

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ДИСФАГИЙ

Проф. И. А. ГРИГОРОВА, доц. О. А. ТЕСЛЕНКО, канд. мед. наук А. А. ГРИГОРОВА,
доц. Л. В. ТИХОНОВА, доц. Е. А. ПОГРЕБНЯК

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Представлены результаты исследования применения препарата Мовиксикам® ОДТ у 77 пациентов с болевым синдромом различной этиологии на фоне дисфагии. Положительный терапевтический эффект разной степени выраженности наблюдался у 98 % больных в виде значительно-го регресса интенсивности болевого синдрома, а значит, и ограничения двигательной функции. Удобство применения ородисперсной формы мелоксикама расширяет его область применения даже у больных с нарушенной функцией глотания и челюстно-лицевыми нарушениями.

Ключевые слова: *болевой синдром, дисфагия, препарат Мовиксикам® ОДТ.*

Боль является спутником многих патологических состояний, в том числе неврологических и ревматических заболеваний. К болезням, которые ассоциируются с ревматизмом, относятся: васкулит, ревматоидный артрит, бурсит, тендинит, люмбаго, ишиас, повреждение и патология межпозвоночных дисков. Постоянная боль при артрите (артралгия) — это показатель непрекращающегося воспалительного процесса в суставе. То же можно сказать и о боли в мышцах (миалгия), которая беспокоит при их воспалении. При ревматической полимиалгии болезненные ощущения пациенту доставляют практически все мышцы, ограничивается его подвижность. Острые, хронические или часто повторяющиеся ревматические боли в суставах, костях и мышцах встречаются более чем у 30 % населения земного шара, но особенно часто у пожилых людей. В возникновении ревматических болей важную роль играют механические факторы — перегрузка больного сустава, растяжение сухожильно-связочного аппарата, воспаление синовиальной оболочки; микроциркуляторные расстройства; обменные нарушения в костях; развитие в суставах воспалительных и дегенеративных изменений. Вследствие этих процессов в тканях суставов накапливаются вещества — алгетик (тканевые протеазы, кинины, простагландины, гистамин, серотонин), которые раздражают болевые рецепторы (ноцицепторы), расположенные по всему телу, за исключением головного мозга, и дают начало дуге болевого рефлекса.

В клинической практике диагностика ревматизма в подавляющем большинстве случаев строится на установлении характера поражения сердца и суставов. Оценивается также возможность ревматического поражения различных внутренних органов, поскольку известно, что патоморфоз при ревматизме связан с распространенной деструкцией соединительной ткани, так богато представленной в стенках артериальных сосудов. Данные патологоанатомических исследований

свидетельствуют о значительной частоте висцеральных ревматоваскулитов. Значительное место среди них занимают и васкулиты головного мозга, ведущие к формированию хронических нарушений мозгового кровообращения. Частой причиной неврологических синдромов у больных ревматизмом являются эмболические инсульты, которые возникают как осложнение ревмокардита, порока сердца или нарушения сердечного ритма, поражения подкорковых образований, что нередко ведет к развитию бульбарных и псевдобульбарных нарушений. Одним из проявлений этих нарушений является дисфагия — затруднение глотания, которое чаще всего наблюдается при остро развивающихся неврологических расстройствах — инсульте, черепно-мозговой или позвоночно-спинномозговой травме. Нарушение глотания также распространено у больных с дегенеративными заболеваниями нервной системы, такими как болезнь двигательного нейрона, включая амиотрофический боковой склероз и постполиомиелитический синдром, миастения, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона. При хронических нарушениях мозгового кровообращения — дисциркуляторных энцефалопатиях (ДЭ) также имеет место симптом дисфагии в структуре псевдобульбарного синдрома. Необходимо отметить, что различные воспалительные процессы, сопряженные с выраженными болевыми ощущениями в области лицевой и жевательной мускулатуры, также вызывают затруднение глотания и пережевывания пищи.

