

Применение тиаколхикозида при острой неспецифической (скелетно-мышечной) боли в нижней части спины



Парфенов В.А.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1

Лечение острой неспецифической (скелетно-мышечной) боли в нижней части спины (БНЧС) представляет актуальную проблему современной медицины, потому что БНЧС — одна из наиболее частых причин временной нетрудоспособности населения. При острой неспецифической БНЧС следует в простой форме рассказать пациенту о хорошем прогнозе, отсутствии необходимости в проведении инструментальных методов обследования, если нет симптомов опасности (красных флагов). Важно информировать пациента о доброкачественном характере заболевания, высокой вероятности быстрого выздоровления, целесообразности сохранения активного образа жизни. Для уменьшения боли эффективно применение коротким курсом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и миорелаксантов. Обсуждаются данные о применении при острой БНЧС миорелаксанта тиаколхикозида (Типлито). Тиаколхикозид в течение длительного времени применяется для лечения БНЧС, боли в шее и других скелетно-мышечных болей. Анализируются результаты плацебоконтролируемых рандомизированных клинических исследований (РКИ), которые продемонстрировали эффективность и хорошую переносимость короткого курса тиаколхикозида при острой БНЧС. Представлены данные недавнего систематического обзора и метаанализа, включившего восемь РКИ (более 1000 пациентов) по применению тиаколхикозида при скелетно-мышечной боли. Тиаколхикозид (Типлито) рекомендуется в качестве адъювантной терапии болезненных мышечных спазмов при острой патологии позвоночника в виде внутримышечных инъекций (4–8 мг/сут) в течение 5 дней. Комбинация тиаколхикозида с НПВП усиливает обезболивающее действие последних, улучшает функциональное состояние пациентов, позволяет уменьшить длительность применения НПВП. Обсуждаются вопросы оптимизации ведения пациентов с острой неспецифической БНЧС.

Ключевые слова: острая неспецифическая боль в спине; скелетно-мышечная боль; нестероидные противовоспалительные препараты; миорелаксанты; тиаколхикозид.

Контакты: Владимир Анатольевич Парфенов; vladimirparfenov@mail.ru

Для цитирования: Парфенов В.А. Применение тиаколхикозида при острой неспецифической (скелетно-мышечной) боли в нижней части спины. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2025;17(4):117–122. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-4-117-122>

Use of thiocolchicoside for acute non-specific (musculoskeletal) low back pain

Parfenov V.A.

Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine,
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia (Sechenov University), Moscow
11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021, Russia

The treatment of acute non-specific (musculoskeletal) lower back pain (LBP) is a pressing issue in modern medicine, as LBP is one of the most common causes of temporary disability among the population. In cases of acute non-specific LBP, the patient should be informed in simple terms about the good prognosis and the absence of the need for instrumental examination methods if there are no dangerous symptoms (red flags). It is important to inform the patient about the benign nature of the disease, the high probability of a quick recovery, and the advisability of maintaining an active lifestyle. To reduce pain, the use of short-course non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and muscle relaxants is effective. Data on the use of the muscle relaxant thiocolchicoside (Tiplito) in acute LBP are discussed. Thiocolchicoside has been used for a long time to treat LBP, neck pain, and other musculoskeletal pain. The results of placebo-controlled randomised clinical trials (RCTs) demonstrating the efficacy and good tolerability of a short course of thiocolchicoside in acute LBP are analysed. Data from a recent systematic review and meta-analysis of eight RCTs (more than 1,000 patients) on the use of thiocolchicoside for musculoskeletal pain are presented. Thiocolchicoside (Tiplito) is recommended as an adjuvant therapy for painful muscle spasms in acute spine pathology in the form of intramuscular injections (4–8 mg per day) for 5 days. The combination of thiocolchicoside with NSAIDs enhances the analgesic effect of the latter, improves the functional status of patients, and reduces the duration of NSAID use. Issues related to the optimisation of management of patients with acute non-specific LBP are discussed.

Keywords: acute non-specific back pain; musculoskeletal pain; non-steroidal anti-inflammatory drugs; muscle relaxants; thiocolchicoside.

