

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
«02» *сентября* 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

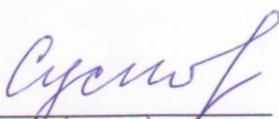
СОГЛАСОВАНО
Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Мануальная терапия»**
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.40 «Мануальная терапия»

Санкт-Петербург
2021 г.

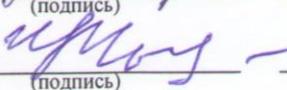
Разработчики:

Д.м.н. профессор
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Сулова Г.А.
(расшифровка)

Ассистент кафедры
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Мизонова И.Б.
(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

Реабилитологии ФП и ДПО

название кафедры

« 30 » 08

2021 г.,

протокол заседания №

1

Заведующая кафедрой

Реабилитологии ФП и ДПО

название кафедры

Д.м.н., профессор
(должность, ученое звание, степень)


(подпись)

Сулова Г.А.
(расшифровка)

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.40 «Мануальная терапия»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1Б.1.1 Мануальная терапия, общая часть	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1Б.1.2 Мануальная терапия при различных заболеваниях	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б.1Б.1.3 Интеграция мануальной терапии в другие медицинские специальности.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПСК-1 ПСК-2 ПСК-3 ПСК-4 ПСК-5 ПСК-6 ПСК-7 ПСК-8 ПСК-9	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б.1Б.1.4 Мануальная терапия кранио-сакральной системы	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б.1.Б.1 «Мануальная терапия»

Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или её части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
		Знать	Уметь	Владеть

тенци				
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	особенности получения непосредственной информации об объектах и событиях в форме индивидуальных конкретно-чувственных образов и данных	в массиве данных обнаруживать причинно-следственные связи	методиками проведения психологических замеров и тестирований
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	основы первичной профилактики заболеваний и санитарно-просветительской работы	составить план профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья	навыками работы с группами риска
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	основные вопросы патологии опорно-двигательного аппарата, висцеральных органов, краниосакральной системы, рентгенологической диагностики, применительно к методам диагностики и лечения опорно-двигательного аппарата внутренних органов.	выявить специфические анамнестические особенности; определять характер и выраженность отдельных признаков; оформлять учетно-отчетную документацию	способностью сопоставлять выявленные при исследовании признаки с данными клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования.
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	основные диагностические тесты для выявления патологии опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, кранио-сакральной системы	провести диагностические тесты для выявления патологии опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, кранио-сакральной системы	навыками обследования пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, кранио-сакральной системы
ПК-6	готовность к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в	этиологию, патогенез и клинику основных заболеваний в соответствующей области применения методов	определять показания и целесообразность к проведению методик мануальной терапии, дополнительных	навыками для выполнения методик мануальной терапии

	оказании медицинской помощи	мануальной терапии	методов исследования (рентгенологического, компьютерного ядерно-магнитно-резонансного, ультразвукового, ангиографического) исследований; выбирать адекватные методы исследования, проводить методики мануальной терапии	
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	основы реабилитации и курортологии; основы общей патологии человека, иммунобиологии и реактивности организма	учесть диетологические проблемы при принятии решения; квалифицированно оформлять медицинское заключение	основами психологии; последовательным и комплексным подходом к проведению медицинской реабилитации
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	организовать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала	опыт руководящей работы; опыт распределения по времени и месту обязанности персонала и контроля за выполнение этих обязанностей
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	современные представления о качестве и дефекте оказания медицинской помощи; законодательные акты РФ в стандарте экспертной оценки	определить правильность выбора медицинской технологии; степень достижения запланированного результата	методикой оценки типовых медико-статистических показателей

**КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ
знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в
процессе освоения дисциплины
Б.1.Б.1 «Мануальная терапия»**

Вопросы для устного собеседования

1. Структурные особенности позвоночного столба
2. Структурные особенности локомоторной системы
3. Мышечная система. Строение и функции
4. Анатомия спинного мозга
5. Анатомия головного мозга
6. Нейрон как функциональная единица Ц.Н.С.
7. Рефлекторная функция нервной системы

8. Физиология вегетативной нервной системы
9. Классификация вертеброгенных заболеваний нервной системы
10. Охарактеризуйте стадии дискогенной болезни.
11. Дайте определение дискогенной болезни.
12. Дайте определение вертебробазиллярной болезни.
13. Дифференциальный диагноз при вертебробазиллярной болезни.
14. Дайте определение сколиотической болезни.
15. Каковы симптомы и клинические проявления сколиотической болезни.
16. Перечислите варианты течения сколиотической болезни.
17. Охарактеризуйте радикулярный и псевдордикулярный синдромы.
18. Синдромы поражения грудного отдела.
19. Стадии остеохондроза.
20. Приёмы исследования грудного отдела позвоночника
21. Приёмы исследования грудины и ребер
22. Приёмы исследования шейного отдела позвоночника.
23. Приёмы исследования шейно-затылочного перехода.
24. Приёмы исследования поясничного отдела позвоночника.
25. Приёмы исследования крестцово-подвздошного сочленения.
26. Приём манипуляций на шейном отделе позвоночника.
27. Приёмы манипуляций на грудном отделе позвоночника, грудины и ребрах.
28. Приёмы мобилизации на поясничном отделе позвоночника.
29. Принципы ортопедической диагностики в мануальной терапии.
30. Тактика мануального терапевта в ортопедической клинике.
31. Общие принципы оказания приемов мануальной терапии при ортопедической патологии.
32. Приёмы исследования сегментов плечевого пояса и сегментов верхних конечностей.
33. Приёмы исследования тазового пояса и нижних конечностей.
34. Приёмы мобилизации сегментов плечевого пояса и верхних конечностей.
35. Основные принципы применения мануальной терапии в педиатрии.
36. Мануальная терапия при заболеваниях органов дыхания у детей.
37. Мануальная терапия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы у детей.
38. Мануальная терапия при заболеваниях органов пищеварения у детей.
39. Мануальная терапия при заболеваниях мочевыделительной системы у детей.
40. Мануальная терапия при заболеваниях периферической нервной системы у детей.
41. Мануальная терапия при заболеваниях центральной нервной системы у детей.
42. Мануальная терапия при неврозах и неврозоподобных состояниях у детей.
43. Осложнения в мануальной терапии.
44. Принципы исследования внутренних органов в мануальной терапии.
45. Предмет и задачи мануальной терапии.
46. История и основные направления мануальной терапии.
47. Показания и противопоказания к применению мануальной терапии.
48. Задачи и методы мануальной терапии.
49. Мануальная медицина. Определение. Концепции.
50. История отечественной мануальной терапии.
51. Основные теоретические представления и этиопатогенетические принципы мануальной терапии.
52. Синдромы поражения плечевого сплетения. Диагностика. Тактика.
53. Понятие о функциональной блокаде.
54. Принципы ортопедической диагностики.
55. Позвоночно-двигательный сегмент. Определение.
56. Принципы рентгенологической диагностики вертеброгенной патологии.
57. Принципы формирования алгоритма комплексного лечения в клинической практике мануального терапевта.

58. Охарактеризуйте неврологический синдром при поражении поясничного отдела позвоночника.
59. Противопоказания для проведения мануальной терапии.
60. Физиологические основы ПИР.
61. Физиология мышечного сокращения, основные формы мышечной патологии.
62. Методы клинического обследования больного с заболеваниями позвоночника и суставов конечностей
63. Основы неврологического и ортопедического обследовании больного.
64. Основы организации службы мануальной терапии в Российской Федерации
65. Основные принципы постановки неврологического, ортопедического и рентгенологического диагноза у больных с заболеваниями позвоночника и суставов.
66. Ревматоидные заболевания позвоночника и опорно-двигательного аппарата
67. Механизмы лечебного действия различных мануальных техник.
68. Клинические эффекты мануальной терапии и их прогностическая значимость.
69. Основные принципы назначения лечебной физкультуры при реабилитации больных с заболеваниями позвоночника и суставов.
70. Построение лечебного алгоритма в мануальной терапии
71. Основы кранио-сакральной системы.
72. Основные техники коррекции дисфункций кранио-сакральной системы.
73. Основные техники коррекции органов брюшной полости.
74. Основы мануального мышечного тестирования.
75. Законы, регламентирующие деятельность мануального терапевта.
76. Общие принципы и особенности высокоскоростных низкоамплитудных техник.
77. Принципы и виды мышечно-энергетических техник.
78. Определение «соматическая дисфункция».
79. Последовательность диагностики пациентов с соматическими дисфункциями ОДА.
80. Этапы диагностики в мануальной терапии.
81. Рентгенологическое исследование костной системы, общие принципы, основные виды патологических изменений.
82. Классификация эффектов методик мануальной терапии.
83. Анатомические особенности отделов позвоночника.
84. Последовательность диагностики СД таза.
85. Флексионный тест.
86. Анатомия поясничного отдела позвоночника.
87. Анатомия грудного отдела позвоночника.
88. Анатомия шейного отдела позвоночника.
89. Последовательность диагностики СД различных отделов позвоночника.
90. Особенности и последовательность сегментарной диагностики ШОП. Ортопедические тесты. Неврологические тесты. Красные флажки. Тесты исследования дисфункции позвоночной артерии.
91. Законы Фрайетта.
92. Показания и противопоказания к выполнению техник коррекции соматических дисфункций верхней конечности.
93. Строение грудной клетки. Физиология дыхания и участие ребер в акте вдох-выдох.
94. Функциональная анатомия и взаимосвязи диафрагмы. Дисфункция диафрагмы 1-й и 2-й степени Дисфункция вдоха-выдоха.
95. Принципы диагностики и коррекция соматических дисфункций внутренних органов.
96. Анатомия швов черепа. Пивотные зоны.
97. Анатомия височно-нижнечелюстного сустава.
98. Исследование прикуса.
99. Паттерны СБС-патологические, физиологические.

100. Понятие о первичном дыхательном механизме.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«**Отлично**» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«**Хорошо**» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«**Удовлетворительно**» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«**Неудовлетворительно**» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Тестовые задания

Вариант 1

1. Медицинская этика - это:

- А. Специфическое проявление общей этики в деятельности врача
- Б. Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
- В. Наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
- Г. Наука, помогающая повысить профессиональный уровень врача;
- Д. Наука, изучающая принципы оценки эффективности лечения.

2. Количество позвонков у человека составляет

- А. 30
- Б. 31
- В. 32
- Г. 33-34
- Д. 35

3. Количество позвоночно-двигательных сегментов составляет:

- А. 20
- Б. 21
- В. 22
- Г. 23
- Д. 24

4. Составной частью позвоночно-двигательных сегментов являются:

- А. тела двух смежных позвонков;
- Б. хрящевой диск;
- В. дугоотростчатые суставы;
- Г. связочный аппарат;

Д. всё перечисленное верно.

5. Высокий ассимилированный таз имеет наклон диска L5-S1 по отношению к горизонтальной оси:

- А. 35-50 градусов;
- Б. 15-30 градусов;
- В. 50-70 градусов;
- Г. 20-25 градусов;
- Д. 25 -30 градусов.

6.В норме таз имеет наклон диска L5- S1 по отношению к горизонтальной оси:

- А. 35-50 градусов;
- Б. 15-30 градусов;
- В. 50-70 градусов;
- Г. 20-25 градусов;
- Д. 25 - 30 градусов.

7. Горизонтальный таз имеет наклон диска L5- S1 по отношению к горизонтальной оси:

- А. 35-50 градусов;
- Б. 15-30 градусов;
- В. 50-70 градусов;
- Г. 20 -25 градусов;
- Д. 25 - 30 градусов.

8. Спинальный мозг в позвоночном канале заканчивается на уровне:

- А. L1-L2
- Б. L2-L3
- В. L3-L4
- Г. L4-L5
- Д. L5-S1

9. Артерия Адамкевича-это:

- А. Корешково-спинальная артерия шейного утолщения
- Б. Корешково-спинальная артерия поясничного утолщения
- В. Передняя спинальная артерия
- Г. Межреберная артерия
- Д. Задняя спинальная артерия.

10. Особенностью шейных позвонков от С3 до С7 является наличие:

- А. унковертебральных сочленений;
- Б. поверхности дугоотростчатых суставов средних и нижних шейных позвонков находятся под углом в 45 градусов по отношению к горизонтальной плоскости;
- В. в сегменте С2-С3 поверхности дугоотростчатых суставов находятся под углом в 70 градусов;
- Г. всё вышеперечисленное верно.

11. Выстояние зуба С2 выше линии Чемберлена в норме возможно на:

- А. 2 мм
- Б. 4 мм
- В. 6 мм
- Г. 8 мм

Д. всё выше перечисленное верно.

12. Борозда или канал позвоночной артерии атланта располагается на:

- А. Задней дуге атланта;
- Б. Передней дуге атланта;
- В. Верхней суставной ямке;
- Г. Нижней суставной ямке;
- Д. Все перечисленное.

13. Сосцевидный отросток находится на верхних суставных отростках поясничных позвонков:

- А. На втором;
- Б. На третьем;
- В. На первом;
- Г. На четвертом;
- Д. На всех перечисленных.

14. Эмоциональные расстройства развиваются при патологии:

- А. Лимбических структур и коры мозга;
- Б. Спинного мозга;
- В. Бледного шара;
- Г. Мозжечка;
- Д. При всех перечисленных

15. Позвонки сочленяются друг с другом с помощью соединений:

- А. Хрящевых
- Б. Соединительнотканых
- В. Синостозов
- Г. Истинных суставов
- Д. Все перечисленное верно

16. В поясничной области межпозвонковые диски составляют.

- А. 1/5 длины
- Б. 1/3 длины
- В. 1/4 длины
- Г. 1/2 длины
- Д. 1/10 длины

17. Осложнения при манипуляциях на позвоночнике:

- А. Перелом остистого отростка позвонка
- Б. Перелом тела позвонка
- В. Гематома межостистых связок
- Г. Выпадение грыжевого выпячивания
- Д. Перелом таза

18. Амплитуда разгибания позвоночника в норме составляет:

- А. 30 градусов
- Б. 40 градусов
- В. 50 градусов
- Г. 60 градусов
- Д. 70 градусов

19. Амплитуда боковых наклонов позвоночника в норме составляет:

- А. 30 градусов
- Б. 40 градусов
- В. 50 градусов
- Г. 60 градусов
- Д. 70 градусов

20. Амплитуда наклона позвоночника вперед в норме составляет:

- А. 30 градусов
- Б. 40 градусов
- В. 50 градусов
- Г. 60 градусов
- Д. 90 градусов

21. Клиновидную форму имеет поясничный позвонок:

- А. Первый
- Б. Второй
- В. Третий
- Г. Пятый
- Д. Все перечисленные

22. Поворот шейного отдела позвоночника при движении в сторону возможен на:

- А. 90 градусов
- Б. 80 градусов
- В. 75 градусов
- Г. 70 градусов
- Д. Всё перечисленное

23. Движения в сакроилиакальном сочленении осуществляются:

- А. В передне-заднем направлении
- Б. В вертикальном направлении
- В. В передне-заднем и вертикальном направлении
- Г. В сагиттальном направлении
- Д. Все перечисленное

24. Сгибание в поясничном отделе позвоночника в норме возможно на:

- А. 60-80 градусов
- Б. 80-100 градусов
- В. 40-60 градусов
- Г. 100-110 градусов
- Д. 110-120 градусов

25. Разгибание в поясничном отделе позвоночника в норме возможно на:

- А. 20-30 градусов
- Б. 30-35 градусов
- В. 40-60 градусов
- Г. 100 — 110 градусов
- Д. 110-120 градусов

26. Боковые наклоны во фронтальной плоскости в поясничном отделе позвоночника возможны в норме на:

- А. 20-30 градусов

- Б. 30-35 градусов
- В. 40-60 градусов
- Г. 100 — 110 градусов
- Д. 110-120градусов

27. Применять мануальную терапию можно при следующих степенях функциональной блокады/по К. Левиту/:

- А. 1 степени;
- Б. 2 степени;
- В. 3 степени;
- Г. 4 степени;
- Д. Верно А, Б, В.

28. При выяснении причины головной боли необходимо дифференцировать между собой:

- А. Опухоль головного мозга;
- Б. Цервикогенные головные боли;
- В. Интоксикационные головные боли;
- Г. Тригеминальная невралгия;
- Д. Все верно.

29. Подозрение на туберкулезный процесс должно возникать наличии:

- А. Потливость по утрам;
- Б. Яркий румянец;
- В. Ночные боли в позвоночнике;
- Г. Плохой аппетит;
- Д. Все верно

30. Амплитуда разгибания позвоночника в норме составляет:

- А. 30 градусов;
- Б. 40 градусов;
- В. 50 градусов;
- Г. 60 градусов;
- Д. 70 градусов.

31. Амплитуда боковых наклонов позвоночника в норме составляет:

- А. 30градусов;
- Б. 40 градусов;
- В. 50градусов;
- Г. 60градусов;
- Д. 70 градусов.

32. Амплитуда наклона позвоночника вперед в норме составляет:

- А. 30градусов;
- Б. 40 градусов;
- В. 50 градусов;
- Г. 60 градусов;
- Д. 90градусов.

33. Функциональное значение малой ромбовидной мышцы

- А. При дыхательном сокращении наклоняет голову и шейный, отдел позвоночника столба вперед;

- Б. Оттягивает лопатку от позвоночного столба;
- В. Поднимает лопатку, при фиксированной лопатке наклоняет шейную часть позвоночника кзади и в свою сторону;
- Г. Приближает лопатку к позвоночному столбу по косой линии к середине и вверх;
- Д. Все перечисленное.

34. Функциональное значение полуперепончатой мышцы:

- А. Разгибает бедро, сгибает голень, вращает ее внутрь;
- Б. Принимает участие в выпрямлении туловища, сгибает бедро;
- В. Разгибает бедро, сгибает голень, вращает ее наружу;
- Г. Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;
- Д. Все перечисленное

35. Исследование глубоких разгибателей шеи проводится:

- А. Против легкого сопротивления головы;
- Б. Против максимального сопротивления головы больного руке врача;
- В. В расслабленном состоянии разгибателей шеи;
- Г. Без сопротивления головы больного руке врача;
- Д. Все перечисленное верно.

36. Синдром шейного гиперлордоза с компенсаторным грудным кифозом характеризуется сокращением и расслаблением мышц:

- А. Расслаблением нижних и перегрузкой верхних фиксаторов лопатки;
- Б. Расслаблением нижних и перегрузкой верхних фиксаторов лопатки с одновременным расслаблением глубоких флексоров шеи и сокращением бульбарных мышц;
- В. Сокращением нижних и расслаблением верхних фиксаторов лопатки;
- Г. Сокращением нижних и расслаблением верхних фиксаторов лопатки с одновременным расслаблением глубоких флексоров шеи и расслаблением бульбарных мышц;
- Д. Все перечисленное верно.

37. Нормальный объем движений в сочленении С1-С2 составляет:

- А. 5 градусов;
- Б. 0 градусов;
- В. 5 градусов;
- Г. 20 градусов;
- Д. 25 градусов

38. Для обнаружения в шейном отделе позвоночника 7 шейный позвонок:

- А. Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному наклонить голову назад;
- Б. Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному незначительно наклонить голову вперед;
- В. Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному, максимально наклонить голову вперед;
- Г. Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному наклонить голову в сторону;
- Д. Все перечисленное верно

39. Нижние углы лопаток расположены на уровне:

- А. Th5;
- Б. T6;
- В. Th7;
- Г. T8;

Д. Th9;

40. При пальпации поясничной мышцы пальцы врача располагаются:

- А. Паравертебрально;
- Б. По средней линии живота;
- В. По наружному краю прямой мышцы живота на уровне пупка;
- Г. В подвздошной области у передне-верхней ости;
- Д. Всё перечисленное верно

41. При пальпации подвздошной мышцы пальцы врача располагаются:

- А. Паравертебрально;
- Б. По средней линии живота;
- В. По наружному краю прямой мышцы живота на уровне пупка;
- Г. В подвздошной области у передне-верхней ости;
- Д. Всё перечисленное верно.

42. Линия, соединяющая гребни подвздошных костей, проходит между позвонками:

- А. L1-L2;
- Б. L2-L3;
- В. L3-L4;
- Г. L4-L5;
- Д. L5-S1.

43. Выше горизонтального уровня должен поднимать ногу больной в норме при исследовании экстензоров коленного сустава:

- А. На 0-5 градусов;
- Б. На 8-20 градусов;
- В. На 22-25 градусов;
- Г. На 28-30 градусов;
- Д. Всё перечисленное верно.

44. В норме должно быть отведение ноги в сторону:

- А. На 25 градусов;
- Б. На 30 градусов;
- В. На 40 градусов;
- Г. На 45 градусов;
- Д. Всё перечисленное верно

45. Нижние углы лопаток расположены на уровне:

- А. Th5;
- Б. Th6;
- В. Th7;
- Г. Th 8;
- Д. Th9;

46. Нормальный объем ротационных движений в грудном отделе позвоночника:

- А. 30-40 градусов;
- Б. 40-50 градусов;
- В. 50-60 градусов;
- Г. 60-70 градусов;
- Д. 70-80 градусов

47. При проведении пружинирования грудного отдела позвоночника пальцы врача располагаются на:

- А. Остистых отростках;
- Б. Поперечных отростках;
- В. Суставных отростках;
- Г. Ребрах;
- Д. Всё перечисленное верно

48. Обследование пассивных движений в грудном отделе позвоночника проводится в положении больного:

- А. Лежа на животе;
- Б. Сидя на кушетке спиной к врачу;
- В. Сидя на кушетке «как на коне»;
- Г. Стоя;
- Д. Всё перечисленное верно

49. Проба Шоберга показывает:

- А. Изменение расстояния между L5-Th12 при наклоне;
- Б. Болезненность при пальпации наружного края симфиза при отведении согнутой в коленном и тазобедренном суставе ноги у лежащего пациента при крестцово-подвздошном блокировании;
- В. Невозможность дорсального сгибания в ноге во время фиксации седалищного бугра при крестцово-подвздошном блокировании;
- Г. Опережение верхней задней подвздошной ости на стороне блокирования крестцово-подвздошного сустава относительно другой при наклоне пациента вперёд;
- Д. Всё перечисленное

50. Проба Меннеля показывает:

- А. Изменение расстояния между L5-Th 12 при наклоне;
- Б. Болезненность при пальпации наружного края симфиза при отведении согнутой в коленном и тазобедренном суставе ноги у лежащего пациента при крестцово-подвздошном блокировании;
- В. Невозможность дорсального сгибания в ноге во время фиксирования седалищного бугра при крестцово-подвздошном блокировании;
- Г. Опережение верхней задней подвздошной ости на стороне блокирования крестцово-подвздошного сустава относительно другой при наклоне пациента вперёд;
- Д. Всё перечисленное.

51. Проба Патрика показывает:

- А. Изменение расстояния между L5-Th12 при наклоне;
- Б. Болезненность при пальпации наружного края симфиза при отведении согнутой в коленном и тазобедренном суставе ноги у лежащего пациента при крестцово-подвздошном блокировании;
- В. Невозможность дорсального сгибания в ноге во время фиксирования седалищного бугра при крестцово-подвздошном блокировании;
- Г. Опережение верхней задней подвздошной ости на стороне блокирования крестцово-подвздошного сустава относительно другой при наклоне пациента вперед;
- Д. Всё перечисленное.

52. Правильным приёмом для исследования нагруженности илиолюмбальных связок является:

- А. Вертикальный толчок по оси бедра на приведённую кнутри ногу пациента согнутую в коленном и тазобедренном суставе;

- Б. Толчок по оси бедра на колено приведённое в направлении к противоположному плечу;
- В. Толчок по оси бедра на колено, приведённое в направлении к гомолатеральному плечу;
- Г. Тракция бедра;
- Д. Ротация бедра,

53. Звеньями патогенетической цепи при остеохондрозе являются:

- А. Болевой синдром
- Б. Локальные мышечные гипертонусы
- В. Сосудистая дисциркуляция и развитие отёка в области пораженного межпозвонкового диска
- Г. Нарушение двигательного стереотипа
- Д. Всё перечисленное верно

54. При туберкулёзном спондилите наиболее часто поражаются:

- А. Грудные позвонки
- Б. Поясничные позвонки
- В. Шейные позвонки
- Г. Крестцовые позвонки
- Д. Копчиковые позвонки

55. Бруцеллёзный спондилит чаще всего локализуется на уровне:

- А. С6-С7
- Б. Th5-Th6
- В. L3-L4
- Г. L4-L5
- Д. Th7-Th8.