Многообразие типов и механизмов ревматической боли предполагает использование широкого спектра лекарств для ее подавления. Очень часто в клинике ревматических заболеваний хронический болевой синдром представлен в виде миофасциальных болей, краниальных нейропатий, мышечно-тонического синдрома и радикулопатий шейно-грудной и пояснично-крестцовой локализации, а его сочетание с дисфагией снижает арсенал применения имеющихся лекарственных форм

аналгезирующих препаратов. Одной из универсальных лекарственных групп, занимающих центральное место среди симптоммодифицирующих препаратов при лечении болевого синдрома и служащих для управления ревматическими болями, являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Они обладают противовоспалительными, жаропонижающими, анальгезирующими и антитромботическими свойствами, которые борются практически со всеми основными симптомами, характерными для ревматических заболеваний. НПВС относятся к числу наиболее часто применяемых в практической медицине лекарственных препаратов, которые регулярно используют в своей работе более 80% врачей различных специальностей [1]. Один из препаратов с высокой противовоспалительной, анальгетической и жаропонижающей активностью — мелоксикам, который принадлежит к классу оксикамов и является производным еноловой кислоты. С использованием различных экспериментальных подходов было показано, что мелоксикам по сравнению с другими НПВС (пироксикамом, индометацином, напроксеном и др.) обладает селективностью в отношении изофермента ЦОГ-2, чем и объясняется высокий профиль его гастроинтестинальной безопасности. Очень важным преимуществом данного препарата является то, что он не повышает риск развития инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, отеков и артериальной гипертензии по сравнению с другими НПВП. Уровень развития печеночной недостаточности при применении этого лекарственного средства минимальный (G. Singh, G. Triadafilopoulos, 2001). Клиническая эффективность мелоксикама (7,5 или 15,0 мг/сут) изучена более чем в 230 исследованиях, в которых принимали участие свыше 30 тыс. ревматических больных. Таким образом, мелоксикам показал себя эффективным и хорошо переносимым препаратом как при внутримышечных инъекциях, так и при пероральном приеме.

На рынке Украины представлены удобные формы порошка НПВС в саше — нимесулид, диклофенак калия, однако их существенным недостатком является воздействие на показатели свертываемости крови, что ограничивает время применения препарата до трех дней. Это существенно ограничивает их использование у больных хроническим ревматизмом. Именно поэтому острые и хронические неврологические осложнения, возникающие на фоне хронического ревматизма (ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита, остеоартроза и др.), требуют более обдуманного, но столь необходимого выбора НПВС.

Недавно линейка препарата мелоксикам пополнилась новой быстрой ородиспергируемой формой — Мовиксикам® ОДТ (Alprex Pharma, Switzerland). Это единственный инновационный ородисперсионный мелоксикам в Украине, который к тому же признан в 36 странах мира. Мовиксикам® ОДТ является альтернативой другим

таблетированным формам НПВС с быстрым эффектом, демонстрирует полную биоэквивалентность таблетированной форме мовалиса (мелоксикама) для приема внутрь, что позволяет применять его для курсового лечения у пациентов при остеоартрозе, ревматоидном артрите, анкилозирующем спондилите и др. Мовиксикам® ОДТ удобен для пациентов, которые не могут использовать парентеральные формы в связи с нарушением функции глотания, или наличием выраженного болевого синдрома при краниальных невралгиях, или лицевых повреждениях. Новая форма также дает возможность более гибко дозировать препарат в зависимости от массы тела и диагноза пациента. Есть также предположение, что именно благодаря быстрой абсорбции при приеме препарата Мовиксикам® ОДТ наступает более быстрое развитие эффекта по сравнению с твердыми формами. Так, уже через 2 мин фиксируется растворение 60% этой формы препарата, в то время как традиционных таблеток всего 20%, что свидетельствует о трехкратном увеличении скорости его растворения. После однократного приема время достижения максимальной концентрации препарата в плазме на 20% выше, чем у традиционных таблеток [2].