Contact: Vladimir Anatolyevich Parfenov; vladimirparfenov@mail.ru

Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2025;17(4):117–122

For citation: Parfenov VA. Use of thiocolchicoside for acute non-specific (musculoskeletal) low back pain. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2025;17(4):117–122 (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-4-117-122>

Лечение острой боли в нижней части спины (БНЧС), или поясничной (пояснично-крестцовой) боли в спине, представляет собой одну из актуальных проблем современной медицины, потому что БНЧС занимают первое место среди неинфекционных заболеваний по показателю, который отражает число лет жизни, потерянных вследствие стойкого ухудшения здоровья, и они оказывают существенное негативное социально-экономическое влияние на пациентов [1–3]. БНЧС наиболее часто локализуется в поясничной (пояснично-крестцовой) области (люмбалгия), поясничной области и ноге (люмбоишиалгия), она в большинстве случаев (90%) имеет неспецифическое происхождение и может быть вызвана поражением фасеточных суставов, крестцово-подвздошного сочленения, мышц (миофасциальным синдромом), грыжей межпозвоночного диска с компрессией спинномозгового корешка и без таковой, а также сочетанием этих причин [4]. Выявление конкретной причины БНЧС не всегда возможно, оно не имеет существенного практического значения при острой боли; обследование пациента с БНЧС направлено на исключение специфических причин (переломы, онкологические процессы, воспалительные и другие заболевания), которые встречаются у относительно небольшой части пациентов (1–10%) [4].

Терапия острой поясничной боли

Лечение острой неспецифической БНЧС включает информирование пациента о доброкачественном характере и высокой вероятности быстрого разрешения заболевания, целесообразности сохранения двигательной, социальной и профессиональной активности и избегания длительного (более 1–2 дней) постельного режима [5–10].

Согласно последнему Кокрейновскому анализу по лекарственной терапии БНЧС, доказательства эффективности имеются только для нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и миорелаксантов [11]. Нет убедительных доказательств эффективности парацетамола, опиоидных анальгетиков, антидепрессантов для лечения острой БНЧС [11].

В качестве лекарственных средств при БНЧС наиболее изучены и чаще всего назначаются НПВП, которые позволяют относительно быстро уменьшить боль и улучшить функциональное состояние пациента [12, 13]. Различные НПВП близки по эффективности при БНЧС, поэтому выбор препарата из этой группы во многом основывается на индивидуальной переносимости, наличии сочетанных заболеваний, особенно желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), при которых повышен риск осложнений, связанных с применением НПВП [12, 13].

По данным нескольких систематических обзоров и метаанализов [11, 14–16], миорелаксанты эффективны при БНЧС в отношении уменьшения интенсивности боли и улучшения функционального состояния пациентов. Отмечена эффективность применения миорелаксантов при их комбинации с НПВП в отношении уменьшения боли и мы-

шечного напряжения у пациентов как с острой, так и с хронической неспецифической БНЧС. Обычно миорелаксанты хорошо переносятся, не вызывают серьезных нежелательных явлений (НЯ), однако требуется осторожность при их назначении с учетом возможной сонливости и головокружения [11, 14–16]. Часто используемое добавление миорелаксанта к НПВП позволяет усилить обезболивающий эффект, уменьшить необходимость длительного применения НПВП и вследствие этого снизить риск связанных с приемом НПВП осложнений.

Применение тиакоколхикозида

Тиакоколхикозид — широко известный миорелаксант, который воздействует на рецепторы гамма-аминомасляной кислоты, обладает обезболивающим и противовоспалительным действием и имеет хорошую переносимость [17, 18]. Тиакоколхикозид в течение длительного времени применяется для лечения БНЧС, боли в шее и других скелетно-мышечных болей [17, 18]. В настоящее время это лекарственное средство широко назначается в разных странах; например, в Италии в 2022 г. препарат занимал 18-е место по продажам среди лекарственных препаратов класса С [19].

