

**ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ**DOI: 10.21802/artm.2020.1.13.175.  
УДК 615.825:616.711-007.5**СУЧАСНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПРИ ПОРУШЕННІ ПОСТАВИ  
У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ**Т.Г. Бакалюк<sup>1</sup>, І.К. Чурпій<sup>2</sup>, О.В. Янів<sup>2</sup>, Г.О. Стельмах<sup>1</sup>, Є.Ю. Телиця<sup>1</sup><sup>1</sup>Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,  
кафедра медичної реабілітації, м. Тернопіль, Україна,

ORCID ID: 0000-0002-7619-0264,

ORCID ID: 0000-0003-2992-3274,

ORCID ID: 0000-0002-8311-3232,

e-mail: bakalukth@tdmu.edu.ua;

<sup>2</sup>Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра фізичної реабілітації, ерготерапії  
з курсом фізичного виховання, м. Івано-Франківськ, Україна,

ORCID ID: 0000-0003-1735-9418, e-mail: ch.igor.if@gmail.com,

ORCID ID: 0000-0003-0921-3304, e-mail: olesianiv333@gmail.com

**Резюме.** При порушенні постави відбуваються патологічні зміни в хребтовому стовпі та у паравертебральних тканинах. Виникнення нових умовно-рефлекторних зв'язків, веде за собою закріплення неправильного положення тіла. Проаналізувавши статистичні дані з різних джерел, можемо зробити висновок, що на сьогоднішній день, приблизно кожна 4 людина має порушення постави. При невчасній діагностиці і реабілітації порушень постави може розвиватись сколіоз, який призводить до клінічних проявів і ускладнень. Тому раннє виявлення порушення постави і своєчасний початок реабілітації є дуже важливим.

У статті проведено аналітичний огляд літератури, що висвітлює питання діагностики порушень постави та сколіозу у людей молодого віку. В практичній діяльності питанням візуальної діагностики і порушень біомеханічного рухового стереотипу не приділяється належної уваги. А подібна діагностика дозволяє правильно оцінити компенсаторні можливості організму і побудувати правильну лікувальну тактику з біомеханічною корекцією хребта і адекватним впливом на певні групи м'язів.

Виходячи з аналізу публікацій, зроблено висновки, що проведення візуальної діагностики, мануального м'язового тестування, функціональних проб, діагностичних тестів, сколіометрії у людей молодого віку дозволяє виявити не тільки порушення постави, але і м'язеву дисфункцію та патобіомеханічні рухові порушення. Використання Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) в клінічній практиці при проведенні реабілітації допомагає сформулювати реабілітаційний діагноз та використовувати компоненти діагнозу для проведення реабілітаційних заходів.

**Ключові слова:** реабілітаційний діагноз, порушення постави, діагностичні тести, функціональні проби.

**Вступ.** Більше 40% населення Землі страждає від сколіозу. На сьогоднішній день спостерігається тенденція до зростання поширеності сколіозу через подальшу урбанізацію та обмеження фізичної активності дітей і людей молодого віку [6, 10, 12].

Масовий характер порушень постави і скривлень хребта – одна з найбільш злободенних проблем сучасного суспільства. Від того, в якому стані знаходиться хребет, м'язи, які його оточують, та зв'язки, залежить постава людини [1, 16]. Саме тому питання діагностики порушень постави з кожним роком набуває все більшого значення

Під поняттям «порушення постави» мають на увазі нестійкі зміни опорно-рухового апарату в двох площинах: сагітальній та фронтальній. Відбуваються патологічні зміни в хребтовому стовпі та у паравертебральних тканинах, тобто в нервово-м'язовій, кістковій та сполучнотканинній системі організму. Виникнення нових умовно-рефлекторних зв'язків призво-

дить до закріплення неправильного положення тіла (асиметрії). Проаналізувавши статистичні дані з різних джерел, можемо зробити висновок, що на сьогоднішній день, приблизно кожна 4 людина має порушення постави [4, 10, 12, 16].

Важливо відзначити, що при невчасній діагностиці і реабілітації порушень постави, може розвиватись сколіоз, який призводить до клінічних проявів і ускладнень, також це спричинює те, що в більш ранньому віці розвивається дорсопатія хребта, з часом може виникнути протрузія диску, міжхребцева грижа та інші ускладнення. Тому раннє виявлення порушення постави і своєчасний початок реабілітації є дуже важливим.

