



**А. Я. Яцкевич, І. Р. Трутяк, У. О. Абрагамович,  
О. Я. Яцкевич**

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького

## Оцінка ефективності застосування мелоксикаму («Мовалісу») у хворих після операції з приводу плосковальгусної деформації стопи

**Вступ.** Основним методом комплексного лікування виражених деформацій стоп у дорослих є хірургічний [5–7, 12], а остаточний результат його застосування значною мірою залежить від ефективності використовуваних у цьому комплексі лікарських засобів (ЛЗ), спрямованих на основні патогенетичні ланки хвороби, зокрема, запальний процес, знеболення, запобігання ускладненням, підвищення ефективності ранньої реабілітації [3, 10, 11, 13, 15].

Будь-яке хірургічне втручання, окрім користі для пацієнта, супроводжується вимушеним ятрогенним і запальним ушкодженням тканин різного ступеня та відповідними ускладненнями ран. Не є винятком і коригувальні операції на стопі. Незважаючи на впровадження сучасних, так званих малоінвазивних, технологій, у разі таких втручань поєднується застосування досить травматичних остеотомій, капсулопластик суглобів, міотенопластик. Після таких втручань, а також унаслідок післяопераційної зміни анатомічних співвідношень, у сегменті виникає запалення, яке супроводжується тривалим набряком, болем стопи [3, 9–11, 13].

Пошук ЛЗ, які б відповідали вимогам ефективного впливу на основні патогенетичні механізми перебігу хвороби, наслідки оперативного травматичного втручання, з урахуванням потреби забезпечення процесів регенерації тканин, привів до використання ЛЗ зі знеболювальними та протизапальними властивостями [14, 17–19], серед яких чільне місце належить нестероїдним протизапальним лікарським засобам (НПЗЛЗ) [5–7, 9].

Підставою для застосування НПЗЛЗ є потреба ефективного знеболення, яке більшість хірургів вважають засобом досягнення основної мети – комфорту пацієнта і неболісної активної мобілізації, що має сприяти репаративним процесам у тканинах оперованого сегмента [8, 12]. Менше уваги фахівці приділяють НПЗЛЗ

як протизапальним середникам, тобто для інгібування асептичних запальних реакцій організму, що виникають у відповідь на будь-яке пошкодження [11, 13, 18, 20]. Імовірно, однією з причин є те, що існує думка про шкідливість пригнічення природного асептичного запального процесу в пошкоджених тканинах, який, на думку деяких учених, постає як ініціюючий чинник для відновлення пошкоджених під час травми або операції структур. Позитивний вплив асептичного запалення та його продуктів на регенерацію м'яких тканин і консолідацію кісткових уламків спостерігали як у експерименті, так і в клініці [14, 17, 18]. З'ясовано, що пошкодження тканин призводить до виникнення запального процесу, який супроводжується інфільтрацією вогнища нейтрофілами та макрофагами. Активовані фагоцити секретують вільні радикали, медіатори запалення і протеолітичні ферменти, унаслідок чого порушуються структура та функція опорно-рухової системи. Водночас фагоцитуючі клітини забезпечують очищення вогнища від клітинних решток і секрецію низки факторів росту, що є обов'язковою умовою оптимальної регенерації [14, 18, 20].

Фармацевтичний ринок пропонує лікареві-практику понад 350 НПЗЛЗ із діючими речовинами різних хімічних груп, представлених понад 3000 торгових марок. Тому визначення підстав для застосування того чи іншого НПЗЛЗ надзвичайно утруднене.

Традиційним напрямом фармакотерапії запалення і болю, беручи до уваги також критерії «ефективність–вартість», «користь–ризик», є застосування неселективних інгібіторів циклооксигенази (ЦОГ)-2 індометацину, ібупрофену та диклофенаку, який вважається «золотим стандартом» НПЗЛЗ [1, 2, 4, 9]. Уважають, що за зменшенням протизапальної дії середніх доз неселективних інгібіторів ЦОГ-2 НПЗЛЗ стоять у такому порядку: індометацин > флурбіпрофен