Были опубликованы результаты плацебоконтролируемого рандомизированного клинического исследования (РКИ), в котором изучалась эффективность тиакоколхикозида у 98 пациентов с острой БНЧС [20]. Тиакоколхикозид использовался у амбулаторных пациентов, оценивались интенсивность боли, функциональное состояние пациентов и их мнение о лечении. Отмечено значимое преимущество тиакоколхикозида над плацебо по изучаемым показателям начиная со 2-го дня лечения и в период всех 5 дней наблюдения.

В другом плацебоконтролируемом РКИ, проведенном в период с июля 1998 г. по март 2000 г. в пяти центрах, оценивалась эффективность тиакоколхикозида, вводимого внутримышечно в дозе 4 мг, у 149 стационарных пациентов с острой БНЧС [21]. Отмечены хорошая переносимость лечения, отсутствие НЯ. На 3-й день лечения отмечено значимое ($p < 0,001$) преимущество тиакоколхикозида над плацебо в отношении снижения интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). На 5-й день лечения в группе тиакоколхикозида отмечено значимое ($p < 0,0005$) в сравнении с группой плацебо снижение мышечного напряжения, оцениваемого врачами пальпаторно, и подвижности в поясничном отделе позвоночника, определяемой врачом по расстоянию между полом и пальцами пациента при его попытке коснуться пола (finger-to-floor distance test). Значимо чаще ($p < 0,0005$) пациенты в группе тиакоколхикозида (76,8%) оценивали результаты лечения как отличные или хорошие в сравнении с группой плацебо. Отмечены хорошая переносимость лечения, отсутствие НЯ.

В проведенном в Турции многоцентровом РКИ 155 пациентов с острой БНЧС были рандомизированы в группу

стандартной терапии НПВП, 174 пациента — в группу комбинации НПВП и тиакокохикозида (8 мг внутрь в два приема) в течение 5–7 дней [22]. Через 7 дней лечения отмечено значимое преимущество присоединения тиакокохикозида к НПВП в виде снижения интенсивности боли ($p < 0,003$) и улучшения функциональной активности пациентов ($p = 0,0005$). Положительный эффект в группе комбинированной терапии сохранялся и через 31 день от начала лечения (соответственно $p < 0,005$ и $p = 0,0005$). Авторы отмечают отсутствие НЯ в группе комбинации НПВП и тиакокохикозида.

В другом исследовании у 200 стационарных пациентов с острой БНЧС оценивалась эффективность НПВП ацеклофенака (100 пациентов, 100 мг 2 раза внутрь) и комбинации ацеклофенака и тиакокохикозида (100 пациентов, соответственно 100 мг и 4 мг 2 раза внутрь) [23]. Авторы отметили, что присоединение тиакокохикозида к ацеклофенаку приводит к более существенному снижению боли, оцениваемому по ВАШ, при завершении терапии.

Эффективность присоединения к НПВП ацеклофенаку тиакокохикозида оценивалась еще в одном исследовании [24]. В течение 7 дней 144 пациента с острой или подострой БНЧС получали ацеклофенак внутрь по 75 мг 2 раза в день, другие 144 пациента — ацеклофенак внутрь по 75 мг 2 раза в день и тиакокохикозид по 4 мг 2 раза в день. Через 7 дней лечения отмечено значимое преимущество в группе комбинации ацеклофенака и тиакокохикозида в виде уменьшения боли по ВАШ и улучшения подвижности в поясничном отделе позвоночника.

Эффективность комбинации 75 мг диклофенака и тиакокохикозида, назначаемого однократно внутримышечно в дозе 4 мг (4 мл), изучалась в недавно опубликованном исследовании у 134 пациентов с острой БНЧС, которые были рандомизированы на использование комбинации или применение только 75 мг (3 мл) диклофенака [25]. Сравнительная оценка эффективности проводилась через 1 и 3 ч по ВАШ боли и по выраженности мышечного напряжения мышц спины в виде подвижности в поясничном отделе позвоночника, оцениваемой врачом по расстоянию между полом и пальцами пациента при его попытке коснуться пола (finger-to-floor distance test). Отмечено значимое преимущество добавления тиакокохикозида к диклофенаку как по снижению боли по ВАШ, так и по снижению мышечного напряжения через 1 ч ($p < 0,01$ и $p = 0,023$ соответственно) и через 3 ч после инъекции ($p < 0,01$). Интенсивность боли по 100-балльной ВАШ составила исходно и через 1 и 3 ч в группе комбинации диклофенака и тиакокохикозида $72,03 \pm 11,72$; $45,37 \pm 16,28$ и $31,56 \pm 15,08$ балла соответственно, в группе контроля — $65,20 \pm 12,16$; $48,98 \pm 18,76$ и $44,52 \pm 17,33$ балла соответственно. Авторы отметили хорошую переносимость комбинированной терапии. В группе комбинации диклофенака и тиакокохикозида не наблюдалось НЯ, в группе лечения диклофенаком два пациента отметили головокружение.

