# Идиопатический сколиоз

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M41, M41.0, M41.1, M41.2, M41.3, M41.8, M41.9 · Ассоциация травматологов-ортопедов России, Общероссийская общественная организация "Союз реабилитологов России", Межрегиональная общественная организация «Ассоциация хирургов-вертебрологов»

Идиопатический сколиоз — полигенно наследуемая трехмерная деформация позвоночника со скручиванием; диагноз подтверждают при угле Cobb ≥10° и осевой ротации, хотя структурная деформация возможна и при меньшем угле. Рекомендация описывает диагностику, наблюдение, консервативное, корсетное и хирургическое лечение, а также периоперационное ведение и реабилитацию.

## Главное

- Диагноз сколиоза SRS подтверждает при угле Cobb ≥10° и различимой осевой ротации; максимальную ротацию определяют на апикальном позвонке.
- По величине деформации: I степень — 0–10°, II — 11–25°, III — 26–40°, IV — >41°.
- Риск прогрессирования выше у девочек в период пубертатного скачка роста; без лечения возможны выраженная деформация туловища, ухудшение функции грудной клетки, переносимости нагрузки, трудоспособности и качества жизни.
- Базовая рентген-оценка: снимки грудного и поясничного отделов в двух проекциях стоя с захватом шейного отдела и крыльев таза; лежачие спондилограммы для оценки истинной величины деформации неинформативны. УУР С, УДД 5.
- Консервативное лечение показано всем пациентам как часть ведения: режим, питание, ЛФК, гидрокинезотерапия, плавание, массаж, электростимуляция и др.; медикаменты и физиотерапия самостоятельного значения для коррекции деформации не имеют. УУР В, УДД 3.
- Корсетотерапия показана при прогрессирующей деформации >20° по Cobb и незавершенном костном росте; корсет носят не менее 20 ч/сут, период адаптации 2–3 недели до 21 ч/сут. УУР С, УДД 5.
- Хирургическая коррекция показана при сколиозе >40° по Cobb, гиперкифозе или гиперлордозе >50° по Cobb, глобальном фронтальном/сагиттальном дисбалансе или быстром прогрессировании >10° в год. УУР С, УДД 5.

## Диагностика

1. Собрать анамнез: жалобы пациента и родителей, сроки появления и динамику, предыдущее лечение, сопутствующие болезни, аллергию/непереносимость; уточнить семейные случаи деформации позвоночника, боли, одышку, у девочек — менархе и становление цикла. УУР С, УДД 5.
2. Оценить клинику деформации: реберный горб в пробе Адамса, мышечный валик Шультеса–Чаклина, асимметрию надплечий, лопаток, треугольников талии, таза, ключиц, грудных желез, дугообразное расположение остистых отростков, изменение сагиттального профиля.
3. Провести общий осмотр и ортопедический статус: фронтальный и сагиттальный баланс, мобильность позвоночника тракционным тестом, компенсацию перекоса таза, ВАШ при боли; осмотреть весь опорно-двигательный аппарат и кожу. УУР С, УДД 5.
4. Исключить инфекционные очаги; при сопутствующей патологии направить к профильному специалисту. УУР С, УДД 5.
5. Выполнить рентгенографию грудного и поясничного отделов в двух стандартных проекциях стоя с захватом шейного отдела и крыльев таза; по снимкам определить тип деформации, сторону, границы, угол Cobb, сагиттальные параметры, ротацию и костную зрелость. УУР С, УДД 5.
6. До созревания скелета прямые снимки делают ежегодно при дуге <15–20° и каждые 6 месяцев при дуге >20°; интервал более 1 года повышает риск пропустить прогрессирование.
7. Перед корсетотерапией и операцией использовать функциональные рентгенограммы с максимальными боковыми наклонами или специальные укладки для оценки мобильности первичной и вторичных дуг. УУР С, УДД 5.