56. Дискогенная болезнь-это:

- А. Врожденные аномалии развития позвоночника
- Б. Дегенерация студенистого ядра
- В. Клинические проявления пояснично-крестцового радикулита
- Г. Дегенеративные проявления в анатомических структурах позвоночного двигательного сегмента, ведущие к развитию неврологического к дефекта, имеющему четкую стадийность.
- Д. Всё перечисленное верно

57. Наиболее значимым методом для подтверждения вертебрально-базилярной болезни является:

- А. КТ головного мозга
- Б. ЭЭГ
- В. УЗДГ(РЭГ)
- Г. МРТ головного мозга и шеи.

58. При идиопатическом сколиозе -2 степени отмечается следующая деформация позвоночника:

- А. Боковое искривление
- Б. Кифоз грудного отдела
- В. Боковое искривление в сочетании с ротацией позвонков
- Г. Выпрямление физиологических изгибов
- Д. Всё перечисленное верно.

59. Этиология идиопатического сколиоза:

- А. Травматическая
- Б. Неврогенная
- В. Наследственная
- Г. Биомеханическая
- Д. Всё перечисленное верно

60. Детям с болезнью Шейермана-Мау противопоказано:

- А. Плавание на спине, брассом
- Б. Спать на жесткой постели
- В. Ношение тяжестей
- Г. Занятия хореографией
- Д. Всё перечисленное верно.

61. Остеохондропатия - это:

- А. Переходный этап в развитии костной ткани
- Б. Наследственное заболевание
- В. Асептический некроз кости
- Г. Травма кости
- Д. Всё перечисленное верно

62. Мануальную терапию используют в комплексном лечении врачи:

- А. Неврологи
- Б. Ортопеды
- В. Травматологи
- Г. Терапевты
- Д. Все выше перечисленные специалисты

63. При болях в области грудиннореберных сочленений, усиливающихся на вдохе показана:

- А. Консультация терапевта
- Б. Консультация травматолога
- В. Консультация невролога
- Г. Рентгенография легких
- Д. Всё перечисленное верно.

64. Среди взрослых людей в популяции острые и хронические боли в спине испытывают:

- А. 20%
- Б. 0%
- В. 100%
- Г. 80%
- Д. 1%

65. Для проведения новокаиновой блокады используется:

- А. 1% новокаин
- Б. 2% новокаин
- В. 0,5% новокаин
- Г. 5% новокаин
- Д. Всё перечисленное верно

66. При проведении постизометрической релаксации сопротивление движению пациента оказывается в течение:

- А. 5 секунд
- Б. 10 секунд
- В. 15 секунд
- Г. 20 секунд
- Д. 30 секунд

67. Наиболее частыми причинами мышечного дисбаланса являются:

- А. Постуральные перегрузки
- Б. Динамические перегрузки
- В. Рефлекторное напряжение мышц за счёт висцеромоторных реакций
- Г. Относительная слабость одной мышечной группы по сравнению с другой
- Д. Всё перечисленное верно

68. Наиболее частыми причинами мышечного дисбаланса являются:

- А. Относительная слабость одной мышечной группы по сравнению с другой
- Б. Рефлекторное напряжение мышц за счёт остеомоторных реакций
- В. Рефлекторное напряжение мышц за счёт дерматомоторных реакций
- Г. Постуральные перегрузки
- Д. Всё перечисленное верно

69. Постизометрическая релаксация показана при:

- А. Локальных мышечных гипертонусах
- Б. Осложнениях локального мышечного гипертонуса
- В. Осложнениях нейродистрофии»
- Г. Осложнениях локального мышечного гипертонуса неболевого характера
- Д. Всё перечисленное верно

70. Мануальную терапию можно сочетать с:

- А. Поверхностным иглоукалыванием
- Б. Терморексотерапией
- В. Магнитотерапией
- Г. Электропунктурой
- Д. Всё перечисленное верно

71. При проведении мобилизации и манипуляции на шейно-грудном переходе:

- А. Руки пациента в "замке" находятся на затылке, локти разведены, руки врача подведены под руки пациента, пальцы находятся на остистом отростке верхнего Позвонка блокированного сегмента
- Б. Руки пациента опущены вниз, руки врача находятся на сосцевидных отростках
- В. Руки пациента в "замке" находятся на затылке, локти разведены, руки врача подведены под руки пациента, пальцы находятся на остистом отростке нижнего позвонка блокированного сегмента
- Г. Врач фиксирует голову больного одной рукой так, что подбородок находится в локтевой ямке, другой рукой фиксирует остистый отросток вышележащего позвонка блокированного сегмента, запрокидывает голову и, совершая небольшую тракцию, вращает её в сторону функциональной блокады
- Д. Врач фиксирует голову больного одной рукой так, что подбородок находится в локтевой ямке, другой рукой фиксирует остистый отросток нижележащего позвонка блокированного сегмента, наклоняет голову вперёд и, совершая небольшую тракцию, вращает её в сторону функциональной блокады

72. Причинами механического сдавления спинного мозга шейном уровне являются:

- А. Протрузии и грыжа межпозвоночного диска
- Б. Задние остеофиты тел шейных позвонков
- В. Гипертрофия и оссификация желтой связки
- Г. Нестабильность позвоночного сегмента
- Д. Всё перечисленное верно

73. Болезнь Кенига это:

- А. Субхондральный асептический некроз участка эпифиза кости
- Б. Некроз головки кости
- В. Некроз диафиза кости
- Г. Множественные переломы губчатых костей
- Д. Гипоплазия плечевого сустава.

74. Наиболее часто при болезни Кенига поражается:

- А. Коленный сустав
- Б. Плечевой сустав
- В. Тазобедренный сустав
- Г. Локтевой сустав
- Д. Суставы кисти.

75. Невропатию подкрыльцового нерва, развившейся после травмы плечевого сустава, следует лечить:

- А. Только хирургически
- Б. С помощью электронейростимуляции, сосудистых и демиелинизирующих препаратов, витаминотерапии.
- В. Только физиотерапевтически
- Г. Мобилизационными и тракционными техниками
- Д. Все перечисленное верно.

76. Клинические проявления функциональных кардиопатий

- А. Утомляемость, раздражительность
- Б. Потливость, головная боль
- В. Субъективные жалобы на боли в сердце
- Г. Нарушения сна, субфебрильная температура
- Д. Правильны все ответы

77. Хронический гастрит характеризуется:

- А. Хронический воспалительный процесс в слизистой оболочке
- Б. Нарушение регенерации, атрофия оболочки
- В. Изменение секреторной функции
- Г. Изменение моторной функции
- Д. Правильны все ответы

78. Клинические проявления пиелонефрита:

- А. Повышение температуры
- Б. Снижение аппетита
- В. Боли в поясничном отделе позвоночника
- Г. Симптомы дизурии

Д. Правильны все ответы

79. Состояние мышечной системы у ребенка в возрасте месяца:

- А. Преобладает флексорная гипертония, движения не координирует
- Б. Преобладает экстензорная гипертония
- В. Преобладает гипотония мышц ног, движения координированы.
- Г. Децеребрационная ригидность
- Д. Декортикационная ригидность

80. Миелинизация спинальных нервов у детей заканчивается:

- А. К 5 годам
- Б. К 7 годам.
- В. К 2-3 годам
- Г. К 4 годам
- Д. Всё перечисленное верно.

81. Миелинизация пирамидной системы у детей заканчивается

- А. К 5 годам
- Б. К 7 годам
- В. К 3 годам
- Г. К 1 году
- Д. К 6 годам

82. Оказание помощи при обморочном состоянии:

- А. Провести пробу Берги
- Б. Провести вытяжение шейного отдела позвоночника с помощью петли Глиссона
- В. Уложить больного на кушетку
- Г. Усилить оказываемое мануальное воздействие Д. Все перечисленное верно

83. Мануальная терапия противопоказана при:

- А. Переломах позвоночника
- Б. Кифосколиозе позвоночника
- В. Табакокурении
- Г. Гепатите
- Д. Холецистите в стадии ремиссии.

84. Мануальная терапия противопоказана при:

- А. Остром инфекционном процессе
- Б. Хроническом течении заболевания
- В. Неврозах
- Г. Гепатите
- Д. Холецистите в стадии ремиссии.

85. Мануальная терапия противопоказана при:

- А. Болезни Шейермана-Мау
- Б. Болезни Паркинсона
- В. Болезни суставов
- Г. Гепатите
- Д. Холецистите в стадии ремиссии

86. Исследование феномена дыхательной волны:

- А. Выявить тип телосложения

- Б. Определить положение ребер при дыхании
- В. Определить тяжесть заболевания
- Г. Выявить ограничение подвижности в грудном отделе позвоночника
- Д. Всё перечисленное верно.

87. Симпатическая иннервация легких осуществляется за счет сегментов спинного мозга:

- А. D1-D4
- Б. D2-D5
- В. D4-D7
- Г. Всеми грудными сегментами
- Д. C5-C6.

88. При подозрении на миастению необходимо провести следующие исследования:

- А. Электронейромиографию
- Б. Рентгенографию с исследованием ретростерального пространства
- В. Исследовать окуломоторный феномен Лобзина
- Г. Провести биопсию мышц
- Д. Все верно

89. Раннее развитие остеохондроза позвоночника у профессиональных спортсменов связано с

- А. Частыми травмами
- Б. Неадекватной мышечной нагрузкой
- В. Тренировкой физических мышц, накладывающейся на патологический двигательный стереотип
- Г. Силовыми нагрузками на поясничный отдел позвоночника
- Д. Всё перечисленное верно.

90. Исследование позвоночника у спортсмена начинают с:

- А. Проведения обследования мышечной сферы
- Б. Проведения неврологического осмотра
- В. Осмотра спины пациента
- Г. Проведения мануальной диагностики
- Д. Все перечисленное верно

91. Внезапное возникновение болевого синдрома при профессиональной физической нагрузке обусловлено:

- А. Сдвигом элементов двигательного сегмента и усилением напряжения тонических мышц
- Б. Протрузией или пролапсом межпозвонкового диска
- В. Дискоординацией движений всего позвоночника
- Г. Формированием триггерных точек
- Д. Всё перечисленное верно.

92. Механизмы болевых синдромов при профессиональной астенизации связаны с:

- А. Истощением эндорфинных веществ
- Б. Вторичные изменения мышечного тонуса
- В. Ишемия отдельных мышечных групп
- Г. Неадекватность чередования труда и отдыха
- Д. Всё перечисленное верно

93. Ведущими в диагностике рефлекторных изменений опорно-двигательного аппарата являются:

- А. Мануальная диагностика
- Б. Мануальная диагностика и неврологический осмотр
- В. Сбор анамнеза
- Г. Электронейромиография
- Д. Всё перечисленное верно

94. При болезни Шейермана-Мау патологический процесс может включаться:

- А. До 8 позвонков
- Б. До 10 позвонков
- В. До 14 позвонков
- Г. До 18 позвонков
- Д. Все позвонки.

95. Для болезни Бехтерева характерно:

- А. молодой возраст
- Б. Субфебрилитет
- В. Постепенное начало и медленно прогрессирующее течение
- Г. Наличие HLA 27 антигена в сыворотке крови
- Д. Всё перечисленное верно.

96. При болях в межреберье необходимо дифференциальный диагноз проводится между:

- А. ИБС
- Б. Корешковым синдромом
- В. Диабетической мононейропатией
- Г. Плевритом
- Д. Все ответы правильные

97. Мануальная терапия применяется с ограничениями при диабете 1-го типа:

- А. При кровоизлияниях на глазном дне
- Б. При переводе на инсулинотерапию
- В. При наличии полинейропатии
- Г. Вне обострения
- Д. Всё перечисленное верно.

98. Абсолютно противопоказана мануальная терапия

- А. При абсцессе поджелудочной железы (ПЖЖ)
- Б. Гепатоспленомегалии
- В. При жировой инфильтрации печени и ПЖЖ
- Г. Наличии функциональных блоков у больных с хроническим панкреатитом вне обострения
- Д. Все перечисленное верно.

99. Дифференциальный диагноз между истинным и вертеброгенным снижением слуха позволяет провести

- А. Камертонные пробы Рине и Вебера
- Б. Аудиография и ультразвуковая доплерография позвоночных артерий
- В. Рентгенография височных костей по Стенверсу
- Г. МРТ томография с сосудистой программой
- Д. Всё перечисленное верно.

100. Наиболее часто страдает во время родового акта:

- А. Нижнешейный отдел
- Б. Среднешейный отдел
- В. Верхнешейный отдел
- Г. Пояснично-крестцовый
- Д. Все отделы

ОТВЕТЫ

1 а б в	11 а	21 г	31 г	41 г	51 б	61 в	71 г	71 г	81 в	91 д
2 г	12 а	22 а	32 д	42 в	52 а	62 д	72 д	72 д	82 в	92 а
3 г	13 д	23 а	33 г	43 д	53 д	63 г	73 а	73 а	83 а	93 а
4 д	14 а	24 а	34 а	44 г	54 а	64 г	74 а	74 а	84 а	94 а
5 б	15 д	25 б	35 в	45 б	55 в	65 в	75 б	75 б	85 а	95 д
6 а	16 б	26 а	36 б	46 б	56 г	66 а	76 д	76 д	86 а	96 д
7 в	17 г	27 д	37 д	47 б	57 в	67 г	77 д	77 д	87 б	97 а
8 а	18 а	28 д	38 а	48 в	58 в	68 а	78 д	78 д	88 д	98 а
9 в	19 г	29 д	39 б	49 а	59 в	69 г	79 а	79 а	89 в	99 б
10 г	20 д	30 а	40 в	50 в	60 в	70 д	80 в	80 в	90 в	100 в

Вариант 2

1. Для выполнения своих обязанностей врач-специалист по Мануальной терапии должен:

- а. Обладать теоретическими знаниями
- б. Владеть умениями и практическими навыками проведения лечебно-профилактической работы мануальнотерапевтическими методами
- в. Владеть методами экспресс диагностики
- г. Уметь организовать и провести мануальнотерапевтическую помощь в скорой и неотложной помощи в экстремальных условиях
- д. Соблюдать принципы врачебной деонтологии.

2. Основные требования к организации аттестации на квалификационную категорию по мануальной терапии все перечисленные, кроме:

- А. Специализации и стаж работы не менее 3-х лет
- Б. Общее усовершенствование и стаж работы мануальным терапевтом не менее 5 лет
- В. Тематическое усовершенствование и стаж работы рефлексотерапевтом более 5 лет
- Г. Обучение не аттестационном цикле по подготовке к сдаче аттестационного экзамена на квалификационную категорию или подтверждение ее
- Д. Представление полного отчёта о лечебно-профилактической работе с анализом эффективности и указанием использования новых или комбинированных методов лечения и профилактики

3. Высокий ассимилированный таз имеет наклон диска L5-S1 по отношению к горизонтальной оси:

- А. 35-50 градусов;
- Б. 15-30 градусов;

- В. 50-70 градусов;
- Г. 20-25 градусов;
- Д. 25 -30 градусов.

4.В норме таз имеет наклон диска L5- S1 по отношению к горизонтальной оси:

- А. 35-50 градусов;
- Б. 15-30 градусов;
- В. 50-70 градусов;
- Г. 20-25 градусов;
- Д. 25 - 30 градусов.

5. В межпозвонковом диске:

- А. Нет нервных окончаний
- Б. Нервные окончания есть в гиалиновых замыкательных пластинах
- В. Нервные окончания есть только по передней поверхности фиброзного кольца
- Г. Нервные окончания есть только по задней поверхности фиброзного кольца
- Д. Нервные окончания есть только по наружной поверхности фиброзного кольца

6. К связочному аппарату позвоночника относится:

- А. Передняя продольная связка
- Б. Боковая связка
- В. Задняя продольная связка
- Г. Желтая связка
- Д. Всё перечисленное

7. Уровень С1-С2 двигательного позвоночного сегмента соответствует:

- А. Мочке уха
- Б. Углу нижней челюсти
- В. Нижнему краю щитовидного хряща
- Г. Середине расстояния между углом нижней челюсти и верхним краем щитовидного хряща
- Д. Наружному слуховому проходу

8. Унковертебральные сочленения / сустав Люшка / имеется только в:

- А. Верхнешейном отделе позвоночника
- Б. Среднегрудном отделе позвоночника
- В. Нижнегрудном отделе позвоночника
- Г. Верхнегрудном отделе
- Д. Всё перечисленное верно

9. Экстрапирамидная система включает:

- А. Чёрную субстанцию
- Б. Красные ядра
- В. Мозжечок
- Г. Голубое пятно
- Д. Всё перечисленное верно

10. Горизонтальный таз имеет наклон диска L5- S1 по отношению к горизонтальной оси:

- А. 35-50 градусов;
- Б. 15-30 градусов;

- В. 50-70 градусов;
- Г. 20 -25 градусов;
- Д. 25 - 30 градусов

11. Количество воды в живой кости составляет:

- А. 30%;
- Б. 40%;
- В.50%;
- Г.60%;
- Д. 70%.

12. В норме ширина позвоночного канала, на шейном уровне составляет:

- А. от 14 мм и больше;
- Б. от 10 мм до 12 мм;
- В.от 8 мм до 12 мм;
- Г. от 6мм до 8мм;
- Д. Всё перечисленное верно.

13. В норме ширина суставной щели коленного сустава составляет:

- А. 2-4 мм;
- Б. 4-8 мм;
- В. 8-12 мм;
- Г. 12-14мм;
- Д. Всё перечисленное верно.

14. В норме ширина суставной щели тазобедренного сустава составляет:

- А. 2-4 мм;
- Б. 4-5 мм;
- В. 8-12 мм;
- Г. 12-14 мм;
- Д. Всё перечисленное верно

15. Наибольшее физиологическое сужение позвоночного канала располагается на уровне:

- А. С2;
- Б. С3;
- В. С4;
- Г. С6;
- Д. С7.

16. По полной реберной ямке имеется на следующих грудных позвонках:

- А. На 2;
- Б. На 4 и 5;
- В. На 9 и 10;
- Г. На 11 и 12;
- Д. На всех перечисленных.

17. Через поперечное отверстие шейного отдела позвоночника проходят:

- А. Позвоночная артерия;
- Б. Позвоночные вены;
- В. Позвоночные нервы;

- Г. Позвоночная артерия, позвоночная вена и нервные, симпатические сплетения;
- Д. Все перечисленное.

18. Оптимальное время напряжения при выполнении постизометрической релаксации:

- А. 10 секунд;
- Б. 20 секунд;
- В. 30 секунд;
- Г. 40 секунд;
- Д. Не имеет значения

19. Наиболее правильная последовательность приемов лечений мануального терапевта:

- А. Мобилизация, манипуляция;
- Б. Манипуляция, мобилизация;
- В. ПИР, мобилизация, манипуляция;
- Г. Манипуляция;
- Д. Манипуляций, мобилизация, ПИР

20. В мануальной терапии обозначается термином "артрон":

- А. Взаимосвязь интерverteбрального сустава со связочным аппаратом;
- Б. Взаимосвязь интерverteбрального сустава с нервной системой;!
- В. Взаимосвязь интерverteбрального сустава с мышечной системой;
- Г. Взаимосвязь интерverteбрального сустава с телами соседних позвонков;
- Д. Все перечисленное.

21. В мануальной рефлексотерапии обозначается термином "verteброн":

- А. Взаимосвязь интерverteбрального сустава с дисками;
- Б. Взаимосвязь интерverteбрального сустава с нервной системой;
- В. Взаимосвязь интерverteбрального сустава со связочным аппаратом;
- Г. Взаимосвязь интерverteбрального сустава с мышечным аппаратом;
- Д. Всё перечисленное верно.

22. Уровень функциональных блокад, приводящий к наибольшему неравномерному уровню распределению нагрузки на ноги, сле-щий:

- А. Блокады крестцово-подвздошного сочленения;
- Б. Блокады нижнепоясничных сегментов;
- В. Блокады грудно-поясничного перехода;
- Г. Блокады шейно-грудного перехода;
- Д. Блокады кранио-цервикального сочленения.

23. Повышение подвижности в суставе является признаком:

- А. Патологической гипермобильности;
- Б. Проявлением конституциональных особенностей пациента;
- В. Приобретённым профессиональным качеством;
- Г. Не является важным клиническим признаком;
- Д. Всё перечисленное верно.

24. Движения в сегменте невозможны при следующей степени функциональной блокады:

- А. 0 степень;
- Б. 1 степень;

- В. 2 степень;
- Г. 4 степень;
- Д. 3 степень.

25. Главной целью манипуляций в мануальной терапии является:

- А Восстановление функции межпозвоночных суставов;
- Б Ликвидация функциональных блокад;
- В. Устранение болей;
- Г. Профилактика неврологических проявлений остеохондроза;
- Д. Всё выше перечисленное.

26. Манипуляцией в мануальной терапии называют:

- А. Ручное воздействие на заинтересованные структуры в виде разных ритмических приёмов;
- Б. Фиксация суставных отростков;
- В. Ручное воздействие на сустав в виде короткого быстрого толчка;
- Е. Тракция сустава;
- Д. Всё выше перечисленное

27. Манипуляция всегда осуществляется в направлении:

- А. Наибольшей выраженности боли;
- Б. Отсутствия боли;
- В. Наименьшей выраженности боли;
- Г. В сторону наименьшей подвижности;
- Д. Все выше перечисленное.

28. Клиновидную форму имеет поясничный позвонок:

- А. Первый;
- Б. Второй;
- В. Третий;
- Г. Пятый;
- Д. Все перечисленные.

29. Полуперепончатая мышца:

- А. Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;
- Б. Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее внутрь;
- В. Сгибает бедро и выпрямляет туловище;
- Г. Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее наружу;
- Д. Всё перечисленное.

30. Трехглавая мышца голени осуществляет:

- А. Подошвенное сгибание стопы и сгибание голени в коленном суставе, при фиксированной стопе тянет голень и бедро назад;
- Б. Подошвенное и боковое наружу сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;
- В. Подошвенное и боковое наружу сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;
- Г. Подошвенное, боковое кнутри и наружу сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;
- Д. Всё перечисленное

31. К экстензорам бедренного сустава относятся:

- А. Большая ягодичная мышца, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;
- Б. Большая ягодичная мышца, короткая головка двуглавой мышцы бедра, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;

- В. Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, трехглавая мышца голени;
- Г. Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, полуперепончатая мышца;
- Д. Все перечисленное.

32.К флексорам тазобедренного сустава: относятся:

- А. Прямая мышца бедра, подвздошно-поясничная мышца, мышца, напрягающая широкую фасцию бедра, средняя ягодичная мышца;
- Б. Прямая мышца бедра, задняя большеберцовая мышца;
- В. Прямая мышца бедра, подвздошно-поясничная мышца;
- Г. Прямая мышца бедра, средняя ягодичная мышца;
- Д. Все перечисленное.

33.Большая грудная мышца:

- А. Поднимает лопатку;
- Б. Опускает поднятую руку;
- В. Приближает лопатку к позвоночному столбу;
- Г. Опускает лопатку;
- Д. Все перечисленное.

34. Трапецевидная мышца:

- А. Поднимает и опускает лопатку, приближает ее к позвоночному столбу;
- Б. Поднимает лопатку;
- В. Опускает лопатку;
- Г. Поднимает и опускает лопатку;
- Д. Все перечисленное;

35. Правильным приёмом для исследования нагруженности: lig.ilio-sacralis является:

- А. Толчок по оси бедра на приведённую кнутри ногу пациента со гнутую в коленном и тазобедренном суставе;
- Б. Толчок по оси бедра на колено, приведённое в направлении к противоположному плечу;
- В. Толчок по оси бедра на колено приведённое в направлении к гомолатеральному плечу;
- Г. Тракция бедра;
- Д. Ротация бедра

36. Правильным приёмом для исследования нагруженности lig.ilio-tuberalis является:

- А. Толчок по оси бедра на приведённую кнутри ногу пациента со гнутую в коленном и тазобедренном суставе;.
- Б. Толчок по оси бедра на колено, приведённое в направлений к противоположному плечу;
- В. Толчок по оси бедра на колено приведённое в направлении к гомолатеральному плечу;
- Г. Тракция бедра;
- Д. Ротация бедра.

37. Нижняя левада проводится для исследования:

- А. Пассивной экстензии в нижнепоясничном отделе позвоночника;
- Б. Пассивной экстензии в верхнепоясничном отделе позвоночника;
- В. Пассивной экстензии в нижнегрудном отделе позвоночника;
- Г. Пассивной ротации в нижнепоясничном отделе позвоночника; •
- Д. Пассивной флексии в грудном отделе позвоночника.

