



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**



## СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІДІОПАТИЧНОГО СКОЛІОЗУ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ

*Сотник Р.П., Галашко В.В.*

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна  
valeriasikora1@gmail.com*

**Вступ.** Лікування підліткового ідіопатичного сколіозу (ПІС) є мультидисциплінарним завданням, що базується на індивідуальному прогнозуванні ризику прогресування. Ключовими прогностичними маркерами виступають величина кута Кобба та рівень скелетної зрілості за шкалою Ріссера. Своєчасна диференціація терапевтичних підходів дозволяє мінімізувати ризик тяжких деформацій та покращити якість життя пацієнтів.

**Мета.** Проаналізувати ефективність сучасних методів фізичної терапії, консервативного та хірургічного лікування підліткового ідіопатичного сколіозу залежно від ступеня деформації хребта та потенціалу росту скелета.

**Матеріали та методи.** Дослідження базується на аналізі актуальних клінічних протоколів та міжнародних рекомендацій товариства SOSORT. Пошук релевантної інформації здійснювався у наукометричних базах PubMed, Google Scholar та Cochrane Library. Основними ключовими словами для вибірки матеріалів слугували: «Adolescent Idiopathic Scoliosis», «Schroth method», «Physiotherapeutic Specific Scoliosis Exercises», «Cobb angle», «Bracing effectiveness» та «Vertebral Body Tethering». Проведено порівняльний аналіз результативності специфічних вправ, жорсткого корсетування та сучасних технік малоінвазивної хірургії.

**Результати.** Встановлено, що при деформаціях II ступеня доцільним є активний моніторинг із регулярним рентгенологічним контролем.

Специфічна фізична терапія. Методики типу Шрот, що базуються на тривимірній самокорекції та деротації, визнані найбільш ефективними серед нехірургічних втручань. На противагу їм, загальна гімнастика (йога, пілатес) є лише допоміжним засобом для зміцнення м'язового корсета.

У сучасній вертебродології проводиться чітка диференціація між загальною фізичною активністю та специфічними вправами при сколіозі, оскільки ці підходи мають фундаментально різну біомеханічну спрямованість. Специфічна терапія, зокрема методика Шрот та її модифікації, розглядає патологію як складну тривимірну деформацію у фронтальній, сагітальній та горизонтальній площинах, що потребує відповідного комплексного впливу. Ключовим елементом такої терапії є тривимірна самокорекція, під час якої пацієнт за допомогою візуального та пропріоцептивного контролю активно виводить хребет у максимально нейтральне положення. Важливою складовою є унікальне



асиметричне кутове дихання, що забезпечує експансію западаючих зон грудної клітки та сприяє деротації хребців ізсередини, після чого досягнута корекція закріплюється через ізометричне напруження м'язів для формування стійкої м'язової пам'яті та подальшої інтеграції цих навичок у повсякденну активність.

На противагу цьому, загальна фізична терапія, що включає йогу, пілатес та стретчинг, має суттєві обмеження у лікуванні ідіопатичного сколіозу через свій переважно симетричний характер навантажень. Виконання стандартних симетричних вправ часто призводить до того, що гіпертонічні м'язи на опуклій стороні дуги отримують надмірне стимулювання, що лише посилює м'язовий дисбаланс, а надмірний стретчинг без специфічного контролю створює ризик гіпермобільності та нестабільності хребта, що сприяє прогресуванню деформації. Крім того, загальні вправи впливають лише на поверхневий м'язовий шар і не містять деротаційного компонента, необхідного для корекції глибоких ротаторів хребта, тому вони можуть розглядатися лише як допоміжний засіб підтримки загального тону, але не як самостійний метод лікування.

Корсетування. При куті Кобба понад  $30^{\circ}$  або за умови швидкого прогресування показане носіння жорстких корсетів (не менше 20 годин на добу). Попри високу механічну ефективність, цей метод створює значне психосоціальне навантаження на підлітка.

Хірургічне лікування. Оперативне втручання стає пріоритетним при досягненні кута Кобба  $40^{\circ}$ – $50^{\circ}$ . Поряд із традиційним спондилодезом (фіксація металоконструкціями), активно впроваджується метод модуляції росту, який зберігає рухливість хребта за рахунок використання гнучких систем, що спрямовують ріст дитини на корекцію дуги.

**Висновки.** 1. Вибір тактики лікування ПС повинен бути суворо персоналізованим, враховуючи як біомеханічні параметри дуги, так і стадію росту дитини.

2. Специфічні вправи при сколіозі є золотим стандартом консервативної фізичної терапії, оскільки забезпечують тривимірну корекцію, недоступну для загальних фізичних вправ.

3. Хірургічні методи еволюціонують від статичної фіксації до динамічної модуляції росту, що дозволяє не лише зупинити деформацію, а й зберегти функціональну мобільність хребта.