**Мета дослідження:** провести аналіз діагностичних підходів для виявлення порушень постави та сколіозу у людей молодого віку при проведенні реабілітаційних заходів.

**Результати досліджень та їх обговорення.**

Незважаючи на те, що отримати точну картину стану органів і систем тепер можна і завдяки цифровій рентгенографії (з можливістю поліпозиційного обстеження у різних положеннях пацієнтів) та сучасним магнітно-резонансній і комп'ютерній томографіям (МРТ і КТ), в реабілітаційній практиці для діагностики та контролю проведення реабілітаційних заходів виникає необхідність застосування діагностичних тестів та функціональних проб.

Традиційно візуальна діагностика порушення постави ґрунтується на відхиленні лінії остистих відростків від середнього положення і зсуві анатомічних структур щодо середньої лінії тулуба. В положенні стоячи, з випрямленими ногами, виявляють асиметрію надпліч, лопаток, поперекових трикутників, сідничної складки, перекіс таза. Мобільність деформації визначають за зміною форми лінії остистих відростків при нахилі тулуба у фронтальній площині (bending test): при мобільних деформаціях нахил убік вершини деформації супроводжується її випрямленням, при ригідних – лінія не змінює своєї форми [1, 10].

Тест з відвісом – візуальний спосіб швидко перевірити хребет на наявність кривизни, що дозволяє діагностувати сколіотичну деформацію, стежити за її динамікою. Особливості стану хребта і тулуба в цілому при сколіозі можуть бути оцінені показниками компенсації і стабільності. Сколіоз вважається компенсованим, якщо в пацієнта, який стоїть, лінія з вертикально опущеним відвісом від остистого відростка CVII хребця проходить по міжягодичній складці. Якщо лінія з відвісом відхиляється, то відстань від нього до міжягодичної складки визначають як величину декомпенсації і вимірюють у міліметрах. Деформація вважається клінічно стабільною, якщо лінія з відвісом проектується на середині відстані між стопами [3, 4]. Можливості сучасної техніки дозволяють об'єктивно документувати зсув центра ваги тіла при декомпенсації деформації даними стабілографії.

Спеціальні антропометричні виміри проводяться для визначення відстані від кутів лопаток до середньої лінії хребта, від яремної вирізки до передньо-верхньої ості клубової кістки, від остистого відростка CVII хребця до кутів лопаток [1].

Однією з ранніх ознак структурного сколіозу є торсія, що клінічно виявляється асиметрією паравертебральних м'язів і деформацією ребер. Величину торсії оцінюють при проведенні тесту Адамса: у положенні стоячи на випрямлених ногах і нахилі уперед вимірюють: відстань симетрично розміщених від остистого відростка паравертебральних чи м'язів ребер від горизонтальної лінії або кут, утворений горизонтальною лінією і дотичною до задніх відділів грудної клітки (метод Шульгеса визначення кута торсії). Обидва показники визначають на рівні найбільшої асиметрії, звичайно відповідній вершині деформації [2, 3].

При проведенні мануальної діагностики варто приділяти увагу ключовим м'язам, які впливають на формування постави (м'язи ший, плечового поясу, хребта, тазу і ніг). Дисбаланс цих м'язів може проявлятися у вигляді укорочення синергістів і фіксаторів,

а також подовження антагоністів. Скорочення двосуглобових м'язів, як правило, призводить до їх пасивної недостатності, а подовження їх антагоністів створює активну недостатність цих м'язів. Навіть незначне вкорочення м'язів створює враження напруженої пози [3, 4, 8, 15]. Проведення візуально-пальпаторного обстеження дозволяє виявити тонусно-силовий дисбаланс м'язів, вивчити механізми запуску нових статодинамічних розладів.

Кінематичні та кінетичні зміни між тулубом, тазом та сегментами нижніх кінцівок, а також на попереково-крижовому рівні потрібно вимірювати під час стояння та ходьби [3, 15].

У практичній діяльності питанням візуальної діагностики і порушень біомеханічного рухового стереотипу не приділяється належної уваги. А подібна діагностика дозволяє правильно оцінити компенсаторні можливості організму і побудувати правильну лікувальну тактику з біомеханічною корекцією хребта та адекватним впливом на певні групи м'язів.

Проведення сколіометрії для встановлення викривлення хребта в градусах залишається актуальним і доступним методом діагностики, оскільки така опція вже є навіть в мобільних додатках. Згідно з класифікацією за В.Д. Чакліном, перший ступінь сколіозу діагностують у разі викривлення хребта 5–10°, другий – до 30°, третій – до 60°, четвертий – понад 60° [10].