## Лечение

- Всем пациентам — комплексное немедикаментозное ведение: ортопедический и двигательный режим, питание, общеукрепляющие процедуры, ЛФК, упражнения на тренажерах, гидрокинезотерапия, лечебное плавание, баланстерапия, массаж, электростимуляция. УУР B, УДД 3.
- ЛФК должна укреплять мышцы туловища, развивать координацию, корректировать/стабилизировать дуги, повышать дыхательную выносливость; пациент занимается 2–3 раза в день суммарно 1,5–3 часа.
- При прогрессирующей деформации >20° Cobb и незавершенном росте — корсетотерапия; показания также включают идиопатический прогрессирующий сколиоз II–III степени при Садофьевой S0–SIV и Риссер R0–RIV. УУР C, УДД 5.
- Режим корсета: круглосуточно, снимать для гигиены и процедур не более чем на 40–50 минут подряд; фактически не менее 20 ч/сут. Нужны ежедневная ЛФК, реабилитационные курсы 2–3 раза в год, рентген в корсете через 6 недель, осмотр через 3 месяца, рентген-контроль каждые 6–12 месяцев, осмотр ортопеда с антропометрией не реже 1 раза в 4 месяца.
- Противопоказания к корсету: декомпенсированные хронические соматические болезни, инфекции, поражение кожи в зонах контакта, неврологическая патология с двигательными нарушениями, обострение психического заболевания.
- Хирургическая коррекция выполняется при показаниях и отсутствии противопоказаний в специализированном ортопедическом отделении после предоперационного планирования. УУР C, УДД 5.
- Хирургическую коррекцию выполняют в сочетании с артродезом позвоночника; возможны передний и передне-задний варианты артродеза/спондилосинтеза. УУР B, УДД 2.
- После операции обезболивание строят как мультимодальную анальгезию: НПВП, парацетамол, габапентиноиды и опиоиды немедленного высвобождения с учетом возрастных ограничений; местная блокада или регионарная анестезия — часть режима. УУР A, УДД 2.

## Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при амбулаторно верифицированной сколиотической деформации с дугой >40° по Cobb.
- Госпитализация показана при деформации любой величины, если она вызывает появление или нарастание спинальной неврологической симптоматики.
- При активном прогрессировании и отсутствии положительного эффекта лечения в течение года пациента направляют в профильное учреждение для уточнения диагноза, тактики и решения вопроса об операции.
- Диспансерное наблюдение: без корсета — осмотр травматолога-ортопеда 1 раз в год; при корсетотерапии — не реже 1 раза в 6 месяцев. УУР C, УДД 5.
- После завершающего этапа операции контроль через 6, 12, 24 и 36 месяцев в месте операции: рентгенография позвоночника, ортопед, невролог, оптическая топография по возможности, фотографирование, SRS-22. УУР C, УДД 5.

## Частые вопросы

**С какого угла ставят диагноз сколиоза?**

SRS подтверждает сколиоз при угле Cobb ≥10° и видимой осевой ротации. При этом структурный сколиоз с потенциалом прогрессирования возможен и при Cobb <10°.

**Когда ребенку со сколиозом нужен корсет?**

Корсетотерапия показана при прогрессирующей деформации >20° по Cobb и незавершенном костном росте. Также указаны II–III степень ИС при Садофьевой S0–SIV и Риссер R0–RIV.

**Сколько часов в сутки носить корсет?**

Корсет носят круглосуточно, снимая для гигиены и процедур не более чем на 40–50 минут подряд; суммарно — не менее 20 часов в сутки. Адаптация длится 2–3 недели до режима 21 ч/сут.

**При каком угле Cobb показана операция?**

Хирургическая коррекция показана при сколиозе >40° по Cobb. Дополнительные показания — гиперкифоз/гиперлордоз >50° по Cobb, глобальный дисбаланс туловища и быстрое прогрессирование >10° в год.

**Как часто делать рентген при наблюдении?**

До созревания скелета снимки в прямой проекции выполняют ежегодно при искривлении <15–20° и каждые 6 месяцев при искривлении >20°. После созревания скелета необходимость рентгенографии определяют клинически.

---

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/850-idiopaticheskij-skolioz. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/850_1