

ОСТРАЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ БОЛЬ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ С МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: ОРИЕНТИРЫ ДЛЯ ВРАЧА

Алгоритм ведения пациента без подозрения на специфическую патологию



1. ПАЦИЕНТ С ОСТРОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ (БНЧС)

БНЧС— одна из наиболее частых причин обращения к врачу.

у **20-30%** пациентов болевой синдром переходит в хроническое течение с длительным ограничением активности¹.

В практике врача речь чаще всего идёт о пациенте с острой или подострой БНЧС (до 6–12 недель), без травмы высокой энергии, без выраженного неврологического дефицита и признаков специфической патологии (перелом, опухоль, инфекция, тяжёлый радикулопатический синдром, синдром конского хвоста и др.)^{2,3}.

Типичные триггеры:

- длительная статическая нагрузка: сидячая работа, сессия, длительное вождение, работа за компьютером;
- перегрузочные микротравмы: дачные и бытовые работы, подъём тяжестей, эпизод рывкового движения, спорт, физический труд;
- сочетание гиподинамии в будни и эпизодов чрезмерной нагрузки в выходные³.

2. СХЕМА ДИАГНОСТИКИ МЫШЕЧНОГО СПАЗМА (МЫШЕЧНЫЙ ФЕНОТИП) Чек-лист мышечно-тонического фенотипа БНЧС²⁻⁴

Боль:

- механический характер, усиливается при движениях, наклонах, поворотах;
- уменьшается или исчезает в покое, при разгрузке поясничного отдела.

Мышечный статус:

- локальный или сегментарный мышечный спазм при пальпации паравертебральных мышц, квадратной мышцы поясницы, ягодичных мышц;
- пальпаторно — болезненные уплотнения, участки повышенного тонуса.

Функциональные проявления:

- ограничение объёма движений в поясничном отделе (наклон вперёд/в стороны, ротации) за счёт боли и мышечного напряжения;
- снижение показателя при тесте Шобера по сравнению с нормативными значениями.

Отсутствие признаков:

- грубого двигательного дефицита, выраженных чувствительных расстройств, тазовых нарушений;
- системной симптоматики (лихорадка, снижение веса, ночная боль, онкоanamнез и др.)



3. ОПТИМАЛЬНЫЙ НАБОР ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ

Алгоритм действий при первом контакте с пациентом³⁻⁵:

Осмотр и активные движения:

- оценка осанки, походки, вынужденного положения;
- выполнение наклонов вперёд, назад, в стороны, мягких ротаций; визуальная оценка объёма движений и провокации боли.

Пальпация:

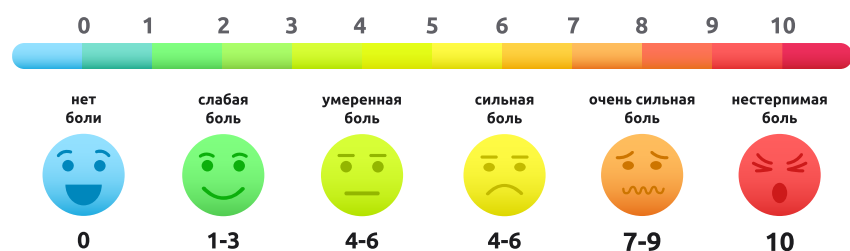
- паравертебральные мышцы поясничного отдела: выявление болезненных уплотнений, участков повышенного тонуса;
- квадратная мышца поясницы и ягодичные мышцы — болезненность, локальный спазм.

Тест Шобера:

- маркируются точки над остистым отростком L5 и на 10 см выше; при наклоне вперёд расстояние должно увеличиваться минимум на 4–5 см; меньший прирост трактуется как ограничение сгибания (в т.ч. за счёт боли/спазма).

Оценка боли и функции:

- интенсивность боли по ВАШ (0–10);



- субъективная оценка ограничений в повседневной активности (сон, ходьба, работа, бытовая нагрузка).

Краткий неврологический скрининг:

- мышечная сила в нижних конечностях, сухожильные рефлексы, поверхностная чувствительность;
- симптомы натяжения (Ласега и др.);
- оценка функций тазовых органов — для исключения радикулопатии и «красных флагов».



4. ЛФК: НАЗНАЧИТЬ СРАЗУ ИЛИ ОТЛОЖИТЬ?

ЛФК (упражнения, активизация) показана, если^{2,3,6}:



- острая/подострая неспецифическая боль в пояснице с мышечно-тоническим компонентом;
- отсутствуют «красные флаги» и нестабильность, состояние пациента стабильное;
- боль контролируема (умеренная), пациент способен выполнять движения без значимого усиления симптомов;
- нет прогрессирующего неврологического дефицита.

ЛФК следует отложить или ограничить до щадящих упражнений, если^{2,3,6}:



- выраженный болевой синдром (боль резко усиливается при любом движении);
- наличие или подозрение на специфическую патологию (перелом, опухоль, инфекция, спондилоартрит, клинически выраженный поясничный стеноз);
- прогрессирующий корешковый синдром, парезы, нарушения функции тазовых органов;
- острое тяжёлое соматическое состояние, декомпенсация коморбидной патологии.



5. ПРИНЦИПЫ ЛФК

Базовые принципы индивидуального подхода^{4,7}:

Ранняя, но дозированная активность:

- постепенное восстановление объёма движений в поясничном отделе, избегая резких и амплитудных движений в острый период.

Контроль боли и восстановление функции движения:

- упражнения выполняются в относительно безболезненном или умеренно дискомфортном диапазоне;
- недопустимо значительное усиление боли после занятия.