Однак стійке вертикальне положення визначається не тільки положенням хребта, але, перш за все, є результатом м'язової активності. Клаус Букуп розрізняє жорстку та ослаблену вертикальну поставу. Жорстка вертикальна постава характеризується хорошим м'язовим балансом, в той час як при ослабленому вертикальному положенні цей баланс недостатній. Ослаблене положення може бути вродженим або залежати від індивідуальної особливості анатомічної будови хребта та тазу. Слабкість положення може бути визначена як утруднення в досягненні і підтриманні жорсткого прямого положення. Пацієнт або не може досягнути ригідного вертикального положення з розслабленого, або може підтримувати жорстке вертикальне положення тільки тимчасово. Хронічна слабкість положення може приводити до порушення постави або до розвитку хронічної деформації. Слабкість положення і порушення постави тісно пов'язані між собою, постава залежить від можливостей м'язового каркасу і анатомічних особливостей. Для оцінки зміни постави використовують тест Матіаса (Matthiass), який дозволяє оцінити стан м'язів, які впливають на положення. Тест Крауза-Вебера (Kraus-Weber) дозволяє оцінити стан м'язів спини та тазу. Оцінюються також сила та витривалість м'язів живота та спини [2].

Всебічне клінічне дослідження з виконанням функціональних тестів дозволяє відокремити порушення постави від деформації та ідеопатичних захворювань на ранній стадії.

На думку багатьох дослідників [5, 7, 8], скронево-нижньощелепний суглоб (СНЩС) є центром рівноваги всього організму людини. Лінія ваги голови, верхніх кінцівок і тулуба лежить на 1,3 см до переду від горизонталі, проведеної через обидва вуха

них отвори, проходить спереду від хребта, який підтримується в прямому положенні завдяки рефлекторному скороченню м'язів спини. При симетричному положенні нижньої щелепи м'язи голови не відчувають напруги. У реакції-відповіді організму на порушення функції жувальної мускулатури змінюється просторове положення нижньої щелепи. Зсув нижньої щелепи в будь-яку сторону приводить до порушення рівноваги голови. Щоб утримати її в асиметричному положенні, необхідне відповідне додаткове навантаження на м'язи голови, шиї, тулуба та нижніх кінцівок. Більшість людей не помічають цього напруження м'язів і не відчувають дискомфорту від порушення рівноваги щелеп протягом декількох місяців або років. І тільки при появі додаткових несприятливих факторів, наприклад, бруксизму, стресу та ін., виникають умови для розвитку синдрому дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. Тобто при проведенні візуальної діагностики необхідно враховувати і асиметрію черепа та обличчя, додатково можна проводити тести для жувальних та крилоподібних м'язів [3].

Використання стабілометрії дає змогу визначити й проаналізувати біомеханічні дані організму в процесі підтримання певного положення. Унікальність методу комп'ютерної стабілографії в діагностиці сколіозу полягає в тому, що він допомагає виявити причину нестійкості, визначити функції рівноваги людини. При проведенні стабілометрії можна оцінити схильність до падіння, скринінг стабільності суглобів, межі стійкості та постуральну стабільність. Комп'ютерний стабілоаналізатор призначений для визначення ранніх функціональних порушень у хребті, стопах, вестибулярному апараті під час переміщення центра тиску стоп пацієнта на площину стабілометричної платформи в процесі підтримання рівноваги тіла. Опрацьовують реєстровані сигнали за допомогою комп'ютерних програм [16].

До оптичних топографічних методів діагностики постави відносяться топографія Моіге, топографічна фотометрія, комп'ютерна оптична топографія, фотограмметрія, растрова стереометрія, відеорастерестереографія тощо. Впродовж десятиліть застосовувалися різні засоби здобуття зображень людини для подальшого (у тому числі автоматизованого) аналізу анатомічних структур для виявлення порушень постави – фотографія, стереофотографія (стереофотограмметрія), відеореєстрація (синхронна реєстрація двома і більш відеокамерами переміщень спеціальних маркерів на тілі людини). В окрему групу виділяються проєкційні методи, які ґрунтуються на тому, що на поверхню спини людини проєктуються різного роду світлотіньові зображення (паралельні і пересічні смуги, інші фігури). Оскільки світлотіньові зображення мають заздалегідь відому структуру і подаються на спину пацієнта під певним кутом, то деформація цієї структури, що виходить, характеризує просторову конфігурацію досліджуваної поверхні. Сучасні топографічні методи ґрунтуються на тривимірному вивченні просторової структури хребта (відеореєстрація стереометричного зображення або візуалізація рельєфу поверхні спини) [9].

