

А.А. Тимофеев¹, А.А. Тимофеев¹, М.А. Ярифа²

Эффективность использования препарата «Гивалекс» у больных с острым и обострившимся хроническим перикоронитом

¹Институт стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина²Киевский медицинский университет УАНМ, г. Киев, Украина

Цель: определить эффективность использования препарата «Гивалекс» при лечении и профилактике воспалительных осложнений у больных с острым и/или обострившимся хроническим перикоронитом.

Методы. Обследованы 57 пациентов с острым и обострившимся хроническим перикоронитом в возрасте от 18 до 45-ти лет. Применены микробиологические, клинические и лабораторные методы обследования.

Результаты. Обследование больных с острым и обострившимся хроническим перикоронитом установило, 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 воздействие при традиционном лечении. Побочные действия препарата «Гивалекс» не выявлены.

Выводы. Установлено, что препарат «Гивалекс» можно рекомендовать для лечения больных с острым и обострившимся хроническим перикоронитом и профилактики воспалительных осложнений.

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

Введение

Перикоронит (*pericoronitis*: *peri* – вокруг + *corona dentis* – коронка зуба + *ит*) – воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба, при его неполном или затрудненном прорезывании. Прорезывание зубов мудрости на нижней челюсти, реже на верхней, сопровождается воспалительными осложнениями различного рода. Известно, что затрудненное прорезывание зубов мудрости, или их ретенция, возникает в связи с недостатком места в челюсти за счет уменьшения главным образом длины ее тела. На рентгенограмме нижней челюсти кроме расширения периодонтальной щели у шейки зуба мудрости можно также обнаружить широкую щель полудлунной формы позади зуба. Считается, что расширение перикоронарного пространства с дистальной стороны коронки зуба до 2 мм является физиологической нормой. В тех случаях когда размеры перикоронарного пространства увеличиваются, может развиваться патологический процесс. В этом случае возникает полудлунное разрежение кости позади зуба мудрости размером более 2 мм (полудлуния Вассмунда). Причиной резорбции костной ткани позади коронки нижнего зуба мудрости считается хроническое воспаление, т. к. костный карман является резервуаром для микроорганизмов.

После обнажения одного или обоих медиальных бугров коронковой части зуба мудрости его дистальная часть закрывается надкостницей и слизистой оболочкой, под которыми скапливаются остатки пищи и микрофлора. Во время жевания лоскут, закрывающий зуб, травмируется зубами верхней челюсти, что вызывает развитие воспалительного процесса.

Наибольшее количество осложнений при прорезывании зубов мудрости возникает в возрасте от 19 до 26-ти лет. У людей этой возрастной группы чаще встречается

перикоронит (острый и обострившийся хронический), который нередко осложняется лимфаденитом, воспалительными инфильтратами, абсцессами и флегмонами. Воспалительные осложнения, которые возникают после удаления непрорезавшихся зубов мудрости, могут вызвать не только временную, но и длительную утрату трудоспособности. Поскольку этими заболеваниями наиболее часто болеют лица молодого возраста, т. е. наиболее трудоспособная часть населения, данная проблема становится не только общемедицинской, но и как социально-экономической проблемой.

Клинически острый или обострившийся хронический перикоронит начинается с неприятных ощущений в области непрорезавшегося или частично прорезавшегося зуба мудрости. Вскоре к нему присоединяются боль при глотании, затрудненное открывание рта, недомогание, головная боль, потеря аппетита, нарушение сна, повышается температура тела. В зависимости от клинической формы острого (обострившегося) воспаления мягких тканей, окружающих зуб, выделяют катаральный и гнойный перикоронит. При *катаральном* воспалении капюшон (перикоронарные мягкие ткани) над зубом резко отечен, гиперемирован и инфильтрирован. Обильных выделений из-под капюшона при серозном воспалении нет, в некоторых случаях можно обнаружить небольшое количество серозного содержимого. При *гнойной* форме перикоронита отек, гиперемия и инфильтрация мягких тканей увеличиваются, из-под капюшона выделяется гнойное содержимое. Боль при этом становится более интенсивной, может иррадиировать по ходу ветвей тройничного нерва, возникает воспалительная контрактура жевательных мышц. При задержке выделения гноя из-под капюшона проводится вскрытие абсцесса (разрезают капюшон над непрорезавшимся зубом мудрости). При

обострении хронического перикоронита к его клиническому течению присоединяются симптомы острого воспаления.