Известно, что метаболизм лекарственного вещества до проникновения в системный кровоток при прохождении через ЖКТ и печень называют эффектом первого прохождения. Степень метаболизма лекарственных веществ при первом прохождении определяется емкостью ферментов — CYP 3A4 и CYP 2C9 для данного препарата, скоростью метаболических реакций и абсорбции. Если лекарственное вещество принимают перорально в малой дозе, а емкость ферментов и скорость метаболизма его значительны, то большая часть препарата биотрансформируется, именно в результате этого снижается его биодоступность. Поскольку всасывание препарата Мовиксикам® ОДТ начинается уже в полости рта, то влияние ферментов на метаболизм — CYP 3A4, который в основном находится в стенке кишечника, и CYP 2C9, содержащийся в печени, значительно ниже, нежели при использовании традиционных таблеток. Это, в свою очередь, говорит о более высокой биодоступности, а значит — и эффективности Мовиксикама® ОДТ. Таким образом, этот препарат соединяет в себе преимущества как таблеток, так и саше, суспензий благодаря его улучшенной биологической усвояемости.

Мовиксикам® ОДТ представлен на рынке Украины в виде ородисперсионных таблеток в дозировке 7,5 мг по 20 шт. в блистере либо 15 мг по 10 или 20 шт. При пероральном применении одноразово суточную дозу — целую таблетку кладут под язык, не разжевывая и не глотая, через 10–20 с она полностью растворится. После растворения таблетку при необходимости можно запить водой. Рекомендуются не превышать дозу 15 мг/сут. По спектру переносимости (частота

побочных эффектов, особенно гастроинтестинальных) мелоксикам обладает более благоприятным профилем безопасности по сравнению с другими НПВС. Практически не обнаружено фармакокинетического взаимодействия между мелоксикамом и другими лекарственными препаратами. Таким образом, фармакокинетический профиль позволяет комбинировать мелоксикам с большинством препаратов, используемых для лечения острой и хронической боли при различных нозологических формах заболеваний.

Следует обратить внимание на еще одно важное преимущество мелоксикама. Этот препарат, в отличие от традиционных НПВС, которые могут тормозить агрегацию тромбоцитов и увеличивать время кровотечения у некоторых пациентов, не взаимодействует с низкими дозами аспирина и не уменьшает антитромбоцитарный потенциал. В отличие от ацетилсалициловой кислоты, влияние мелоксикама на функцию тромбоцитов более мягкое и кратковременное. Подтверждением этого факта стало эпидемиологическое исследование G. Singh et al., основанное на анализе Калифорнийской базы данных больных, перенесших инфаркт миокарда. Однако следует тщательно контролировать состояние принимающих мелоксикам пациентов, у которых возможны побочное влияние на функцию тромбоцитов, расстройства свертываемости крови, а также тех, кто получает антикоагулянты.

Болевой синдром — частое явление в неврологической практике. В нашем исследовании принимали участие 77 пациентов с болевым синдромом различной этиологии в сочетании с дисфагией. Обследованы 12 больных с острым нарушением мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне, 30 — с дисциркуляторной энцефалопатией II–III ст. и явлениями дисфагии на фоне ревматоидного артрита, анкилозивного спондилита или остеоартроза. В исследование были включены 7 больных с герпетическим поражением тройничного нерва, выраженным болевым синдромом и дисфагией, а также 28 пациентов с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области различной локализации.

Кроме тщательного клинического обследования, мы использовали международные опросники, позволяющие объективизировать состояние больных. Обследование пациента осуществляли в день поступления и на фоне проводимой традиционной терапии с применением Мовиксикама® ОДТ, используя Визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШ) и Опросник боли McGill (MPQ) [3, 4]. Сопоставление результатов исследования до и после лечения позволяет оценить динамику восприятия пациентом своих болевых ощущений.

Целью терапии болевого синдрома была задача-максимум — фиксировать исчезновение боли или наличие минимального болевого ощущения (< 1 балла по ВАШ); как хороший ответ на анагетическую терапию оценивали уменьшение боли на 50 % по сравнению с исходным уровнем (не

менее 2 баллов по ВАШ); клинический эффект в ответ на терапию оценивали как значимый при уменьшении боли на 20 % по сравнению с исходным уровнем (не менее 1 балла по ВАШ).

Для врачей неоспорим тот факт, что все пациенты с хроническим ревматизмом находятся в группе повышенного сердечно-сосудистого риска. Группа ученых из Дании после проведения лонгитудинального общенационального когортного исследования пациентов с ревматоидным артритом пришла к выводу, что такие пациенты имеют повышенный риск развития опасных для жизни состояний в виде острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), инсульта и фибрилляции предсердий (ФП). Известно, что у пациентов с ревматоидным артритом риск развития ФП на 40 %, а риск развития инсульта на 30 % выше, чем у людей без этого сопутствующего заболевания. Тот факт, что риск ФП и инсульта выше у более молодых пациентов с ревматоидным артритом, которые, как правило, не имеют других заболеваний, предполагает, что эти нозологии тесно связаны между собой [5].