> диклофенак натрію > піроксикам > кетопрофен > напроксен > ібупрофен > амідопірин > аспірин, а за анальгезивним ефектом – диклофенак натрію > індометацин > флурбіпрофен > амідопірин > піроксикам > напроксен > ібупрофен > аспірин > кетопрофен. За наявності ризику ураження травного каналу, нирок і печінки з порушенням їх функцій, кровотворної системи або відповідної інформації про це з анамнезу, рекомендовано використовувати принципово нову генерацію ЛЗ – селективні інгібітори ЦОГ-2, серед яких одним із перших був синтезований мелоксикам (із тривалою дією напіввиведення 24 год. і більше) [2, 9, 11]. Обґрунтовано вважають, що вони за протизапальною та анальгезивною активністю не поступаються як традиційним протизапальним засобам, так і специфічним (високоселективним) інгібіторам ЦОГ-2, переважаючи їх за ступенем безпечності використання та найменшою кількістю побічних ефектів. Окрім цього, в ортопедичних пацієнтів важливим є їх позитивний вплив на компоненти опорно-рухової системи, зокрема, сприяння нормалізації обмінних процесів у хрящовій тканині [1, 2, 9, 20].

Ефективність застосування мелоксикаму («Мовалісу») у хворих після операції з приводу плосковальгусної деформації стопи не оцінювали.

**Мета дослідження.** З'ясувати ефективність застосування мелоксикаму («Мовалісу») у хворих після операції з приводу плосковальгусної деформації стопи.

**Матеріали й методи дослідження.** Аналізували результати визначення ефективності застосування мелоксикаму («Моваліс» фірми Boehringer Ingelheim GmbH) у 107 хворих [27 чоловіків і 80 жінок, середній вік 48,4 року (дослідна група – ДГ)], прооперованих із приводу плосковальгусної деформації стопи у травматолого-ортопедичному відділенні комунальної 8-ї міської клінічної лікарні м. Львова, яка є базою кафедри травматології та ортопедії ЛНМУ імені Данила Галицького. Переважання жінок у досліджуваній групі зумовлено особливостями поширення захворювань, з приводу яких проводилися операції. Усім хворим проведені коригувальні остеотомії стопи та різні варіанти артропластичних і міотенопластичних операцій. Виконували операції за Е. А. McBride, остеотомії Scarf, Chevrone, L. S. Weil, O. F. Akin.

«Моваліс» застосовували у вигляді ін'єкцій (добова доза 15,0 мг). На шосту добу після операції переходили на одноразове пероральне вживання «Мовалісу» дозою 15,0 мг або двічі на день по 7,5 мг упродовж ще 10 днів. Контрольну групу (КГ) склали 104 пацієнти, що мали аналогічні вік, стать і оперативне втручання на стопі. Систематично НПЗЛЗ у КГ не використовували, епізодично (за потребою) проводили знеболення метамізолом натрію (50,0 мг внутрішньом'язово хворим із помірним болем) і трамадомом 50,0 мг (за наявності вираженого і значного болу).

У всіх хворих ДГ і КГ у післяопераційному періоді досліджували: 1) вираженість і динаміку болу за шкалою ВАШ [19]; 2) ступінь важкості асептичного

запалення за вираженістю місцевого набряку стопи перед операцією, оцінювання його динаміки щоденним уранці, після сну та до початку навантаження вимірюванням сантиметровою стрічкою обсягу стопи на рівні горбистості п'ятої плеснової кістки, яка легко визначається під час пальпації у всіх пацієнтів [3]; 3) динаміку ранового процесу з оцінкою стану післяопераційної рани, результатів загоєння, для чого використана й модифікована для особливої анатомічної локалізації бальна клінічна система, розроблена проф. Х. Т. Нішановим зі співавт. [8]. Клінічна бальна система оцінки стану післяопераційної рани включала такі критерії: гіперемія країв ран, набряк країв ран, інфільтрація навколоранових тканин, болючість у ділянці післяопераційної рани, характер і обсяг виділень із рани. Максимальна кількість балів за цією шкалою становила 50. Залежно від характеру й терміну затримки загоєння, максимальне значення за бальною шкалою оцінювання результатів загоєння післяопераційних ран становило 5 балів; 4) переносимість «Мовалісу» з визначенням частоти побічних реакцій шлунково-кишкового каналу, серцево-судинної системи (артеріальний тиск) і місцевих реакцій у ділянці введення.