Традиционно больному с острым или обострившимся хроническим перикоронитом рекомендуют полоскать полость рта теплым антисептическим раствором 4–5 раз в сутки. При рассечении капюшона рекомендуются полоскание и промывание раны антисептическими растворами. Назначают индометацин (метиндол) по 0,025 г во время или после еды 3–4 раза в день. Противовоспалительное лечение проводится в течение 3–4-х дней.

После ликвидации воспалительных явлений в мягких тканях, окружающих зуб мудрости, проводится полное иссечение капюшона над нижним зубом мудрости (в том случае, если он находится в вертикальном положении). Другие положения нижнего третьего моляра, а также обнаружение на рентгенограмме очагов разрежения костной ткани в виде полудуний Вассмунда, а также рецидивы воспалительных явлений считаются прямым показанием к удалению этого зуба.

Для профилактики воспалительных осложнений, связанных с удалением нижних зубов мудрости, рекомендовано хирургическое вмешательство после снятия острых воспалительных явлений в мягких тканях, которые окружают коронковую часть непрорезавшегося зуба.

При выборе антисептического препарата, который используется для полоскания полости рта у больных с острым или обострившимся хроническим перикоронитом, нужно ориентироваться на цель его применения, а она должна быть не только профилактической (предупреждение развития воспалительных осложнений), но и лечебной (лечение на ранних стадиях развившегося воспалительного процесса). Поэтому наибольшую популярность приобретают лечебно-профилактические химиотерапевтические препараты.

Одним из таких препаратов является Гивалекс (Франция). Гивалекс выпускается в виде раствора для полоскания полости рта. Фармакологическое действие гивалекса обусловлено наличием трех активных ингредиентов, которые входят в состав данного препарата. 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 (блокируется 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, анальгетически, жаропонижающе и противовоспалительно активен, блокируя циклооксигеназу и ингибируя биосинтез простагландинов, которые являются медиаторами болевой чувствительности и воспаления.

Цель исследования – определить эффективность использования препарата «Гивалекс» для лечения и

профилактики воспалительных осложнений у больных с острым и/или обострившимся хроническим перикоронитом.

Материал и методы обследования

Обследованы 57 больных с острым и обострившимся хроническим перикоронитом в возрасте от 18 до 45-ти лет. **Основную группу** составили 29 больных, леченых с использованием препарата «Гивалекс», который назначался в качестве антисептического полоскания. На одно полоскание использовали две чайные ложки препарата, которые растворяли в ¼ стакана теплой воды. За одни сутки применяют от 3 до 4-х процедур. Курс лечения препаратом «Гивалекс» составлял 3–4 дня. В основной группе из 29 обследуемых у 24 больных была гнойная стадия перикоронита (у семи обследуемых проведено рассечение капюшона для эвакуации гнойного содержимого), а у 5-ти больных была катаральная стадия воспаления.

Контролем служили 28 больных (**контрольная группа**) с такими же заболеваниями и такого же возраста, у которых в динамике лечения в качестве антисептических ванночек применили раствор фурацилина (0,02 % водный стерильный раствор или в разведении 1:5000). В контрольной группе у 22-х больных была гнойная стадия перикоронита (у четырех обследуемых проведено рассечение капюшона для эвакуации гнойного содержимого), а у шести больных была катаральная стадия воспаления перикоронарных мягких тканей. Больным контрольной группы кроме традиционных антисептических полосканий одновременно назначали индометацин (метиндол) по 0,025 г во время или после еды 3–4 раза в день. Противовоспалительное лечение проводили в течение 3–4-х дней.

В динамике лечения выполнено общеклиническое обследование больных, которое включало: выяснение жалоб, осмотр, пальпацию, сбор анамнеза, рентгенографию челюстей, общий анализ крови. Кроме изучения динамики изменения клинической симптоматики у данных больных использовались микробиологические методы обследования (определялась микрофлора под капюшоном, расположенным над причинным зубом мудрости, до и после лечения, а также ее антибиотико-чувствительность), проба Шиллера-Писарева (для выявления воспалительного процесса слизистой оболочки альвеолярного отростка) с вычислением йодного числа Свракова.