В 2024 г. опубликован систематический обзор с мета-анализом, посвященный оценке эффективности и безопасности применения тиакокохикозида при скелетно-мышечных болевых синдромах [18]. Авторы включили в анализ восемь РКИ, которые были проведены в период с 1980 по 2023 г. Большинство (семь из восьми) этих исследований

были посвящены оценке эффективности тиакокохикозида при острой БНЧС, препарат назначали внутримышечно или внутрь в виде капсул или таблеток. В этих исследованиях, включивших более 1000 пациентов с острой БНЧС, назначение тиакокохикозида в группе терапии в сравнении с группой контроля (плацебо или отсутствие применения тиакокохикозида) приводило к значимому снижению интенсивности боли в спине почти на 1 балл по ВАШ. Отмечено только одно серьезное НЯ (госпитализация в связи с острой болью в грудной клетке без осложнений), все остальные НЯ были легкими, они регистрировались без существенных различий в группах лечения тиакокохикозидом и контроля.

В 2025 г. опубликован систематический обзор, посвященный анализу применения комбинации тиакокохикозида и НПВП диклофенака при БНЧС и других скелетно-мышечных болях [26]. Авторы провели анализ девяти РКИ, включивших более 1000 пациентов. В большинстве (семь из девяти) анализируемых исследований отмечена эффективность комбинации тиакокохикозида и диклофенака в отношении снижения боли и улучшения функциональной активности пациентов в сравнении с группой контроля (плацебо или отсутствие применения тиакокохикозида). Из НЯ отмечены желудочно-кишечные расстройства и сонливость, при этом не наблюдалось серьезных НЯ.

Европейское медицинское агентство рекомендует длительность приема тиакокохикозида до 5 дней при внутримышечном применении и до 7 дней при приеме внутрь, чтобы избежать возможных нежелательных эффектов (гепатотоксических, стимуляция эпилептической активности), а также не рекомендует прием препарата беременным с учетом возможного тератогенного действия [27].

В нашей стране тиакокохикозид (Типлито) разрешен для применения в виде раствора для внутримышечных инъекций (4 мг / 2 мл) в дозе 4–8 мг/сут. Препарат Типлито показан пациентам в возрасте старше 16 лет для терапии болезненных мышечных спазмов при острой патологии позвоночника в течение не более 5 дней. Тиакокохикозид не рекомендуется беременным и кормящим женщинам, детям и подросткам в возрасте до 16 лет, при наличии аллергической реакции на препарат [28].

Эффективность тиакокохикозида наиболее изучена при острой БНЧС, однако можно предположить, что и при других типах скелетно-мышечной боли применение тиакокохикозида, преимущественно в комбинации с НПВП, позволит добиться дополнительного снижения боли и улучшения функционального состояния пациента. К наиболее частым причинам скелетно-мышечной боли, помимо БНЧС, относят неспецифические боли в шейной области, а также боли вследствие остеоартрита и ревматоидного артрита [29]. При наиболее часто встречающихся неспецифических шейных болях миорелаксанты относятся к наиболее часто назначаемым лекарственным средствам [30].