Мозговой инсульт — серьезное осложнение системной сосудистой патологии, обуславливает развитие различных неврологических нарушений и дисфункций. К проявлениям дисфункции относится и нейрогенная дисфагия. Так, по данным разных авторов, в острый период инсульта она возникает у от 25 до 65 % больных. Наличие дисфагии негативно влияет на качество жизни пациента, перенесшего инсульт, особенно если она приводит к тяжелым осложнениям со стороны дыхательной системы (бронхопневмония), становится причиной обезвоживания, нарушений энергетического обмена, кахексии и углубления инвалидизации. В соответствии с рекомендациями Европейской инициативы по профилактике и лечению инсульта (EUSI, 2003) проверка функции глотания у всех пациентов, которые перенесли инсульт, обязательна в протоколе курации больного, а коррекция дисфагии и обеспечение адекватного питания должны стать неотъемлемыми составляющими базисного лечения.

Под нашим наблюдением находились 12 пациентов с нейрогенной дисфагией на фоне ишемического инсульта (ИИ) преимущественно (60 %) в вертебробазилярном бассейне. Клинико-неврологическое, дополнительные инструментальные и лабораторные обследования проводились соответственно стандартным протоколам лечения ИИ. Все больные имели в анамнезе ревматическое поражение сердечно-сосудистой системы в виде хронического ревматизма, средняя продолжительность которого составила 4,8 года.

У обследованных были выделены следующие неврологические синдромы, ассоциированные с нейрогенной дисфагией: бульбарный (6 больных); псевдобульбарный (3); мозжечковой дисфункции (1); полушарные: агностический — при поражении правого полушария (1) и апрактический — при

локализации инсульта в левом полушарии (1). Нарушения функции глотания у этих больных возникли на фоне атеротромботического и кардиоэмболического ИИ, чаще лакунарного инфаркта мозга в сочетании с другими неврологическими симптомами. Выраженные нарушения глотания отмечались у 39,3% больных, умеренная дисфагия — у 37,7%, незначительная глотательная дисфункция — у 11,5%. Причем у 9 пациентов с инсультами в вертебробазилярном бассейне неврологический дефицит и нарушения глотания чаще расценивались как тяжелые, в то время как при полушарных инсультах (бассейн внутренней сонной артерии) неврологический дефицит и дисфагия были выражены в меньшей мере (у 3 больных). Эти результаты согласуются с данными о локализации центров глотательной функции в ЦНС. Нейрогенная дисфагия чаще всего представляет собой проявление бульбарного синдрома при стволовых инсультах (поражается рефлекторная дуга глотательного рефлекса) или псевдобульбарного синдрома при инсультах с билатеральным полушарным поражением мозга (вследствие нарушений корково-ядерного взаимодействия). Поражения ствола мозга или двустороннее повреждение корково-ядерных путей вызывают дисфункцию оральной и глоточной фаз акта глотания, а при поражениях мозжечка нарушается координация работы оральной мускулатуры. У всех больных, помимо описанных неврологических синдромов, возникших на фоне ИИ, наблюдались сопутствующие болевые феномены, возникающие при ревматизме в виде миофасциальных болей, мышечно-тонических синдромов и радикулопатий шейно-грудной и пояснично-крестцовой локализаций. Именно они и требовали симптоматической медикаментозной коррекции НПВП.

По мнению ученых, для этой категории пациентов необходимо более раннее начало антикоагулянтной терапии. Кроме того, учитывая важную роль воспаления в патогенезе инсульта и ФП, необходим более жесткий контроль воспаления с помощью противоревматических препаратов, модифицирующих течение болезни [5]. Для этого всем больным на фоне базовой сосудистой, метаболической терапии назначили оригинальный препарат Мовиксикам® ОДТ, таблетки которого прекрасно растворяются в ротовой полости и не требуют запивания водой, т. е. глотания. Препарат назначали при выраженном болевом синдроме по 1 таблетке (7,5 мг) дважды в день в течение 3–10 дн, при умеренном — по 1 таблетке в день от 3 до 10 дн.