Для объективизации пробы Шиллера-Писарева ее выражали в цифрах (баллах), оценив окраску сосочков в два балла, окраску края десны в четыре балла и окраску альвеолярной десны в восемь баллов. Полученную общую сумму баллов затем делили на количество зубов, в области которых проведено исследование (обычно 6):

$$\text{Йодное число} = \frac{\text{сумма оценок у каждого зуба}}{\text{число обследованных зубов}}$$

Таким образом определяют цифровое значение пробы Шиллера-Писарева (**йодное число Свракова**) в баллах.

Оценка значений йодного числа Свракова:

- слабо выраженный процесс воспаления – до 2,3 балла;
- умеренно выраженный процесс воспаления – 2,67–5,0 баллов;
- интенсивный процесс воспаления – 5,33–8,0 баллов.

Клинические симптомы и полученные цифровые данные лабораторного обследования обработаны вариационно-статистическим методом с использованием пер-

сонального компьютера. Достоверность результатов обследования вычисляли согласно критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты обследования и их обсуждение

Проведено микробиологическое обследование 26-ти больных основной группы. Контрольная группа – 23 больных. В основной группе наблюдения при обращении 26-ти больных за медицинской помощью выявлены (рис. 1) следующие микроорганизмы в виде монокультур: золотистый (73,1 %) и эпидермальный (15,4 %) стафилококк, гемолитический стрептококк (11,5 %). В ассоциативных связях (рис. 2) ранее указанные микроорганизмы определялись у 5-ти обследуемых (19,2 %).

В контрольной группе наблюдения при обращении 23-х больных за медицинской помощью (рис. 3) выявлены следующие микроорганизмы в виде монокультур: золотистый (65,2 %) и эпидермальный (21,7 %) стафилококк, гемолитический стрептококк (13,1 %). В ассоциативных связях (рис. 4) ранее указанные микроорганизмы определялись у 5-ти обследуемых (21,7 %).

Если сравнивать видовой состав обнаруженной микрофлоры при обращении больных в зависимости от обследуемой группы, то можно отметить, что он был практически одинаковым.

При обращении больных за медицинской помощью у всех обследуемых (100 %) в основной и контрольной группах наблюдения были выявлены патогенные микро-

организмы (рис. 5). Через 5–6 дней после лечения микрофлору (под капшоном) в основной группе высеяли у двух из 29-ти обследованных (6,9 %), а в контрольной – у 15 из 23-х больных (65,2 %).

При определении антибиотикочувствительности выявленных микроорганизмов было установлено, что золотистый стафилококк был наиболее чувствительным (80–90 %) к цефазолину, цифрану-СТ, амоксиклаву, линкомицину, рифампицину; в 50–79 % – к ампициллину, карбенициллину, канамицину; в 40–49 % случаев – к олеандомицину, эритромицину, гентамицину, пенициллину.

Эпидермальный стафилококк был наиболее чувствительным (80–90 %) к цефазолину, цифрану-СТ, амоксиклаву, линкомицину, рифампицину, ампициллину, карбенициллину; в 50–79 % – к канамицину, гентамицину; в 40–49 % случаев – к олеандомицину, эритромицину, пенициллину.

Стрептококк в 80–90 % случаев был чувствительным к цефазолину, цифрану-СТ, амоксиклаву, линкомицину, рифампицину, ампициллину, карбенициллину; в 50–79 % – к канамицину, гентамицину, в 40–49 % случаев – к пенициллину, эритромицину, олеандомицину.