38. Синдром поясничного гиперлордоза характеризуется сокращением и расслаблением:

- А. Расслаблением мышц живота, ягодичных мышц и сокращением подвздошно-поясничной мышцы;
- Б. Сокращением мышц живота и расслаблением ягодичных мышц;
- В. Сокращением мышц живота и расслаблением подвздошно-поясничной мышцы;
- Г. Расслаблением мышц живота, сокращением ягодичных мышц;
- Д. Все перечисленное верно

39. При обследовании пациент может коснуться пола ладонями, это указывает на гипермобильность в:

- А. Шейном отделе позвоночника;
- Б. Грудном отделе позвоночника;
- В. Поясничном отделе позвоночника;
- Г. Во всех отделах позвоночника;
- Д. Все перечисленное верно

40. В поясничном отделе позвоночника будет болезненным при гиперлордозе:

- А. Наклон вперед;
- Б. Наклон назад;
- В. Боковой наклон;
- Е. Ротация;
- Д. Все движения.

41. При обследовании пассивных движений в поясничном отделе позвоночника пациент находится в следующем положении:

- А. Стоит;
- Б. Сидит «верхом» на кушетке;
- В. Лежит на кушетке на боку;
- Г. Лежит поперек кушетки на животе;
- Д. Все перечисленное верно.

42. При обследовании пассивных движений в поясничном отделе позвоночника в положении на боку двигательная волна распространяется:

- А. Сверху вниз;
- Б. Снизу вверх;
- В. Зависит от выраженности лордоза;
- Г. Зависит от наличия болевого синдрома;
- Д. Всё перечисленное верно

43. При функциональном обследовании применяют:

- А. Фиксацию;
- Б. Тракцию;
- В. Дистракцию;
- Г. Пальпацию;
- Д. Все перечисленное верно

44. Мобилизационно-манипуляционная техника применяется:

- А. В шейном отделе позвоночника;
- Б. В грудном отделе позвоночника;
- В. В поясничном отделе позвоночника;
- Г. На суставах конечностей;
- Д. Во всех перечисленных случаях

45. Ротация головы при максимальном наклоне вперед позволяет исследовать сегменты:

А. С6-С7;

Б. С1-С2;

В. С4-С5;

Г. С3-С4;

Д. Всё перечисленное верно.

46. Ротация головы при максимальном разгибании позволяет выявить блокирование в сегментах:

А. С6-С7;

Б. С-С2;

В. С3-С4;

Г. С4-С5;

Д. Всё перечисленное верно

47. Ротация головы при "кивке -вперед*" позволяет исследовать сегменты:

А. С0-С1;

Б. С1-С2;

В. С3-С4;

Г. С4-С5;

Д. Всё перечисленное верно

48. Для исследования грудиноключичнососцевидной мышцы необходимо:

А. Голову пациента, находящегося в положении сидя, нагнуть в сторону пораженной мышцы, повернуть лицо в противоположную сторону и пропальпировать мышцу;

Б. Голову пациента, находящегося в положении сидя, нагнуть в противоположную сторону от пораженной мышцы, повернуть лицо в противоположную сторону и пропальпировать мышцу;

В. Нагнуть голову и пропальпировать мышцу;

Г. Голову оставить вертикально;

Д. Всё перечисленное верно.

49. При наклоне назад в шейном отделе исчезает пальпируемый отросток:

А. С5

Б. С6;

В. С7;

Г. Т1;

Д. Все отростки хорошо пальпируются.

50. Поперечный отросток С1 позвонка пальпируют на уровне:

А. Мочки уха;

Б. Сосцевидного отростка;

В. Между мочкой уха и сосцевидным отростком;

Г. Не подлежит пальпации;

Д. На уровне угла нижней челюсти.

51. При проведении мобилизационно — манипуляционной техники в шейном отделе позвоночника используют:

А. Пассивную тракцию;

Б. Тракцию в сочетании с ротацией;

В. Тракцию в сочетании с наклоном в сторону;

- Г. Тракцию в сочетании с наклоном кзади;
- Д. Выбирают технику в воздействия в зависимости от характера нарушения функции двигательных позвоночных сегментов

52. С трапецевидной мышцей при спондилогенных синдромах шейного отдела Позвоночника происходит:

- А. Сокращается;
- Б. Расслабляется;
- В. Нижняя часть сокращается, а верхняя расслабляется;
- Г. Нижняя часть расслабляется, а верхняя сокращается;
- Д. Все перечисленное верно.

53. Неврологическими проявлениями остеохондроза являются:

- А. Боли в различных отделах позвоночника в покое
- Б. Боли в различных отделах позвоночника при движении или физической нагрузке
- В. Ограничение подвижности позвоночника из-за боли
- Г. Напряжение длинных мышц спины
- Д. Всё перечисленное

54. Звеньями патогенетической цепи при остеохондрозе являются:

- А. Болевой синдром
- Б. Локальные мышечные гипертонусы
- В. Сосудистая дисциркуляция и развитие отёка в области пораженного межпозвонкового диска
- Г. Нарушение двигательного стереотипа
- Д. Всё перечисленное верно

55. При сглаженности поясничного лордоза наиболее верно развитие:

- А. Синдрома кокцигодинии
- Б. Синдрома приводящих мышц бедра
- В. Синдрома отводящих мышц бедра
- Г. Люмбоишалгии
- Д. Всё перечисленное верно

56. Цервикокраниалгия является:

- А. Корешковым синдромом
- Б. Корешково-сосудистым синдромом
- В. Ирритативно-рефлекторным синдромом
- Г. Миалгическим синдромом
- Д. Всё перечисленное верно

57. Нормальная амплитуда движения в атланто-окципитальном сочленении при исследовании "предкив" составляет:

- А. 8-13 градусов
- Б. 5-8 градусов
- В. 13-15 градусов
- Г. 15-18 градусов
- Д. 19-12 градус

58. При критической нагрузке на позвоночный столб сначала разрушаются:

- А. Фиброзное кольцо, студенистое ядро, замыкательные пластинки, тело позвонка

- Б. тело позвонка, замыкательные пластинки, фиброзное кольцо, студенистое ядро,
- В. студенистое ядро, фиброзное кольцо, замыкательные пластинки, тело позвонка
- Г. замыкательные пластинки, тело позвонка, студенистое ядро, фиброзное кольцо
- Д. Всё перечисленное верно

59. Дискогенная болезнь-это:

- А. Врожденные аномалии развития позвоночника
- Б. Дегенерация студенистого ядра
- В. Клинические проявления пояснично-крестцового радикулита
- Г. Дегенеративные проявления в анатомических структурах позвоночного двигательного сегмента, ведущие к развитию неврологического дефекта, имеющему четкую стадийность.
- Д. Всё перечисленное верно

60. Больным со срединными грыжами в поясничном отделе рекомендуется:

- А. Тракция в строго вертикальном положении
- Б. Тракция со сгибанием в поясничном отделе
- В. Все виды тракций противопоказаны
- Г. Тракция на разгибание
- Д. Всё перечисленное верно

61. Возобновление болевого синдрома после оперативного лечения грыжи диска составляет.

- А. 5-7%
- Б. 7-10%
- В. 20-44%
- Г. Свыше 70%
- Д. 50-60%

62. Внезапно возникшая осиплость голоса требует исключения:

- А. Лор патологии
- Б. Нарушения кровообращения в стволе мозга
- В. Истерических расстройств
- Г. Митрального порока сердца
- Д. Всё перечисленное верно

63. Сдавливание спинального корешка С8 сопровождается повреждением нерва:

- А. локтевого
- Б. аксиллярного
- В. срединного
- Г. лучевого
- Д. длинного грудного

64. При подъеме прямо й ноги у лежащего на спине пациента возникает боль в спине, отдающая в поднятую ногу. Предполагаете:

- А. отрыв четырёхглавой мышцы
- Б. асептический некроз головки бедра
- Г. псориатический артрит позвоночника
- Д. грыжа поясничного диска.

65. Spinabifida возникает при:

- А. несращении задних элементов позвонка
- Б. лизисе дорсальных элементов позвонка
- В. листезе вентральных отделов позвонка
- Г. лизисе латеральных элементов позвонка
- Д. несращении латеральных, элементов позвонка

66. Непосредственной причиной боли при наличии грыжи диска является:

- А. перифокальный отёк
- Б. растяжение диска
- В. растяжение задней продольной связки
- Г. растяжение артерий
- Д. всё перечисленное верно

67. При компрессии корешка S1 имеются следующие симптомы:

- А. зона боли и гипестезии проходит по задненаружной поверхности бедра, наружной поверхности голени и стопы
- Б. выпадает ахиллов рефлекс
- В. парез икроножной мышцы
- Г. не возможна ходьба на носках
- Д. Всё перечисленное верно.

68. Наиболее частая локализация грыж в поясничном отделе:

- А. Заднелатеральная
- Б. Задняя
- В. Передняя
- Г. Срединная
- Д. Всё перечисленное верно.

69. Грыжа в шейном отделе позвоночника чаще всего локализуется на уровне:

- А. C4-C5
- Б. C6-C7
- В. C5-C6
- Г. C7-T1
- Д. Всё перечисленное верно.

70. При компрессии корешка C5 возникает

- А. Зона боли и парестезии - шея, плечо, надплечье
- Б. Зона гипестезии - лопатка
- В. Парез отмечается в дельтовидной и двуглавой мышцах плеча.
- Г. Выпадает сухожильный рефлекс с бицепса
- Д. Всё перечисленное верно

71. При компрессии корешка C7 возникает:

- А. Зона боли и парестезии проецируется на шею, латеральную поверхность плеча, указательный и безымянный пальцы
- Б. Зона гипестезии - указательный и средний пальцы, лучевая поверхность предплечья
- В. Парез отмечается в трехглавой мышце плеча, локтевой разгибатель запястья
- Г. Карпорадиальный рефлекс отсутствует
- Д. Все перечисленное верно.

72. При компрессии корешка C8 имеется:

- А. Зона боли и парестезии проецируются на локтевую поверхность предплечья и кисти
- Б. Зона гипестезии- и 2 пальцы кисти

- В. Парез мышцы киста и разгибателей запястья
- Г. Рефлексы сохранены
- Д. Всё верно, кроме Б

73. При укорочении конечности после травмы или хирургического лечения необходимо:

- А. Восстановить длину конечности с помощью ортопедической обуви
- Б. Применять трость
- В. Не восстанавливать длину конечностей
- Г. Применять костыли
- Д. Проводить лечебную физкультуру для восстановления длины конечности

74. В лечении плечелопаточного периартроза предпочтение отдается:

- А. Новокаиновым блокадам
- Б. Мягкой иммобилизации руки и плечевого сустава
- В. Манипуляциям на шейном отделе и плечевом суставе
- Г. Проведению мануального лечения на всех отделах позвоночника
- Д. Все перечисленное верно.

75. После длительного пребывания в гипсовой кровати, вследствие перелома позвоночника, показано:

- А. Психотерапия
- Б. ЛФК
- В. Массаж
- Г. Мобилизацию позвоночника
- Д. Все перечисленное верно

76. Противопоказания для проведения мануальной терапии:

- А. Токсикоз
- Б. Геморрагический синдром
- В. Комбинированные пороки сердца
- Г. Декомпенсация сердечно-сосудистой системы
- Д. Правильны все ответы

77. Цель применения мануальной терапии:

- А. Улучшение кровообращения
- Б. Восстановление функции суставов
- В. Противовоспалительное действие
- Г. Улучшение иммунологической реактивности
- Д. Правильны все ответы

78. Мануальная терапия при функциональных кардиопатиях

- А. Показана
- Б. Противопоказана
- В. Показана с ограничениями
- Г. Показаны отдельные приёмы
- Д. Всё перечисленное верно

79. При лечении вегетативно сосудистой дистонии мануальную терапию можно сочетать с:

- А. Кислородными ваннами
- Б. Хлоридо-натриевыми ваннами
- В. Электрофорезом магния и брома
- Г. Электросном

Д. Правильны все ответы

80. Характерные клинические симптомы при язвенной болезни:

А. Боли в животе

Б. Тошнота

В. Плохой аппетит

Г. Изжога

Д. Правильны все ответы

81. Противопоказания для проведения мануальной терапии:

А. Болевой синдром

Б. Кровотечение

В. Отрицательные данные гистологии

Г. Мелена

Д. Правильны все ответы

82. Напряжение паравертебральных мышц при язвенной болезни возможно на уровне сегментов:

А. Th11-L1

Б. L1-L3

В. Th6-Th9

Г. С6-С7

Д. Всё перечисленное верно

83. При панкреатите изменения в ПДС позвоночника соответствуют сегментам:

А. Д3-Д5

Б. Д7-Д9

В. Д9-Д2

Г. С6-С7

Д. Всё перечисленное верно

84. Изменения в ПДС позвоночника при дискинезии кишечника соответствуют сегментам:

А. Д3-Д5

Б. Д7-Д9

В. Д9-Д2

Г. С6-С7

Д. Всё перечисленное верно

85. Миелинизация спинальных нервов у детей заканчивается:

А. К 5 годам

Б. К 7 годам.

В. К 2-3 годам

Г. К 4 годам

Д. Всё перечисленное верно.

86. Методы мануальной терапии применяются при бронхиальной астме для:

А. Купирования приступа удушья

Б. Устранения бронхоспазма

В. Комплексного лечения заболевания

Г. Для устранения последующих обострений

Д. Все перечисленное верно

87. При пальпации пораженного ПДС у больных с вертеброгенными дыхательными расстройствами возникает:

- А. Неприятные ощущения или боли в глубине грудной клетки
- Б. Учащение дыхания
- В. Одышка
- Г. Учащение ЧСС и дыхания
- Д. Всё перечисленное верно

88. Исследование феномена дыхательной волны:

- А. Выявить тип телосложения
- Б. Определить положение ребер при дыхании
- В. Определить тяжесть заболевания
- Г. Выявить ограничение подвижности в грудном отделе позвоночника
- Д. Всё перечисленное верно

89. Обследование кожной складки Киблера осуществляется паравертебрально путем:

- А. "Скольжения" вверх по позвоночнику
- Б. "Скольжения" вдоль межреберных промежутков
- В. "Отрывания" складки кожи вдоль позвоночника
- Г. Сгибания и\или разгибания в грудном отделе позвоночника
- Д. Ротации в грудном отделе позвоночника

90. Феномен дыхательной волны исследуют в положении пациента:

- А. Стоя
- Б. Лежа на животе
- В. Лежа на спине
- Г. Сидя на стуле
- Д. В любом положении

91. Боли при заболеваниях сердца распространяются на сегменты кожной иннервации:

- А. С6-D1
- Б. D1-D5
- В. D5-D10
- Г. D11-D12
- Д. L1-L3

92. У кардиологических больных выявляются гиперсенситивные зоны:

- А. С3-С4
- Б. С8-D8
- В. D5-D10
- Г. D11-D12
- Д. L1-L3

93. При спондилогенной дисфункции желудка возникают:

- А. Ощущение сдавления за грудиной на уровне D4-D9
- Б. Чувство задержки пищи при глотании и\или регургитация ее
- В. Запоры
- Г. Боли в эпигастрии в сочетании с болями в спине на уровне D6-D9
- Д. Всё перечисленное верно

94. Вегетативно-ирритативный синдром при патологии то кишки возникает в сегментах:

- А. D1-D3

- Б. D4-D5
- В. D6-D9
- Г. D10-D12
- Д. Всё перечисленное верно.

95. Для бруцеллезного спондилита характерно

- А. Начало в 25-30 лет
- Б. Частота возникновения одинакова у мужчин и женщин
- В. Наиболее частая локализация процесса средний поясничный уровень
- Г. Рентгенологически определяются мелкоочаговые деструктивные гнезда /3-4 мм / у замыкающих пластин
- Д. Всё перечисленное верно.

96. Мануальная терапия в ранних сроках беременности противопоказана при:

- А. Противопоказаний нет
- Б. Узком тазе
- В. Косом тазе
- Г. Плоскорахитическом тазе
- Д. Подвывихе копчика с кокцигодией

97. При почечной колике отмечается сколиоз:

- А. В гомолатеральную сторону
- Б. В ипсилатеральную сторону
- В. Сколиоз отсутствует
- Г. Имеется камптокармия
- Д. Всё перечисленное верно.

98. Триггерная точка локализуемая в нижних отделах прямой | мышцы живота отражает боль в:

- А. Эпигастрий
- Б. Пах
- В. Поясничную область
- Г. Бедро
- Д. Всё перечисленное верно.

99. При токсическом зобе мануальная терапия противопоказана:

- А. При наличии «горячих» узлов в щитовидной железе
- Б. При наличии узлов в щитовидной железе
- В. При аутоимунном тиреоидите
- Г. При выраженной потере веса
- Д. Всё перечисленное верно

100. Мануальную терапию при расхождении симфиза (как осложнении родов):

- А. Применяют
- Б. Не применяют
- В. Применяют с ограничениями
- Г. Применяют только мобилизацию
- Д. Применяют только манипуляцию:

ОТВЕТЫ

1 а б в	11 в	21 д	31 б	41 в	51 д	61 г	71 д	81 д	91 б
г д	12 б	22 д	32 в	42 б	52 а	62 д	72 д	82 в	92 б
2 г	13 б	23 г	33 б	43 д	53 д	63 а	73 а	83 б	93 г
3 б	14 б	24 а	34 а	44 д	54 д	64 д	74 а	84 в	94 г
4 а	15 г	25 д	35 б	45 б	55 б	65 а	75 д	85 в	95 д
5 а	16 в	26 в	36 в	46 а	56 в	66 в	76 д	86 в	96 б
6 д	17 г	27 г	37 а	47 в	57 а	67 д	77 д	87 а	97 а
7 б	18 а	28 г	38 г	48 а	58 г	68 а	78 а	88 а	98 б
8 а	19 в	29 б	39 в	49 б	59 г	69 б	79 д	89 а	99 д
9 д	20 г	30 а	40 б	50 в	60 б	70 д	80 д	90 б	100 б
10 в									

Вариант 3

1. Для выполнения своих обязанностей врач-специалист по мануальной терапии должен:

- А. Обладать теоретическими знаниями
- Б. Владеть умениями и практическими навыками проведения лечебно-профилактической работы мануальнотерапевтическими методами
- В. Владеть методами экспресс диагностики
- Г. Уметь организовать и провести мануальнотерапевтическую помощь в скорой и неотложной помощи в экстремальных условиях
- Д. Соблюдать принципы врачебной деонтологии

2. Оборудование кабинета мануального терапевта для проведения лечебных процедур включает перечисленное, кроме:

- а. Иглотерапии (корпоральной, аурикулярной, скальповой) классическим методом микроиглотерапии, поверхностного иглоукалывания.
- б. Точечного массажа, акупрессуры.
- в. Терморексотерапии.
- г. Физиотерапии.
- д. Бальнеотерапии.

3. Суставные отростки в поясничном отделе позвоночника расположены:

- А. Горизонтально;
- Б. Вертикально;
- В. Сагиттально;
- Г. Фронтально;
- Д. Все перечисленное

4. Мышечные ветви шейного сплетения иннервируют:

- А. Межпоперечные мышцы шеи
- Б. Переднюю лестничную мышцу
- В. Подключичную мышцу
- Г. Большую грудную мышцу
- Д. Широчайшую мышцу спины

5. Мышечные ветви плечевого сплетения иннервируют:

- А. Длинную мышцу шеи
- Б. Переднюю лестничную мышцу

- В. Подключичную мышцу
- Г. Большую грудную мышцу
- Д. Все перечисленное верно

6. Ветви поясничного сплетения иннервируют:

- А. Подвздошную мышцу
- Б. Большую и малую поясничную мышцу
- В. Кожа медиальной поверхности и внутреннюю капсулу коленного сустава
- Г. Грушевидную мышцу
- Д. Верно А,Б,В

7. Ветви крестцового сплетения иннервируют:

- А. Подвздошную мышцу
- Б. Большую и малую поясничную мышцу
- В. Кожа медиальной поверхности и внутреннюю капсулу коленного сустава
- Г. Грушевидную мышцу
- Д. Широчайшую мышцу спины

8. Лимфатические капилляры отсутствуют в:

- А. Головном и спинном мозге
- Б. Дерме
- В. Печени
- Г. Селезёнке
- Д. Легких

9. Шейная часть симпатического нервного ствола располагается:

- А. На поверхности длинной мышцы шеи;
- Б. Позади сосудисто-нервного пучка шеи;
- В. На поверхности длинной мышцы головы и длинной мышцы
- Г. Позади сосудисто-нервного пучка шеи на поверхности длинной мышцы головы и длинной мышцы шеи;
- Д. Все перечисленное.

10. Центральный отдел крестцовой части парасимпатической нервной системы располагается:

- А. В сером веществе спинного мозга в области мозгового конуса;
- Б. С внутренней стороны длинных мышц спины;
- В. На внутренней поверхности 2-4 — крестцовых сегментов;
- Г. На внутренней поверхности 5 поясничного и I крестцового сегмента;
- Д. Все перечисленное верно

11. Артерия Адамкевича входит в позвоночный канал чаще:

- А. Посредине;
- Б. Справа;
- В. Слева;
- Г. Сзади
- Д. Все перечисленное верно.

12. Критические зоны кровоснабжения спинного мозга находятся:

- А. На уровне 7 шейного, 4-8 грудного и 1 поясничного позвонков;
- Б. На уровне атлантоокципитального сочленения, 7 грудного и 1 поясничного позвонков;
- В. На уровне 7 шейного и 7 — 10 грудного позвонков;

- Г. На уровне 2 —3 шейного, 4 грудного и 1 поясничного позвонка;
- Д. Все перечисленное.

13. Наружная запирающая мышца:

- А. Поворачивает бедро наружу;
- Б. Поворачивает бедро внутрь;
- В. Выпрямляет бедро;
- Г. Сгибает бедро;
- Д. Отводит бедро

14. Экстрапирамидная система включает:

- А. Чёрную субстанцию;
- Б. Красные ядра;
- В. Мозжечок;
- Г. Голубое пятно;
- Д. Всё перечисленное верно

15. Ноцицептивное раздражение это:

- А. Раздражение рецепторов;
- Б. Раздражение, сопровождающееся болью при повреждении целостности кожного покрова и глуболежащих тканей;
- В. Нарушение гомеостаза кожи и глубочайших тканей;
- Г. Нарушение восприятия;
- Д. Все перечисленное

16. Спинальный центр парасимпатической иннервации мочевого пузыря находится в сегментах:

- А. L5-S1;
- Б. S1-S3;
- В. S3-S5;
- Г. С6-С7;
- Д. С7-Т1

17. Возникновение неврозов чаще наблюдается у:

- А. Сильных возбудимых типов;
- Б. Сильных тормозных типов;
- В. Слабых возбудимых или слабых тормозных;
- Г. Тип высшей нервной деятельности не имеет значения;
- Д. Всё перечисленное верно.

18. Трапецевидная мышца при фиксации плечевого пояса:

- А. Наклоняет голову назад;
- Б. Наклоняет голову в соответствующую сторону;
- В. Наклоняет голову вперед;
- Г. Наклоняет голову под углом 45 градусов;
- Д. Все перечисленное

19. Двигательным позвоночным сегментом называют:

- А. Шейный отдел позвоночника;
- Б. Грудной отдел позвоночника;
- В. Поясничный отдел позвоночника;

- Г. Два смежных позвонка и диск между ними;
- Д. Сегмент спинного мозга

20. Наиболее подвижными отделами позвоночника является:

- А. Шейный
- Б. Грудной
- В. Поясничный
- Г. Крестцовый
- Д. Верно А,В

21. При исследовании "игры суставов" фиксируют

- А. Проксимальную кость, относящуюся к исследуемому суставу;
- Б. Фиксируют дистальную кость;
- В. Фиксируют проксимальную и дистальную кости одновременно;
- Г. Фиксация не имеет значения;
- Д. Всё вышеперечисленное

22. При максимальном наклоне вперёд, увеличении расстояния С7-S1 считается нормальным:

- А. 1-2 см;
- Б. 3-5 см;
- В. 5-7 см;
- Г. 8-10 см;
- Д. 10-12 см.

