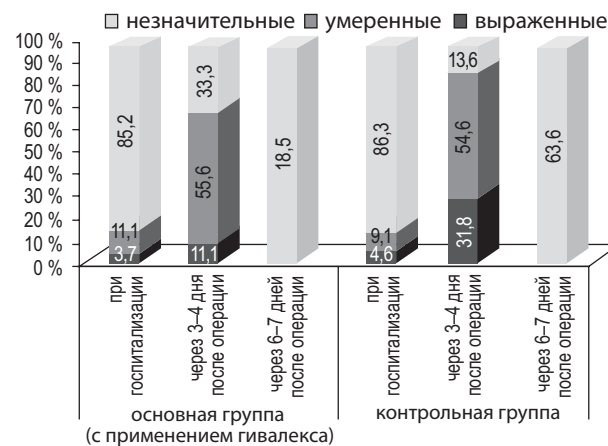


Рис. 4. Изменения болевых ощущений в области пораженной верхнечелюстной кости у больных с хроническим одонтогенным гайморитом в динамике лечения.

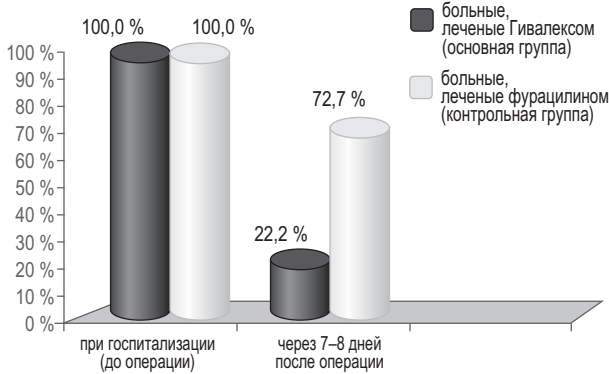


Рис. 5. Частота встречаемости неприятного запаха изо рта у больных с хроническим одонтогенным гайморитом и ороантральным сообщением в динамике хирургического лечения.

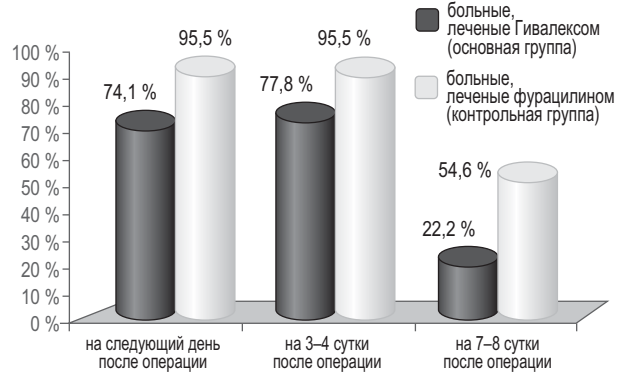


Рис. 6. Частота встречаемости воспалительной инфильтрации окологлоточных мягких тканей у больных с хроническим одонтогенным гайморитом после оперативного вмешательства.

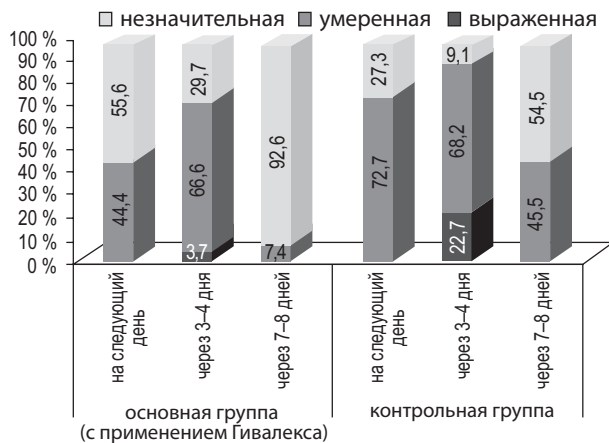


Рис. 7. Изменения выраженности воспалительной инфильтрации слизистой оболочки альвеолярного отростка в области послеоперационной раны у больных с хроническим одонтогенным гайморитом в динамике лечения.