В обеих группах слизистая оболочка в области капшона была выражено гиперемирована (рис. 6) у всех обследуемых (100 %). Через 3–4 дня с начала лечения выраженность гиперемии в основной группе наблюдения была следующей: умеренная – у 6 чел. (20,7 %), незначительная – у 23 чел. (79,3 %). В контрольной группе выраженность гиперемии была следующей: умеренная –

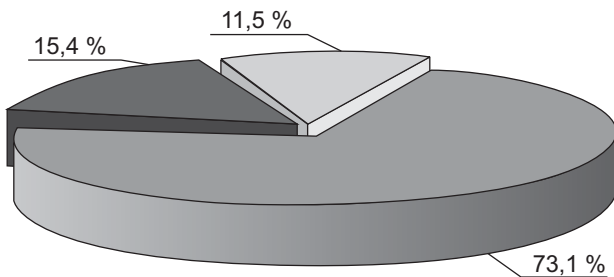


Рис. 1. Удельный вес отдельных микроорганизмов, выявленных в виде монокультур у больных основной группы.

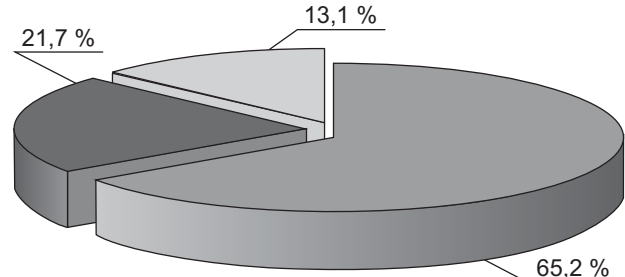


Рис. 3. Удельный вес отдельных микроорганизмов, выделенных в виде монокультур у больных контрольной группы.

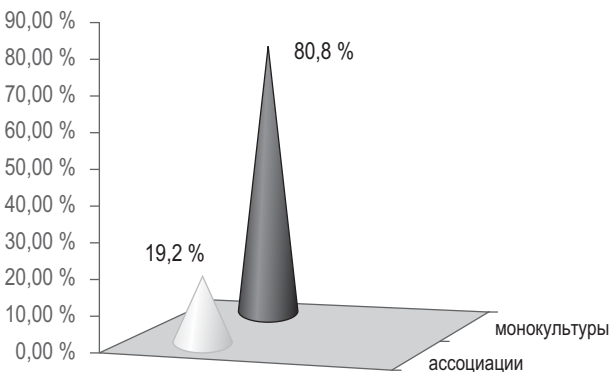


Рис. 2. Частота встречаемости (в процентах) ассоциаций и монокультур микроорганизмов, высеянных у больных основной группы.

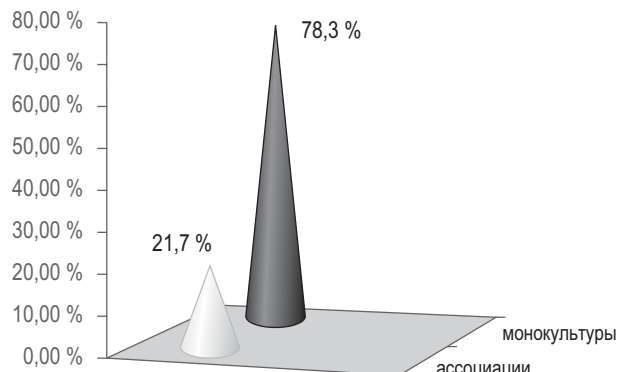


Рис. 4. Частота встречаемости (в процентах) ассоциаций и монокультур микроорганизмов, высеянных у больных контрольной группы.

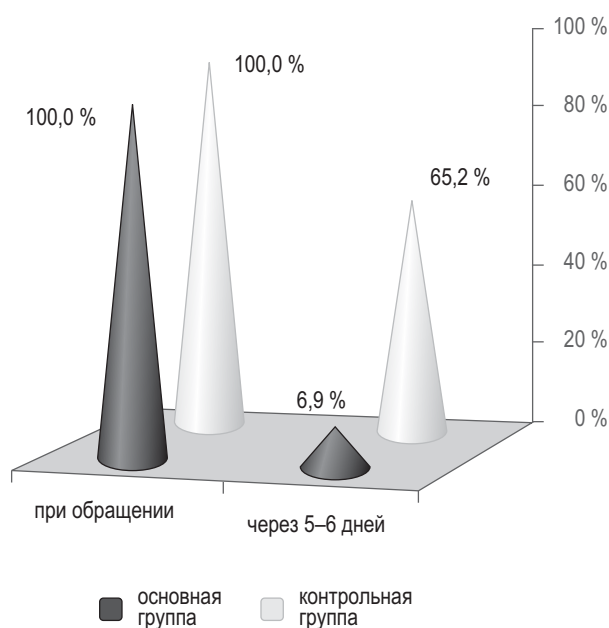


Рис. 5. Частота высеваемости патогенных микроорганизмов у больных основной и контрольной групп наблюдения в динамике лечения.