Для всіх пацієнтів дотримано заходів щодо безпеки здоров'я, прав пацієнта, людської гідності та морально-етичних норм відповідно до принципів Гельсінкської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та відповідних законів України.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Оцінивши вираженість і динаміку болу за шкалою ВАШ, з'ясували, що в ДГ початковий рівень болу за шкалою ВАШ після всіх операцій (рис. 1) становив у середньому 83,0 мм (79,0–87,0 мм). Після внутрішньом'язового введення «Мовалісу» рівень болу знизився в середньому на 40,0 мм (із 32,0 до 48,0 мм). У більшості випадків рівень болу став менше 40,0 мм, що розцінювали як помірно виражений больовий синдром. Після перорального вживання препарату зафіксовано дещо менший ступінь зниження больового синдрому (в середньому на 30,0 мм), але й тоді відзначений достатній знеболювальний ефект (ВАШ менше 40,0 мм).

У хворих КГ рівень болу на початку був такий, як і в ДГ. Ефективного знеболення (в середньому на 36,0 мм) досягали через 30–40 хв після ін'єкційного введення анальгетиків, які застосовували за потребою пацієнтів 3–4 рази впродовж 1-ї доби. На 2-гу й 3-тю доби ефективність знеболення у хворих КГ зменшувалася порівняно з ДГ (середнє значення 43,0 мм), оскільки у них спостерігалися періодичні рецидиви болу до 80,0–90,0 мм за шкалою ВАШ.

Аналіз больових відчуттів у хворих ДГ та КГ (рис. 1) свідчить, що систематичне застосування «Мовалісу» має добрий і стабільний знеболювальний ефект, який є стійким, значно поліпшує комфорт пацієнта і стан оперованого сегмента в післяопераційному періоді.

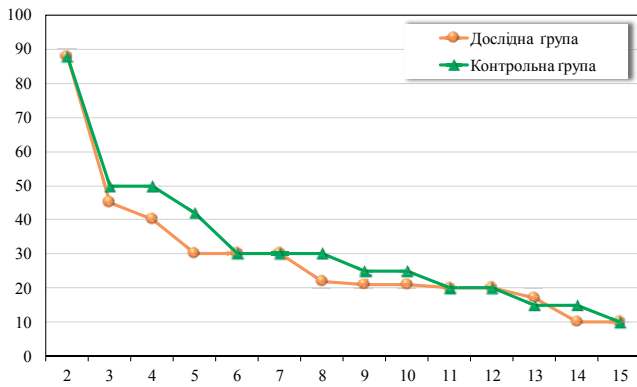


Рис. 1. Динаміка болю у стопі за показниками ВАШ.

Дослідження динаміки набряку стопи, як одного з основних проявів запального процесу, показало, що виражений набряк м'яких тканин стопи наявний у всіх прооперованих пацієнтів (рис. 2).



а

б

Рис. 2. Хворий П., 45 років. Деформація стопи до коригувальної операції (а) та набряк тканини на 10-ту добу після неускладненого оперативного втручання (б).

Через добу після хірургічного втручання у хворих ДГ об'єм стопи збільшується на 10,0 % порівняно з об'ємом стопи до операції, а у КГ – на 15,8 %. Наростання набряку в обох групах триває, і до 3-ї доби переважно досягає максимуму. У цей час набряк стопи у хворих КГ виражений на 67,9 % більше, ніж у ДГ. З 4-го дня до кінця тижня констатовано зниження набряку в обох групах. Проте зменшення набряку в ДГ відбувається швидше. Через 7 днів у ДГ набряк майже повністю спадає і становить 5,0 % початкового. У КГ на цей час набряк виражений на 9,5 % більше, ніж у ДГ (рис. 2).

Вивчення перебігу ранового процесу за клінічними ознаками показало таку тенденцію: гіперемія і гіпертермія впродовж 1-ї і 2-ї діб у хворих ДГ зменшуються відповідно на 10,5 і 14,3 %, тоді як у хворих КГ через дві доби збільшуються відповідно на 10,0 і 33,1 %. Слід зауважити, що у хворих КГ гіперемія на 20,5 %, а гіпертермія на 40,6 % перевищують показники у хворих ДГ. На завершення першого тижня у пацієнтів КГ гіперемія виражена в 2,9 рази більше, а гіпертер-

мія в 9 разів більше, ніж у хворих ДГ (відповідно 10,5 і 9,5 %).