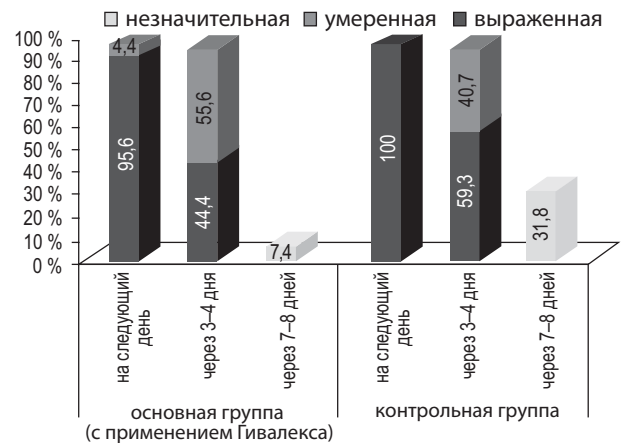


Рис. 8. Изменения выраженности налета фибрина на слизистой оболочке альвеолярного отростка в области послеоперационной раны у больных с хроническим одонтогенным гайморитом в динамике лечения.

верхнюю челюсть в I (основной) группе наблюдения (рис. 6), встречалась на следующий день после операции у 20 больных из 27-и, т. е. в 74,1 % случаев (в контрольной группе – у 21 обследуемых из 22, т. е. в 95,5 % случаев). Через 3–4 дня после операции в основной группе воспалительная инфильтрация мягких тканей обнаружена у 21 больного, т. е. в 77,8 % случаев (в контрольной группе – у 21 обследуемого, т. е. в 95,5 % случаев). Через 7–8 дней после операции воспалительная инфильтрация мягких тканей, которые окружали верхнюю челюсть, в основной группе выявлена у 6-ти больных, т. е. в 22,2 % случаев (в контрольной группе – у 12-ти обследуемых, т. е. в 54,6 % случаев).

В основной группе на следующий день после госпитализации больных слизистая оболочка в области альвеолярного отростка была инфильтрирована (рис. 7) у всех обследуемых, умеренная инфильтрация – у 12 чел. (44,4 %), незначительная – у 15 чел. (55,6 %), а стенки раны покрыты выраженным налетом фибрина (рис. 8) у 25 чел. (95,6 %). В контрольной группе слизистая оболочка в области альвеолярного отростка была инфильтрирована у всех больных: умеренная инфильтрация – у 16 чел. (72,7 %), незначительная – у 6 чел. (27,3 %), а

стенки раны были покрыты налетом фибрина у всех 22-х обследуемых (100 %). Через 3–4 дня после операции воспалительная инфильтрация в основной группе была следующей: выраженная – у 1 чел. (3,7 %), умеренная – у 18 чел. (66,6 %), незначительная – у 8 чел. (29,7 %). В контрольной группе она была следующей: выраженная – у 5 чел. (22,7 %), умеренная – у 15 чел. (68,2 %), незначительная – у 2 чел. (9,1 %). Налет фибрина в основной группе выраженным был у 12 чел. (44,4 %) и незначительным у 15 чел. (55,6 %), а в контрольной: выраженный – у 16 чел. (59,3 %) и незначительный – у 6 чел. (40,7 %). Через 7–8 дней после операции воспалительная инфильтрация слизистой оболочки (рис. 7) в основной группе была умеренной у 2 чел. (7,4 %) и незначительной у 25 чел. (92,6 %), а в контрольной группе: умеренная – у 10 чел. (45,5 %), незначительная – у 12 чел. (54,5 %). Незначительный налет фибрина (рис. 8) на стенках послеоперационной раны в основной группе был у 2 чел. (7,4 %), а в контрольной – у 7 чел. (31,8 %).