у 18 чел. (64,3 %), незначительная – у 10 чел. (35,7 %). Через 6-7 дней с начала лечения выраженность гиперемии слизистой оболочки капюшона в основной группе была незначительной у 4 чел. (13,8 %), а в контрольной группе умеренной – у 3 чел. (10,7 %) и незначительной – у 10 чел. (35,7 %). У остальных обследованных больных в основной и в контрольной группах гиперемия отсутствовала.

Умеренная воспалительная инфильтрация мягких тканей (вокруг патологического очага), окружающих зуб мудрости (рис. 7), при обращении больных встречалась в 100 % случаев как в основной, так и в контрольной группе. Через 3-4 дня с начала лечения в основной группе умеренная воспалительная инфильтрация мягких тканей обнаружена у 3 из 29 больных, т. е. в 10,4 % случаев (в контрольной группе – у 18 из 28-и обследуемых, т. е. в 64,3 % случаев). Через 6-7 дней незначительная воспалительная инфильтрация мягких тканей в основной группе была выявлена у одного из 29 больных, т. е. в 3,5 % случаев (в контрольной группе – у 9 из 28-и обследуемых, т. е. в 32,1 % случаев).

При обращении 29-ти больных основной группы (с применением гивалекса) общая температурная реакция (повышение температуры выше 37,5°C) наблюдалась у 20 чел. (69,0 %) (рис. 8). В контрольной группе, т. е. из 28 больных, при обращении общая температурная реакция (повышение температуры выше 37,5°C) встречалась у 21-го больного (75,0%). На 3-4 сутки медикаментозного лечения температура тела более 37,5°C у обследуемых основной группы выявлена у 6 чел. (20,7 %), а в контрольной группе – у 9 чел. (25,0 %). На 6-7-й день медикаментозного лечения больных температура тела в основной группе наблюдения нормализовалась у всех больных, в контрольной группе сохранилась у двух обследуемых (7,1 %) температура тела была в пределах 37,0°C, а у остальных обследуемых контрольной группы температура тела нормализовалась (рис. 8).

При обращении больных основной группы наблюдения болевые ощущения в области патологического очага

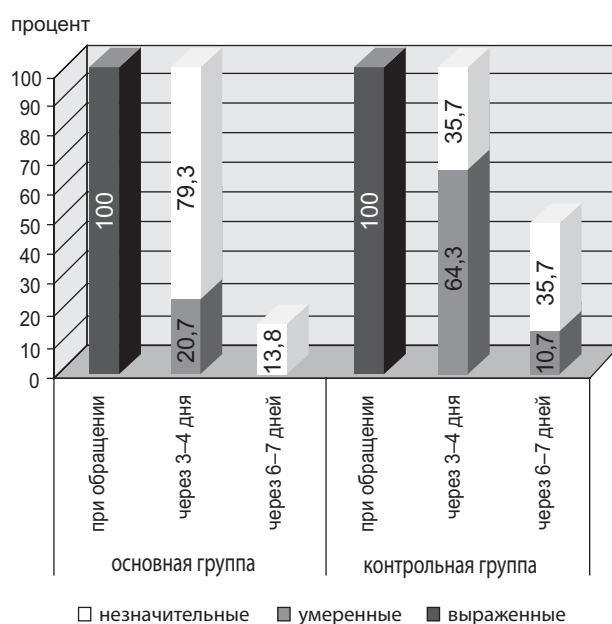


Рис. 6. Изменения выраженности гиперемии слизистой оболочки в области капюшона над непрорезавшимся зубом мудрости в динамике лечения.