Подтверждением эффективности терапии, помимо исследования неврологического статуса, служили изменения показателей международных шкал. Так, если значение среднего суммарного балла по шкале ВАШ до лечения составило $5,1 \pm 0,23$, то через 3 дн от начала терапии он уменьшился до $3,5 \pm 0,41$ балла, а через 10 дн — до $2,0 \pm 0,34$ балла (рис. 1). Следовательно, на третий день от начала

лечения средний суммарный показатель по шкале ВАШ уменьшился на 1,6 балла, через 10 дн лечения — на 3,1 балла по сравнению с исходным, т. е. на 39%. Это свидетельствует о клинически значимом ответе на проводимую противоболевую терапию.

Известно, что при резко выраженной ДЭ в связи с нарастанием морфологических изменений мозговой ткани клиническая картина становится более тяжелой. Прогрессирует снижение памяти и внимания, суживается круг интересов, постепенно развивается деменция. Течение заболевания усугубляется повторными сосудистыми церебральными кризами и инсультами. В неврологическом статусе в этот период отчетливо отмечаются органические симптомы: недостаточность черепной иннервации, нистагм, признаки пирамидной недостаточности, иногда — речевые расстройства, парезы конечностей, нарушения чувствительности и тазовые нарушения. Часто наблюдается псевдобульбарный синдром: дисфония, дизартрия и дисфагия, сочетающиеся с симптомами орального автоматизма, повышением глоточного и нижнечелюстного рефлексов, насильственными плачем и смехом. Псевдобульбарный синдром обуславливается множественными мелкоочаговыми изменениями в белом веществе обоих полушарий мозга или мозгового ствола, разрушающими супрануклеарные волокна обеих сторон. При поражении подкорковых узлов возникают различные экстрапирамидные симптомы, которые могут достигнуть степени паркинсонизма.

Очень часто у больных, особенно в пожилом и старческом возрасте, при ДЭ и после перенесенных ИИ в вертебробазилярном сосудистом бассейне формируется хронический болевой синдром. Характерной особенностью этих больных является то, что инъекционные препараты для купирования им вводить не желательно, поскольку они уже принимают массу препаратов по поводу лечения основного заболевания, а обычные таблетированные

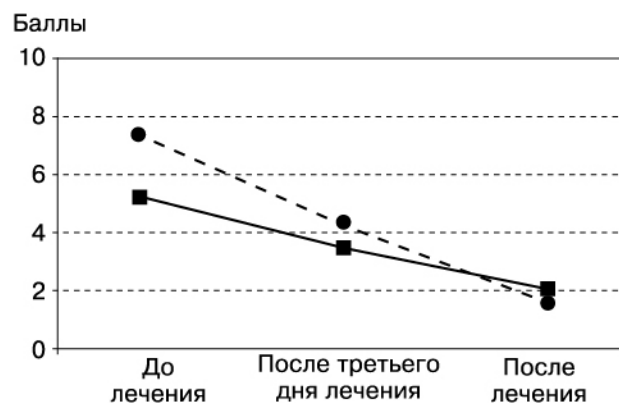


Рис. 1. Динамика болевого синдрома по ВАШ: —■— больные с ишемическим инсультом; —●— больные с дисциркуляторными энцефалопатиями

формы и чаще они не могут принимать из-за нарушений глотания.