Метод дає змогу стежити за розвитком хребта й контролювати результати лікування необмежену кількість разів. Топографічний метод обстеження форми поверхні тіла уможливило виявлення схильності до викривлення хребта, виявлення вже виниклої, навіть незначної деформації, що дає можливість зупинити хворобу на ранній стадії, ужити заходів, щоб сколіоз не перейшов у форму, яка швидко прогресує. Без найменшого опромінення топограф також може визначити скрученість тулуба, м'язову асиметрію.

Сучасна реабілітація як комплексна мультидисциплінарна стратегія впливу на організм свідчить про необхідність розгляду пацієнта в рамках складної біопсихосоціальної системи, яка взаємодіє з навколишнім середовищем. Така модель покладена в основу широко використовуваної сьогодні в світовій медицині Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [13].

МКФ покликана допомогти уніфікувати встановлення реабілітаційного діагнозу, визначити мету та завдання фізичної терапії, оцінити ефективність реабілітації, тому застосування цієї класифікації допоможе описати порушення та обмеження, які виникають у людини внаслідок будь-якого захворювання, травми чи патологічного стану [11].

МКФ охоплює всі аспекти та рівні функціонування людини та може бути використана у повсякденній клінічній практиці. Список категорій МКФ надає швидко додаткову інформацію [13,14].

МКФ класифікує як різні показники здоров'я, так і показники, що пов'язані зі здоров'ям. Тим самим вона є універсальною класифікацією, яка може застосовуватись до всіх людей, а не тільки до осіб з обмеженнями життєдіяльності. При сколіозі реабілітаційний діагноз повинен всебічно оцінити як зміни в патофізіологічному, так і у функціональному стані пацієнта, викликаному захворюванням. Згідно з МКФ, зміни функцій тіла у пацієнтів із сколіозом (наприклад, функції м'язової сили та м'язового тонусу, функції м'язової витривалості та пропріорецепції, відчуття болю) можуть спричинити обмеження в "активності" (обмежена рухливість, хода, підтримання положення тіла) і "участі" (зайнятість, навчання, соціальна реінтеграція). Тобто формування категоріального профілю для кожного пацієнта за допомогою МКФ забезпечує повну, комплексну, всебічну характеристику стану функціонування пацієнта. Така характеристика дає повноцінну картину функціонування організму з урахуванням клінічної ситуації, факторів зовнішнього середовища, персональних чинників. Класифікація МКФ є відносно новою для визначення реабілітаційного діагнозу в Україні, що потребує більш детального вивчення її застосування у визначенні реабілітаційного діагнозу при сколіозі як у дітей, так і в людей молодого віку.

#### Висновки:

1. Проведення візуальної діагностики, мануального м'язового тестування, функціональних проб, діагностичних тестів, сколіометрії у людей молодого віку дозволяє виявити не тільки порушення постави,

- але і м'язову дисфункцію та патобіомеханічні рухові порушення.
- Оскільки скронево-нижньощелепний суглоб приймає участь в адаптаційній поставі, то всебічне обстеження пацієнта дозволить вже на ранніх етапах виявити функціональні порушення в суглобі та порушення постави.
  - Використання МКФ в клінічній практиці при проведенні реабілітації допомагає сформулювати реабілітаційний діагноз та використовувати компоненти діагнозу для проведення реабілітаційних заходів.