23. Люмбализация это:

- А. Наличие 6 позвонка в копчиковом отделе позвоночника;
- Б. Наличие 6 позвонка в поясничном отделе позвоночника, за счёт верхнего крестцового сегмента;
- В. Слияние дистального поясничного позвонка с крестцом;
- Г. увеличение общего количества позвонков;
- Д. Всё перечисленное верно.

24. Сакрализация это:

- А. Наличие 6 позвонка в поясничном отделе позвоночника за счёт верхнего крестцового сегмента;
- Б. Спаяние дистального поясничного позвонка с крестцом;
- В. Увеличение общего количества позвонков;
- Г. Увеличение копчиковых позвонков;
- Д. Всё перечисленное верно.

25. К рентгенологическим признакам гормональной спондилострофии относятся:

- А. Снижение высоты тел позвонков;
- Б. "Прозрачность" тел позвонков;
- В. Грыжи Шморля;
- Г. "Рыбьи" позвонки;
- Д. Всё вышеперечисленное

26. Высота стола мануальной рефлексотерапии должна достигать уровня опущенных рук врача:

- А. Уровня плеча;
- Б. Уровня предплечья;
- В. Уровня лучезапястного сустава;
- Г. Уровня фалангового сочленения;
- Д. Уровня кончиков пальцев рук.

27. При наличии нескольких заблокированных позвоночных сегментов в различных отделах позвоночника, манипуляции выполняют:

- А. Последовательно, ежедневно только в одном сегменте идя от нижних сегментов к верхним;
- Б. Идя от верхних сегментов к нижним;
- В. Одновременно на всех заблокированных сегментах, идя сверху вниз;
- Г. Одновременно на всех сегментах, идя сверху вниз;
- Д. Последовательность не имеет значения.

28. Манипуляционная техника при применении метода постизометрической релаксации осуществляется:

- А. Осуществляется без сопротивления в направлении движения;
- Б. Осуществляется без сопротивления в направлении, противоположном движению;
- В. Осуществляется при сильном сопротивлении в направлении движения;
- Г. Осуществляется при сильном сопротивлении в направлении противоположном движению;
- Д. Осуществляется всегда при легком сопротивлении в направлении движения

29. Манипуляционная техника при применение метода ритмического вытяжения руками должна проводиться в плоскости:

- А. В строго горизонтальной плоскости;
- Б. Под углом 15 градусов к горизонтальной плоскости;
- В. Под углом 30 градусов к горизонтальной плоскости;
- Г. Под углом 50 градусов к горизонтальной плоскости;
- Д. Строго в плоскости сгибания

30. Основной эффект при осцилляционной технике

- А. Противоболевой;
- Б. Противоотечный;
- В. Противовоспалительный;
- Г. Диагностический;
- Д. Всё перечисленное верно

31. После применения мануальной терапии боли усилились, необходимо:

- А. Прекратить применять мануальную терапию;
- Б. Попытаться сразу же повторить процедуру;
- В. Устранить боль с помощью новокаиновой блокады;
- Г. Повторить мануальную терапию на следующий день;
- Д. Устранить боль с помощью новокаиновой блокады, повторить фельдшеру через 1-2 дня

32. На мышечную релаксацию направлены следующие виды аутомобилизации:

- А. Постизометрическая релаксация;
- Б. Антигравитационная релаксация;

- В. Повторяющаяся аутомобилизации;
- Г. Аутомобилизация в сторону ограничения подвижности;
- Д. Всё перечисленное верно

33. Применение мануальной терапии при свежих травматических повреждениях позвоночника:

- А. Показано;
- Б. Относительно показано;
- В. Показано с давностью заболевания не менее двух недель;
- Г. Противопоказано;
- Д. Всё перечисленное верно

34. Больному с косым тазом применять мануальную терапию:

- А. Можно;
- Б. Нельзя;
- В. Относительно показано;
- Г. Возможно после применения ортопедических мероприятий;
- Д. Всё перечисленное верно.

35. Применять больному с повышенной подвижностью двигательного сегмента метод ритмического вытяжения руками:

- А. Можно;
- Б. Можно в стадии ремиссии;
- В. Можно в стадии относительной ремиссии;
- Г. Можно через 2 недели после начала заболевания; Д. Нельзя.
- Д. Нельзя

36. Тест "сдавливания" Стоддарта заключается в:

- А. Надавливание на гребни подвздошных костей в сторону средней линии, в положении больного на спине;
- Б. Давление на гребни подвздошных костей в стороны и вниз;
- В. Поочередное надавливание на крестцово-подвздошные сочленения;
- Г. Одновременное надавливание на крестцово-подвздошные сочленения;
- Д. Всё перечисленное верно

37. Для выявления неравномерного распределения осевой нагрузки на ноги при наличии функциональной блокады в любом отделе позвоночника используют:

- А. Курвиметр;
- Б. Весы;
- В. Сантиметр;
- Г. Транспортер;
- Д. Всё перечисленное верно.

38. При проведении тракции на шейный отдел позвоночника строго по оси шейного тракционное усилие идет на двигательные сегменты:

- А. С0-С1;
- Б. С3-С6;
- В. С2-Тh2;
- Г. С7-Тh1;
- Д. С6-С7.

39. При проведении мягкой мобилизационной техники на шейном отделе позвоночника имеются:

- А. Абсолютные противопоказания;
- Б. Относительные противопоказания;
- В. Абсолютные и относительные противопоказания;
- Г. Нет противопоказаний;
- Д. Всё перечисленное верно.

40. При проведении дифференцированной манипуляции на шейном отделе фиксируется:

- А. Плечи больного;
- Б. Туловище больного;
- В. Нижележащий позвонок;
- Г. Вышележащий позвонок;
- Д. Всё перечисленное верно

41. Отметьте неправильное движение при проведении манипуляции на атланто-окципитальное сочленение на тракцию:

- А. Плотный хват головы;
- Б. Установка руки под подбородком;
- В. Максимальная латерофлексия головы;
- Г. Толчок рукой по оси шеи;
- Д. Всё перечисленное верно

42. При тракционной манипуляции на грудной отдел позвоночника в положении больного стоя врач производит толчок:

- А. Спиной;
- Б. Ногами;
- В. Руками;
- Г. Животом;
- Д. Всё перечисленное верно.

43. При проведении манипуляции на разгибание на межпозвонковых суставах врач располагает руки:

- А. На остистых отростках;
- Б. На поперечных отростках;
- В. На суставных отростках;
- Г. На ребрах;
- Д. Всё перечисленное верно.

44. Время удерживания головы больного характерное для нормального функционирования сгибателей шеи:

- А. 0 сек;
- Б. 5 сек;
- В. 20 сек;
- Г. 25 сек;
- Д. 30 сек.

45. Синдром шейного гиперлордоза с компенсаторным грудным кифозом характеризуется сокращением и расслаблением мышц:

- А. Расслаблением нижних и перегрузкой верхних фиксаторов лопатки;
- Б. Расслаблением нижних и перегрузкой верхних фиксаторов лопатки с одновременным расслаблением глубоких флексоров шеи и сокращением бульбарных мышц;

- В. Сокращением нижних и расслаблением верхних фиксаторов лопатки;
- Г. Сокращением нижних и расслаблением верхних фиксаторов лопатки с одновременным расслаблением глубоких флексоров шеи и расслаблением бульбарных мышц;
- Д- Все перечисленное верно.

46. Нормальный объем движений в сочленении С1-С2 составляет :

- А. 5 градусов;
- Б. 0 градусов;
- В. 5 градусов;
- Г. 20 градусов;
- Д. 25 градусов

47. Остистый отросток С2 при исследовании вращения в сочленении С1-С2 при наличии функциональной блокады:

- А. Смещается немного вверх;
- Б. Смещается немного вниз;
- В. * Убегает* вправо или влево;
- Г. Не сдвигается с места;
- Д. Всё перечисленное верно

48. Для обнаружения в шейном отделе позвоночника 7 шейный позвонок:

- А. Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному наклонить голову назад;
- Б. Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному незначительно наклонить голову вперед;
- В. Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному, максимально наклонить голову вперед;
- Г. Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному наклонить голову в сторону;
- Д. Всё перечисленное верно

49. Правая рука врача при исследовании пассивного наклона вперед между атлантом и затылочной костью должна располагаться

- А. На сосцевидных отростках головы больного;
- Б. На затылке больного;
- В. На темени больного;
- Г. На лбу больного;
- Д. На задней дуге атланта больного.

50. Исследование пассивного наклона назад между атлантом затылочной костью проводится:

- А. Правая рука находится на затылке больного;
- Б. Правая рука врача находится на темени больного;
- В. Правая рука врача находится на лбу больного;
- Г. Больной и указательный палец правой руки врача находится в задней дуге атланта;
- Д. Указательные пальцы правой и левой кистей врача находятся на задней дуге атланта больного

51. Правая рука врача при исследовании наклона в сторону в атланто-окципитальном сочленении находится:

- А. Большой и указательный пальцы правой руки врача на задней дуге атланта больного;
- Б. Под головой больного;
- В. На сосцевидных отростках головы больного;
- Г. На затылке больного;
- Д. На лбу больного

52. В шейном отделе позвоночника возможно проведение:

- А. Тракции;
- Б. Ротации;
- В. Мобилизации;
- Г. Манипуляции;
- Д. Всё перечисленное верно.

53. В сегменте С0-С1 возможны движения из перечисленных:

- А. Ротация головы;
- Б. Наклон головы вперед;
- В. Латеро-латеральные движения;
- Г. Вентро-дорзальные движения;
- Д. Всё перечисленное верно

54. Для начальной стадии дисциркуляции в вертебрально-базилярной системе характерно:

- А. Наличие функциональных блокад в сегментах С2-С3-С4-С5
- Б. Отсутствие функциональных блокад в сегментах С5-С6-С7
- В. Отсутствие функциональных блокад в сегментах СС2-СС3-С4-С5
- Г. Наличие функциональных блокад в сегментах С6-С7-Th1
- Д. Всё перечисленное верно

55. Для 1-й стадии вертебрально-базилярной болезни характерны:

- А. Преобладание жалоб на головокружение, головную боль над очаговыми проявлениями
- Б. Сочетание жалоб на головную боль, головокружение с нистагмом, снижением слуха
- В. Отсутствие жалоб в сочетании с очаговыми проявлениями
- Г. Отсутствие клинических проявлений в сочетании с рентгенологическими проявлениями
- Д. Всё перечисленное верно

56. Наиболее значимым методом для подтверждения вертебрально-базилярной болезни является:

- А. КТ головного мозга
- Б. ЭЭГ
- В. УЗДГ(РЭГ)
- Г. МРТ головного мозга и шеи
- Д. Всё перечисленное верно

57. При идиопатическом сколиозе 1-2 степени отмечается следующая деформация позвоночника:

- А. Боковое искривление
- Б. Кифоз грудного отдела
- В. Боковое искривление в сочетании с ротацией позвонков
- Г. Выпрямление физиологических изгибов

Д. Всё перечисленное верно

58. Эффективное лечение идиопатического сколиоза возможно при следующих показателях первичной дуги искривления:

- А. 0 градусов
- Б. 10-25 градусов
- В. 25-40
- Г. 25-50
- Д. 50-70 градусов

59. Наибольший эффект от лечения идиопатического сколиоза можно получить:

- А. В дошкольном возрасте
- Б. В период активного роста ребенка
- В. По окончании активного роста ребенка
- Г. У взрослого пациента
- Д. Всё перечисленное верно

60. Прогрессирование идиопатического сколиоза прекращается:

- А. С прекращением роста человека
- Б. С прекращением периода полового созревания
- В. С началом лечения
- Г. Не прекращается в течение всей жизни человека
- Д. Всё перечисленное верно

61. Остеохондропатия - это:

- А. Переходный этап в развитии костной ткани
- Б. Подострой асептический некроз кости
- В. Последствие перенесенной травмы кости
- Г. Наследственное заболевание
- Д. Всё перечисленное верно

62. Боль при остеохондропатиях возникает:

- А. При физической и статической нагрузке
- Б. При положении в покое
- В. При мануальном лечении
- Г. Не возникает
- Д. Всё перечисленное верно

63. Положительной проба поколачивания по области почек считается при:

- А. Появлении боли на стороне больной почки:
- Б. Появлении эритроцитурии
- В. Появлении лейкоцитурии
- Е. Повышении мочевины крови
- Д. Всё перечисленное верно

64. Грыжи дисков грудного отдела составляют от всех грыж дисков менее:

- А. 50%
- Б. 30%

В. 20%

Г. 1%

Д. Все перечисленное верно.

65. Какой диск наиболее часто поражается в грудном позвоночнике:

А. Th3-Th4

Б. Th8-Th9

В. Th10-Th11

Г. Th11-Th12

Д. Th1-Th2

66. Коленный сухожильный рефлекс включает и чувствительные волокна бедренного нерва, которые начинаются в спинальных сегментах:

А. S3-S4

Б. S2-S3

В. S-S2

Г. L3-L4

Д. L2-L3

67. Наиболее частой причиной свисания стопы является сдавление:

А. Седалищного нерва

Б. Общего малоберцового нерва

В. Заднего большеберцового нерва

Г. Икроножного нерва

Д. Запирательного нерва

68. Наиболее частой причиной поражения конского хвоста является:

А. Травма, опухоль

Б. Сосудистая мальформация, воспаление

В. Метаболическое и токсическое поражение

Г. Костные аномалии

Д. Всё перечисленное верно

69. При синдроме тарзального канала может страдать:

А. Седалищный нерв

Б. Большеберцовый нерв

В. Малоберцовый нерв

Г. Бедренный нерв

Д. Всё перечисленное верно

70. Для компрессионно-ишемической невропатии запирательного нерва характерно:

А. Нарушение чувствительности по внутренней поверхности бедра

Б. Слабость всех мышечных групп ниже колена

В. Свисание стопы

Г. Нарушение координаторных проб

Д. Все перечисленное верно.

71. Для корешкового синдрома, характерны:

А. Стреляющие боли

Б. Дерматомные нарушения чувствительности

В. Снижение или выпадение рефлексов

Г. Слабость, гипотрофия и атрофия мышц

Д. Все перечисленное верно

72. Грыжей цервикального диска могут быть вызваны:

- А. Брахиалгия
- Б. Фасцикуляции в трицепсе
- В. Нарушения чувствительности по сегментарному типу в руке
- Г. Атрофия большой грудной мышцы
- Д. Все перечисленное верно.

73. Хронической болью считается боль, продолжающаяся БОЛЕЕ

- А. 2мес.
- Б. 4мес.
- В. 6мес.
- Г. 8мес
- Д. 2 мес

74. Паралич "медового месяца" возникает вследствие:

- А. Травмы коленного сустава
- Б. Травмы локтевого сустава
- В. Туннельного синдрома лучевого нерва
- Г. Ишемическая нейропатия лучевого нерва
- Д. Туннельного синдрома срединного нерва

75. Практически не имеет противопоказаний в ортопедии:

- А. Мобилизация
- Б. Манипуляция
- В. Постизометрическая релаксация
- Г. ЛФК
- Д. Все перечисленное верно

76. Миелинизация пирамидной системы у детей заканчивается

- А. К 5 годам
- Б. К 7 годам
- В. К 3 годам
- Г. К 1 году
- Д. К 6 годам

77. Разница между позвонком и соответствующим сегментом спинного мозга на уровне шейного отдела позвоночника у грудного ребенка составляет:

- А. Один позвонок
- Б. Два позвонка
- В. Три позвонка.
- Г. Четыре позвонка
- Д. Пять позвонков

78. Мануальную терапию у детей можно проводить:

- А. С 3-х лет
- Б. С 5-ти лет
- В. С грудного возраста
- Г. С 2-х лет
- Д. С 4-х лет

79. Подготовка к проведению мануальной терапии включает:

- А. Познакомить с возможными ощущениями
- Б. Познакомить с правилами поведения после процедуры
- В. Подготовить помещение
- Г. Разъяснение больному или родителям сущности применяемого метода
- Д. Все перечисленное верно

80. Мануальная терапия у детей противопоказана при:

- А. Сильном болевом синдроме
- Б. Ретроспондилолистезе
- В. Функциональном блоке
- Г. Большого количества функциональных блоков
- Д. Все перечисленное верно.

81. Мануальная терапия противопоказана при:

- А. Гемофилии
- Б. Бронхиальной астме
- В. Остеопорозе позвоночника
- Г. Ретроспондилолистезе
- Д. Все перечисленное верно.

82. Мануальная терапия у детей противопоказана при:

- А. Декомпенсации сердечно-сосудистой системы
- Б. Вегетативно-сосудистой дистонии
- В. Сколиозе
- Г. Пневмонии
- Д. Все перечисленное верно.

83. Мануальная терапия противопоказана при:

- А. Неустановленном диагнозе
- Б. Пневмонии
- В. Бронхите
- Г. Гепатите
- Д. Холецистите в стадии ремиссии

84. Оказание помощи при обморочном состоянии:

- А. Провести пробу Берги
- Б. Провести вытяжение шейного отдела позвоночника с помощью петли Глиссона
- В. Уложить больного на кушетку
- Г. Усилить оказываемое мануальное воздействие
- Д. Все перечисленное верно

85. Мануальная терапия противопоказана при:

- А. Сколиотической болезни 3 степени
- Б. Колите
- В. Стенокардии
- Г. Гепатите
- Д. Холецистите в стадии ремиссии.

86. При заболеваниях печени зонами гиперестезии являются:

- А. D5-D6
- Б. D6-D10

- В. D3-D6
- Г. D3-D8
- Д. Все перечисленное верно.

87. Наличие функциональных блокад у больных с заболеваниями органов брюшной полости как правило локализовано на уровне:

- А. D8-D2
- Б. D4-D7
- В. D7-D9
- Г. D2-L2
- Д. Всё перечисленное верно.

88. Мануальную терапию при рождении ребенка:

- А. Применяют
- Б. Не применяют
- В. Иногда
- Г. Используют только релаксацию
- Д. Всё перечисленное верно.

89. Наиболее часто страдает во время родового акта:

- А. Нижнейшейный отдел
- Б. Среднейшейный отдел
- В. Верхнейшейный отдел
- Г. Пояснично-крестцовый
- Д. Все отделы

90. Следующие заболевания в акушерстве и гинекологии могут быть обусловлены дискогенной болезнью:

- А. Метроррагии, обусловленные нарушением вегетативной иннервации яичников
- Б. Метроррагии, обусловленные нарушением симпатической иннервации
- В. Транзиторные расстройства менструального цикла при хронических инфекциях
- Г. Транзиторные расстройства менструального цикла при эндометриозе
- Д. Всё перечисленное верно

91. Показано проведение мануальной терапии в гинекологии при:

- А. Дисфункция яичников
- Б. Прогрессирующий аденомиоз
- В. Беременность 6 недель
- Г. Множественные эрозии шейки матки

92. Парестезии и напряжение кожи при гинекологических заболеваниях может определяться в зоне сегментов:

- А. D10-11
- Б. D8-D9
- В. L2-L4
- Г. L5-S1
- Д. Всё перечисленное верно.

93. Мануальную терапию при расхождении симфиза (как осложнении родов):

- А. Применяют
- Б. Не применяют
- В. Применяют с ограничениями
- Г. Применяют только мобилизацию
- Д. Применяют только манипуляцию:

94. Наиболее часто у рожениц боли в пояснице связаны:

- А. С проявлениями остеохондроза
- Б. С блокадой КПС в родах
- В. С воспалительными изменениями в яичниках..
- Г. С воспалительными изменениями в матке
- Д. Всё перечисленное верно

95. Мануальная терапия в ранних сроках беременности противопоказана при:

- А. Противопоказаний нет
- Б. Узком тазе
- В. Косом тазе
- Г. Плоскорахитическом тазе
- Д. Подвывихе копчика с кокцигодией

96. Наиболее часто у рожениц боли в пояснице связаны:

- А. С проявлениями остеохондроза
- Б. С блокадой КПС в родах
- В. С воспалительными изменениями в яичниках..
- Г. С воспалительными изменениями в матке
- Д. Всё перечисленное верно.

97. Мануальные методы диагностики и лечения при ревматоидных заболеваниях это:

- А. В полном объеме все диагностические и лечебные методы
- Б. Только ПИР
- В. Аутомобилизация
- Г. Методы мануальной терапии в стадии ремиссии
- Д. Всё перечисленное верно

98. При анкилозирующем спондилоартрите / болезни Бехтерева / воспалительный процесс чаще начинается с поражения:

- А. Крестцово-подвздошных сочленений
- Б. Межпозвонковых суставов
- В. Рёберно-позвоночных суставов
- Г. Периферических суставов
- Д. Всё перечисленное верно

99. Для ранней стадии анкилозирующего спондилоартрита характерно:

- А. Начало заболевания между 20 и 30 годами
- Б. Преимущественно болеют мужчины
- В. Боль в пояснице и крестце постоянного характера, усиливающиеся преимущественно во второй половине ночи и утром
- Г. Ирит, иридоциклит
- Д. Все верно

100. Парестезии и напряжение кожи при гинекологических заболеваниях может определяться в зоне сегментов:

- А. D10-11
- Б. D8-D9
- В. L2-L4

- Г. L5-S1
 Д. Всё перечисленное верно.

ОТВЕТЫ

1 а б в	11 в	21 в	31 в	41 б	51 б	61 б	71 д	81 а	91 а
г д	12 г	22 в	32 д	42 г	52 д	62 а	72 д	82 а	92 а
2 а б в	13 а	23 б	33 г	43 б	53 б	63 б	73 в	83 а	93 б
3 г	14 д	24 б	34 а	44 в	54 в	64 г	74 г	84 в	94 б
4 б	15 б	25 д	35 д	45 б	55 а	65 г	75 в	85 в	95 б
5 д	16 в	26 в	36 а	46 д	56 в	66 г	76 в	86 б	96 б
6 д	17 г	27 в	37 б	47 в	57 в	67 в	77 в	87 б	97 г
7 г	18 б	28 а	38 в	48 а	58 б	68 а	78 в	88 а	98 а
8 а	19 г	29 б	39 г	49 д	59 б	69 в	79 д	89 в	99 д
9 г	20 д	30 г	40 в	50 д	60 а	70 а	80 а	90 а	100 а
10 а									

Вариант 4

1. Целью работы кабинета мануальной терапии по диспансеризации является:

- А. Сохранение и укрепление здоровья.
 Б. Предупреждение развития заболевания путем проведения профилактического лечения.
 В. Снижение заболеваемости.
 Г. Проведение необходимых мануальнотерапевтических мероприятий.
 Д. Наиболее полный охват больных диспансерным наблюдением.

2. Правовые основы здравоохранения:

- А. Закон о здравоохранении
 Б. Право граждан на охрану здоровья
 В. Законодательство о труде медицинских работников, в том числе, врача специалиста по рефлексотерапии, медицинской сестры мануальнотерапевтического кабинета
 Г. Правовые профессионально-должностные нарушения, борьба с ними и меры их предупреждения
 Д. Правовые основы медперсонала хозрасчетных учреждений и врачей страховой медицины

3. В норме ширина позвоночного канала на шейном уровне составляет:

- А. 14 мм и больше
 Б. 10 -12 м
 В. 8 - 12 мм
 Г. 6-8мм

4.Рефлекторная дуга включает следующие звенья:

- А. Рецепторные афферентные пути
 Б. Вставочные нейроны
 В. Проводящие пути
 Г. Соматосенсорная и соматомоторная зона коры, афферентные и эфферентные пути
 Д. Все перечисленное

5. Функциональная организация нервных центров складывается из:

- А. Периферических отделов-рецепторов
- Б. Сенсорных систем-анализаторов
- В. Проводниковых отделов анализаторов
- Г. Корковых отделов анализаторов
- Д. Всего перечисленного

6. Тормозным действием обладает:

- А. Альфа-мотонейрон
- Б. Клетка Реншоу
- В. Клетка Беца
- Г. Гамма-мотонейрон
- Д. Нейрон спинномозгового ганглия

7. Возбуждающим действием на нейроны обладают:

- А. Глутамин
- Б. Гамма-аминомасляная кислота
- В. Пируватдегидрогеназа
- Г. Серотонин
- Д. Аспарта.