Под нашим наблюдением находились 30 больных в возрасте от 60 до 70 лет с ДЭ II–III ст. с псевдобульбарным синдромом, ведущим к затруднению акта глотания и хроническим болевым синдромом в виде миофасциальных болей, мышечно-тонического синдрома, радикулопатий шейно-грудной и пояснично-крестцовой локализаций. Локальные боли диагностированы у 5 больных, проекционные (в сочетании с локальными и миофасциальными) — у 8, радикулярные — у 4, диффузные боли в результате мышечного спазма — у 20 больных. Всем больным на фоне базовой сосудистой, метаболической терапии назначили оригинальный препарат мелоксикама (Мовиксикам® ОДТ, Movi Health), таблетки которого прекрасно растворяются в ротовой полости. Препарат назначали в виде таблеток по 7,5 мг, при выраженном болевом синдроме по 1 таблетке дважды в день в течение 10 дн, при умеренном — по 1 таблетке в день также 10 дн. Следует помнить, что пациенты, принимающие одновременно мочегонные средства и мелоксикам, должны употреблять достаточное количество жидкости. До начала лечения 76% больных страдали сильной и очень сильной болью. Терапевтический эффект разной степени выраженности наблюдался у 93% больных. В процессе лечения сильная боль сохранялась у 6,7% пациентов, у 16 — отмечено ее выраженное снижение, у остальных лишь слабые проявления. Достоверное уменьшение болевого синдрома отмечено с третьего дня лечения ($p < 0,05$). Так, динамика среднего суммарного балла по шкале ВАШ демонстрирует достаточно высокую эффективность исследуемого препарата (рис. 1). Значение среднего суммарного показателя по шкале ВАШ до лечения составило $7,34 \pm 0,23$ балла, через 3 дн от начала терапии — $4,3 \pm 0,41$ балла, через 10 дн — $1,6 \pm 0,34$ балла. Следовательно, на третий день от начала лечения средний суммарный показатель по шкале ВАШ уменьшился на 3,04 балла, через 10 дн лечения — на 5,74 балла по сравнению с исходным, т. е. он уменьшился на 22%. При оценке эффективности лечения по Мак-Гилловскому опроснику выявлено, что сумма рангов составляет $8,6 \pm 1,7$ и число слов дескриптов — $5,5 \pm 1,0$ ($p < 0,05$). Это подтверждает достоверность улучшения состояния больного в виде снижения интенсивности и характера болевых ощущений. Полученные данные свидетельствуют о клинически значимом ответе на анальгетическую терапию.

Таким образом, по данным шкал и положительной неврологической симптоматике проведенное лечение дало положительный результат у 64% пациентов, незначительное улучшение отмечали 25%, отсутствие динамики отмечалось у 10% больных.

В Протоколах лечения герпетических поражений нервной системы (2007) рекомендуются к назначению такие НПВС, как диклофенак натрия,

нимесулид и рофекоксиб, но ничего не написано в отношении мелоксикама. Именно этот препарат стал нашим выбором для проведения анальгезирующей и противовоспалительной терапии при герпетическом поражении краниальных нервов. Под нашим наблюдением находились 7 больных с герпетическим поражением тройничного нерва. Заболевание манифестировало болевым синдромом в зоне иннервации корешков тройничного нерва, где впоследствии появились кожные высыпания (множественные папулы, трансформирующиеся в везикулы). Боль в течение всего периода высыпаний, как правило, носила интенсивный постоянный или приступообразный характер. Чаще всего ее описывали как жгучую, стреляющую, колющую или пульсирующую. Обычно боль усиливалась ночью и при воздействии различных раздражителей (тактильных, температурных и др.), особенно при использовании жевательной мускулатуры. При объективном осмотре были выявлены расстройства чувствительности в виде гиперестезии, гипестезии или анестезии, включая *anesthesia dolorosa*, и других. Расстройства чувствительности обычно ограничены областью высыпаний, однако весьма изменчивы по форме и интенсивности. На этом фоне больные предъявляли жалобы на болезненный акт глотания и жевания, что заставляло их отказываться от приема оральных препаратов. Любые движения челюстью или сильное открывание рта, что требуется для запивания традиционных таблеток, вызывало у них интенсивное болевое ощущение (рис. 2). Пациентов сопровождали в этот период общеинфекционные проявления (лихорадка, цефалгия, миалгия, утомляемость, общее недомогание).

В проводимую этиотропную противовирусную терапию валицикловиром по традиционной схеме были включены Мовиксикам® ОДТ, противоотечные и десенсибилизирующие препараты. Положительные качества Мовиксикама® ОДТ прежде всего обусловлены оптимальными физико-химическими и структурными характеристиками препарата, его способностью проникать и накапливаться в очагах воспаления, хорошей совместимостью со многими другими лекарственными средствами, а также удобством применения при болевом синдроме в области головы. Эффективность его действия отмечается при болях воспалительного характера, что важно при лечении острой герпетической невралгии. На фоне применения Мовиксикама® ОДТ у больных значительно уменьшились болевые ощущения, связанные с работой жевательной мускулатуры и раздражением слизистой полости рта, что приводило к нормализации последующего приема этиологически обоснованных групп препаратов.