#### References:

- Andrijuk L. Mjazovuj dysbalans u dytjachomu vici. Zdobutky klinichnoji i eksperymentalnojji medycyny. 2016; 2:24-28.
- Bukup K. Klinicheskoe issledovanie kostey, sustavovo i myshts. Moskva Meditsinskaya literatura. 2007. P.295.
- Vasileva LF. Manualnaya diagnostika i terapiya. SPb.: IKF «Foliant», 1999. P.400.
- Gadzhiev SA, Dogel LV. Myshechnye zabolvaniya. M.: «Meditsina», 2014. P.324.
- Ivanov VV, Markov NM. Vliyanie zubochehlyustnoy sistemy na posturalnyy status patsienta. Manualnaya terapiya. 2013; 3(51):83-89.
- Krasikova I. Osanka. Vospitanie pravilnoy osanki. Lechenie narusheniy osanki. Moskva: Izdatelstvo «Korona-Vek», 2013. P.176.
- Manfredini D. Visochno-nizhnechelyustnye rastroystva. Sovremennye kontseptsii diagnostiki i lecheniya. – M: Azbuka, 2013. P.503.
- Morozova OG, Yaroshevskiy AA. Miofastsialnaya disfunktsiya i narushenie biomekhaniki pozvonochnika v geneze golovnoy boli i golovokruzheniya. Mezhdunarodnyy nevrologicheskij zhurnal. 2012; 4:137-143.
- Sarnadskiy VN, Fomichev NG. Kompyuternaya opticheskaya topografiya. Obektivnaya diagnostika strukturalnykh skoliozov – neinvazivnaya alternativa rentgenu. URL: <http://www.metos.org/tezis/altern.pdf> (data zvernennyya: 30.04.2019).
- Tjaghur T. Suchasni metody diaghnostryky skoliozu. Fizychno vykhovannja, sport i kuljtura zdorovja u suchasnomu suspiljstvi : zbirnyk naukovykh pracj. 2014; 3(27):98-104.
- Burger H. Can the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) be used in a prosthetics and orthotics outpatient clinic? Prosthet Orthot Int. 2011; 35(3):302-309.
- Burnei G, Gavriliu S, Vlad C, Georgescu I, Ghita RA, Dughila C, et. al. Congenital scoliosis: an up-to-date. J Med Life. 2015; Jul.-Sep., 8(3):388-397.
- International classification of functioning, disability and health: children & youth version: ICF-CY. / World Health Organization. 2007. P.301.
- Negrini S, Kiekens C, Zampolini M, et al. Methodology of «Physical and rehabilitation medicine practice, evidence based position papers: the European position» produced by the UEMS-PRM section. Eur. J. Phys. Rehabil. Med. 2016; 52(1):134-141.
- Lewit, K. Manualele medizyn. Leipzig, 1987. P.345.
- Beausejour M, Goulet L, Parent S, Feldman DEh, Turgeon I, Roy-B Marjolaine, et al. The Effectiveness of Scoliosis Screening Programs: Methods for Systematic Review and Expert Panel Recommendations Formulation. Scoliosis. 2013; 8:12.

УДК 615.825:616.711-007.5

#### СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ОСАНКИ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Т.Г. Бакалюк<sup>1</sup>, И.К. Чурпий<sup>2</sup>, А.В. Янив<sup>2</sup>,  
Г.О. Стельмах<sup>1</sup>, Е.Ю. Телиця<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Тернопольский национальный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МОЗ Украины, кафедра медицинской реабилитации, г. Тернополь, Украина, ORCID ID: 0000-0002-7619-0264, ORCID ID: 0000-0003-2992-3274, ORCID ID: 0000-0002-8311-3232, e-mail: bakalukth@tdmu.edu.ua

<sup>2</sup>Ивано-Франковский национальный медицинский университет, кафедра физической реабилитации, эрготерапии с курсом физического воспитания, г. Ивано-Франковск, Украина, ORCID ID: 0000-0003-1735-9418, e-mail: ch.igor.if@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-0921-3304, e-mail: olesiyanyiv333@gmail.com;

**Резюме.** При нарушении осанки, происходят патологические изменения в позвоночном столбе и в паравертебральных тканях. Возникновение новых условно-рефлекторных связей влечет за собой закрепление неправильного положения тела. Проанализировав статистические данные из разных источников, можем сделать вывод, что на сегодняшний день, примерно каждый 4 человек имеет нарушения осанки.

Важно отметить, что при несвоевременной диагностике и реабилитации нарушений осанки, может развиваться сколиоз, который приводит к клиническим проявлениям и осложнениям. Поэтому раннее выявление нарушения осанки и своевременное начало реабилитации является очень важным.

В статье проведен аналитический обзор литературы, освещающей вопросы диагностики нарушений осанки и сколиоза у людей молодого возраста. В практической деятельности вопросам визуальной диагностики и нарушений биомеханического двигательного стереотипа не уделяется должного внимания. А подобная диагностика позволяет правильно оценить компенсаторные возможности организма и построить правильную лечебную тактику с биомеханической коррекцией позвоночника и адекватным воздействием на определенные группы мышц.