Таким чином, запропонована схема лікування дає змогу не тільки домогтися адекватного анальгетичного ефекту, а й забезпечує виражену протизапальну дію. Уже впродовж перших днів лікування «Мовалісом» вдається не тільки уникнути наростання синдрому запалення (на відміну від КГ), а й зменшити його на 44,7 % порівняно з контролем. До кінця першого тижня запальний синдром, під час лікування хворих ДГ запропонованою схемою, виражений в 4,2 разу менше, ніж у хворих КГ. Рекомендована схема лікування позитивно впливає на компоненти синдрому запалення, зокрема, найбільше виражений протинабряковий ефект. Фліктен у ДГ не було, тоді як їх зафіксовано у 2,3 % хворих КГ. Загалом післяопераційне протизапальне лікування із застосуванням препарату «Моваліс» сприяло зниженню частоти ранових ускладнень у 2,9 разу – з 14,8 до 5,1 %.

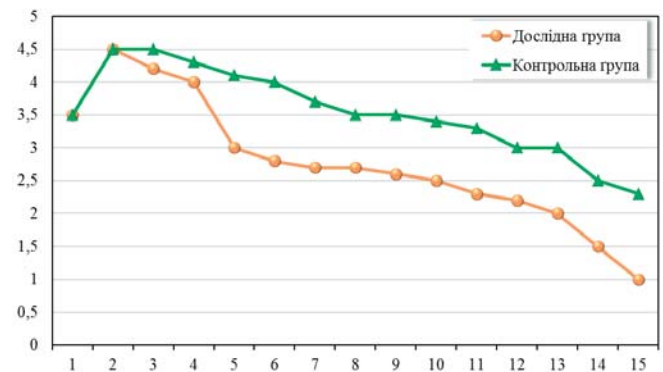


Рис. 3. Динаміка набряку стопи після коригувальних операцій.

Загальна переносимість пацієнтами ЛЗ «Моваліс» дуже добра у 77 (71,9 %), добра у 27 (25,2 %), задовільна у 2 (1,8 %) і погана у 1 (0,9 %) пацієнта (алергічна реакція) (рис. 4). У двох хворих спостерігалися побічні ефекти, які стосувалися шлунково-кишкового каналу (печія, дискомфорт у епігастральній ділянці). Вираженість симптомів незначна і не призвела до скасування застосування ЛЗ.

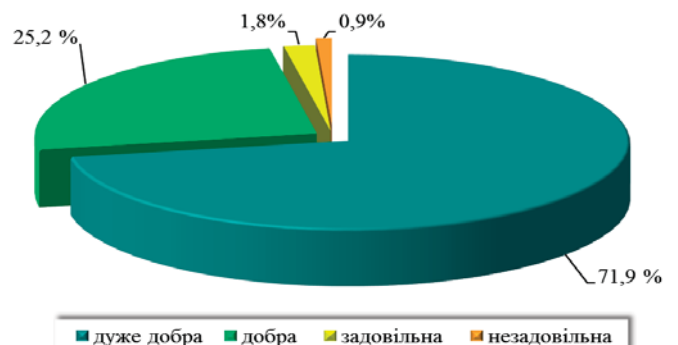


Рис. 4. Загальна переносимість препарату мелоксикам («Моваліс»).

Місцева переносимість «Мовалісу» оцінена як дуже добра у 66 (61,8 %) і як добра – у 41 (38,2 %) хворого. Випадків болючої реакції на введення ЛЗ, гіперемії у ділянці ін'єкції, ущільнення, подразнення або виникнення інших суттєвих суб'єктивних відчуттів не спостерігали.

**Висновки.** Застосування мелоксикаму («Мовалісу») у хворих після операції з приводу плосковальгусної деформації стопи є ефективним, дає змогу досягнути доброго анальгетичного ефекту, а також забезпечує виражену протизапальну дію. «Моваліс» достовірно знижує частоту ранових ускладнень, його добре переносять хворі.