Типы упражнений:

- мягкие мобилизационные упражнения для поясничного отдела и тазобедренных суставов (диафрагмальное дыхание лёжа, упражнение «кошка»);
- упражнения на растяжение паравертебральных и ягодичных мышц (подтягивание колена к животу, повороты коленей лёжа);
- элементы стабилизации и контроля движения по переносимости — укрепление глубоких мышц туловища, улучшение координации и контроля (упражнение «мостик»);
- обучение правильным двигательным стереотипам (подъём предметов с согнутыми в коленях ногами, избегание резких наклонов из положения сидя).

Режим:

- краткие комплексы 1–2 раза в день;
- обязательные паузы при сидячей работе (вставание, 1–2 минуты ходьбы/лёгкой разминки каждые 40–60 минут).

Пациенту может быть выдана отдельная памятка с описанием рекомендованных упражнений (мобилизация, растяжение, стабилизация) с учётом его состояния.



6. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

- Клиническая картина формируется за счет сочетанного влияния воспалительных, мышечно-тонических и нейрогенных механизмов, поэтому изначально требуется комплексная, патогенетически ориентированная фармакотерапия⁸.
- Клинические рекомендации Российской Федерации (Минздрав РФ) и экспертные документы, включая рекомендации Российского общества по изучению боли, подчеркивают необходимость минимизации постельного режима, поддержания обычной повседневной активности, применения НПВП в минимально эффективной дозе коротким курсом и, при наличии мышечно-тонического компонента, возможности назначения миорелаксантов для уменьшения боли и повышения двигательной активности^{2,3}.
- Комбинированная фармакотерапия в виде фиксированной комбинации может способствовать потенцированию анальгетического эффекта и упрощению схемы терапии для пациентов^{9,10}.

Роль фиксированной комбинации НПВП + миорелаксант (препарат Мусликсин®):

- ▶ Мусликсин® — содержит ибупрофен 400 мг и Хлорзоксазон 500 мг и предназначен для лечения скелетно-мышечной боли, связанной с воспалением и мышечным спазмом у взрослых¹¹.
- ▶ Ибупрофен обеспечивает противовоспалительное и анальгетическое действие за счёт ингибирования циклооксигеназы и снижения синтеза провоспалительных простагландинов; Хлорзоксазон оказывает центральное миорелаксирующее влияние и обладает умеренным анальгетическим и противовоспалительным потенциалом^{9,10}.
- ▶ Фиксированная комбинация действующих веществ препарата Мусликсин® позволяет одновременно уменьшать боль и мышечный спазм.
- ▶ Индивидуальный подход к выбору тактики лечения, медикаментозная терапия, направленная на разрыв прочного круга "боль-спазм-боль":
 - облегчает старт ЛФК за счёт снижения болевого барьера для движения;
 - позволяет раньше увеличивать объём безопасных движений и переходить от щадящего режима к активной реабилитации;
 - может способствовать лучшей приверженности пациента к назначенному комплексу упражнений⁹.



Таким образом, ЛФК и медикаментозная терапия рассматриваются как взаимодополняющие компоненты ведения пациентов с острой/подострой неспецифической болью в пояснице с мышечно-тоническим фенотипом, при обязательном соблюдении действующих клинических рекомендаций и оценке индивидуального профиля риска^{2,3}.

Список литературы:

1. Hoy, D., Bain, C., Williams, G., et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis & Rheumatism*, 2012, vol. 64, no. 6, pp. 2028–2037.
2. Parfenov VA, Yakhno N.N., Kukushkin M.L., et al. Acute nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2018;10(2):4–11. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-3-85-94
3. Клинические рекомендации – Скелетно-мышечные (неспецифические) боли в нижней части спины – 2023-2024-2025 (08.12.2023) – Утверждены Минздравом РФ
4. Скелетно-мышечные (неспецифические) боли в нижней части спины. Алгоритмы диагностики и лечения. *Терапия*. 2023; 9(45): 212–226. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.4suppl.212-226>
5. See QY, Tan JB, Kumar DS. Acute low back pain: diagnosis and management. *Singapore Med J*. 2021 Jun;62(6):271-275. doi: 10.11622/smedj.2021086. PMID: 34409471; PMCID: PMC8801838.
6. Amir Qaseem et al. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians *Ann Intern Med*. 2017;166:514-530. doi:10.7326/M16-2367
7. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, Costa LOP, Costa LCM, Ostelo RWJG, Macedo LG. Motor Control Exercise for Nonspecific Low Back Pain: A Cochrane Review. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2016 Aug 15;41(16):1284-1295. doi: 10.1097/BRS.0000000000001645. PMID: 27128390.
8. А.Б. Данилов, И.М. Шугурова. Фиксированная комбинация в лечении боли в нижней части спины: хлорзоксазон и ибупрофен в таблетках — ФЛЕКСИА. *Manage Pain* w 2025 w № 2
9. Patel HD, Uppin RB, Naidu AR, Rao YR, Khandarkar S, Garg A. Efficacy and Safety of Combination of NSAIDs and Muscle Relaxants in the Management of Acute Low Back Pain. *Pain Ther*. 2019 Jun;8(1):121-132. doi: 10.1007/s40122-019-0112-6. Epub 2019 Jan 16. PMID: 30652262; PMCID: PMC6513919.
10. Путилина М.В. Фиксированная комбинация нестероидного противовоспалительного препарата и миорелаксанта как основа рациональной терапии болевых синдромов // *Терапевтический архив*. - 2024. - Т. 96. - №2. - С. 176-180. doi: 10.26442/00403660.2024.02.202583
11. Общая характеристика лекарственного препарата (ОХЛП) в отношении лекарственного препарата Мусликсин, ЛП-№(001956)-(РГ-РУ) от 14.03.2023