Исходя из анализа публикаций, сделаны выводы, что проведение визуальной диагностики, мануального мышечного тестирования, функциональных проб, диагностических тестов, сколиометрии у людей молодого возраста позволяет выявить не только нарушения осанки, но и мышечную дисфункцию и

патобиомеханические двигательные нарушения. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в клинической практике при проведении реабилитации помогает сформулировать реабилитационный диагноз и использовать компоненты диагноза для проведения реабилитационных мероприятий.

**Ключевые слова:** реабилитационный диагноз, нарушение осанки, диагностические тесты, функциональные пробы.

UDC 615.825:616.711-007.5

### MODERN ASPECTS OF REHABILITATION EXAMINATION OF YOUNG PEOPLE WITH IMPAIRED POSTURE

T.G. Bakaliuk<sup>1</sup>, I.K. Churpiy<sup>2</sup>, O.V. Yaniv<sup>2</sup>,  
H.O. Stelmakh<sup>1</sup>, E.Yu. Telytsya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*I. Gorbachevsky Ternopil National Medical University,  
Department of Medical Rehabilitation, Ternopil,  
Ukraine,*

ORCID ID: 0000-0002-7619-0264,

ORCID ID: 0000-0003-2992-3274,

ORCID ID: 0000-0002-8311-3232,

e-mail: bakalukth@tdmu.edu.ua

<sup>2</sup>*Ivano-Frankivsk National Medical University, Department  
of Physical Rehabilitation, Ergotherapy with a  
course of Physical Education, Ivano-Frankivsk, Ukraine,*

ORCID ID: 0000-0003-1735-9418,

e-mail: ch.igor.if@gmail.com,

ORCID ID: 0000-0003-0921-3304,

e-mail: olesiyanyiv333@gmail.com

**Abstract.** The concept of impaired posture implies unstable changes of the musculoskeletal system in two planes: sagittal and frontal. Pathological changes occur in the spinal column and in the paravertebral tissues, that is, in the neuromuscular, bone, and connective tissue of the body. The emergence of new conditional reflexes, entails fixing the wrong position of the body. Analyzing statistics from various sources, we can conclude that, to date, approximately every four people have a violation of posture.

It is important to note that with untimely diagnosis and rehabilitation of postural disorders, scoliosis can develop, which leads to clinical manifestations and complications, also it causes that at an earlier age spine dorsopathy develops, over time, disc protrusion, and intervertebral scarring can develop. Therefore, early de-

tection of postural impairment and timely start of rehabilitation is very important.

The article provides an analytical review of the literature, which covers issues of diagnosis of postural disorders and scoliosis in young people. Carrying out a visual-palpatory examination allows revealing the tonal-power imbalance of muscles, to study the mechanisms of triggering of new statodynamic disorders. Kinematic and kinetic changes between the torso, pelvis and lower extremity segments, as well as at the lumbar-sacral level, must be measured while standing and walking. In practice, the issues of visual diagnostics and disorders of biomechanical motor stereotype are not given due attention. In addition, such a diagnosis allows you to properly assess the compensatory capacity of the body and to build the right therapeutic tactics with biomechanical correction of the spine and adequate impact on certain groups of muscles.

A comprehensive clinical study of functional tests allows the separation of postural disorders from early-stage deformity and idiopathic diseases. The use of stabilometry makes it possible to identify and analyze the biomechanical data of the body in the process of maintaining a certain position and helps to identify the cause of instability, to determine the function of human equilibrium.

According to International Classification of Functioning, Life and Health Limitations (ICF), changes in body function in patients with scoliosis (eg, muscle strength and muscle tone function, muscle endurance and proprioception function, pain sensation) can cause limitations in «activity» (limited mobility, gait, maintaining body posture) (employment, training, social reintegration). That is, forming a categorical profile for each patient with the help of ICF provides a complete, comprehensive, comprehensive characterization of the patient's functioning status. This characteristic gives a complete picture of the functioning of the organism, taking into account the clinical situation, environmental factors, and personal factors.

Based on analysis of publications, it is concluded that the conduct of visual diagnostics, manual muscle testing, functional tests, diagnostic tests, scoliometry, and stabilometry in young people can detect not only postural disorders, but also muscular dysfunction and pathobiomechanical motor disorders. The use of the ICF in clinical practice in rehabilitation helps to formulate a rehabilitation diagnosis and to use components of the diagnosis for rehabilitation activities.

**Keywords:** rehabilitation diagnosis, postural impairment, diagnostic tests, functional tests.

Стаття надійшла в редакцію 04.03.2020 р.