8. Тормозным действием на нейроны обладают:

- А. Глутамин
- Б. Гамма-аминомасляная кислота
- В. Пируватдегидрогеназа
- Г. Серотонин
- Д. Аспартат

9. В норме ширина суставной щели коленного сустава составляет:

- А. 2-4 мм;
- Б. 4-8 мм;
- В. 8-12 мм;
- Г. 12-14мм;

10. В норме ширина суставной щели тазобедренного сустава составляет:

- А. 2-4 мм;
- Б. 4-5 мм;
- В. 8-12 мм;
- Г. 12-14 мм;

11. Наибольшее физиологическое сужение позвоночного канала располагается на уровне:

- А. С2
- Б. С3
- В. С4
- Г. С6
- Д. С7

12. По полной реберной ямке имеется на следующих грудных позвонках:

- А. На 1

- Б. На 4и5
- В. На 9 и 10
- Г. На 1,11 и 12
- Д. На всех перечисленных

13. Через поперечное отверстие шейного отдела позвоночника проходят:

- А. Позвоночная артерия
- Б. Позвоночные вены
- В. Позвоночные нервы
- Г. Позвоночная артерия, позвоночная вена и нервные, симпатические сплетения
- Д. Все перечисленное

14. Борозда или канал позвоночной артерии атланта располагается на:

- А. Задней дуге атланта
- Б. Передней дуге атланта
- В. Верхней суставной ямке
- Г. Нижней суставной ямке

15. Суставной отросток находится на верхних суставных отростках поясничных позвонков:

- А. На втором
- Б. На третьем
- В. На первом
- Г. На четвертом
- Д. На всех перечисленных

16. Суставные отростки в поясничном отделе позвоночника расположены:

- А. Горизонтально
- Б. Вертикально
- В. Сагиттально
- Г. Фронтально
- Д. Все перечисленное.

17. Суставные отростки в грудном отделе позвоночника расположены:

- А. Горизонтально
- Б. Вертикально
- В. Фронтально
- Г. Сагиттально
- Д. Все перечисленное

18. Больному с косым тазом применять мануальную терапию:

- А. Можно;
- Б. Нельзя;
- В. Относительно показано;
- Г. Возможно после применения ортопедических мероприятий;

19. Применять больному с повышенной подвижностью двигательного сегмента метод ритмического вытяжения руками:

- А. Можно;
- Б. Можно в стадии ремиссии;
- В. Можно в стадии относительной ремиссии;
- Г. Можно через 2 недели после начала заболевания;

Д. Нельзя.

20. Применять мануальную терапию можно при следующих степенях функциональной блокады/по К. Левиту/:

- А. 1 степени;
- Б. 2 степени;
- В. 3 степени;
- Г. 4 степени;
- Д. Верно А,Б,В.

21. Применять мануальную терапию после оперативного лечения межпозвонковых дисков:

- А. Противопоказано;
- Б. Показано;
- В. Относительно показано;
- Г. Можно только спустя 12 месяцев после оперативного лечения;
- Д. Всё вышеперечисленное верно.

22. Причинами осложнения мануальной терапии служат:

- А. Проведение МТ недостаточно обследованному больному;
- Б. Проведение МТ врачом, некомпетентному в вертеброневрологии
- В. Проведение МТ врачом, недостаточно владеющим техникой воздействий;
- Г. Недостаточность мероприятий направленных на закрепление эффекта МТ;
- Д. Все перечисленное верно.

23. Осложнения мануальной терапии, возникающие при недостаточном обследовании больного, развиваются вследствие:

- А. Онкологического поражения позвоночника;
- Б. Остеопороза позвоночника;
- В. Спондилолистеза;
- Г. Заболевания внутренних органов, вызвавших висцеровертеброгенные синдромы;
- Д. Всё перечисленное верно

24. Осложнения при проведении МТ недостаточно подготовленным врачом обусловлены:

- А. Чрезмерным усилием, прилагаемым врачом;
- Б. Недостаточным усилием;
- В. Незнанием определённой техники мобилизации и манипуляции;
- Г. Неправильным выполнением техники мобилизации и манипуляции;
- Д. Всё вышеперечисленное

25. Вращение в поясничном отделе позвоночника возможно в норме на:

- А. 20-30 градусов
- Б. 30-35 градусов
- В. 40-60 градусов
- Г. 10-15 градусов
- Д. 60-70 градусов

26. Объем и направление движений по плоскостям в шейном отделе позвоночника от С3 до С7 представляет:

- А. Вращение, наклоны в стороны, вперед и назад, движения в передне-заднем и латеро-латеральном направлениях;
- Б. Вращение, наклоны в стороны;
- В. Вращение, наклоны в стороны, сгибание и разгибание;
- Г. Вращение, наклоны в стороны, вперед-назад и в передне-заднем направлениях;
- Д. Все перечисленное.

27. Объем и направление движений по плоскостям в поясничном отделе позвоночника представляет:

- А. Боковое сгибание, сгибание вперед, разгибание
- Б. Вращение, боковое сгибание, сгибание вперед, разгибание;
- В. Вращение, боковое сгибание, сгибание вперед, движения в передне-заднем и латеро-латеральном направлениях;
- Г. Боковое сгибание, сгибание вперед, разгибание, движения в передне-заднем и латеро-латеральном направлениях;
- Д. Все перечисленное.

28. Малая ромбовидная мышца:

- А. Поднимает лопатку
- Б. Приближает лопатку к позвоночному столбу по косой линии к середине и вверх
- В. Оттягивает лопатку от позвоночного столба
- Г. Наклоняет голову вперед
- Д. Все перечисленное

29. Полуперепончатая мышца:

- А. Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;
- Б. Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее внутрь;
- В. Сгибает бедро и выпрямляет туловище;
- Г. Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее наружу;
- Д. Все перечисленное.

30. Двигательным позвоночным сегментом называют:

- А. Шейный отдел позвоночника;
- Б. Грудной отдел позвоночника;
- В. Поясничный отдел позвоночника;
- Г. Два смежных позвонка и диск между ними;
- Д. Сегмент спинного мозга

31. Ведущими рентгенологическими признаками при ревматоидном артрите являются:

- А. Околосуставной эпифизарный остеопороз;
- Б. Сужение суставной щели;
- В. Краевые эрозии (узур);
- Г. Все перечисленное верно

32. При начальных стадиях остеохондроза поясничного отдела позвоночника:

- А. Рентгенографические изменения не выявляются;
- Б. На рентгенограммах обнаруживаются снижение высоты межпозвонковых дисков;
- В. На рентгенограммах обнаруживаются небольшие краевые остеофиты;
- Г. На рентгенограммах обнаруживается снижение высоты межпозвонковых дисков и небольшие краевые остеофиты;
- Д. Все перечисленное

33. Противопоказанием к проведению МРТ является:

- А. Наличие имплантированных кардиостимуляторов;
- Б. Наличие имплантированных микронасосов для подачи инсулина;
- В. Клаустрофобия;
- Г. Ожирение 4 степени;
- Д. Всё вышеперечисленное

34. Ограничение подвижности в позвоночнике может быть вызвано:

- А. Травмой;
- Б. Опухолью костей;
- В. Опухолью спинного мозга;
- Г. Заболеванием мышц;
- Д. Всё перечисленное

35. Для проведения дифференцированной манипуляции на разгибания в нижнепоясничном отделе позвоночника стопа верхней ноги должна располагаться:

- А. В подколенной ямке;
- Б. На ахилловом сухожилии;
- В. Опущена вниз;
- Г. Отведена назад;
- Д. Всё перечисленное верно.

36. Для проведения дифференцированной манипуляции на разгибание в верхнепоясничном отделе позвоночника стопа верхней ноги должна располагаться:

- А. В подколенной ямке;
- Б. На ахилловом сухожилии;
- В. Опущена вниз;
- Г. Отведена назад;
- Д. Всё перечисленное верно

37. Для проведения дифференцированной манипуляции на разгибание в нижнегрудном отделе позвоночника стопа верхней ноги должна располагаться:

- А. В подколенной ямке;
- Б. На ахилловом сухожилии;
- В. Опущена вниз;
- Г. Отведена назад;
- Д. Всё перечисленное верно

38. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки блокирование чаще всего располагается на уровне:

- А. Th7-Th9;
- Б. Th5-Th6;
- В. Th9-Th10;
- Г. Th3-Th4;
- Д. Th11-Th12

39. Какая из перечисленных техник воздействия не является лечебной:

- А. Манипуляция;
- Б. Мобилизация;
- В. Ротация;

- Г. Тракция;
- Д. Всё перечисленное верно

40. Меньше страдает при коксоартрозе:

- А. Наружная ротация бедра;
- Б. Внутренняя ротация бедра;
- В. Приведение бедра;
- Г. Отведение бедра;
- Д. Всё перечисленное верно

41. Сила изометрического напряжения при проведении постизометрической релаксации мышц:

- А. Минимальная;
- Б. До болевых ощущений у пациента;
- В. Максимальная;
- Г. До получения "акустического феномена";

42. При проведении изометрического напряжения пациент переводит взгляд:

- А. Вверх;
- Б. Вниз;
- В. В сторону предполагаемого движения;
- Г. В сторону противоположную предполагаемого движения;
- Д. Всё перечисленное верно

43. При максимальном наклоне головы вперед ротации происходит:

- А. В сегменте С7-Т1;
- Б. В сегменте С1-С2;
- В. В сегменте С3-С6;
- Г. В сегменте С0-С1;
- Д. Всё перечисленное верно.

44. Исследование «кив» проводится в положении больного:

- А. Сидя;
- Б. Лежа на боку;
- В. Лежа на спине;
- Г. Лежа на животе;
- Д. Всё перечисленное верно

45. Обследование ротации в среднешейном отделе позвоночника проводится по:

- А. Поперечным отросткам;
- Б. Суставным отросткам;
- В. Остистым отросткам;
- Г. По внешним признакам;
- Д. Всё перечисленное верно.

46. Обследование бокового наклона в среднешейном отделе позвоночника проводится по:

- А. Поперечным отросткам;
- Б. Суставным отросткам;
- В. Остистым отросткам;
- Г. По внешним признакам; Д. Всё перечисленное верно.

47. Обследованием «кив» называется исследование:

- А. Пассивного бокового наклона головы;
- Б. Пассивного наклона головы вперед;
- В. Пассивного наклона головы назад;
- Г. Активного наклона головы в сторону;
- Д. Всё перечисленное верно.

48. Обследованием «предкив» называется исследование:

- А. Пассивного бокового наклона головы;
- Б. Пассивного наклона головы вперед;
- В. Пассивного наклона головы назад;
- Г. Активного наклона головы вперед;
- Д. Всё перечисленное верно.

49. Обследованием «закив» называется исследование:

- А. Пассивного бокового наклона головы;
- Б. Пассивного наклона головы вперед;
- В. Пассивного наклона головы назад;
- Г. Активного наклона головы назад;
- Д. Всё перечисленное верно.

50. При обследовании пружинирования остистого отростка позвонка необходимо провести следующие движения:

- А. Наклон шеи в сторону;
- Б. Наклон шеи в сторону и назад;
- В. Ротация шеи и наклон назад;
- Г. Ротация шеи и наклон вперед;
- Д. Всё перечисленное верно

51. Противопоказания к проведению мануальной диагностики шейного отдела позвоночника:

- А. Есть, только абсолютные;
- Б. Есть, только относительные;
- В. Есть абсолютные и относительные;
- Г. Нет;
- Д. Всё перечисленное верно.

52. При функциональном блоке в верхне-шейной области происходит:

- А. Тоническое напряжение косых мышц головы;
- Б. Напряжение передних лестничных мышц с 2-х сторон;
- В. Напряжение грудинно-ключично-сосцевидных мышц с 2-х сторон;
- Г. расслабление лобного апоневроза;
- Д. Всё перечисленное верно

53. При проведении специфической ротационной манипуляции врач должен провести следующие движения в грудном отделе:

- А. Сгибание, ротация;
- Б. Разгибание, наклон, ротация;
- В. Боковой наклон, сгибание, ротация;
- Г. Боковой наклон, ротация;
- Д. Всё перечисленное верно

54. Мобилизация в плечевом суставе проводится в:

- А. В каудальном направлении;
- Б. Краниальном направлении;
- В. Дорсальном направлении;
- Г. Вентральном направлении;
- Д. Всё перечисленное верно

55. В каких случаях наиболее эффективна тракция в положении на животе:

- А. При задних грыжах;
- Б. При парамедианных грыжах;
- В. При латеральных грыжах;
- Г. При передних грыжах;
- Д. Всё перечисленное верно.

56. Тракция эффективна за одну ногу:

- А. При болях в пояснице;
- Б. При болевом сколиозе;
- В. При спондилолистезе;
- Г. При болезни Форестье;
- Д. Всё перечисленное верно

57. Лечебные мероприятия при болезни Шейермана-Мау должны быть направлены на

- А. Разгибание в грудном отделе и укрепление мышечного корсета
- Б. Фиксацию пораженного отдела позвоночника
- В. Усиленный спортивный режим
- Г. Ношение корсета
- Д. Все перечисленное верно.

58. Мануальная терапия и другие методы лечения при инволютивной спондилопатии определяются:

- А. Возрастом пациента
- Б. Наличием соматической патологии
- В. Степенью остеопенической дистрофии
- Г. Наличием функциональных блоков
- Д. Все перечисленное верно

59. Противопоказанием для проведения манипуляций у детей является:

- А. Слабое развитие мышечной системы
- Б. Асимметрия нижних конечностей
- В. Воспалительные заболевания позвонков
- Г. Бронхиальная астма
- Д. Всё перечисленное верно

60. Наибольший эффект от лечения идиопатического сколиоза можно получить:

- А. В дошкольном возрасте
- Б. В период активного роста ребенка
- В. По окончании активного роста ребенка
- Г. У взрослого пациента
- Д. Всё перечисленное верно

61. На начальном этапе болезнь Шойермана-Мау проявляется:

- А. Болями в позвоночнике, гипотонией мышц спины
- Б. Кифозом в грудном отделе позвоночника

- В. Лордозом в грудном отделе позвоночника
- Г. Имеются признаки деформирующего спондилёза
- Д. Все перечисленное верно.

62. Дифференциальный диагноз вертеброгенных кардиалгий проводится с

- А. Ишемической болезнью сердца, миокардиопатиями
- Б. Врожденными пороками сердца
- В. Острым холециститом
- Г. Межреберной невралгией
- Д. Все перечисленное верно.

63. Болезнь Шейермана-Мау приводит к:

- А. К стойким и необратимым деформациям позвоночника
- Б. Может не давать осложнений при адекватном двигательном режиме и мануальной терапии
- В. Раннему остеопорозу в поврежденных позвонках
- Г. Межпозвоноковым грыжам в грудном отделе
- Д. Всё перечисленное верно

64. Назначение следующей процедуры может вызвать обострение дискогенной болезни:

- А. ИРТ
- Б. Блокады
- В. Массаж
- Г. Ограничение двигательного режима
- Д. Всё перечисленное верно

65. Дифференциальный диагноз ювенильной спондилопатии надо проводить с:

- А. Корешковым синдромом
- Б. Туберкулезным спондилитом
- В. Проекционными болями в области позвоночника
- Г. Сирингомиелией
- Д. Всё перечисленное верно

66. При выявлении у больного укорочения правой ноги нужно исключить:

- А. Правосторонний коксоартроз
- Б. Врожденный вывих правого бедра
- В. Последствия перелома шейки правого бедра
- Г. Блокаду КПС с развитием скрученного таза
- Д. Всё перечисленное верно.

67. Дизестезия это:

- А. Боль жгучего характера
- Б. Ощущение ползания по телу насекомых
- В. Ощущение онемения или покалывания
- Г. Выраженная болевая реакция при минимальном воздействии
- Д. Все перечисленное верно.

68. Синдром Клиппеля-Фейля это:

- А. Сращение позвонков в шейном отделе

- Б. Удвоение спинного мозга с образованием щели
- В. Дефект развития костей основания черепа и верхних отдела позвоночного канала
- Г. Незаращение межпозвонковых дужек
- Д. Все перечисленное верно

69. Синдром Арнольда-Киари это:

- А. Сращение позвонков в шейном отделе
- Б. Удвоение спинного мозга с образованием щели
- В. Дефект развития костей основания черепа и верхних позвоночного канала в сочетании с дефектом развития ромбов го мозга
- Г. Незаращение межпозвонковых дужек
- Д. Все перечисленное верно.

70. Выделяют следующее количество типов мальформации Арнольда-Киари:

- А. 1
- Б. 2
- В. 3
- Г. 4
- Д. всё вышеперечисленное

71. При острой люмбалгии вызываются симптомы:

- А. Симптом Лассега
- Б. Ссимптом Вассермана
- В. Симптом Нери
- Г. Симптом Вендеровича
- Д. всё выше перечисленное

72. Признаками периферического паралича является:

- А. Атрофия / гипотрофия /
- Б. Арефлексия / гипорефлексия /
- В. Атония
- Г. Электровозбудимость нервов и мышц изменена
- Д. Всё выше перечисленное.

73. Признаками центрального паралича является:

- А. Спастическая гипертония
- Б. Отсутствие атрофии
- В. Гиперрефлексия
- Г. Электровозбудимость нервов и мышц не изменена
- Д. Всё выше перечисленное.

74. Для синдрома грушевидной мышцы характерно:

- А. Положительна проба Бонне
- Б. Боли в голени и стопе:
- В. Снижение ахиллова рефлекса
- Г. Перемежающаяся хромота
- Д. Всё выше перечисленное.

75. К клиническим проявления поражения корешка относятся

- А. Стреляющие боли
- Б. Дерматомная гипоалгезия
- В. Периферический парез
- Г. Ослабление или выпадение глубокого рефлекса

Д. Всё перечисленное верно

76. После трепанации черепа больному показаны манипуляции на шейном отделе в условиях реанимационного отделения:

А. Да

Б. Нет

В. Только после перевода в отделение и восстановления сознания

Г. Показаны под контролем ЭКГ

Д. Все перечисленное верно

77. Практически не имеет противопоказаний в ортопедии:

А. Мобилизация

Б. Манипуляция

В. Постизометрическая релаксация

Г. ПИРЛФК

Д. Все перечисленное верно

78. К осложнениям мануальной терапии относят:

А. Нарушение мозгового кровообращения

Б. Артериальное кровотечение

В. Рвоту

Г. Гепатит В

Д. Все перечисленное верно.

79. К осложнениям мануальной терапии относят:

А. Обморочное состояние

Б. Анорексию

В. Маниакальное состояние

Г. Гепатит В

Д. Все перечисленное верно

80. Мануальная терапия у детей противопоказана при:

А. Сильном болевом синдроме

Б. Ретроспондилолистезе

В. Функциональном блоке

Г. Большого количества функциональных блоков

Д. Все перечисленное верно.

81. Мануальная терапия противопоказана при:

А. Гемофилии

Б. Бронхиальной астме

В. Остеопорозе позвоночника

Г. Ретроспондилолистезе

Д. Все перечисленное верно.

82. Мануальная терапия у детей противопоказана при:

А. Декомпенсации сердечно-сосудистой системы

Б. Вегетативно-сосудистой дистонии

В. Сколиозе

Г. Пневмонии

Д. Все перечисленное верно.

83. Мануальная терапия противопоказана при:

- А. Неустановленном диагнозе
- Б. Пневмонии
- В. Бронхите
- Г. Гепатите
- Д. Холецистите в стадии ремиссии

84. Мануальная терапия противопоказана при:

- А. Цервикальной миелопатии
- Б. Дискогенном радикулите
- В. Люмбагоишиалгии
- Г. Гепатите
- Д. Холецистите в стадии ремиссии

85. Мануальная терапия противопоказана при:

- А. Декомпенсации дыхательной системы
- Б. Параличах конечностей
- В. Неврите лицевого нерва
- Г.* Гепатите
- Д. Холецистите в стадии ремиссии.

86. Мануальная терапия противопоказана при:

- А. Новообразованиях
- Б. Цефалгии
- В. Постнейропатической контрактуры мимических мышц
- Г. Гепатите
- Д. Холецистите в стадии ремиссии.

87. Мануальная терапия противопоказана при:

- А. Нарушении мозгового и спинального кровообращения
- Б. Врожденном вывихе тазобедренного сустава
- В. Плоскостопии
- Г. Гепатите
- Д. Холецистите в стадии ремиссии.

88. К осложнениям мануальной терапии относят:

- А. Перелом костей
- Б. Сифилис
- В. Ранение нервных стволов
- Г. Гепатит В
- Д. Все перечисленное верно.

89. К осложнениям мануальной терапии относят:

- А. Усиление болевого синдрома
- Б. Уменьшение болевого синдрома
- В. Туберкулёз
- Г. Гепатит В
- Д. Все перечисленное верно.

90. При почечной колике отмечается сколиоз:

- А. В гомолатеральную сторону
- Б. В ипсилатеральную сторону
- В. Сколиоз отсутствует
- Г. Имеется камптокармия
- Д. Все перечисленное верно.

91. Триггерная точка локализуемая в нижних отделах прямой мышцы живота отражает боль в:

- А. Эпигастрий
- Б. Пах
- В. Поясничную область
- Г. Бедро
- Д. Всё перечисленное верно.

92. При токсическом зобе мануальная терапия противопоказана:

- А. При наличии «горячих» узлов в щитовидной железе
- Б. При наличии узлов в щитовидной железе
- В. При аутоимунном тиреодите
- Г. При выраженной потере веса
- Д. Всё перечисленное верно

93. При болях в межреберье необходимо дифференциальный диагноз проводится между:

- А. ИБС
- Б. Корешковым синдромом
- В. Диабетической мононейропатией
- Г. Плевритом
- Д. Все ответы правильные

94. Мануальная терапия применяется с ограничениями при диабете 1-го типа:

- А. При кровоизлияниях на глазном дне
- Б. При переводе на инсулинотерапию
- В. При наличии полинейропатии
- Г. Вне обострения
- Д. Всё перечисленное верно.

95. Абсолютно противопоказана мануальная терапия

- А. При абсцессе поджелудочной железы (ПЖЖ)
- Б. Гепатоспленомегалии
- В. При жировой инфильтрации печени и ПЖЖ
- Г. Наличии функциональных блоков у больных с хроническим панкреатитом вне обострения
- Д. Все перечисленное верно

96. Дифференциальный диагноз между истинным и вертебро-генным снижением слуха позволяет провести

- А. Камертонные пробы Рине и Вебера
- Б. Аудиография и ультразвуковая доплерография позвоночных артерий
- В. Рентгенография височных костей по Стенверсу
- Г. МРТ томография с сосудистой программой
- Д. Всё перечисленное верно.

97. В происхождении миопии у детей большое значение имеют

- А. Функциональные блокады краниовертебрального перехода
- Б. Сколиоз грудного отдела
- В. Преобладание зрительной нагрузки над двигательной
- Г. Наследственный фактор
- Д. Все перечисленное верно.

98. Фотопсии в виде движущихся «зигзагов» и «звездочек» характерны для

- А. Тромбоза центрально артерии сетчатки
- Б. Стеноза внутренней сонной артерии
- В. Вертебрально-базилярной недостаточности
- Г. Вегетативно-сосудистой дисфункции
- Д. Все перечисленное верно

99. Атлантаксиальный подвывих может развиваться как осложнение далеко зашедшего процесса:

- А. бокового амиотрофического склероза
- Б. сирингомиелии
- В. ревматоидного артрита
- Г. оливопонтocerebellярной дегенерации
- Д. Нейрофиброматоза

100. Показано проведение мануальной терапии в гинекологии при:

- А. Дисфункция яичников
- Б. Прогрессирующий аденомиоз
- В. Беременность 6 недель
- Г. Множественные эрозии шейки матки

ОТВЕТЫ

1 а б в	11 г	21 а	31 г	41 а	51 в	61 а	71 г	81 а	91 б
г д	12 в	22 д	32 г	42 в	52 в	62 а	72 д	82 а	92 а
2 а б в	13 г	23 д	33 д	43 б	53 в	63 д	73 д	83 а	93 д
г д	14 а	24 д	34 д	44 в	54 д	64 д	74 д	84 а	94 а
3 б	15 д	25 г	35 а	45 б	55 б	65 б	75 д	85 а	95 д
4 д	16 г	26 а	36 б	46 а	56 б	66 д	76 в	86 а	96 б
5 д	17 в	27 б	37 в	47 б	57 а	67 в	77 в	87 а	97 а
6 г	18 а	28 б	38 б	48 б	58 г	68 а	78 а	88 а	98 в
7 а	19 д	29 б	39 в	49 в	59 в	69 в	79 а	89 а	99 в
8 б	20 д	30 г	40 в	50 в	60 б	70 б	80 а	90 а	100 а
9 б									
10 б									

Вариант 5

1. Место мануальнотерапевтической помощи в общей системе здравоохранения:

- А. Основное лечебно-профилактическое
- Б. Диагностическое
- В. Реабилитационное
- Г. Профилактическое
- Д. Скоропомощное

2. Мануальная терапия как компонент лечебных мероприятий специализированного лечения:

- А. Восстановительного (реабилитационного) лечения
- Б. Психоневрологического
- В. Физиотерапевтического
- Г. Наркологического
- Д. Неврологического

3. Шейная часть симпатического нервного ствола располагается:

- А. На поверхности длинной мышцы шеи
- Б. Позади сосудисто-нервного пучка шеи
- В. На поверхности длинной мышцы головы и длинной мышцы
- Г. Позади сосудисто-нервного пучка шеи на поверхности длинной мышцы головы и длинной мышцы шеи
- Д. Все перечисленное

4. Вегетативная нервная система обеспечивает:

- А. Трофотропную функцию
- Б. Эрготропную функцию
- В. Интеграцию трофотропной и эрготропной функций
- Д. Всё перечисленное верно

5. Лимбическая система:

- А. Осуществляет температурную регуляцию
- Б. Участвует в формировании мотиваций
- В. Регулирует цикл сон-бодрствование
- Г. Участвует в формировании эмоций
- Д. Всё перечисленное верно

6. Ноцицептивное раздражение это:

- А. Раздражение рецепторов
- Б. Раздражение, сопровождающееся болью при повреждении целостности кожного покрова и глуболежащих тканей
- В. Нарушение гомеостаза кожи и глубочайших тканей
- Г. Нарушение восприятия
- Д. Все перечисленное

7. Возникновение неврозов чаще наблюдается у:

- А. Сильных возбудимых типов
- Б. Сильных тормозных типов
- В. Слабых возбудимых или слабых тормозных
- Г. Тип высшей нервной деятельности не имеет значения
- Д. Всё перечисленное верно.