Вопросы оптимизации ведения пациентов с острой БНЧС

Очень важно информировать пациента о благоприятном прогнозе неспецифической (скелетно-мышечной) БНЧС [4, 9]. Интенсивность БНЧС существенно умень-

шается в течение 1–3 нед, она полностью регрессирует у большинства (90%) пациентов за 1–6 нед [31]. Информирование пациента о причинах острой неспецифической БНЧС, благоприятном прогнозе, ожидаемом регрессе боли и полном возвращении к прежней повседневной активности — первый важный этап лечения, который предупреждает катастрофизацию боли и способствует скорейшему выздоровлению. Сохранение активного образа жизни и при возможности продолжение всех форм ежедневной активности — следующий ключевой этап эффективного лечения острой неспецифической БНЧС. Важно отметить, что длительное снижение профессиональной, социальной и бытовой активности ухудшает прогноз течения БНЧС [32].

В случаях неспецифической БНЧС важно рассказать пациенту об отсутствии опасного для жизни заболевания и необходимости обследования при отсутствии красных флагов (симптомов опасности). При острой неспецифической БНЧС не рекомендуются проведение рентгенографии, рентгеновской компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) в первые 4 нед заболевания [5–10]. Проведение даже наиболее информативной МРТ у пациентов с неспецифической БНЧС не улучшает прогноз заболевания, не влияет на развитие осложнений и хронизацию процесса, при этом неоправданно увеличиваются стоимость обследования, беспокойство пациента и частота хирургических вмешательств [33]. Пациенты, которым были выполнены рентгенография, КТ или МРТ и при этом получена информация о наличии изменений, например грыж межпозвоночных дисков, имеют худший прогноз восстановления, чем те пациенты, которым не проводили инструментальных обследований. Значительная часть пациентов с неспецифической БНЧС имеют неверные представления о природе и прогнозе заболевания, они связывают боль с грыжами межпозвоночных дисков, опасаются физической активности из-за возможного (по их представлениям) увеличения размеров грыжи [4].

Постельный режим не рекомендуется при острой неспецифической БНЧС, так как может увеличить длительность сохранения боли и время до возвращения к прежней физической активности [5–10]. Если пациент вследствие интенсивной боли вынужден лежать, продолжительность постельного режима не должна превышать 1–2 дней, более длительный постельный режим ухудшает течение заболевания. Целесообразно разъяснить пациенту, что он может соблюдать недлительный постельный режим при интенсив-

ной боли, но это лишь способ уменьшить боль, а не метод лечения.

Пациент с острой неспецифической БНЧС должен быть информирован о том, что для облегчения боли можно использовать коротким курсом (7–14 дней) НПВП, а также миорелаксанты, которые усиливают действие НПВП и реже, чем НПВП, вызывают нарушения со стороны ЖКТ и сердечно-сосудистой системы, позволяют уменьшить длительность приема НПВП.

Нет оснований рекомендовать пациентам с БНЧС спать на жесткой поверхности: жестком матрасе, полу, шите и т. п. Вытяжение, различные методы физиотерапевтического лечения, ношение специальных поясов и корсетов не имеют убедительных доказательств эффективности при острой неспецифической БНЧС [5–10].

Если используются все эффективные средства, то у большинства пациентов удается быстро достигнуть положительного результата.

Важно информировать пациента, что профилактика повторов БНЧС основана на избегании чрезмерных нагрузок, длительного пребывания в статических и неудобных позах (основы эргономики), регулярных занятиях лечебными упражнениями, пеших прогулках.