Йодное число Свракова на следующий день после госпитализации в основной группе составило $2,8 \pm 0,6$, а в контрольной – $3,3 \pm 0,7$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс). Через 3–4 дня после операции

йодное число Свракова в основной группе составляло $3,5 \pm 0,8$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс), а в контрольной – $4,6 \pm 0,7$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс). Через 7–8 дней после операции йодное число Свракова в основной группе составило $2,2 \pm 0,8$ балла (слабо выраженный воспалительный процесс), а в контрольной – $4,1 \pm 0,8$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс).

Осложнения воспалительного характера у больных с хроническим одонтогенным гайморитом в ранний (воспалительная инфильтрация) и поздний (вторичный ороантральный свищ) послеоперационный период у обследуемых I (основной) группы наблюдения выявлены у 2-х больных (7,4%), а у обследуемых II (контрольной) группы – у 5 больных (22,7%).

Осложнений, связанных с применением препарата «Гивалекс», у обследуемых больных выявить не удалось.

Выводы

На основании обследований больных с хроническим одонтогенным гайморитом доказано, что многокомпонентный препарат «Гивалекс», используемый для полоскания полости рта в пред- и послеоперационный период, имеет выраженное антисептическое, противовоспалительное и обезболивающее действие, а также дезодорирующий эффект. Побочных действий препарата «Гивалекс» не обнаружили. У больных с хроническим одонтогенным гайморитом препарат «Гивалекс» можно рекомендовать для профилактики и лечения послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – Киев: ООО «Червона Рута-Турс». – 2012. – 1048 с.
2. Зарицька І.О. Використання антисептика «Гівалекс» (аерозоль) у лікуванні запальних захворювань глотки / І.О. Зарицька // Журнал вушних, носових та горлових хвороб. – 2002. – № 5. – С. 53–55.
3. Мітін Ю.В. Застосування препарату «Гівалекс» у хворих на запальні захворювання глотки / Ю.В. Мітін, Я.Ю. Гомза // Журнал вушних, носових та горлових хвороб. – 2004. – № 5. – С. 55–57.
4. Митин Ю.В. Особенности терапии при острых риносинуситах / Ю.В. Митин, Л.Р. Криничко, О.А. Островская // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – № 1. – С. 55–59.
5. Чулаєвська Л.К. Досвід використання препарату «Гівалекс» при лікуванні хворих на хронічний рецидивуючий афтозний стоматит / Л.К. Чулаєвська, О.П. Весова // Журнал вушних, носових та горлових хвороб. – 2001. – № 3. – С. 183–184.
6. Jurkiewicz D. Acute Sinusitis / D. Jurkiewicz // Pol. Merkuriusz Lek. – 2005. – № 19. – P. 461–463.

Гівалекс у профілактиці післяопераційних ускладнень у хворих з одонтогенним хронічним гайморитом

О.О. Тимофеев, О.П. Весова, Н.О. Ушко

Мета: визначити ефективність препарату «Гивалекс» для профілактики післяопераційних ускладнень у хворих з одонтогенним хронічним гайморитом.

Методи. Обстежено 49 хворих з одонтогенним хронічним гайморитом у віці від 21 до 58-и років. Проведені мікробіологічні, клінічні й лабораторні методи обстеження.

Результати. У результаті обстежень хворих з одонтогенним хронічним гайморитом було встановлено, що багатоконпонентний препарат «Гивалекс», який використовувався для полоскання порожнини рота в цих пацієнтів, має виражену антисептичну, протизапальну та знеболюючу дію, а також дезодоруючий ефект, які значно перевершують такі при традиційному лікуванні. Побічних дій препарату «Гивалекс» не виявили.

Висновки. На підставі обстежень хворих із хронічним одонтогенним гайморитом доведено, що багатоконпонентний препарат «Гивалекс», який використовується для полоскання порожнини рота в перед- і післяопераційний період, має виражену антисептичну, протизапальну та знеболюючу дію, а також дезодоруючий ефект. Препарат «Гивалекс» можна рекомендувати для профілактики і при лікуванні післяопераційних запальних ускладнень у хворих із хронічним одонтогенним гайморитом.

Ключові слова: запалення, гайморит, запальні ускладнення, Гивалекс.