8. Эмоциональные расстройства развиваются при патологии:

- А. Лимбических структур и коры мозга
- Б. Спинного мозга
- В. Бледного шара
- Г. Мозжечка
- Д. При всех перечисленных.

9. Центральный отдел крестцовой части парасимпатической нервной системы располагается:

- А. В сером веществе спинного мозга в области мозгового конуса;
- Б. С внутренней стороны длинных мышц спины;
- В. На внутренней поверхности 2-4 —крестцовых сегментов;
- Г. На внутренней поверхности 5 поясничного и Iкрестцового сегмента;
- Д. Все перечисленное верно.

10. Кровоснабжение переднего рога, серой спайки, основания заднего рога и прилегающих к ним участков передних боковых канатиков осуществляется:

- А. Из передних и задних радикуло-медулярных артерий
- Б. Из задних радикуло-медулярных артерий
- В. Из передних радикуло-медулярных артерий
- Г. Перимедулярной капиллярной сетью
- Д. Все перечисленное

11. Венозный отток спинного мозга осуществляется:

- А. 4 продольными венами
- Б. 3 продольными венами
- В. 5 продольными венами
- Г. 6 продольными венами
- Д. Все перечисленное

12. Крестцово-подвздошные межкостные связки:

- А. Прикрепляются своими концами к подвздошной и крестцовой бугристым
- Б. К латеральному гребню крестцовой кости на протяжении 2-3 крестцовых отверстий
- В. К латеральному гребню крестцовой кости на протяжении 1-3 крестцовых отверстий
- Г. К затылочной поверхности крестца в области 17 крестцового позвонка
- Д. Все перечисленное.

13. В венах спинного мозга:

- А. Клапаны имеют полулунную форму
- Б. Нет венозных клапанов
- В. Клапаны имеют двухстворчатую форму
- Г. Клапаны имеют трехстворчатую форму
- Д. Клапаны имеют четырехстворчатую форму

14. Межпозвоночные диски:

- А. Кровоснабжаются из передних и задних радикуло-медулярных артерий
- Б. Кровоснабжаются из перимедулярной капиллярной сети
- В. Не имеют кровеносных сосудов
- Г. Кровоснабжаются из задних радикуло-медулярных артерий
- Д. Все перечисленное

15. Венозный отток в позвоночнике осуществляется:

- А. 8-ю продольными венами
- Б. 6-ю продольными венами
- В. 5-ю продольными венами
- Г. 4-мя продольными венами
- Д. Все перечисленное

16. Критические зоны кровоснабжения спинного мозга находятся:

- А. На уровне 7 шейного, 4-8 грудного и 1 поясничного позвонков
- Б. На уровне атланта-окципитального сочленения, 7 грудного и 1 поясничного позвонков
- В. На уровне 7 шейного и 7 —10 грудного позвонков
- Г. На уровне 2 —3 шейного, 4 грудного и 1 поясничного позвонка
- Д. Все перечисленное

17. Кровоснабжение переднего рога, серой спайки, основания заднего рога и прилегающих к ним участков-передних боковых канатиков осуществляется:

- А. Из задних радикуло-медулярных артерий
- Б. Из передних радикуло-медулярных артерий
- В. Перимедулярной капиллярной сетью
- Г. Из боковых радикуло-медулярных артерий
- Д. Все перечисленное

18. Противопоказания для мануальной терапии:

- А. Имеются абсолютные и относительные противопоказания;
- Б. Мануальная терапия противопоказана взрослым;
- В. Мануальная терапия противопоказана в пожилом возрасте;
- Г. Мануальная терапия противопоказана в детском возрасте;
- Д. Всё перечисленное верно.

19. Показаниями для проведения мануальной терапии являются:

- А. Неврологические проявления остеохондроза;
- Б. Объёмные образования спинного мозга;
- В. Грыжа Шморля;
- Г. Болезнь Бехтерева;
- Д. Болезнь Бострупа.

20. Показаниями для мануальной терапии являются:

- А. Цервикалгии;
- Б. Интеркапсулярная дорсалгия;
- В. Сколиоз;
- Г. Функциональная блокада 1 степени;
- Д. Хронические люмбагии с наличием функциональных блоков.

21. Применять больному с повышенной подвижностью двигательного сегмента метод ритмического вытяжения руками:

- А. Можно;
- Б. Можно в стадии ремиссии;
- В. Можно в стадии относительной ремиссии;
- Г. Можно через 2 недели после начала заболевания;
- Д. Нельзя.

22. При предъявлении больным жалоб на боли в пояснице необходимо провести:

- А. Неврологический осмотр;
- Б. Рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника
- В. Поколачивание в области почек;
- Г. УЗИ почек и мочевого пузыря, простаты, матки и придатков;
- Д. Все вышеперечисленное

23. При болях в пояснице и ногах обязательно проведение:

- А. Осмотр области спины и ног;
- Б. Пальпация артерий нижних конечностей;
- В. Осмотр вен нижних конечностей;
- Г. Исследование волосяного покрова голеней и бедер;
- Д. Все верно.

24. При выяснении причины головной боли необходимо дифференцировать между собой:

- А. Опухоль головного мозга;
- Б. Цервикогенные головные боли;
- В. Интоксикационные головные боли;
- Г. Тригеминальная невралгия;
- Д. Все верно.

25. Применять мануальную терапию после оперативного лечения межпозвонковых дисков:

- А. Противопоказано;
- Б. Показано;
- В. Относительно показано;
- Г. Можно только спустя 12 месяцев после оперативного лечения;
- Д. Всё вышеперечисленное верно

26. Осложнения при проведении МТ недостаточно подготовленным врачом обусловлены:

- А. Чрезмерным усилием, прилагаемым врачом;
- Б. Недостаточным усилием;
- В. Незнанием определённой техники мобилизации и манипуляции;
- Г. Неправильным выполнением техники мобилизации и манипуляции;
- Д. Всё вышеперечисленное

27. Противопоказанием к проведению мануальной терапии является:

- А. Опухоли позвоночника, головного, спинного мозга;
- Б. Острые и подострые воспалительные заболевания спинного и головного мозга и их оболочек;
- В. Болезнь Бехтерева;
- Г. Инфаркт миокарда;
- Д. Всё перечисленное верно.

28. Противопоказания для мануальной терапии:

- А. Имеются абсолютные и относительные противопоказания;
- Б. Мануальная терапия противопоказана взрослым;
- В. Мануальная терапия противопоказана в пожилом возрасте;
- Г. Мануальная терапия противопоказана в детском возрасте;
- Д. Всё перечисленное верно.

29. Показаниями для проведения мануальной терапии являются:

- А. Неврологические проявления остеохондроза;
- Б. Объёмные образования спинного мозга;
- В. Грыжа Шморля;
- Г. Болезнь Бехтерева;
- Д. Болезнь Бострупа.

30. Показаниями для мануальной терапии являются:

- А. Цервикалгии;
- Б. Интеркапсулярная дорсалгия;

- В. Сколиоз;
- Г. Функциональная блокада 1 степени;
- Д. Хронические люмбагии с наличием функциональных блоков

31. Применять больному с повышенной подвижностью двигательного сегмента метод ритмического вытяжения руками:

- А. Можно;
- Б. Можно в стадии ремиссии;
- В. Можно в стадии относительной ремиссии;
- Г. Можно через 2 недели после начала заболевания;
- Д. Нельзя.

32. При предъявлении больным жалоб на боли в пояснице необходимо провести:

- А. Неврологический осмотр;
- Б. Рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника
- В. Поколачивание в области почек;
- Г. УЗ почек и мочевого пузыря, -простаты, матки и придатков;
- Д. Все вышеперечисленное

33. При жалобах больного на боли в области шеи и головокруние необходимо:

- А. Клинический анализ крови;
- Б. Клинический анализ мочи;
- В. Неврологический осмотр;
- Г. Ультразвуковую доплерографию брахиоцефальных артерий
- Д. Все вышеперечисленное.

34. При болях в пояснице и ногах обязательно проведение:

- А. Осмотр области спины и ног;
- Б. Пальпация артерий нижних конечностей;
- В. Осмотр вен нижних конечностей;
- Г. Исследование волосяного покрова голени и бедер;
- Д. Все верно.

35. Сустав Лисфранка располагается между:

- А. Пяточной и таранной костью;
- Б. Таранной костью и костями предплюсны;
- В. Между костями предплюсны и плюсны;
- Г. Между костями голени;

36. Неврологическими проявлениями остеохондроза являются:

- А. Боли в различных отделах позвоночника в покое;
- Б. Боли в различных отделах позвоночника при движении или физической нагрузке;
- В. Ограничение подвижности позвоночника из-за боли;
- Г. Напряжение длинных мышц спины;
- Д. Всё перечисленное

37. При тракционной манипуляции на грудной отдел позвоночника в положении больного стоя врач производит толчок:

- А. Спиной;
- Б. Ногами;

- В. Руками;
- Г. Животом;
- Д. Всё перечисленное верно.

38. При проведении манипуляции на разгибание на межпозвонковых суставах врач располагает руки:

- А. На остистых отростках;
- Б. На поперечных отростках;
- В. На суставных отростках;
- Г. На ребрах;
- Д. Всё перечисленное верно.

39. При проведении специфической ротационной манипуляции врач должен провести следующие движения в грудном отделе:

- А. Сгибание, ротация;
- Б. Разгибание, наклон, ротация;
- В. Боковой наклон, сгибание, ротация;
- Г. Боковой наклон, ротация;
- Д. Всё перечисленное верно.

40. Мобилизация в плечевом суставе проводится в:

- А. В каудальном направлении;
- Б. Краниальном направлении;
- В. Дорсальном направлении;
- Г. Вентральном направлении;
- Д. Всё перечисленное верно.

41. В каких случаях наиболее эффективна тракция в положении на животе:

- А. При задних грыжах;
- Б. При парамедианных грыжах;
- В. При латеральных грыжах;
- Г. При передних грыжах;
- Д. Всё перечисленное верно.

42. Тракция эффективна за одну ногу:

- А. При болях в пояснице;
- Б. При болевом сколиозе;
- В. При спондилолистезе;
- Г. При болезни Форестье;
- Д. Всё перечисленное верно.

43. Для проведения дифференцированной манипуляции на разгибания в нижнепоясничном отделе позвоночника стопа верхней ноги должна располагаться:

- А. В подколенной ямке;
- Б. На ахилловом сухожилии;
- В. Опущена вниз;
- Г. Отведена назад;
- Д. Всё перечисленное верно.

44. Для проведения дифференцированной манипуляции на разгибание в верхнепоясничном отделе позвоночника стопа верхней ноги должна располагаться:

- А. В подколенной ямке;
- Б. На ахилловом сухожилии;
- В. Опущена вниз;
- Г. Отведена назад;
- Д. Всё перечисленное верно

45. Манипуляции на шейном отделе позвоночника в положении лёжа имеют преимущества в связи:

- А. Лучшим расслаблением мышц;
- Б. Лучшим дыханием;
- В. Уменьшением страха перед манипуляцией;
- Г. Большим доверием доктору;
- Д. Всё перечисленное верно

46. Мобилизация акромио-клавicularного сустава в каудальном направлении производится:

- А. Положение пациента сидя с опущенными руками, голова повернута на 45, наклонена в сторону от места мобилизации и фиксирована, производится надавливание на ключицу;
- Б. Положение пациента сидя, рука отведена на 90, рука врача захватывает руку пациента проксимальнее локтевого сустава, производится тракция руки и одновременное надавливание на ключицу;
- В. Положение пациента лежа на спине, голова повернута на 45 градусов, производится надавливание на ключицу;
- Г. В положении пациента стоя;
- Д. Всё вышеперечисленное верно.

47. Дистракция акромиоклавicularного сустава производится:

- А. Положение пациента сидя с опущенными руками, голова повернута на 45 градусов, наклонена в сторону от места мобилизации и фиксирована, производится надавливание на ключицу;
- Б. Положение пациента сидя, рука отведена на 90 градусов, рука врача захватывает руку пациента проксимальнее локтевого сустава, производится тракция руки и одновременное надавливание на ключицу;
- В. положение пациента лежа на спине, голова повернута на 45 градусов, производится надавливание на ключицу;
- Г. В положении пациента стоя;
- Д. Всё перечисленное верно

48. Локализация вершины искривления при верхнегрудном сколиозе находится на уровне:

- А. Th1-Th2;
- Б. Th3-Th4;
- В. Th6-Th7;
- Г. Th 8-Th9;
- Д. Th4-Th5.

49. Локализация вершины искривления при грудном сколиозе находится на уровне:

- А. Th1-Th2;
- Б. Th3-Th4;

- В. Th6-Th7;
- Г. Th 8- Th 9;
- Д. Th4-Th5.

50. При исследовании грудного отдела позвоночника пациент должен находиться в положении:

- А. Стоя;
- Б. Сидя на стуле;
- В. Сидя на кушетке с фиксированным тазом /"как на коне"/;
- Г. Лёжа;
- Д. Положение не имеет значения.

51. Исследование феномена "дыхательной волны" имеет значение при:

- А. Заболеваниях органов грудной клетки;
- Б. Болях в области рёберно-грудинных сочленений;
- В. Функциональных блокадах на грудном уровне;
- Г. Травмах позвоночника;
- Д. Функциональных блокадах грудопоясничного перехода.

52. Мобилизация ритмическими движениями и давлением в грудном отделе позвоночника проводится при ограничении:

- А. Наклона вперёд;
- Б. Наклона назад;
- В. Наклона вправо;
- Г. Наклона влево;
- Д. Может применяться во всех направлениях.

53. Дискогенная болезнь-это:

- А. Врожденные аномалии развития позвоночника
- Б. Дегенерация студенистого ядра
- В. Клинические проявления пояснично-крестцового радикулита
- Г. Дегенеративные проявления в анатомических структурах позвоночного двигательного сегмента, ведущие к развитию неврологического дефекта, имеющему четкую стадийность.
- Д. Всё перечисленное верно

54. Больным со срединными грыжами в поясничном отделе рекомендуется:

- А. Тракция в строго вертикальном положении
- Б. Тракция со сгибанием в поясничном отделе
- В. Все виды тракций противопоказаны
- Г. Тракция на разгибание
- Д. Всё перечисленное верно

55. Чаще всего грыжа L5-S1 располагается:

- А. Срединно
- Б. В заднем направлении
- В. В заднебоковом направлении
- Г. В боковом направлении
- Д. Всё перечисленное верно

56. Дифдиагноз грыжи диска грыжи проводится с:

- А. Опухолью спинного мозга
- Б. Компрессионным переломом

- В. Эпидуритом
- Г. Всеми вышеперечисленными заболеваниями
- Д. Всё перечисленное верно

57. Возобновление болевого синдрома после оперативного лечения грыжи диска составляет.

- А. 5-7%
- Б. 742%
- В. 20-44%
- Г. Свыше 70%
- Д. 50-60%

58. Отрицательное воздействие скелетного вытяжения, корсета и физиотерапии при дискогенной болезни связано с:

- А. Микроциркуляторными нарушениями и затруднением венозного оттока
- Б. Гиподинамией
- В. Формированием физиологической осанки
- Г. Изменением мышечного тонуса
- Д. Все перечисленное верно

59. Для начальной стадии дисциркуляции в вертебрально-базиллярной системе характерно:

- А. Наличие функциональных блокад в сегментах С2-С3-С4-С5
- Б. Отсутствие функциональных блокад в сегментах С5-С6-С7
- В. Отсутствие функциональных блокад в сегментах СС2-СС3-С4-С5
- Г. Наличие функциональных блокад в сегментах С6-С7-Th1
- Д. Всё перечисленное верно

60. Прогноз вертебрально-базиллярной болезни после проведения курса мануальной терапии основывается на:

- А. Данных неврологического осмотра
- Б. Данных неврологического статуса, мануальной диагностики рентгенографии
- В. Данных неврологического статуса, мануального и электронной-ромиографических исследований
- Г. Данных неврологического статуса, мануальной диагностики к УЗДГ
- Д. Всё перечисленное верно

61. Возможные осложнения при проведении мануальных тех ник при клинических признаках вертебрально-базиллярной недостаточности связаны:

- А. С аномалией развития позвоночных артерий и аномалией краниовертебрального перехода
- Б. С гипертонической болезнью
- В. С вегето-сосудистой дистонией
- Г. С наличием хронических соматических заболеваний
- Д. Всё перечисленное верно.

62. Задача мануального терапевта при лечении идиопатического сколиоза у детей:

- А. Вправить позвонки
- Б. Вправить реберный горб
- В. Вытянуть позвоночник
- Г. Создать условия для нормального роста позвоночника
- Д. Всё перечисленное верно.

63. При остро возникшей слабости кисти, выраженного побледнения предплечья и кисти, спадания вен кисти, выраженных болей в кисти у больного, страдающего ревматизмом и алкоголизмом, для уточнения диагноза показано проведение

- А. Пальпации лучевых артерий
- Б. Электронейромиографии
- В. Люмбальной пункции
- Г. Наложение на руку иммобилизационной транспортной шины
- Д. Всё перечисленное верно.

64. При компрессии боковой грыжей корешка L 4 отмечаются следующие симптомы:

- А. зона боли и гипестезии проходит по передней поверхности бедра, внутренней поверхности голени и стопы
- Б. парез четырёхглавой мышцы бедра
- В. выпадает коленный рефлекс
- Г. положителен симптом Лассега.
- Д. Всё перечисленное верно.

65. При компрессии боковой грыжей корешка L5 имеются следующие симптомы:

- А. зона гипестезии по наружной поверхности голени и большому пальцу стопы
- Б. рефлексы сохранены
- В. гипотрофия передней большеберцовой мышцы
- Г. слабость в большом пальце стопы
- Д. всё перечисленное верно

66. Показаниями к хирургическому вмешательству причин люмбоишалгии обусловленной корешковым синдромом является:

- А. хронический болевой синдром более 6 мес.
- Б. выраженная гипотрофия мышц
- В. нарушение функций тазовых органов
- Г. развитие парапареза
- Д. все перечисленное верно

67. Последовательность проведения мануального исследования следующая:

- А. Исследование активных движений, изучение движений в изометрическом режиме, исследование пассивных движений в позвоночно-двигательных сегментах
- Б. Исследование пассивных движений, исследование активных движений, изучение движений в изометрическом режиме в позвоночно-двигательных сегментах
- В. Изучение движений в изометрическом режиме
- Г. Исследование пассивных движений, исследование активных' движений в позвоночно двигательных сегментах
- Д. Всё перечисленное верно.

68. Для определения наличия функциональной блокады в атланто-аксиальном сочленении необходимо:

- А. Пропальпировав остистый отросток второго позвонка, поворачивать голову пациента на 20-25 градусов в обе стороны
- Б. Установив пальцы на 2 и 3 остистые отростки шейных позвонков, проводить пассивные наклоны вперёд и назад
- В. Исследовать "игру суставов" между и 2 позвонком
- Г. Вращать голову пациента
- Д. Всё перечисленное верно

69. Абсолютным противопоказанием к проведению мануальной терапии является:

- А. 0 степень подвижности сустава (по Стоддарт)
- Б. степень подвижности сустава (по Стоддарт)
- В. 2 степень подвижности сустава (по Стоддарт)
- Г. 3 степень подвижности сустава (по Стоддарт)
- Д. 4 степень подвижности сустава (по Стоддарт)

70. Проведение манипуляции противопоказано:

- А. 0 степень подвижности сустава (по Стоддарт)
- Б. 1 степень подвижности сустава (по Стоддарт)
- В. 2 степень подвижности сустава (по Стоддарт)
- Г. 4 степень подвижности сустава (по Стоддарт)
- Д. Всё перечисленное верно.

71. Проведение мобилизации и манипуляции показано:

- А. 0 степень подвижности сустава (по Стоддарт)
- Б. степень подвижности сустава (по Стоддарт)
- В. 2 степень подвижности сустава (по Стоддарт)
- Г. 4 степень подвижности сустава (по Стоддарт)
- Д. Всё перечисленное верно.

72. При проведении мобилизации и манипуляции на верхних шейных сегментах:

- А. Врач фиксирует голову больного одной рукой так, что подбородок находится в локтевой ямке, другой рукой фиксирует остистый отросток вышележащего позвонка заблокированного сегмента, наклоняет голову кпереди и, совершая небольшую тракцию, вращает её в сторону функциональной блокады
- Б. Врач фиксирует голову больного одной рукой так, что подбородок находится в локтевой ямке, другой рукой фиксирует остистый отросток вышележащего позвонка заблокированного сегмента, запрокидывает голову и, совершая небольшую тракцию, вращает её в сторону функциональной блокады
- В. Врач фиксирует голову больного одной рукой так, что подбородок находится в локтевой ямке, другой рукой фиксирует остистый отросток нижележащего позвонка заблокированного сегмента, наклоняет голову кпереди и, совершая небольшую тракцию, вращает её в сторону функциональной блокады
- Г. Врач фиксирует голову больного двумя руками и проводит тракцию
- Д. Всё перечисленное верно.

73. После проведения мобилизации показано ношение корсета:

- А. В течении всего времени до следующей мобилизации
- Б. До стихания болей
- В. По дороге домой после лечения
- Г. При выполнении физической нагрузки
- Д. В покое

74. Основой тактики мануального терапевта в ортопедической клинике является:

- А. Не навредить
- Б. Лечение возможно при условии отсутствия свежего перелома
- В. Лечение не должно увеличивать боль
- Г. Лечение должно сочетаться с медикаментозными и хирургическими методами

Д. Все перечисленное верно.

75. В ортопедии мануальное лечение необходимо проводить в:

- А. В полном объеме в ранний посттравматический или постоперационный период
- Б. Как можно раньше, но строго дифференцировано, начиная с неповрежденных отделов
- В. Нельзя проводить в остром периоде
- Г. Только после стихания острого периода
- Д. Все перечисленное верно.

76. Цель применения мануальной терапии:

- А. Лечение и профилактика изменений в ПДС позвоночника
- Б. Улучшение функции нервной системы
- В. Улучшение функции сердечно-сосудистой системы
- Г. Повышение иммунологической реактивности организма
- Д. Все ответы правильны

77. Противопоказания к мануальной терапии при врожденных пороках сердца:

- А. Показания для хирургического лечения
- Б. Недостаточность кровообращения выше
- В. Наличие септического эндокардита
- Г. Общие противопоказания
- Д. Все ответы правильны

78. Изменения в ПДС позвоночника при хроническом гастрите соответствуют сегментам:

- А. Th12-L1
- Б. Th6-Th9
- В. Th3-Th9
- Г. С6-С7
- Д. Всё перечисленное верно.