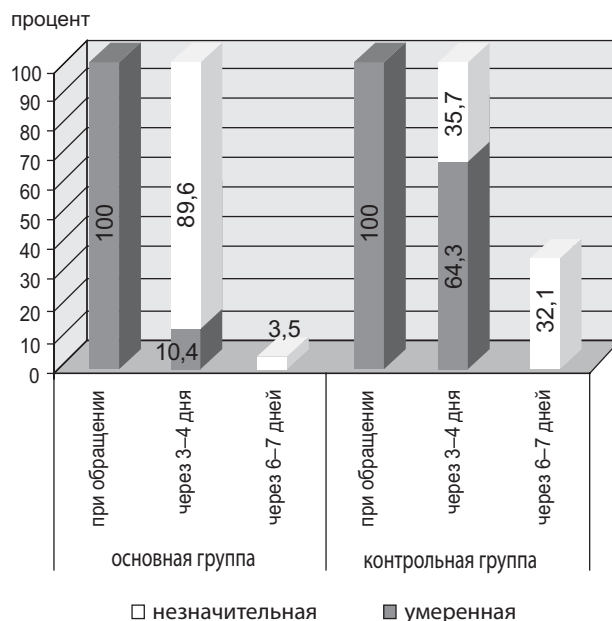


Рис. 7. Изменения выраженности воспалительной инфильтрации слизистой оболочки в области патологического очага в динамике лечения.

(рис. 9) выраженного характера были выявлены у 7 из 29-ти обследуемых (24,1 %), а умеренного характера – у 22 чел. (75,9 %). При обращении больных контрольной группы наблюдения выраженные болевые ощущения отмечены у 5 из 28-и обследуемых (17,9 %), боли умеренного характера – у 23 чел. (82,1 %). Через 3-4 дня с начала лечения в основной группе боли умеренного характера были у 9 из 29-ти обследуемых (31,0%), а незначительного характера – у 20 чел. (69,0 %). В

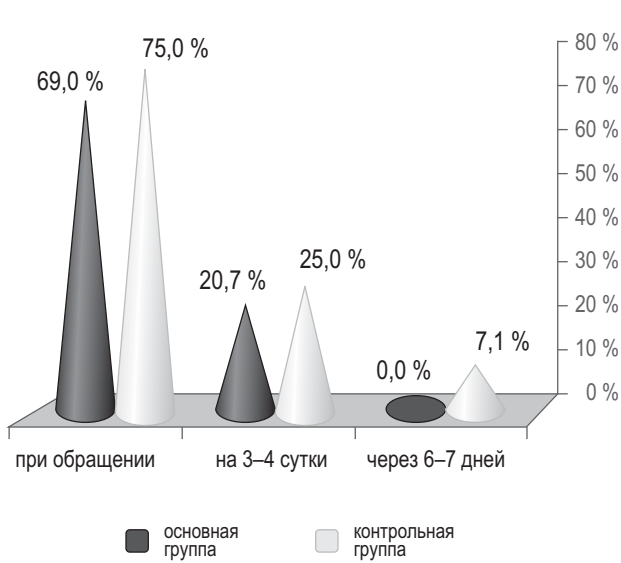


Рис. 8. Изменения общей температуры тела у больных в основной и контрольной группах наблюдения в динамике лечения.

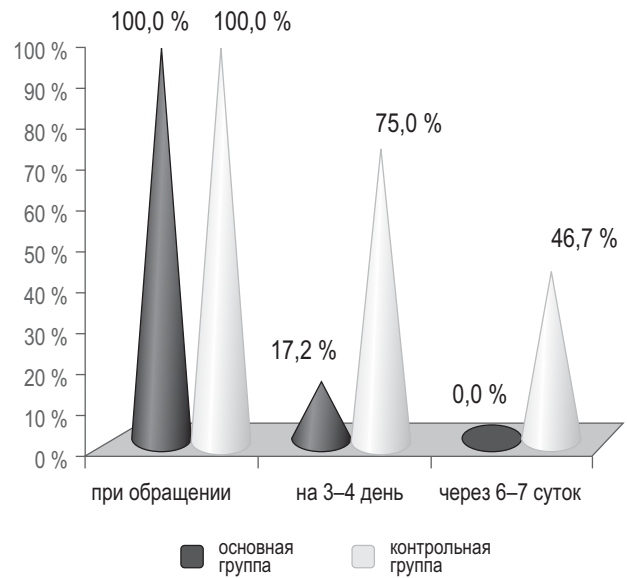


Рис. 10. Частота встречаемости неприятного запаха изо рта у больных в основной и контрольной группах наблюдения в динамике лечения.

