**Постава** — це своєрідний показник здоров'я людини, її ставлення до свого фізичного розвитку. Постава людини викликає не тільки естетичне захоплення, але й має велике значення для її фізичного стану.
     Провідними чинниками, які визначають поставу людини є положення і форма хребта, кут нахилу таза і ступінь розвитку мускулатури, що в значній мірі визначає правильність фізіологічних вигинів хребта.
     Розрізняють чотири фізіологічних вигини хребта в сагітальній площині: два звернутих вигини вперед — шийний і поперековий лордрози; два вигини назад — грудний і попереково-куприковий кіфози.
     Завдяки вигинам хребет виконує амортизаційну і захисні функції спинного і головного мозку, внутрішніх органів, збільшує стійкість і рухливість хребта. Початок формування фізіологічних вигинів хребта відноситься до періоду
грудного віку. В новонародженої дитини є лише крижово-куприковий кіфоз, сформований на етапі її внутрішньоутробного розвитку, хребет новонародженої дитини майже прямий.
     Приблизно до трьох місяців життя в дитини формується шийний лордроз під впливом м'язів спини і шиї, коли вона піднімає голову, лежачі на животі, і зберігає це положення. До шести місяців починає формуватися грудний кіфоз з розвитком вміння сидіти і тривалий час зберігати сидяче положення. До 9-10 місяців починає формуватися поперековий лордроз під дією м язів, які забезпечують вертикальне положення тулуба і кінцівок під час того, як дитина стоїть і ходить. Формування фізіологічних вигинів продовжується до семи років.
     З позиції фізіологічної закономірності постава дитини є динамічним стереотипом і в молодшому віці має нестійкий характер, легко змінюється під дією позитивних або негативних чинників. Неодночасний розвиток кісткового, суглобово-зв'язкового апарату і м'язової системи в цей час слугує основою нестабільності постави.
     Така нестабільність розвитку зменшується зі зниженням його темпів, а з припиненням росту людини — стабілізується.
     Постава залежить від стану нервово-м'язового апарату людини, психіки і ступеня розвитку м'язового корсету, від функціональних можливостей м'язів до тривалого статичного напруження, еластичних властивостей міжхребетних дисків, хрящових і з'єднуваних утворень суглобів і напівсуглобів хребта, таза і нижніх кінцівок. В різні вікові періоди життя дитини постава має свої особливості.
     Правильна постава для дошкільнят:
голова трішки нахилена вперед, плечовий пояс зміщений вперед, не виступаючи за рівень грудної клітки, лопатки трішки виступають, лінія грудної клітки плавно переходить в лінію живота, який виступає на 1-2 сантиметри, фізіологічні вигини виражені слабо, кут нахилу таза невеликий і становить 20-25 градусів для хлопчиків і дівчаток.
     Для школярів з правильною поставою голова трохи нахилена вперед, плечі на одному горизонтальному рівні, лопатки притиснути до спини, живіт ще вигнутий вперед, але менш виражений, ніж у дітей шести-семи років. Кут нахилу таза збільшується, прирівнюючись до такого, яку дорослої людини, в дівчат він більший (31 градус), ніж у юнаків і хлопчиків (28 градусів). Найбільш стабільна постава помічається у дітей в 10 років.
     Правильна постава у юнаків і дівчат характеризується такими ознаками: лоб і підборіддя — в одній площині, перпендикулярні підлозі; мочки вух на одній висоті; голова на середній основній лінії; плечі розведені, живіт підтягнутий; кути лопаток на одному рівні, прилягають щільно до тіла; молочні залози в дівчат і навколососкові кола в юнаків симетричні і знаходяться на одному рівні; таз не перекошений, вигляд фізіологічних вигинів шиї, попереку і грудей — рівномірний, хвилеподібний; підпахові лінії та трикутники талії однакові за величиною та конфігурацією; ноги розігнуті у тазостегнових і колінних суглобах; вигини стоп добре виражені, паралельні або незначно розведені. Умовна вертикальна лінія, якщо дивитися на людину збоку, проходить повз вушний отвір, плечовий відросток, точку тазобедреного суглобу і зовнішню щиколотку по прямій лінії.
     Порушення постави не є хворобою. Воно пов'язане з функціональними змінами опорно-рухового апарату, внаслідок яких виникають згубні умовно-рефлекторні зв'язки, які закріплюють неправильне положення тіла, а навички правильної постави втрачаються. Порушення постави поступово може призвести до зниження рухливості грудної клітки, діафрагми, погіршення амортизаційних функцій хребта.