79. Целесообразно проводить мануальную терапию при хроническом гастрите:

- А. В период клинической ремиссии
- Б. Клинико-эндоскопической ремиссии
- В. Затухание обострения
- Г. После выздоровления
- Д. Правильны все ответы

80. Для лечения имеющих изменений в ПДС могут быть использованы приемы мануальной терапии при пиелонефрите:

- А. Мобилизация
- Б. Манипуляция
- В. Постизометрическая релаксация
- Г. Релаксация
- Д. Правильны все ответы.

81. Мануальная терапия проводимая у детей обладает.

- А. Лечебным и профилактическим действием
- Б. Антистрессовым действием
- В. Анафилактическим действием
- Г. Травматическим действием

Д. Всё перечисленное верно

82. Мануальную терапию у детей можно проводить:

- А. С 3-х лет
- Б. С 5-ти лет
- В. С фудного возраста
- Г. С 2-х лет
- Д. С4-хлет

83. Подготовка к проведению мануальной терапии включает:

- А. Сбор анамнеза заболевания
- Б. Осмотр больного
- В. Выявление противопоказаний.
- Г. Мануальную диагностику
- Д. Все перечисленное верно.

84. Подготовка к проведению мануальной терапии включает:

- А. Психотерапию.
- Б. Оценку результатов параклинического исследования.
- В. Разъяснение больному или родителям сущности применяемого метода
- Г. Мануальную диагностику
- Д. Все перечисленное верно

85. К осложнениям мануальной терапии относят:

- А. Психотравму
- Б. Сепсис
- В. ВИЧ инфекцию
- Г. Гепатит В
- Д. Все перечисленное верно.

86. Методы мануальной терапии применяются при бронхиальной астме для:

- А. Купирования приступа удушья
- Б. Устранения бронхоспазма
- В. Комплексного лечения заболевания
- Г. Для устранения последующих обострений
- Д. Все перечисленное верно

87. При пальпации пораженного ПДС у больных с вертеброгенными дыхательными расстройствами возникает:

- А. Неприятные ощущения или боли в глубине грудной клетки
- Б. Учащение дыхания
- В. Одышка
- Г. Учащение ЧСС и дыхания
- Д. Всё перечисленное верно

88. Мануальная терапия противопоказана при:

- А. Острые и подострые инфекционные, инфекционно-аллергические, вирусные заболевания
- Б. Повышение систолического АД более 80 мм рт. ст.
- В. Острый инфаркт миокарда
- Г. Обострение хронических заболеваний
- Д. Всё перечисленное верно

89. Боли при заболеваниях сердца распространяются на сегменты кожной иннервации:

- А. С6-D1
- Б. D1-D5
- В. D5-D10
- Г. D11-D12
- Д. L1-L3

90. У кардиологических больных выявляются гиперсенситивные зоны:

- А. С3-С4
- Б. С8-D8
- В. D5-D10
- Г. D11-D12
- Д. L1-L3

91. При спондилогенной дисфункции желудка возникают:

- А. Ощущение сдавления за грудиной на уровне D4-D9
- Б. Чувство задержки пищи при глотании и/или регургитация ее
- В. Запоры
- Г. Боли в эпигастрии в сочетании с болями в спине на уровне D6-D9
- Д. Всё перечисленное верно

92. Вегетативно-ирритативный синдром при патологии толстой кишки возникает в сегментах:

- А. D1-D3
- Б. D4-D5
- В. D6-D9
- Г. D10-D12
- Д. Всё перечисленное верно.

93. При заболеваниях печени зонами гиперестезии являются:

- А. D5-D6
- Б. D6-D10
- В. D3-D6
- Г. D3-D8
- Д. Все перечисленное верно.

94. Наличие функциональных блокад у больных с заболеваниями органов брюшной полости как правило локализовано на уровне:

- А. D8-D2
- Б. D4-D7
- В. D7-D9
- Г. D2-L2
- Д. Всё перечисленное верно.

95. Мануальную терапию при рождении ребенка:

- А. Применяют
- Б. Не применяют
- В. Иногда
- Г. Используют только релаксацию Д. Всё перечисленное верно.

96. В происхождении миопии у детей большое значение имеют

- А. Функциональные блокады краниовертебрального перехода
- Б. Сколиоз грудного отдела

- В. Преобладание зрительной нагрузки над двигательной
- Г. Наследственный фактор
- Д. Все перечисленное верно.

97. Фотопсии в виде движущихся «зигзагов» и «звездочек» характерны для

- А. Тромбоза центрально артерии сетчатки
- Б. Стеноза внутренней сонной артерии
- В. Вертебрально-базилярной недостаточности
- Г. Вегетативно-сосудистой дисфункции
- Д. Все перечисленное верно

98. Атлантоаксиальный подвывих может развиваться как осложнение далеко зашедшего процесса:

- А. бокового амиотрофического склероза
- Б. сирингомиелии
- В. ревматоидного артрита
- Г. оливопонтocerebellярной дегенерации
- Д. Нейрофиброматоза

99. Мануальные методы диагностики и лечения при ревматоидных заболеваниях это:

- А. В полном объеме все диагностические и лечебные методы
- Б. Только ПИР
- В. Аутомобилизация
- Г. Методы мануальной терапии в стадии ремиссии
- Д. Всё перечисленное верно

100. Следующие заболевания в акушерстве и гинекологии могут быть обусловлены дискогенной болезнью:

- А. Метроррагии, обусловленные нарушением вегетативной иннервации яичников
- Б. Метроррагии, обусловленные нарушением симпатической иннервации
- В. Транзиторные расстройства менструального цикла при хронических инфекциях
- Г. Транзиторные расстройства менструального цикла при эндометриозе
- Д. Всё перечисленное верно

ОТВЕТЫ

1 а б в	11 д	21 д	31 д	41 б	51 в	61 а	71 в	81 а	91 г
г д	12 а	22 д	32 д	42 б	52 д	62 г	72 а	82 в	92 в
2 а	13 б	23 а	33 д	43 а	53 г	63 а	73 г	83 д	93 б
3 г	14 в	24 д	34 а	44 б	54 б	64 д	74 д	84 д	94 б
4 д	15 д	25 а	35 в	45 д	55 в	65 д	75 г	85 а	95 а
5 д	16 г	26 д	36 д	46 а	56 г	66 д	76 д	86 в	96 а
6 б	17 б	27 д	37 г	47 б	57 г	67 а	77 д	87 а	97 в
7 г	18 а	28 а	38 б	48 б	58 а	68 а	78 б	88 д	98 в
8 а	19 б	29 а	39 в	49 г	59 в	69 а	79 д	89 б	99 г
9 а	20 г	30 г	40 д	50 в	60 г	70 д	80 д	90 б	100 а
10 в									

- 1. Количество позвонков у человека составляет:**
А. 30
Б. 31
В. 32
Г. 33-34
Д. 35
- 2. Позвоночно-двигательный сегмент состоит из:**
А. Двух смежных позвонков с соответствующими суставами.
Б. Мышечно-связочного аппарата
В. Одного межпозвонкового диска
Г. Всё перечисленное верно
- 3. Количество позвоночно-двигательных сегментов составляет:**
А. 20
Б. 21
В. 22
Г. 23
Д. 24
- 4. Остистые отростки раздвоены:**
А. В грудном отделе позвоночника
Б. В поясничном отделе позвоночника
В. В шейном отделе позвоночника
- 5. Позвонки «лишённый» тела:**
А. С1
Б. С2
В. С3
Г. С4
- 6. Какой шейный позвонок называют «сонным»?**
А. С2
Б. С3
В. С6
Г. С5
- 7. В отверстиях поперечных отростков шейных позвонков проходит:**
А. Позвоночная артерия
Б. Позвоночные вены
В. Позвоночные нервы
Г. Позвоночная артерия, позвоночная вена и нервные симпатические сплетения
- 8. Борозда позвоночной артерии проходит :**
А. На верхней поверхности задней дуги атланта
Б. Кпереди от поперечного отростка атланта
В. На передней дуге атланта
Г. Через суставные ямки
- 9. Характерной особенностью тел грудных позвонков является:**
А. Наличие рёберных ямок для сочленения с бугорками ребер
Б. Наличие рёберных ямок для сочленения с шейкой ребра
В. Наличие рёберных ямок для сочленения с головками рёбер.

- 10. Какие рёбра называют плавающими?**
А. 9,10
Б. 11,12
В. 1,2
- 11. Какое количество рёбер непосредственно прикрепляются к грудины?**
А. 8
Б. 6
В. 9
Г. 7
Д. 11
- 12. Какой позвонок имеет зубовидный отросток?**
А. С3
Б. С2
В. С1
Г. С6
- 13. Как расположены суставные отростки грудных позвонков?**
А. В сагитальной плоскости
Б. В горизонтальной плоскости
В. Во фронтальной плоскости
- 14. Клиновидную форму имеют поясничные позвонки:**
А. Л1
Б. Л2
В. Л3
Г. Л3-Л5
Д. Все перечисленные.
- 15. В поясничном отделе позвоночника наиболее выражено движение**
А. Сгибание, разгибание
Б. Ротация
В. Боковые наклоны
Г. Во всех плоскостях
- 16. Межпозвоночный диск состоит из:**
А. Фиброзного кольца, студенистого ядра, гиалиновых пластинок.
Б. Студенистого ядра, замыкательных пластинок.
В. Замыкательных пластинок, фиброзного кольца
- 17. В норме таз имеет наклон диска L5- S1 по отношению к горизонтальной оси:**
А. 35-50 градусов
Б. 15-30 градусов
В. 50-70 градусов
Г. 20-25 градусов
Д. 25 - 30 градусов
- 18. Ориентация головки бедренной кости:**
А. Вверх, внутрь, кзади
Б. Вверх, внутрь, кпереди

- В. Вниз, внутрь, кзади
- Г. Вниз, внутрь, кпереди

19. В какой связке проходят сосуды к головке бедренной кости

- А. Связка головки бедренной кости
- Б. Подвздошно-бедренная связка
- В. Лобково-бедренная связка
- Г. Седалищно-бедренная связка

20. К какому типу по форме относится грудинно-ключичный сустав:

- А. Блоковидный
- Б. Седловидный
- В. Плоский
- Г. Шаровидный

21. Спинной мозг в позвоночном канале заканчивается на уровне:

- А. L1-L2
- Б. L2-L3
- В. L3-L4
- Г. L4-L5
- Д. L5-S1

22. Пояснично-крестцовое утолщение располагается на уровне:

- А. T6-T7
- Б. T8-T9
- В. T10-T12
- Г. L1-L2

23. Артерия Адамкевича-это:

- А. Корешково-спинальная артерия шейного утолщения;
- Б. Корешково-спинальная артерия поясничного утолщения;
- В. Передняя спинальная артерия;
- Г. Межреберная артерия;
- Д. Задняя спинальная артерия.

24. Особенностью шейных позвонков от С3 до С7 является наличие:

- А. Унковертебральных сочленений;
- Б. Поверхности дугоотростчатых суставов средних и нижних шейных позвонков находятся под углом в 45 градусов по отношению к горизонтальной плоскости;
- В. Наличие отверстия в поперечных отростках для позвоночной артерии
- Г. Всё вышеперечисленное верно.

25. Межпозвонковые диски:

- А. Кровоснабжаются из передних и задних радикуло-медулярных артерий;
- Б. Кровоснабжаются из перимедулярной капиллярной сети;
- В. Не имеют кровеносных сосудов;
- Г. Кровоснабжаются из задних радикуло-медулярных артерий;
- Д. Все перечисленное.

26. В межпозвонковом диске:

- А. Нет нервных окончаний
- Б. Нервные окончания есть в гиалиновых замыкательных пластинках

- В. Нервные окончания есть только по передней поверхности фиброзного кольца
- Г. Нервные окончания есть только по задней поверхности фиброзного кольца
- Д. Нервные окончания есть только по наружной поверхности фиброзного кольца

27. Позвонки сочленяются друг с другом с помощью соединений:

- А. Хрящевых
- Б. Соединительнотканых
- В. Синостозов
- Г. Истинных суставов
- Д. Все перечисленное верно.

28. Унковертебральные сочленения имеются только в:

- А. Верхнем отделе позвоночника
- Б. Среднем отделе позвоночника
- В. Нижнем отделе позвоночника
- Г. Грудном отделе позвоночника
- Д. Поясничном отделе позвоночника
- Е. Верно А,Б,В

29. К связочному аппарату позвоночника относятся:

- А. Передняя продольная связка
- Б. Боковая связка
- В. Задняя продольная связка
- Г. Желтая связка
- Д. Все перечисленное.

30. Двигательным позвоночным сегментом называют:

- А. Шейный отдел позвоночника;
- Б. Грудной отдел позвоночника;
- В. Поясничный отдел позвоночника;
- Г. Два смежных позвонка и диск между ними;
- Д. Сегмент спинного мозга

31. Наиболее подвижным отделом позвоночника является:

- А. Шейный
- Б. Грудной
- В. Поясничный
- Г. Крестцовый

32. Сколько сочленений костей входят в состав локтевого сустава:

- А. 2
- Б. 3
- В. 4
- Г. 5

33. Экстрапирамидная система включает:

- А. Чёрную субстанцию
- Б. Красные ядра
- В. Мозжечок
- Г. Голубое пятно
- Д. Все перечисленное верно

- 34. Мышечные ветви шейного сплетения иннервируют:**
- А. Межпоперечные мышцы шеи;
 - Б. Переднюю лестничную мышцу;
 - В. Подключичную мышцу;
 - Г. Большую грудную мышцу;
 - Д. Широчайшую мышцу спины.
- 35. Мышечные ветви плечевого сплетения иннервируют:**
- А. Длинную мышцу шеи;
 - Б. Переднюю лестничную мышцу;
 - В. Подключичную мышцу;
 - Г. Большую грудную мышцу;
 - Д. Все перечисленное верно.
- 36. Какой из указанных нервов не относится к поясничному сплетению:**
- А. Седалищный нерв
 - Б. Бедренный нерв
 - В. Запирательный нерв
 - Г. Латеральный кожный нерв бедра
- 37. Ветви поясничного сплетения иннервируют:**
- А. Подвздошную мышцу;
 - Б. Большую и малую поясничную мышцу;
 - В. Кожа медиальной поверхности и внутреннюю капсулу коленного сустава;
 - Г. Грушевидную мышцу;
 - Д. Верно А,Б,В
- 38. Ветви крестцового сплетения иннервируют:**
- А. Подвздошную мышцу;
 - Б. Большую и малую поясничную мышцу;
 - В. Кожа медиальной поверхности и внутреннюю капсулу коленного сустава;
 - Г. Грушевидную мышцу;
 - Д. Широчайшую мышцу спины.
- 39. Лимфатические капилляры отсутствуют в:**
- А. Головном и спинном мозге;
 - Б. Дерме;
 - В. Печени;
 - Г. Селезёнке;
 - Д. Легких.
- 40. Рефлекторная дуга включает следующие звенья:**
- А. Рецепторные афферентные пути;
 - Б. Вставочные нейроны;
 - В. Проводящие пути;
 - Г. Соматосенсорная и соматомоторная зона коры, афферентные и эфферентные пути;
 - Д. Все перечисленное.
- 41. Функциональная организация нервных центров складывается из:**
- А. Периферических отделов-рецепторов;
 - Б. Сенсорных систем-анализаторов;
 - В. Проводниковых отделов анализаторов;

- Г. Корковых отделов анализаторов;
Д. Всего перечисленного.
- 42. Тормозным действием обладает:**
А. Альфа-мотонейрон;
Б. Клетка Реншоу;
В. Клетка Беца;
Г. Гамма-мотонейрон.
Д. Нейрон спинномозгового ганглия
- 43. Возбуждающим действием на нейроны обладают:**
А. Глутамин;
Б. Гаммааминомасляная кислота;
В. Пируватдегидрогеназа;
Г. Серотонин;
Д. Аспартат.
- 44. Тормозным действием на нейроны обладают:**
А. Глутамин;
Б. Гаммааминомасляная кислота;
В. Пируватдегидрогеназа;
Г. Серотонин;
Д. Аспартат.
- 45. Вегетативная нервная система обеспечивает:**
А. Трофотропную функцию;
Б. Эрготропную функцию;
В. Интеграцию трофотропной и эрготропной функций;
Г. Всё перечисленное верно.
- 46. Лимбическая система:**
А. Осуществляет температурную регуляцию;
Б. Участвует в формировании мотиваций;
В. Регулирует цикл сон-бодрствование;
Г. Участвует в формировании эмоций;
Д. Всё перечисленное верно.
- 47. Ноцицептивное раздражение это:**
А. Раздражение рецепторов;
Б. Раздражение, сопровождающееся болью при повреждении целостности кожного покрова и глуболежащих тканей;
В. Нарушение гомеостаза кожи и глубочайших тканей;
Г. Нарушение восприятия;
Д. Все перечисленное
- 48. Спинальный центр парасимпатической иннервации мочевого пузыря находится в сегментах:**
А. L5-S1
Б. S1-S3
В. S3-S5
Г. C6-C7
Д. C7-T1

- 49. Возникновение неврозов чаще наблюдается у:**
- А. Сильных возбудимых типов;
 - Б. Сильных тормозных типов;
 - В. Слабых возбудимых или слабых тормозных;
 - Г. Тип высшей нервной деятельности не имеет значения;
 - Д. Всё перечисленное верно.
- 50. Эмоциональные расстройства развиваются при патологии:**
- А. Лимбических структур и коры мозга;
 - Б. Спинного мозга;
 - В. Бледного шара;
 - Г. Мозжечка;
 - Д. При всех перечисленных
- 51. Повышение подвижности в суставе является признаком:**
- А. Патологической гипермобильности;
 - Б. Проявлением конституциональных особенностей пациента;
 - В. Приобретённым профессиональным качеством;
 - Г. Не является важным клиническим признаком;
 - Д. Всё перечисленное верно.
- 52. Дефицит какого минерала в пище сопровождается нарушением созревания коллагена в капсулах суставов?**
- А. Железа
 - Б. Бора
 - В. Меди
 - Г. Молибдена
 - Д. Кальция
- 53. Дефицит какой аминокислоты в пище приводит к нарушению созревания коллагена в межпозвонковых дисках?**
- А. Триптофана
 - Б. Лейцина
 - В. Глютамина
 - Г. Лизина
 - Д. Метионина
- 54. Дефицит витамина Д Не играет ключевой роли в механизмах развития**
- А. Гипертонической болезни
 - Б. Сахарного диабета
 - В. Депрессии
 - Г. Остеопороза
 - Д. Малярии.
- 55. Спазмы мышц развиваются в результате дефицита в мышечной ткани:**
- А. Кальция
 - Б. Натрия
 - В. Фтора

- Г. Фосфора
- Д. Магния

56. Длительный прием кальция в менопаузе приводит к:

- А. Остеосклерозу
- Б. Кальцинозу венечных артерий
- В. Улучшению свойств костного матрикса
- Г. Снижению частоты кариеса зубов
- Д. Поносу

57. При предъявлении больным жалоб на боли в пояснице необходимо провести:

- А. Неврологический осмотр
- Б. Рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника
- В. Поколачивание в области почек
- Г. УЗ почек и мочевого пузыря, -простаты, матки и придатков
- Д. Все вышеперечисленное

58. При жалобах больного на боли в области шеи и головокружение необходимо:

- А. Клинический анализ крови;
- Б. Клинический анализ мочи;
- В. Неврологический осмотр;
- Г. Ультразвуковую доплерографию брахиоцефальных артерий
- Д. Все вышеперечисленное.

59. При болях в пояснице и ногах обязательно проведение:

- А. Осмотр области спины и ног;
- Б. Пальпация артерий нижних конечностей;
- В. Осмотр вен нижних конечностей;
- Г. Все верно.

60. При выяснении причины головной боли необходимо дифференцировать между собой:

- А. Опухоль головного мозга;
- Б. Цервикогенные головные боли;
- В. Интоксикационные головные боли;
- Г. Тригеминальная невралгия;
- Д. Все верно.

61. Подозрение на туберкулезный процесс должно возникать наличии:

- А. Потливость по утрам;
- Б. Яркий румянец;
- В. Ночные боли в позвоночнике;
- Г. Плохой аппетит;
- Д. Все верно

62. Полуперепончатая мышца:

- А. Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;
- Б. Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее внутрь;
- В. Сгибает бедро и выпрямляет туловище;
- Г. Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее наружу;
- Д. Всё перечисленное.

63. Трехглавая мышца го

лени осуществляет:

- А. Подошвенное сгибание стопы и сгибание голени в коленном суставе, при фиксированной стопе тянет голень и бедро назад;
- Б. Подошвенное и боковое кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;
- В. Подошвенное и боковое кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;
- Г. Подошвенное, боковое кнутри и кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;
- Д. Всё перечисленное

64. К экстензорам тазобедренного сустава относятся:

- А. Большая ягодичная мышца, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;
- Б. Большая ягодичная мышца, короткая головка двуглавой мышцы бедра, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;
- В. Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, трехглавая мышца голени;
- Г. Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, полуперепончатая мышца;
- Д. Все перечисленное.

65. К флексорам тазобедренного сустава относятся:

- А. Прямая мышца бедра, подвздошно-поясничная мышца, мышца напрягающая широкую фасцию бедра, средняя ягодичная мышца;
- Б. Прямая мышца бедра, задняя большеберцовая мышца;
- В. Прямая мышца бедра, подвздошно-поясничная мышца;
- Г. Прямая мышца бедра, средняя ягодичная мышца;
- Д. Все перечисленное.

66. Укажите полисуставную мышцу нижней конечности:

- А. Четырёхглавая мышца бедра
- Б. Средняя ягодичная мышца
- В. Гребенчатая мышца
- Г. Грушевидная мышца

67. Большая грудная мышца:

- А. Поднимает лопатку;
- Б. Опускает поднятую руку;
- В. Приближает лопатку к позвоночному столбу;
- Г. Опускает лопатку;
- Д. Все перечисленное.

68. Трапециевидная мышца:

- А. Поднимает и опускает лопатку, приближает ее к позвоночному столбу;
- Б. Поднимает лопатку;
- В. Опускает лопатку;
- Г. Поднимает и опускает лопатку;
- Д. Все перечисленное

69. Трапециевидная мышца при фиксации плечевого пояса:

- А. Наклоняет голову назад;
- Б. Наклоняет голову в соответствующую сторону;
- В. Наклоняет голову вперед;
- Г. Наклоняет голову под углом 45 градусов;

Д. Все перечисленное

70. Какая из перечисленных мышц не входит в манжетку ротаторов?

- А. Малая круглая
- Б. Подостная
- В. Подлопаточная
- Г. Надостная
- Д. Большая круглая

71. Неврологическими проявлениями остеохондроза являются:

- А. Боли в различных отделах позвоночника в покое
- Б. Боли в различных отделах позвоночника при движении или физической нагрузке
- В. Ограничение подвижности позвоночника из-за боли
- Г. Напряжение длинных мышц спины
- Д. Всё перечисленное

72. Звеньями патогенетической цепи при остеохондрозе являются:

- А. Болевой синдром
- Б. Локальные мышечные гипертонусы
- В. Сосудистая дисциркуляция и развитие отёка в области пораженного межпозвонкового диска
- Г. Нарушение двигательного стереотипа
- Д. Всё перечисленное верно

73. Цервикокраниалгия является:

- А. Корешковым синдромом
- Б. Корешково-сосудистым синдромом
- В. Ирритативно-рефлекторным синдромом
- Г. Миалгическим синдромом
- Д. Всё перечисленное верно

74. При критической нагрузке на позвоночный столб сначала разрушаются:

- А. Фиброзное кольцо, студенистое ядро, замыкательные пластинки, тело позвонка
- Б. Тело позвонка, замыкательные пластинки, фиброзное кольцо, студенистое ядро
- В. Студенистое ядро, фиброзное кольцо, замыкательные пластинки, тело позвонка
- Г. Замыкательные пластинки, тело позвонка, студенистое ядро, фиброзное кольцо

75. Дискогенная болезнь-это:

- А. Врожденные аномалии развития позвоночника
- Б. Дегенерация студенистого ядра
- В. Клинические проявления пояснично-крестцового радикулита
- Г. Дегенеративные проявления в анатомических структурах позвоночного двигательного сегмента, ведущие к развитию неврологического дефекта, имеющему четкую стадийность.
- Д. Всё перечисленное верно

76. Наибольший эффект от лечения идиопатического сколиоза можно получить:

- А. В дошкольном возрасте
- Б. В период активного роста ребенка

- В. По окончании активного роста ребенка
 Г. У взрослого пациента
 Д. Всё перечисленное верно
- 77. Прогрессирование идиопатического сколиоза прекращается:**
 А. С прекращением роста человека
 Б. С прекращением периода полового созревания
 В. С началом лечения
 Г. Не прекращается в течение всей жизни человека
 Д. Всё перечисленное верно
- 78. Остеохондропатия - это:**
 А. Переходный этап в развитии костной ткани
 Б. Подострой асептический некроз кости
 В. Последствие перенесенной травмы кости
 Г. Наследственное заболевание
 Д. Всё перечисленное верно
- 79. Наибольший эффект от лечения идиопатического сколиоза можно получить:**
 А. В дошкольном возрасте
 Б. В период активного роста ребенка
 В. По окончании активного роста ребенка
 Г. У взрослого пациента
 Д. Всё перечисленное верно
- 80. Боль при остеохондропатиях возникает:**
 А. При физической и статической нагрузке
 Б. В положении в покая
 В. При мануальном лечении
 Г. Не возникает
 Д. Всё перечисленное верно
- 81. Дифференциальный диагноз ювенильной спондилопатии надо проводить с:**
 А. Корешковым синдромом
 Б. Туберкулезным спондилитом
 В. Проекционными болями в области позвоночника
 Г. Сирингомиелией
 Д. Всё перечисленное верно
- 82. Признаками периферического паралича является:**
 А. Атрофия / гипотрофия /
 Б. Арефлексия / гипорефлексия /
 В. Атония
 Г. Электровозбудимость нервов и мышц изменена
 Д. Всё выше перечисленное, кроме Г.
- 83. Признаками центрального паралича является:**
 А. Спастическая гипертония
 Б. Атрофии нет
 В. Гиперрефлексия
 Г. Электровозбудимость нервов и мышц не изменена
 Д. Всё выше перечисленное.