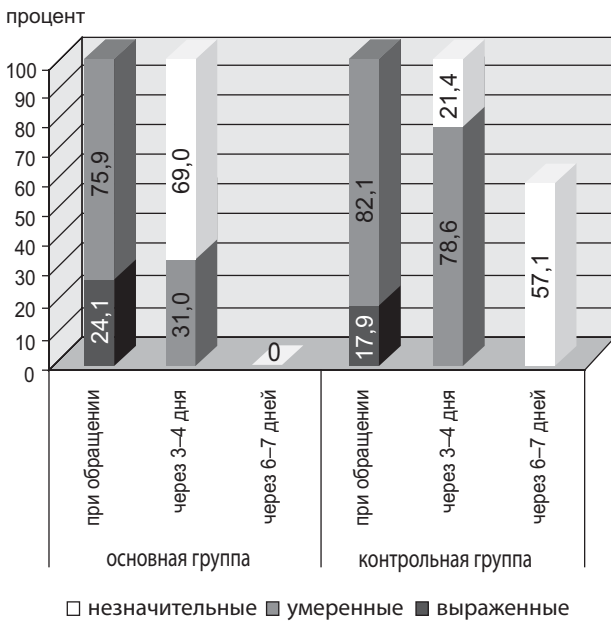


Рис. 9. Изменения болевых ощущений в области патологического очага у больных основной и контрольной групп наблюдения в динамике лечения.

контрольной группе в те же сроки боли умеренного характера зарегистрированы у 22 из 28-и больных (78,6 %), а незначительного характера – у 6 чел. (21,4 %). Через 6–7 дней с начала лечения обследуемых в основной группе болей выраженного, умеренного и незначительного характера не было, т. е. болевые симптомы отсутствовали. Через 6–7 дней у больных контрольной группы боли незначительного характера в области патологического очага были у 16 из 28 обследуемых (57,1 %), а у 12-ти больных этой группы болевых симптомов не обнаружили (рис. 9).

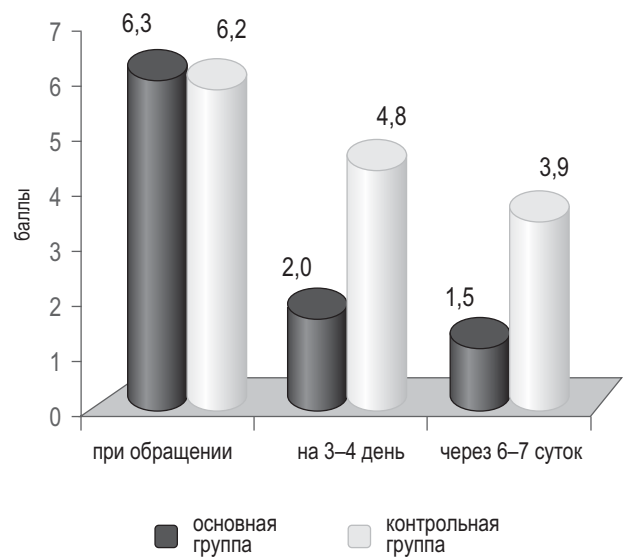


Рис. 11. Изменения йодного числа Свракова у больных в основной и контрольной группах наблюдения в динамике лечения.

Неприятный запах изо рта у больных обеих групп наблюдения (рис. 10) при обращении регистрировался в 100 % случаев. Через 3–4 дня с начала лечения больных основной группы наблюдения (с применением Гивалекса) неприятный запах выявили у 5 из 29 обследуемых (17,2 %), а в контрольной группе – у 21 из 28-и обследуемых (75,0 %). Через 6–7 дней с начала лечения неприятного запаха изо рта у больных обеих групп наблюдения не выявили (рис. 10).

ятный запах в основной группе отсутствовал полностью, а в контрольной группе отсутствовал у 13 чел. (46,7 %).