#### Список літератури

1. Викторов А. П. Нестероидные противовоспалительные препараты : от коры и листьев ивы и мирта к коксибам / А. П. Викторов // *Therapia. Український медичний вісник.* – 2009. – № 1. – С. 55–60 (Victorov A. NSAIDs from the bark and leaves of willow and myrtle to coxibs / A. Viktorov // *Therapia. Ukrainian medical herald.* – 2009. – N 1. – P. 55–60).
2. Вікторів О. П. Вибір та медичне застосування нестероїдних протизапальних лікарських засобів / О. П. Вікторів // *Управління закладом охорони здоров'я.* – 2009. – № 1. – С. 36–44 (Viktorov O. Selection and medical use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs / A. Viktorov // *Management of health care.* – 2009. – N 1. – P. 36–44).
3. Гаркави А. В. Обезболивающая и противовоспалительная терапия при консервативном лечении острого периода травмы конечностей / А. В. Гаркави, Л. Л. Силин, К. С. Терновой // *Международный медицинский журнал.* – 2004. – № 12. – С. 94–97 (Garkavy A. Pain treatment and anti-inflammatory therapy in conservative treatment of acute period of the limbs trauma / A. Garkavy, L. Silin, K. Ternovoy // *International Medical Journal.* – 2004. – N 12. – P. 94–97).
4. Дзяк Г. В. Нестероидные противовоспалительные препараты / Г. В. Дзяк, А. П. Викторов, Е. И. Гришина. – К. : Морион, 1999. – 112 с. (Dzyak G. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs / G. Dzyak, A. Viktorov, E. Grishina. – K. : Moryon, 1999. – 112 p.).
5. Диваков М. Г. Остеотомия «scarf» в лечении больных с вальгусной деформацией 1-го пальца стопы / М. Г. Диваков // *Вестн. травмат. ортоп. им. Н. Н. Приорова.* – 2001. – № 3. – С. 41–45 (Dyvakov M. Osteotomy «scarf» in treatment of patients with valgus deformation 1st finger of the foot / M. Dyvakov // *Heraldtravmat. orthopedic. N. Pryorova.* – 2001. – N 3. – P. 41–45).
6. Зоря В. И. Лечение статических заболеваний стоп / В. И. Зоря // *Российский медицинский журнал.* – 2000. – № 1. – С. 18–21 (Zorya V. Treatment of static diseases of the foot / V. Zorya // *Ros. med. J.* – 2000. – N 1. – P. 18–21).
7. Карданов А. А. Оперативное лечение деформаций первого луча стопы: история и современные аспекты / А. А. Карданов, Л. Г. Макинян, М. П. Лукин. – М. : Медпрактика, 2008. – 103 с. (Kardanov A. Surgery treatment of the first ray of the foot : history and its contemporary aspects / A. Kardanov, L. Makynyan, M. Lukin. – M. : Medpraktika, 2008. – 103 p.).
8. Количественная клиническая оценка в профилактике раневой инфекции / Х. Т. Нишанов, Б. Д. Дурманов, М. Ш. Хакимов, А. Ж. Норов // *Вестник врача общей практики.* – Самарканд, 1998. – № 4. – С. 50–54 (Quantitative clinical evaluation in the prevention of a wound infection / H. Nyshanov, B. Durmanov, M. Hakymov, A. Norov // *Herald of the doctor of general practice.* – Samarkand, 1998. – N 4. – P. 50–54).
9. Насонов Е. Л. Анальгетические эффекты нестероидных противовоспалительных препаратов при заболеваниях опорно-двигательного аппарата: баланс эффективности и безопасности / Е. Л. Насонов // *Consilium Medicum.* – 2000. – № 5. – С. 209–215 (Nasonov E. Analgesic effects of NSAIDs at musculoskeletal system disease: balance of security and of the effectiveness / E. Nasonov // *Consilium Medicum.* – 2000. – N 5. – P. 209–215).
10. Овечкин А. М. Анальгезия и седация в интенсивной терапии / А. М. Овечкин // *Вестник интенсивной терапии.* – 2009. – № 1. – С. 21–26 (Ovechkin A. Analgesia and sedation in intensive therapy / A. Ovechkin // *Bulletin of intensive therapy.* – 2009. – N 1. – P. 21–26).
11. Овечкин А. М. Фармакотерапия послеоперационного болевого синдрома / А. М. Овечкин, Н. М. Федоровский // *Русский медицинский журнал.* – 2007. – № 6. – С. 487–491 (Ovechkin A. Pharmacotherapy postoperative pain / A. Ovechkin, N. Fedorovsky // *Russian Medical Journal.* – 2007. – N 6. – P. 487–491).
12. Прозоровский Д. В. Оценка результатов хирургического лечения деформаций переднего отдела стопы / Д. В. Прозоровский // *Український морфологічний альманах.* – 2010. – Т. 8, № 3. – С. 114–116 (Prozorovsky D. Evaluation of the results of surgical treatment of deformities of the forefoot / D. Prozorovsky // *Ukrainsky morfologyc almanac.* – 2010. – Vol. 8, N 3. – P. 114–116).
13. Тактика лечения пациентов в послеоперационном периоде после ортопедических оперативных вмешательств на переднем отделе стоп / Н. А. Корж, Д. В. Прозоровский, К. К. Романенко, Л. Д. Горидова // *Травма.* – 2011. – Т. 12, № 1. – С. 61–64 (The treatment of patients in the postoperative period after orthopedic surgery of the forefoot / N. Korzh, D. Prozorovsky, K. Romanenko, L. Goridova // *Trauma.* – 2011. – Vol. 12, N 1. – P. 61–64).
14. Чорноморець П. М. Запалення при м'язовій травмі : пошкоджуюча та відновлювальна дія / П. М. Чорноморець, Н. Є. Нурищенко // *Фізика живого.* – 2008. – Т. 16, № 1. – С. 171–174 (Chernomorets P. Inflammation in muscle injury, damaging and restorative action / P. Chernomorets, N. Nuryshchenko // *Physics living.* – 2008. – Vol. 16, N 1. – P. 171–174).
15. Яцкевич А. Я. Біль у стопі : патогенез, алгоритм діагностики та лікування / А. Я. Яцкевич // *Львівський клінічний вісник.* – 2014. – Т. 8, № 4. – С. 54–60 (Yatskevych A. Pain in the foot: pathogenesis, diagnosis and treatment / A. Yatskevych // *Lviv Clinical Bulletin.* – 2014. – Vol. 8, N 4. – P. 54–60).
16. Bennett A. J. An Adaptation of weil's osteotomy of the lesser metatarsal neck / A. J. Bennett, I. McLeod // *J. Foot Ankle Surg.* – 2009. – Vol. 48, N 4. – P. 516–517.
17. Cottrel J. Effect of Non-Steroidal anti-inflammatory drugs on bone healing / J. Cottrel, J. P. O'Connor // *Pharmaceuticals.* – 2010. – Vol. 3. – P. 1668–1693.