Согласно полученным данным, к концу лечения отмечено улучшение состояния больных, сопровождающееся уменьшением интенсивности болевых ощущений. Для выделения предикторов динамики интенсивности болевого синдрома

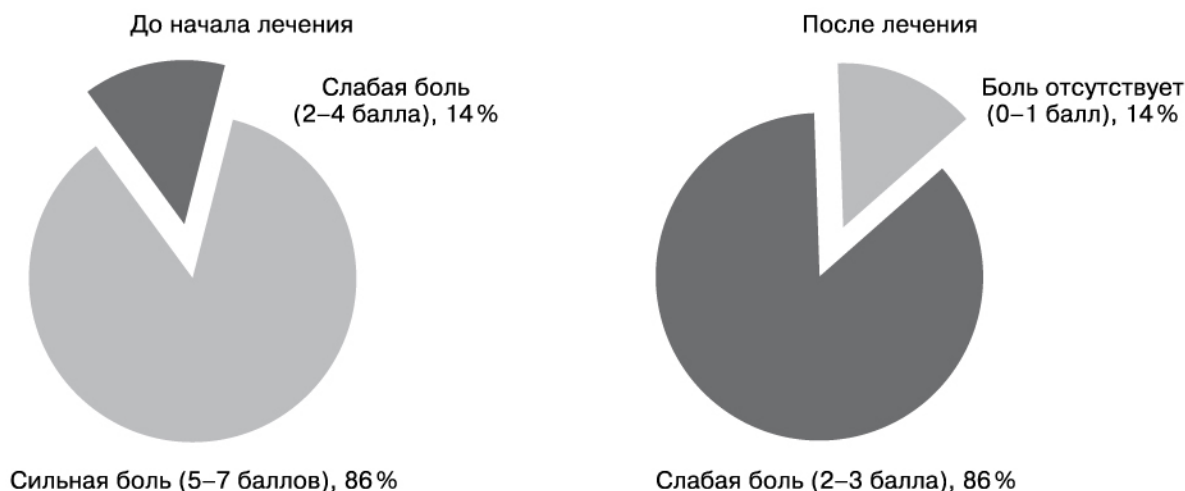


Рис. 2. Выраженность боли у пациентов с герпетическим поражением

сравнивали фоновые (до начала лечения) показатели 5 (71%) больных, у которых к концу курса приема Мовиксикама® ОДТ отмечено значительное уменьшение выраженности болевого синдрома (снижение показателей по ВАШ на 25% и более), и 3 (29%) пациентов, у которых выраженность болевого синдрома уменьшилась менее значительно (снижение показателей по ВАШ менее чем на 25%). При этом снижение показателей по шкале ВАШ было достоверно более выраженным у 7 ($-32,8 \pm 3,75\%$) больных, у остальных — $-22,1 \pm 4,07\%$, $p < 0,05$. По данным Мак-Гилловского опросника, применение препарата Мовиксикам® ОДТ сопровождалось снижением суммарного рангового индекса боли ($-6,7 \pm 0,89$), а также уменьшением показателей по сенсорной ($-4,6 \pm 0,63$), аффективной ($-1,6 \pm 0,34$) и эвалюативной ($-0,6 \pm 0,11$) шкалам.

Последствия любого повреждения челюстно-лицевой области несут за собой весь спектр нарушений жизнедеятельности организма. У обследованных нами 28 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области выявлены нарушения, приводящие к потере функциональной активности лицевой мускулатуры. Среди них отмечены такие негативные последствия челюстно-лицевой травмы, как ограничение подвижности нижней челюсти, ярко выраженный посттравматический болевой синдром, дисфагия, речевые нарушения. Назначение препарата Мовиксикам® ОДТ 15 мг курсом 7 дн позволило улучшить общее состояние пациентов. Ородисперсная форма препарата,

не требующая процесса глотания и жевания, была особенно приемлема для данной группы больных. В целом у всех больных был зафиксирован клинически значимый ответ на анальгетическую терапию.