Йодное число Свракова (рис. 11) при обращении в основной группе составило $6,3 \pm 0,6$ (интенсивный воспалительный процесс), а в контрольной – $6,2 \pm 0,7$ балла (интенсивный воспалительный процесс). На 3–4-й день йодное число Свракова в основной группе составляло $2,0 \pm 0,5$ балла (слабо выраженный воспалительный процесс), а в контрольной – $4,8 \pm 0,9$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс). На 6–7-е сутки йодное число Свракова в основной группе составляло $1,5 \pm 0,7$ балла (слабо выраженный воспалительный процесс), а в контрольной – $3,9 \pm 0,7$ балла (умеренно выраженный воспалительный процесс).

Осложнения воспалительного характера (регионарный лимфаденит, воспалительный инфильтрат) после медикаментозного лечения у обследуемых основной группы наблюдения выявлены у одного больного (3,5 %), а в контрольной группе – у 6-ти больных (21,4 %).

Осложнения, связанные с применением препарата «Гивалекс», не выявлены.

Выводы

На основании обследований больных с острым и обострившимся хроническим перикоронитом 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 воздействие при традиционном лечении. Побочных действий препарата «Гивалекс» не выявили.

Таким образом, доказано, что препарат «Гивалекс» можно рекомендовать челюстно-лицевым хирургам и хирургам-стоматологам для лечения больных с острым и обострившимся хроническим перикоронитом и профилактики воспалительных осложнений, которые могут встречаться у данных больных.

ЛИТЕРАТУРА

Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии (5-е издание). – Киев. – 2012. – 1048 с.

Ефективність використання препарату «Гівалекс» у хворих з гострим і загостреним хронічним перикоронітом

О.О. Тимофеев, О.О. Тимофеев, М.О. Ярифа

Мета: визначити ефективність використання препарату «Гивалекс» для лікування та профілактики запальних ускладнень у хворих з гострим і загостреним хронічним перикоронітом.

Методи. Обстежено 57 пацієнтів з гострим і загостреним хронічним перикоронітом у віці від 18 до 45-ти років. Застосовано мікробіологічні, клінічні й лабораторні методи обстеження.

Результати. Обстеження хворих з гострим і загостреним хронічним перикоронітом установило, що багатоконпонентний препарат «Гивалекс», що використовувався для полоскання порожнини рота в цих пацієнтів, має виражену антисептичну, протизапальну та знеболюючу дію, а також дезодоруючий ефект, які значно перевершують дію при традиційному лікуванні. Побічну дію препарату «Гивалекс» не виявили.

Висновки. Установлено, що препарат «Гивалекс» можна рекомендувати для лікування хворих з гострим і загостреним хронічним перикоронітом і профілактики запальних ускладнень.

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

Efficiency of the use of preparation «Givalex» for patients with sharp and intensified by chronic pericoronitis

О. Тимофеев, О. Тимофеев, М. Ярифа

Purpose: to define efficiency of the use of preparation «Givalex» for treatment and prophylaxis of inflammatory complications for patients with sharp and/or intensified by chronic pericoronitis.

Methods. Inspected 57 patients with sharp and intensified by chronic pericoronitis in age from 18 to 45 years. The microbiological, clinical and laboratory methods of inspection are conducted.

Results. By the results of the conducted inspections of patients with sharp and intensified by chronic pericoronitis it was set by us, that the multicomponent preparation «Givalex», used for the rinses of cavity of mouth for these patients has the expressed antiseptic, antiinflammatory and anaesthetic action, and also deodorant effect, which considerably excel such at traditional treatment. The side actions of preparation «Givalex» we did not educe.

Conclusions. It is set, that preparation «Givalex» can be recommended maxillifacial surgeons and to stomatologies for treatment of patients with sharp and intensified by chronic pericoronitis and prophylaxis of inflammatory complications.

Key words: inflammation, pericoronitis, inflammatory complications, 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.

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

Тимофеев Александр Алексеевич – канд. мед. наук,

доцент кафедры стоматологии Института стоматологии НМАПО им. П.Л. Шупика.

Ярифа Мария Алексеевна – канд. мед. наук,

ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Киевского медицинского университета УАНМ.



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. Борисенко 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.