18. Tidball J.G. Inflammatory processes in muscle in jury and repair / J. G. Tidball // Amer. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol. – 2005. – Vol. 288. – P. R345–R353.
19. Wewers M. E. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena / M. E. Wewers, N. K. Lowe // Res. Nurs. Health. – 1990. – Vol. 13. – P. 227–236.
20. What do we mean by the term "inflammation"? A contemporary basic science update for sports medicine / A. Scott, K. M. Khan, C. R. Roberts [et al.] // Brit. J. Sports Med. – 2004. – Vol. 38. – P. 372–380.

Стаття надійшла до редакції журналу 19 квітня 2016 р.

## Оцінка ефективності застосування мелоксикаму («Мовалісу») у хворих після операції з приводу плосковальгусної деформації стопи

А. Я. Яцкевич, І. Р. Трутяк, У. О. Абрагамович, О. Я. Яцкевич

Досліджували ефективність протизапального лікування препаратом мелоксикам («Моваліс») у післяопераційному періоді у 107 хворих, прооперованих з приводу плосковальгусної деформації стоп. Вивчали динаміку болю, набряку стопи, перебіг ранового процесу та переносимість препарату пацієнтами. Застосування мелоксикаму («Мовалісу») у хворих після операції з приводу плосковальгусної деформації стопи є ефективним, дає змогу досягнути доброго анальгетичного ефекту, а також забезпечує виражену протизапальну дію. «Моваліс» достовірно знижує частоту ранових ускладнень, його добре переносять хворі.

**Ключові слова:** нестероїдні протизапальні лікарські засоби, мелоксикам, «Моваліс», плосковальгусна деформація стопи, коригувальні операції стопи.