Заключение

При острой неспецифической (скелетно-мышечной) БНЧС следует в простой форме рассказать пациенту о хорошем прогнозе, отсутствии необходимости в проведении рентгенографии, КТ или МРТ позвоночника, если нет симптомов опасности (красных флагов). Важно информировать пациента о доброкачественном характере заболевания, высокой вероятности быстрого выздоровления, целесообразности сохранения активного образа жизни, социальной, профессиональной и бытовой деятельности. Для уменьшения боли эффективно применение НПВП и миорелаксантов. В России зарегистрирован новый миорелаксант — тилоколхикозид (Типлито), который, по данным РКИ и систематического обзора и мета-анализа, показал эффективность и хорошую переносимость при острой БНЧС. Типлито рекомендуется в качестве адъювантной терапии болезненных мышечных спазмов при острой патологии позвоночника в виде внутримышечных инъекций (4–8 мг/сут) в течение 5 дней [28]. Комбинация Типлито с НПВП усиливает обезболивающее действие последних, улучшает функциональное состояние пациентов, позволяет уменьшить длительность применения НПВП.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Hoy D, March L, Brooks P, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014 Jun;73(6):968–74. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204428
2. Froud R, Patterson S, Eldridge S, et al. A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15(1):50. doi: 10.1186/1471-2474-15-50
3. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204–22. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9
4. Парфенов ВА, Исайкин АИ. Боли в поясничной области. Москва; 2018. 200 с. Доступно по ссылке: https://static-eu.insales.ru/files/1/8037/5726053/original/boli_v_pojasn_oblasti.pdf
5. [Parfenov VA, Isaikin AI. Pain in the lumbar region. Moscow; 2018. 200 p. Available at: https://static-eu.insales.ru/files/1/8037/5726053/original/boli_v_pojasn_oblasti.pdf (In Russ.)].
5. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. Chapter 3 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15 Suppl 2:S169–91. doi: 10.1007/s00586-006-1071-2

6. Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management. Clinical Guidelines. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016. Available at: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng5>
7. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017 Apr 4;166(7):514-30. doi: 10.7326/M16-2367
8. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J.* 2018 Nov;27(11):2791-803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2
9. Парфенов ВА, Яхно НН, Кукушкин МЛ и др. Острая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль: Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2018;10(2):4-11. doi: 10.14412/2074-2711-2018-2-4-11 [Parfenov VA, Yakhno NN, Kukushkin ML, et al. Acute nonspecific (musculoskeletal) low back pain Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2018;10(2):4-11. doi: 10.14412/2074-2711-2018-2-4-11 (In Russ.)].
10. Zaina F, Cote P, Cancelliere C, et al. Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Persons With Non-specific Low Back Pain With and Without Radiculopathy: Identification of Best Evidence for Rehabilitation to Develop the WHO's Package of Interventions for Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2023 Nov;104(11):1913-27. doi: 10.1016/j.apmr.2023.02.022
11. Cashin AG, Wand BM, O'Connell NE, et al. Pharmacological Treatments for Low Back Pain in Adults: An Overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2023;2023:CD013815. doi: 10.1002/14651858.CD013815.pub2
12. Kuritzky L, Samraj GP. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of low back pain. *J Pain Res.* 2012;5:579-90. doi: 10.2147/JPR.S6775
13. Van der Gaag WH, Roelofs PD, Enthoven WT, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Apr 16;4(4):CD013581. doi: 10.1002/14651858.CD013581
14. Van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, et al. Muscle relaxants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;2003(2):Cd004252. doi: 10.1002/14651858.CD004252
15. Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, McLachlan AJ. Efficacy and tolerability of muscle relaxants for low back pain: Systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain.* 2017;21(2):228-37. doi: 10.1002/ejp.907
16. Cashin AG, Folly T, Bagg MK, et al. Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2021;374:n1446-n. doi: 10.1136/bmj.n1446
17. Druet-Cabanac A, Sophie JL, Afshari R, et al. A drug utilization study of thiocolchicoside-containing medicinal products for systemic use in France and Italy: A cross-sectional electronic medical records database study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2023;32:1093-102. doi: 10.1002/pds.5611
18. Bianconi A, Fiore M, Rosso A, et al. Efficacy of Thiocolchicoside for Musculoskeletal Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Clin Med.* 2024;13:6133. doi: 10.3390/jcm13206133
19. The Medicines Utilisation Monitoring Centre. National Report on Medicines Use in Italy. Year 2022. Available at: <https://www.aifa.gov.it/documenti/20142/1967301/Rapporto-OsMed-2022.pdf> (accessed 30.07.2024).
20. Marcel C, Rezvani Y, Revel M. Evaluation of thiocolchicoside as monotherapy in low back pain. Results of a randomized study versus placebo. *Presse Med.* 1990;19:1133-6. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2141931>
21. Tuzun F, Unalan H, Oner N, et al. Multicenter, randomized, double-blinded, placebo-controlled trial of thiocolchicoside in acute low back pain. *J Bone Spine.* 2003;70:356-61. doi: 10.1016/s1297-319x(03)00075-7
22. Aksoy C, Karan A, Diracoglu D. Low back pain: results of an open clinical trial comparing the standard treatment alone to the combination of standard treatment and thiocolchicoside. *J Orthop Traumatol.* 2002;3(2):103-8. doi: 10.1007/s101950200036
23. Aparna P, Geetha P, Shanmugasundaram P. Comparison of aceclofenac and combination (Aceclofenac + thiocolchicoside) therapy in acute low back pain patients. *CRes J Pharm Technol.* 2016;9:1927-9. doi: 10.5958/0974-360X.2016.00394.2
24. Akhter N, Zahid Siddiq M. Comparative efficacy of diclofenac sodium alone and in combination with thiocolchicoside in patients with low back pain. *Med Forum Mon.* 2017;28:93-6. Available at: <https://medicallforummonthly.com/index.php/mfm/article/view/4294>
25. Iliopoulos K, Koufaki P, Tsilikas S, et al. A randomized controlled trial evaluating the short-term efficacy of a single-administration intramuscular injection with the fixed combination of thiocolchicoside diclofenac versus diclofenac monotherapy in patients with acute moderate-to-severe low back pain. *BMC Musculoskelet Disord.* 2023;24:476. doi: 10.1186/s12891-023-06599
26. Oikonomou I, Akinosoglou K. Efficacy and Safety of the Combination of Diclofenac and Thiocolchicoside in the Treatment of Low Back Pain and Other Conditions: Systematic Review of the Literature. *Healthcare.* 2025;13:677. doi: 10.3390/healthcare13060677
27. European Medicines Agency. Thiocolchicoside-containing medicines-Referral. Available at: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/thiocolchicoside-containing-medicines#key-facts> (accessed 19.07.2024).
28. Общая характеристика лекарственного препарата (ОХЛП) в отношении лекарственного препарата Типлито, ЛП-№(010898)-(РГ-РУ) от 10.07.2025. Доступно по ссылке: https://lk.regmed.ru/Register/EAEU_SmPC [General characteristics of the medicinal product (GCMF) for the medicinal product Tiplito, LP-No. (010898)-(RG-RU) dated 10.07.2025. Available at: https://lk.regmed.ru/Register/EAEU_SmPC (In Russ.)].
29. El-Tallawy SN, Nalamasu R, Salem GI, et al. Management of Musculoskeletal Pain: An Update with Emphasis on Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Ther.* 2021;10:181-209. doi: 10.1007/s40122-021-00235-2
30. Парфенов ВА, Яхно НН, Кукушкин МЛ и др. Неспецифическая боль в шее (цервикалгия). Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2023;15(5):4-12. doi: 10.14412/2074-27112023-5-4-12 [Parfenov VA, Yakhno NN, Kukushkin ML, et al. Non-specific neck pain (cervicalgia). Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2023;15(5):4-12. doi: 10.14412/2074-27112023-5-4-12 (In Russ.)].
31. Da C Menezes Costa L, Maher CG, Hancock MJ, et al. The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ.* 2012;184:E613-24. doi: 10.1503/cmaj.111271
32. Oleske DM, Lavender SA, Andersson GB, Kwasny MM. Are back supports plus education more effective than education alone in promoting recovery from low back pain?: Results from a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2007 Sep 1;32(19):2050-7. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181453fcc
33. Jenkins HJ, Hancock MJ, Maher CG, et al. Understanding patient beliefs regarding the use of imaging in the management of low back pain. *Eur J Pain.* 2016 Apr;20(4):573-80. doi: 10.1002/ejp.764

Поступила / отрецензирована / принята к печати

Received / Reviewed / Accepted

18.07.2025 / 10.08.2025 / 12.08.2025

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Статья подготовлена при поддержке компании ООО «Др. Редди'с Лабораторис». Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Автор принимал участие в сборе данных, разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи одобрена автором.

The article is sponsored by Dr. Reddy's Laboratories Ltd. The conflict of interest has not affected the results of the investigation. The author is solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. The author has participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by the author.

Парфенов В.А. <https://orcid.org/0000-0002-1992-7960>