     Це, у свою чергу, негативно впливає на діяльність центральної нервової і дихальної систем, стає супутником багатьох хронічних захворювань внаслідок виникнення загальної функціональної слабкості, дисбалансу в стані м'язів і зв'язкового апарату дитини.
     Порушення постави проявляється навіть у дітей раннього віку: в ясельному віці — в 21%, в 4 роки — у15-17% дітей, в 7 років — у кожної третьої дитини, в шкільному віці відсоток дітей з порушенням постави продовжує зростати. За статистичними даними близько 65-70% школярів мають порушення постави.
Порушення постави може бути в сагітальній і фронтальній площинах. До порушення постави із збільшенням фізіологічного викривлення хребта належать: сутулість — збільшення грудного кіфозу і зменшення поперекового лордрозу; кругла спина (тотальний кіфоз) — збільшення грудного кіфозу з майже повною відсутністю поперекового лордозу; кругловигнута спина — всі вигини хребта збільшені, збільшений також кут нахилу таза. При сутулій і круглій спині грудна клітка западає, плечі, шия і голова нахилені вперед, живіт вип'ячений, лопатки різко відходять від грудної клітки і мають крилоподібний вигляд, для компенсації відхилення центру тяжіння від середньої лінії людина стоїть на зігнутих в колінах суглобах ногах; при кругловигнутій спині голова, шия, плечі нахилені вперед, живіт виступає вперед, коліна максимально розігнути.
     До порушень постави зі зменшенням фізіологічних вигинів хребта належать: плоска спина — сплющення поперекового лордозу, грудна клітинка зміщена вперед лопатки різко відходять від грудної клітки і мають крилоподібний вигляд плосковигнута спина — зменшення грудного лордозу при нормальному чи дещо збільшеному поперековому лордозі (грудна клітина вузька, м'язи живота ослаблені).
До порушень поставну сформованій площині належить асиметрична постава. Таке відхилення від норми є наслідком нерівномірного розвитку м'язів правої та лівої половині тіла. Характеризується вона асиметричним положенням рівня плечей, лопаток і тазового поясу, голова часто нахилена вбік (праворуч або ліворуч). Відбувається бокове викривлення хребта, і якщо не виконуються спеціальні фізичні вправи, воно переходить у сколіоз. Сьогодні вважається, що головною причиною появи перших ознак порушення постави є загальна м'язово-зв'язкова недостатність. Якщо м'язи погано розвинені, правильне положення тіла (голови, плечей, тулуба, стоп)порушується.
     Передумовами порушення постави може стати те, що дитину дуже рано садять, обкладаючи подушками, неправильно носять на руках, занадто рано (обминаючи стадію ік ?зання) починають вчити ходити, постійно тримаючи за руки. Крім м'язової слабкості виникненню порушення і деформації постави сприяє низка інших факторів. Несприятливо впливають на поставу: гіподинамія (малорухомий спосіб життя); поганий зір, зниження слуху; надлишкова вага тіла; тривале статичне перебування в одному і тому ж положенні; сон на м'якому ліжку з високою подушкою; читання, шиття, малювання у неправильній позі; зачіски, які заважають зору.
     Негативно впливають на поставу погані звички: сидіти боком за столом, зігнувшись, з опущеним одним плечем, на нозі, на високому або низькому стільці; стояти з опорою на одну ногу, на напівзігнутих ногах; тримати руки у кишенях, нахиливши голову; носити тягарі водній руці. Несприятливі умови для формування навиків правильної постави, погані звички особливо відображаються на поставі тих дітей, організм яких ослаблений внаслідок захворювань (рахіту, туберкульозу, дитячих інфекцій).
     Порушення постави, окрім значного косметичного дефекту, супроводжується розладами діяльності внутрішніх органів: зменшенням екскурсії грудної клітини і діафрагми, зниженням життєвої ємності легень в порівнянні з фізіологічною нормою, зменшенням коливань внутрішньогрудного тиску. Ці зміни негативно відображаються на діяльності серцево-судинної і дихальної систем, призводять до зниження їх фізіологічних резервів, порушуючи адаптаційні можливості організму. Ослаблений тонус м'язів живота і зігнуте положення тіла викликають порушення моторики кишківника та відтоку жовчі.
     Зниження амортизаційної функції хребта в людей з плоскою спиною сприяє постійним мікротравмам головного мозку під час ходьби, бігу та інших рухів, які супроводжуються швидкою втомою, а також періодичними головними болями. Окрім неврологічних розладів, зменшується стійкість хребта до різних деформаційних впливів, які можуть сприяти розвитку сколіотичної хвороби.
     Отже, ліквідація порушення постави, особливо початкового ступеня, — необхідна умова для первинної і вторинної профілактики ортопедичних захворювань і хвороб внутрішніх органів