## The Study of the Effectiveness of Meloxicam "Movalis" Application in Postoperative Patients with Planovalgus Foot Deformity

A. Yatskevych, I. Trutyak, U. Abrahamovych, O. Yatskevych

**Introduction.** Today the main method of complex treatment of severe foot deformities in adults is a surgery. Every surgery beneficial to a patient is accompanied by iatrogenic and inflammatory tissue damage of different degrees and related complications of wounds. No exception is made for corrective surgery on foot. After a corrective intervention, and also after postoperative changes of anatomical relationships in segments, there occurs inflammatory reaction which is accompanied by a prolonged swelling and foot pain. It is believed that meloxicam has not the least analgetic and anti-inflammatory activity as traditional anti-inflammatory drugs and specific (highly selective) inhibitors COX-2, dominating them on the degree of safety and the least number of side effects. Moreover, for the orthopedic patients very important is their positive impact on the components of the musculoskeletal system, in particular promoting the normalization of metabolism in cartilage. Evaluation of the efficacy of meloxicam ("Movalis") in patients after surgery on flat foot deformity has not been investigated.

**The aim of the study** is to determine the efficacy of meloxicam ("Movalis") in patients after flatfoot surgery.

**Materials and methods.** The results of efficacy determining of meloxicam treatment were analyzed ("Movalis" firm Boehringer Ingelheim GmbH) in 107 patients (27 men and 80 women, average age 48.4 years), operated with flatfoot (research groups). All patients were performed a corrective osteotomy of foot and various options of arthroplasty and miotenoplasty operations. All operations were performed according to McBride, SCARF osteotomy, Weil, Akin, Chevrons. "Movalis" was prescribed in injection (15.0 mg daily). On the sixth day after the operation patients were prescribed a single oral use of "Movalis" with daily dose of 15.0 mg or twice a day 7.5 mg for another 10 days. The control group totaled 104 patients, similar by age, sex and foot surgery, which did not use NSAIDs, and (if necessary) performed anesthesia using Metamizole (50.0 mg for patients with moderate pain) and narcotic drug (Tramadol 50.0 mg) in cases of pronounced and significant pain. In all patients of experimental and control groups in the postoperative period were observed: 1) the severity and dynamics of pain according to the VAS scale; 2) the severity of aseptic inflammation by the severity of local swelling of the foot before the operation, evaluation of its dynamics every day in the morning after waking and before the load measurement with a measuring tape on the level of the fifth tuberosus metatarsal bone, which can be easily determined during the palpation in all patients; 3) the dynamics of the wound healing with an assessments of the postoperative wound healing results, for which we used and modified for specific anatomical location clinical system developed by prof. H. T. Nishanovym with co-authors.

**Results and discussion.** Thus, the proposed scheme of treatment can achieve not only an adequate analgesic effect, but also provides a strong anti-inflammatory effect. In the first days of treatment it can not only prevent the growth of inflammatory syndrome (unlike the patients in the control groups), but to reduce it to 44.7 % compared with control group of patients that have not been treated with "Movalis". By the end of the first week inflammatory syndrome, as a result of a treatment by the proposed scheme, is expressed in 4.2 times less than in control group of patients. The scheme of treatment has a positive effect on the components of the syndrome of inflammation, but the anti swelling effect is expressed the most. There were no vesicles in patients of the research group, while they were detected in 2.3 % of patients in the control group. In general, treatment of patients with 'Movalis' helped to reduce the rate of postoperative inflammatory and wound's complications in 2.9 times - from 14.8 to 5.1%. Total tolerance to meloxicam ("Movalis") was seen as very good in 77 patients (71.9 %), good - in 27 (25.2 %), satisfactory - in 2 (1.8 %), and in one patient (0.9 %) as poor (allergic reaction). In 2 patients were detected gastrointestinal side effects (heartburn, discomfort in epigastric area), but they did not require discontinuation of "Movalis".

**Conclusions.** The use of meloxicam ("Movalis") in patients after flat foot surgery is effective, achieves good analgesic effect, and provides a strong anti-inflammatory effect. "Movalis" is well tolerated and significantly reduces the incidence of wound complications.

**Keywords:** corrective surgery of the foot, anti-inflammatory therapy, meloxicam.