Givalex in prophylaxis of postoperational conclusions at patients with odontogenic chronic sinusitis

O. Tymofiev, O. Vesova, N. Ushko

Purpose: to define efficiency of preparation «Givalex» for the prophylaxis of postoperative complications for patients with odontogenic sinusitis.

Methods. Inspected 49 patients with odontogenic sinusitis in age from 21 to 58 years. The microbiological, clinical and laboratory methods of inspection are conducted.

Results. By the results of the conducted inspections of patients with odontogenic sinusitis it was set by us, that the multicomponent preparation «Givalex», used for the rinses of oral cavity for these patients has the expressed antiseptic, anti-inflammatory and analgesic action, and also deodorant effect, which considerably excel such at traditional treatment. The side actions of preparation «Givalex» we did not educe.

Conclusions. High efficiency of preparation «Givalex» in a prophylaxis and medical treatment of postoperative conclusions at patients with sinusitis were proved in researches conducted by us. «Givalex» has expressed antiseptic, anti-inflammation and analgesic effect and does not possess side action.

Keywords: inflammation, odontogenic sinusitis, inflammatory complications, postoperative conclusions, Givalex.

Тимофеев Алексей Александрович – д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Весова Елена Петровна – д-р мед. наук,

профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Ушко Наталья Алексеевна – канд. мед. наук,

доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии НМАО им. П.Л. Шупика.

Адрес: Киев, ул. Подвысоцкого, 4-а, клиническая больница № 12, кафедра челюстно-лицевой хирургии. **Тел.:** 528-35-17.



Гівалекс

ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА



*Норжин Фарма

Гівалекс – комплексний французький препарат з антисептичною, протизапальною та знеболюючою дією.

Клінічними дослідженнями доведено, що завдяки унікальній синергічній дії складових розчинів Гівалекс:

- знижує швидкість утворення зубного нальоту ⁽¹⁾;
- зменшує кровоточивість ясен ⁽¹⁾;
- усуває фактори ризику загострення генералізованого пародонтиту та подовжує строки ремісії ^(1,2);
- знижує ризик розвитку транзиторної бактеріємії та інфекційного ендокардиту ⁽⁴⁾;
- запобігає розвитку кандидозної суперінфекції ⁽³⁾.

Особливості формули Гівалексу та його комплексна дія дозволяють активно впливати на причину захворювань пародонта, їх механізм розвитку та клінічні прояви. Завдяки цьому термін лікування скорочується на 25%⁽¹⁾. Гівалекс – оригінальний препарат, що виробляється у Франції, саме тому його висока якість та клінічна ефективність гарантовані.

Показання до застосування Гівалексу в пародонтології ⁽⁴⁾:

- гінгівіти (катаральний, гіпертрофічний, виразково-некротичний);
- пародонтити (локалізований та генералізований, хронічний та у стадії загострення);
- до та після проведення хірургічних втручань на тканинах пародонта, консервативного лікування та кюретажу пародонтальних кишень;
- перед проведенням професійної гігієни ротової порожнини.



Розчин для полоскання ротової порожнини, 125 мл

1. Сидельникова Л.Ф., Дикова И.Г., Видерская А.В. Особенности выбора препаратов с мультинаправленным действием и их эффективность в комплексном лечении больных генерализованным пародонтитом // Современная стоматология. – 2006. – №4, с. 24-28.
2. Борсенко А.В., Леснухина Г.Л., Дзман Н.А. Використання Гівалексу в комплексному лікуванні захворювань пародонта // Современная стоматология. – 2011. – №2, с. 14-16.
3. Белолицкая Г.Ф., Центило Т.Д., Н.Г.Бычкова, Решетняк О.В. Иммуномодулирующие свойства препарата «Гивалекс» при кандидозном стоматите // Современная стоматология. – 2007. – №2, с. 48-50.
4. Мазур И.П., Леоненко П.В., Стулницкая Е.Н. «Гивалекс» в профилактике и лечении стоматологических заболеваний // Современная стоматология. – 2012. – №1, с. 42-48.