Міністерство охорони здоров'я України
Національний фармацевтичний університет
Кафедра фізичної реабілітації і здоров'я
Навчально-науковий інститут терапії та реабілітації Національного фармацевтичного університету (Філія)
Громадська організація реабілітологів
Медичний центр фізичної реабілітації «FIZIO»

«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ»

Збірник тез V Всеукраїнської конференції

20 березня 2026 року, м. Харків

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРОФІЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗУ ТА ОСТЕОПОРОТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ: ОРТОПЕДИЧНІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНІ АСПЕКТИ

Савохіна М. В., Мовчан Ю. А., Деримедвідь Л. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
marinadoc10@gmail.com

Вступ Виразковий коліт (ВК) належить до групи хронічних імуноопосередкованих захворювань товстої кишки, що мають системний вплив на організм пацієнта.

Сучасна епідеміологічна ситуація свідчить про двофазний характер захворюваності: перший пік припадає на вік 20-30 років, а другий, що стрімко зростає, охоплює категорію осіб 50-70 років, складаючи до 36% від загальної популяції хворих у розвинених країнах.

Окрім кишкової симптоматики, однією з найважчих позакишкових проблем є порушення метаболізму кісткової тканини. Тривале системне запалення, порушення всмоктування кальцію та вітаміну D, а також агресивна терапія глюкокортикоїдами створюють умови для розвитку вторинного глюкокортикоїд-індукованого остеопорозу. Гіподинамія у таких пацієнтів є мультифакторним наслідком абдомінального болю, виснажливої діареї та загальної слабкості, що часто підкріплюється страхом перед посиленням моторики кишечника під час активності. Таке тривале обмеження рухливості неминуче призводить до розвитку саркопенії, прогресуючої м'язової атрофії та критичного зниження мінеральної щільності кісток (BMD).

Актуальність теми зумовлена необхідністю інтеграції фізичної терапії в ортопедичну стратегію запобігання низькоенергетичним переломам, які є основною причиною інвалідизації цієї групи пацієнтів.

Мета Обґрунтувати роль мультидисциплінарного підходу у фізичній реабілітації хворих на ВК, спрямованого на профілактику остеопорозу, зміцнення скелета та попередження травматизму через використання специфічних фізичних навантажень з урахуванням вікової динаміки та ортопедичних ризиків.

Матеріали та методи Було проведено систематичний аналіз клінічних настанов Європейського товариства з вивчення хвороби Крона та коліту (ECCO) та Британського товариства гастроентерологів (BSG), а також огляд рандомізованих контрольованих досліджень за період 2017–2026 рр. Досліджувалися механізми механотрансдукції, вплив аеробних, резистивних та тазових вправ на архітектоніку кістки та рівень прозапальних цитокінів (TNF-α, IL-6). Особлива увага приділялася вивченню ефективності вправ з осьовим

навантаженням (weight-bearing) та методів біофідбек-терапії у пацієнтів різних вікових категорій.

Результати. Фізична терапія при ВК більше не розглядається як протипоказання, а виступає потужним ад'ювантним методом лікування. Під час фізичної активності скелетні м'язи функціонують як ендокринний орган, продукуючи міокіни (зокрема м'язовий IL-6), які стимулюють синтез протизапальних медіаторів, таких як IL-10. Це сприяє пригніченню активності TNF-α та стабілізації ремісії.

З позиції ортопедії, найважливішим аспектом є корекція остеопенічних станів. Встановлено, що механічне навантаження є головним регулятором кісткової маси та геометрії кістки. Сприйняття механічної сили остеоцитами запускає процеси остеогенезу в місцях найбільшого опору навантаженню.

Для ефективної профілактики переломів необхідно розрізняти два типи навантажень. Резистивні вправи (робота проти опору) спрямовані переважно на подолання саркопенії та зміцнення м'язового корсета, що підтримує суглоби. Вправи з осьовим навантаженням (weight-bearing), де скелет протидіє силі тяжіння у вертикальному положенні, є критичними для стимуляції мінералізації хребта та шийки стегна — зон, які найбільш вразливі до переломів при остеопорозі.

Віковий аспект відіграє вирішальну роль у виборі методики.

У дітей та підлітків фізична терапія спрямована на досягнення максимального піку кісткової маси через інтенсивні ігрові навантаження та стрибкові вправи, що формує «міцний фундамент» на майбутнє.

У дорослих та літніх пацієнтів пріоритетом стає збереження існуючої BMD та профілактика падінь. Оскільки з віком відновлення кісткової маси спостерігається не завжди, основний акцент робиться на покращенні пропріоцепції та координації рухів. Міцні м'язи нижніх кінцівок діють як динамічні стабілізатори, значно знижуючи ризик травматизму при повсякденній активності.

Додатковим компонентом реабілітації є тазова фізіотерапія (Pelvic Floor Therapy). Використання методів біологічного зворотного зв'язку дозволяє пацієнтам відновити контроль над анальним сфінктером. Це не лише вирішує проблему аноректальної дисфункції та імперативних позивів, а й знімає психологічний бар'єр перед виконанням вправ у вертикальному положенні поза домом, що є необхідним для реалізації осьового навантаження.

Також застосування технік Mind-body, таких як йога та діафрагмальне дихання, через активацію блукаючого нерва знижує рівень психоемоційного стресу, що позитивно впливає на загальний перебіг ВК.

Висновки Фізична терапія при виразковому коліті у стані ремісії є не лише безпечною, але й стратегічно необхідною для збереження опорно-рухового апарату.

Профілактика остеопоротичних переломів потребує специфічного поєднання резистивних вправ для подолання саркопенії та осьових навантажень для стимуляції мінералізації кістки.

Мультидисциплінарний підхід, що включає тазову реабілітацію та враховує вікові особливості формування кісткової маси, дозволяє значно покращити якість життя пацієнтів, зменшити специфічну втому та мінімізувати ортопедичні ризики, пов'язані з основним захворюванням та його фармакотерапією.

Оптимальним режимом є регулярні тренування 2–3 рази на тиждень із поєднанням аеробних навантажень помірної інтенсивності та силового блоку.