Таким образом, Мовиксикам® ОДТ подходит для лечения пациентов, которым необходимо уменьшение выраженности острой лицевой боли, что позволяет активнее вовлекать в процесс глотания жевательную мускулатуру.

Проведенное исследование показало высокую эффективность препарата Мовиксикам® ОДТ при лечении пациентов с болевым синдромом различной этиологии на фоне дисфагий. Положительный терапевтический эффект разной степени выраженности наблюдался у 98% больных. Под влиянием терапии Мовиксикамом® ОДТ отмечен значительный регресс интенсивности болевого синдрома, а значит, и степени ограничения двигательной функции. Значимых побочных эффектов терапии за время исследования не наблюдалось, ни в одном случае отмены препарата не требовалось. Удобство применения ородисперсной формы мелоксикама в виде Мовиксикам® ОДТ расширяет его область применения даже у больных с нарушенной функцией глотания. Очень важным преимуществом является то, что мелоксикам (Мовиксикам® ОДТ) не повышает риск развития инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, отеков и артериальной гипертензии по сравнению с другими НПВП, что делает возможным его применение у больных с острыми и хроническими нарушениями кровообращения на фоне ревматических заболеваний.

Список литературы

1. Variability in risk of gastrointestinal complications with individual nonsteroidal antiinflammatory drugs: results of a collaborative metaanalysis / D. Henry, L. Lim, L. Rodriguez [et al.] // *BMJ*.— 1996.— Vol. 312.— P. 1563–1566.
2. Bioequivalence study of a novel orodispersible tablet of meloxicam in a porous matrix after single-dose administration in healthy volunteers // *International J. of Clin. Pharmacology and Therapeutics*.— 2013.— Vol. 51, № 3.— P. 234–243.
3. Психологические методы количественной оценки боли / В. В. Кузьменко, В. А. Фокин, Э. Р. Маттис [и др.] // *Сов. медицина*.— 1986.— № 10.— С. 44–48.

4. *Melzack R.* The McGill Pain Questionnaire: major propoesties and scoring methods / R. Melzack // *Pain.*— 1975.— Vol. 1, № 3.— P. 277–299.
5. Risk of atrial fibrillation and stroke in rheumatoid arthritis: Danish nationwide cohort study / J. Lindhardsen, O. Ahlehoff, G. Gislason [et al.] // *BMJ.*— 2012.— № 344.— P. e1257.

ДОСВІД КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ НА ТЛІ ДИСФАГІЇ

I. A. ГРИГОРОВА, О. О. ТЕСЛЕНКО, А. О. ГРИГОРОВА, Л. В. ТИХОНОВА,
О. О. ПОГРЕБНЯК

Подано результати дослідження щодо застосування препарату Мовіксикам® ОДТ у 77 пацієнтів із больовим синдромом різної етіології на тлі дисфагії. Позитивний терапевтичний ефект різного ступеня вираженості спостерігався у 98 % хворих у вигляді значного регресу інтенсивності больового синдрому, а отже, і обмеження рухової функції. Зручність застосування ородисперсної форми мелоксикаму розширює область його застосування навіть у хворих із порушеною функцією ковтання та щелепно-лицьовими порушеннями.

Ключові слова: больовий синдром, дисфагія, препарат Мовіксикам® ОДТ.

THE EXPERIENCE OF COMPLEX TREATMENT FOR PAIN SYNDROME AGAINST A BACKGROUND OF DYSPHAGIA

I. A. GRYGOROVA, O. O. TESLENKO, A. A. GRYGOROVA, L. V. TIKHONOVA,
O. O. POGREBNIK

The article reviews the experience of applying Movixicam® ODT in the treatment of pain syndrome in 77 patients with pain syndrome of various origin against a background of dysphagia. A positive therapeutic effects of varying degrees was observed in 98 % of cases in the form of a considerable decrease in the pain intensity, which meant a higher degree of the motor function. The convenience of oral disperse form of meloxicam expands the range of its application even in the patients with swallowing disorders.

Key words: pain syndrome, dysphagia, Movixicam® ODT.

Поступила 29.10.2015