84. К клиническим проявлениям поражения корешка относятся:

- А. Стреляющие боли
- Б. Дерматомная гипоалгезия
- В. Периферический парез
- Г. Ослабление или выпадение глубокого рефлекса
- Д. Всё перечисленное верно

85. Причинами механического сдавления спинного мозга шейном уровне являются:

- А. Протрузии и грыжа межпозвоночного диска
- Б. Задние остеофиты тел шейных позвонков
- В. Гипертрофия и оссификация желтой связки
- Г. Нестабильность позвоночного сегмента
- Д. Всё перечисленное верно

86. При укорочении конечности после травмы или хирургического лечения необходимо:

- А. Восстановить длину конечности с помощью ортопедической обуви
- Б. Применять трость
- В. Не восстанавливать длину конечностей
- Г. Применять костыли
- Д. Проводить лечебную физкультуру для восстановления длины конечности

87. В лечении острой стадии плечелопаточного периартроза предпочтение отдается:

- А. Новокаиновым блокадам
- Б. Мягкой иммобилизации руки и плечевого сустава
- В. Манипуляциям на шейном отделе и плечевом суставе
- Г. Проведению мануального лечения на всех отделах позвоночника
- Д. Все перечисленное верно.

88. Цель применения мануальной терапии:

- А. Улучшение кровообращения
- Б. Восстановление функции суставов
- В. Противовоспалительное действие
- Г. Улучшение иммунологической реактивности
- Д. Правильны все ответы

89. Характерные клинические симптомы при язвенной болезни:

- А. Боли в животе
- Б. Тошнота
- В. Плохой аппетит
- Г. Изжога
- Д. Правильны все ответы

90. Миелинизация спинальных нервов у детей заканчивается:

- А. К 5 годам
- Б. К 7 годам.
- В. К 2-3 годам
- Г. К 4 годам
- Д. Всё перечисленное верно.

- 91. Миелинизация пирамидной системы у детей заканчивается:**
- А. К 5 годам
 - Б. К 7 годам
 - В. К 3 годам
 - Г. К 1 году
 - Д. К 6 годам
- 92. Разница между позвонком и соответствующим сегментом спинного мозга на уровне шейного отдела позвоночника у грудного ребенка составляет:**
- А. Один позвонок
 - Б. Два позвонка
 - В. Три позвонка.
 - Г. Разницы нет
- 93. К типичным рентгенологическим признакам остеохондроза позвоночника относятся:**
- А. Сужение межпозвонковой щели;
 - Б. Образование остеофитов;
 - В. Субхондральный склероз;
 - Г. Грыжи Шморля;
 - Д. Всё перечисленное верно
- 94. Противопоказанием к проведению МРТ является:**
- А. Наличие имплантированных кардиостимуляторов;
 - Б. Наличие имплантированных микронасосов для подачи инсулина;
 - В. Клаустрофобия;
 - Г. Ожирение 4 степени;
 - Д. Всё вышеперечисленное
- 95. Для плечелопаточного периартроза характерно:**
- А. Боли в области плечевого сустава;
 - Б. Онемение в плече;
 - В. Ограничение движений в суставе;
 - Г. Ночные боли;
 - Д. Всё перечисленное верно
- 96. При заболеваниях печени зонами гиперестезии являются:**
- А. D5-D6
 - Б. D6-D10
 - В. D3-D6
 - Г. D3-D8
 - Д. Все перечисленное верно.
- 97. Наиболее часто страдает во время родового акта:**
- А. Нижнейшейный отдел
 - Б. Среднейшейный отдел
 - В. Верхнейшейный отдел
 - Г. Пояснично-крестцовый
 - Д. Все отделы
- 98. При почечной колике отмечается сколиоз:**

- А. В сторону отсутствия боли
- Б. В ипсилатеральную сторону
- В. Сколиоз отсутствует

99. При болях в межреберье дифференциальный диагноз проводится между:

- А. ИБС
- Б. Корешковым синдромом
- В. Диабетической мононейропатией
- Г. Плевритом
- Д. Все ответы правильные

100. При компрессии боковой грыжей корешка L5 отмечаются следующие симптомы:

- А. Зона гиперестезии по наружной поверхности голени и большому пальцу стопы
- Б. Рефлексы сохранены
- В. Гипотрофия передней большеберцовой мышцы
- Г. Отсутствует слабость в большом пальце стопы
- Д. Всё верно, кроме Г

Ответы:

1.Г	11.Г	21.А	31.А	41.Д	51.Д	61.Д	71.Д	81.Б	91.В
2.Г	12.Б	22.В	32.Б	42.Б	52.В	62.Б	72.Д	82.Д	92.Г
3.Д	13.В	23.В	33.Д	43.Д	53.Г	63.А	73.Д	83.Д	93.Д
4. В	14.Г	24.Г	34.Б	44.Б	54.Д	64.Б	74.Г	84.Д	94.А
5. А	15.А	25.В	35.Д	45.Г	55.Д	65.В	75.Д	85.Д	95.Д
6. В	16.А	26.А	36.А	46.Г	56.Б	66.А	76. Б	86.А	96.Б
7. Г	17.А	27.Д	37.Д	47.Б	57.Д	67.Б	77.А	87.А	97.В
8.А	18.А	28.Е	38.Г	48.В	58.Д	68.А	78. Б	88.Д	98.А
9. В	19.А	29.Д	39.А	49.Д	59.Г	69.А	79.В	89.Д	99.Д
10.Б	20.Б	30.Г	40.Д	50.А	60.Д	70.Д	80.А	90.В	100.Д

Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

Задачи

Задача № 1

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату обратилась девушка 20 лет с жалобами на постоянный дискомфорт в грудном отделе позвоночника, тяжесть между лопатками, которая при долгом нахождении в положении сидя переходит в ноющую боль средней интенсивности, тяжесть и дискомфорт усиливаются также по утрам, при подъеме с кровати. Длится это последние 2 года, с тех пор, как поступила в институт. За медицинской помощью по этому поводу не обращалась, самолечением не занималась.

Из анамнеза: операции, травмы отрицает, на учете у докторов не состоит, гинекологический анамнез спокойный.

При общем остеопатическом осмотре заметно нарушение осанки в виде разности высоты стояния надплечий, лопаток, ключиц, разности треугольников талии. При проведении глобальных активных тестов флексии и латерофлексии заметна ротация позвонков в грудном отделе.

Специфические тесты выявили в грудном отделе NSR вправо с апикальным позвонком D 5. Для коррекции этой дисфункции врач применил следующую технику:

Врач стоит сзади и справа от сидящего на столе пациента

Правая рука врача под правым плечом скрещенных рук пациента и ложится на левое надплечье пациента. Левая рука врача контролирует D5.

Врач набирает параметры коррекции: флексия, правая латерофлексия, правая ротация до момента начала движения D5.

Коррекция: пациент производит активную левую латерофлексию грудной клеткой с силой 200г против сопротивления врача в течение 3 секунд. После 3 секунд расслабления врач достигает нового моторного барьера в правой латерофлексии, правой ротации и флексии. Повторить маневр 2 раза. Ретестирование.

В ходе осмотра врач так же диагностировал региональные (регион головы, (1 балл) – речь идет о паттерне черепа – левой торсии; регион грудной, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл) регион таза, структуральная составляющая (1 балл), регион ТМО (2 балла)

Стоит отметить, что при проведении теста ингибиции (ингибиция «по вертикали»), наиболее ригидным оказался регион ТМО.

Вопросы:

1. Правильно ли выполнена коррекция соматической дисфункции в грудном отделе позвоночника?
2. Предложите свой вариант специфической техники для коррекции выявленной соматической дисфункции грудного отдела (NSR вправо). Опишите этапы проведения данной техники коррекции.

- Учитывая данные осмотра, предложите вариант остеопатического заключения.
- Предложите план лечения пациентки на данном приеме.
- Опишите алгоритм прямой техники коррекции соматической дисфункции черепа – левая торсия.

Ответы:

- Данная техника не подходит для коррекции соматической дисфункции NSR в грудном отделе. Она предназначена для проведения коррекции иной соматической дисфункции позвонка: ERS влево.
- Врач стоит сзади и справа от сидящего на столе пациента

Правая рука врача под правым плечом скрещенных рук пациента и ложится на левое надплечье пациента. Левая рука врача контролирует D5.

Врач набирает параметры коррекции: левая латерофлексия, правая ротация до момента начала движения D5.

Коррекция: пациент производит активную правую латерофлексию грудной клеткой с силой 200г против сопротивления врача в течение 3 секунд. После 3 секунд расслабления врач достигает нового моторного барьера в левой латерофлексии, правой ротации. Повторить маневр 2 раза. Ретестирование.

- Учитывая данные остеопатического осмотра можно составить следующее остеопатическое заключение:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: сома Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх. конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	висцера 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	BC CB Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)		
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция – регион ТМО			

- Возможный план терапии на первом сеансе: коррекция соматической дисфункции региона ТМО, прямые техники на костях и сочленениях таза, коррекция соматической дисфункции грудного региона (сперва – структуральная составляющая, после этого – оценка динамики висцеральной составляющей и при необходимости ее коррекция), коррекция паттерна черепа – левая торсия; уравнивание кранио-сакральной системы.

- Описание техники коррекции соматической дисфункции паттерна черепа – левая торсия:

Пациент лежит на спине.

Врач делает захват головы по Сатерленду

Так как левая торсия подразумевает появление дополнительной оси НАЗИОН – ОПИСТИОН и разнонаправленный поворот вокруг нее клиновидной и затылочной костей, и высокое

стояние тела клиновидной кости слева, то будет ощущение разнонаправленного движения рук на черепе : левая поворачивается «к себе», а правая – «от себя». Прямая техника является собой противоположное движение рук: левая поворачивается «от себя», а правая – «к себе».

ЗАДАЧА 2.

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Основная часть

На прием к остеопату обратилась девушка 22 года. Жалобы на боли в области грудной клетки справа при глубоком вдохе, при повороте туловища, ночью при смене положения тела во время сна. Боли появились после катания на «американских горках», 3 дня назад. К врачу не обратилась, так как находилась за границей. Принимала обезболивающие (Таб. Кеторолак 100мг), они оказывали непродолжительный эффект.

Из анамнеза: является студенткой медицинского института, травмы отрицает, в 18 лет была операция по поводу апоплексии яичника

При осмотре грудной клетки выявлено следующее:

Правая половина грудной клетки ограничена в дыхательных движениях на уровне 6,7 ребер, на уровне переднего конца (место сочленения костной и хрящевой частей) 6 ребро выступает («бугорок»), на уровне задних углов 6 ребро западает («ямка») относительно 5 и 7 ребер, выражена болезненность при пальпации 6 ребра.

Доктор решил провести следующую технику коррекции

Врач стоит позади сидящего на столе пациента, правая кисть пациента – на левом плече, врач животом фиксирует позвонки пациента ниже уровня Th6

1 палец левой руки врача в контакте с наружным отделом заднего угла 6 ребра, правая рука врача поддерживает правый локоть пациента

Врач, поднимая и опуская локоть пациента и добавляя легкое движение ротации до ощущения движения на пораженном ребре, локализует уровень воздействия

Врач просит пациента толкать с небольшой силой локоть внутрь и книзу в течение 3 секунд против сопротивления врача

Врач просит пациента расслабиться на 3 секунды и в это время выигрывает в достижении барьера, толкая задний угол ребра кпереди и кнутри (медиально), как будто хочет сообщить ребру движение по часовой стрелке. Повторить маневр 3 раза. Ретестирование.

Вопросы:

1. Какую соматическую дисфункцию можно подозревать по результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра?
2. Доктор решил провести следующую технику коррекции данной соматической дисфункции. Правильно ли проведена коррекция данной соматической дисфункции?

Врач стоит позади сидящего на столе пациента, правая кисть пациента – на левом плече, врач животом фиксирует позвонки пациента ниже уровня Th6

1 палец левой руки врача в контакте с наружным отделом заднего угла 6 ребра, правая рука врача поддерживает правый локоть пациента

Врач, поднимая и опуская локоть пациента и добавляя легкое движение ротации до ощущения движения на пораженном ребре, локализует уровень воздействия

Врач просит пациента толкать с небольшой силой локоть внутрь и книзу в течение 3 секунд против сопротивления врача

Врач просит пациента расслабиться на 3 секунды и в это время выигрывает в достижении барьера, толкая задний угол ребра кпереди и кнутри (медиально), как будто хочет сообщить ребру движение по часовой стрелке. Повторить маневр 3 раза. Ретестирование.

3. По результатам остеопатического осмотра врач составил следующее остеопатическое заключение. Оцените его.

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл / 3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл / 3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома висцера	ВС СВ Сr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) 6-го ребра справа (острая) – задний подвывих ; двенадцатиперстной кишки (хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция: регион таза, висцеральная составляющая.			

4. Какие травматические (структурные) дисфункции ребер Вы еще знаете?

5. Предложите план работы с пациентом на данном приеме?

Ответы:

1. Локальная соматическая дисфункция 6 ребра справа (острая) – передний подвывих головки ребра.
2. Техника проведена не корректно. Эта техника используется при коррекции заднего подвывиха ребра. В данном исполнении она приведет только к усугублению имеющейся соматической дисфункции ребра.
3. Предложенное остеопатическое заключение составлено не корректно. Целесообразно, с учетом представленного остеопатического заключения, в доминирующую вынести острую локальную соматическую дисфункцию 6 ребра справа. Выставление доминирующей соматической дисфункции подчиняется общим принципам, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные – над локальными. Исключение из данной системы возможно в случае наличия острой локальной соматической дисфункции. В последнем случае острая локальная соматическая дисфункция может быть вынесена в доминирующую даже при наличии у пациента соматических дисфункций глобального и регионального уровней. В нашем случае это и имеет место.
4. Травматические дисфункции ребер: компрессия, дисторсия.
5. План лечения на данном приеме может выглядеть следующим образом:

Коррекция переднего подвывиха правого 6-го ребра, лифт и уравнивание висцеральных масс таза, коррекция двенадцатиперстной кишки, артикуляционные и мобилизационные техники на шейном и грудном отделах позвоночника. Уравнивание кранио-сакральной системы.

ЗАДАЧА 3.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату обратилась девушка 27 лет. Жалобы на боли в области грудной клетки справа при глубоком вдохе, при повороте туловища, ночью при смене положения тела во время сна. Боли появились после катания на «американских горках», 3 дня назад. К врачу не обратилась, так-как находилась за границей. Принимала обезболивающие, они оказывали непродолжительный эффект.

Из анамнеза: является студенткой медицинского института, травмы отрицает, в 18 лет была операция по поводу апоплексии яичника

При осмотре грудной клетки выявлено следующее:

Правая половина грудной клетки ограничена в дыхательных движениях на уровне 6,7 ребер, на уровне передних углов 6 ребро выступает («бугорок»), на уровне задних углов 6 ребро западает («ямка») относительно 5 и 7 ребер, выражена болезненность при пальпации 6 ребра

Доктор решил провести следующую технику коррекции

Врач стоит позади сидящего на столе пациента, правая кисть пациента – на левом плече, врач животом фиксирует позвонки пациента ниже уровня Th6

1 палец правой руки врача в контакте с внутренним отделом заднего угла 6 ребра, левая рука врача поддерживает правый локоть пациента

Врач, поднимая и опуская локоть пациента и добавляя легкое движение ротации до ощущения движения на пораженном ребре, локализует уровень воздействия

Врач просит пациента толкать с небольшой силой локоть наружу и книзу в течение 3 секунд против сопротивления врача

Врач просит пациента расслабиться на 3 секунды и в это время выигрывает в достижении барьера, толкая задний угол ребра назад и наружу (латерально), как будто хочет сообщить ребру движение против часовой стрелки. Повторить маневр 3 раза. Ретестирование. Так же, при осмотре и диагностике врач выявил следующие нарушения, которые отразил в остеопатическом заключении:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: Головы 12 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома висцера	ВС СВ Сr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) 6-го ребра справа (острая) –задний подвывих ; двенадцатиперстной кишки.		
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция: регион таза, висцеральная составляющая.			

Вопросы:

1. Какую соматическую дисфункцию можно подозревать по результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра?
2. Правильно ли выполнена коррекция?
3. По результат остеопатического осмотра врач составил следующее остеопатическое заключение. Оцените его.

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: Головы 12 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома висцера	ВС СВ Сr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) 6-го ребра справа (острая) –передний подвывих ; двенадцатиперстной кишки (хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: локальная соматическая дисфункция – передний подвывих 6-го правого ребра (острая)			

4. Какие соматические дисфункции ребер Вы еще знаете?
5. Предложите план работы с пациентом на этом приеме.

Ответы:

1. Локальная соматическая дисфункция 6 ребра справа (острая) – передний подвывих
2. Врач правильно произвел коррекцию локальной соматической дисфункции – передний подвывих головки ребра.
3. Предложенное остеопатическое заключение составлено корректно.
4. Типы клинических проявлений соматических дисфункций рёбер
 - а. Кинетические дисфункции (только типичные рёбра) –

- передний подвывих головки ребра
- задний подвывих головки ребра
- b. Структурные дисфункции –
- компрессия
- дисторсия
- c. Дыхательные дисфункции-
- на вдохе.
- на выдохе.

5. План лечения на данном приеме может выглядеть следующим образом:

Коррекция переднего подвывиха правого 6-го ребра, лифт и уравнивание висцеральных масс таза, коррекция двенадцатиперстной кишки, артикуляционные и мобилизационные техники на шейном и грудном отделах позвоночника. Уравнивание кранио-сакральной системы.

ЗАДАЧА 4.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент обратился на прием к остеопату с жалобами на тянущие, без иррадиации боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при поворотах туловища, наклонах, при изменении положения тела в кровати. Для того чтоб заснуть, приходится принимать вынужденное положение.

Боли появились неделю назад, после того как переложил мешок картошки с места на место. Делать это пришлось в наклоне и с поворотом с грузом в руках. Боль почувствовал сразу, больно было разогнуться, не смог прямо ходить, пока не обвязал себя туго полотенцем. На следующее утро обратился к неврологу. Была назначена рентгенография поясничного отдела позвоночника.

Заключение:

«На рентгенограммах поясничного отдела позвоночника в 2х проекциях высота тел позвонков не изменена, несколько снижена высота L4-L5,L5-S1 м/позвонковых дисков. Замыкательные пластинки тел соответствующих позвонков субхондрально уплотнены. Лордоз выпрямлен. Задняя линия тел позвонков не деформирована. Костно - деструктивных, дегенеративных и травматических изменений не выявлено. Паравертебральные мягкие ткани без особенностей.

Заключение: остеохондроз в сегменте L4- L5-S1. Выпрямление поясничного лордоза.

Так же была назначена медикаментозная терапия, которая за неделю немного помогла ослабить боль.

При проведении обследования остеопат отметил:

- Флексионный тест стоя не проведен из-за боли.
- Флексионный тест сидя положительный слева
- При тесте трансляции привлёк внимание поясничный отдел
- При тесте трех объемов наиболее регидный нижнеабдоминальный объем со стороны структуральной составляющей;

- Тест пружинения положительный.
- Позиционно и пальпаторно крестец не вызывает вопросов
- Позиционные тесты по Митчелу: в положении «Сфинкса» постеризация поперечного отростка L4 слева, в нейтральном положении и в позе «Магомета» поперечные отростки выравниваются.

Вопросы:

1. Какую соматическую дисфункцию можно заподозрить по результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра?
2. Для коррекции выявленной локальной соматической дисфункции врач использовал следующую технику. Правильно ли выполнена коррекция?

Подготовка к коррекции:

Пациент лежит на правом боку, голова лежит на согнутой правой руке. Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах на угол 90 градусов. Врач стоит спереди от пациента лицом к нему. Упираясь своими бедрами в колени пациента, усиливая или уменьшая флексию в поясничном отделе, локализует пространство L4-L5. Врач производит левую ротацию переводя левое плечо пациента за спину к кушетке до того момента, когда правая контролирующая рука почувствует ротационное движение L4. Это положение пациент фиксирует, взявшись за край стола левой рукой. Контролируя левой рукой L4, врач производит левую латерофлексию, поднимая правой рукой левую ногу пациента за голеностопный сустав, доводя латерофлексию до уровня L5, исключая движение L4.

Коррекция:

Пациент осуществляет изометрическое сокращение против сопротивления врача, двигая левую голень к полу в течение 3 секунд с силой 200 г.

Отдых в течение 3 секунд.

Врач, поднимая левую голень пациента, достигает нового моторного барьера в делатерофлексии, опуская бедра пациента – в деротации, переводя бедра каудально – в разгибании.

Повторить коррекцию 2 раза, ретест.

3. Предложите свой вариант специфической техники для коррекции выявленной соматической дисфункции. Опишите этапы проведения данной техники.
4. В ходе осмотра врач так же диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (1 балл); регион грудной, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл); регион таза структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (2 балла) и хронические локальные соматические дисфункции (правый плечевой сустав, правый коленный сустав). Учитывая эти данные, предложите вариант остеопатического заключения.
5. Предложите план лечения пациента на данном приеме.

Ответы:

1. Локальная соматическая дисфункция позвонка L4 FRS(влево).

2. Коррекция выполнена неверно, описанный вариант подходит для коррекции соматической дисфункции позвонка L4 FRS(вправо).
3. Правильный вариант:

Подготовка к коррекции

Пациент лежит на левом боку, голова лежит на согнутой левой руке. Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах на угол 90 градусов. Врач стоит спереди от пациента лицом к нему. Упираясь своими бедрами в колени пациента, усиливая или уменьшая флексию в поясничном отделе, локализует пространство L4-L5. Врач производит правую ротацию переводя правое плечо пациента за спину к кушетке до того момента, когда левая контролирующая рука почувствует ротационное движение L4. Это положение пациент фиксирует, взявшись за край стола правой рукой. Контролируя правой рукой L4, врач производит правую латерофлексию, поднимая левой рукой правую ногу пациента за голеностопный сустав, доводя латерофлексию до уровня L5, исключая движение L4.

Коррекция:

Пациент осуществляет изометрическое сокращение против сопротивления врача, двигая правую голень к полу в течение 3 секунд с силой 200 г.

Отдых в течение 3 секунд.

Врач, поднимая правую голень пациента, достигает нового моторного барьера в делатерофлексии, опуская бедра пациента – в деротации, переводя бедра каудально – в разгибании.

Повторить коррекцию 2 раза, ретест.

4. Учитывая данные анамнеза и проведенного остеопатического осмотра можно составить следующее остеопатическое заключение:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: сома Головы 123 Шеи 1 23 Верх.конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	висцера	BC CB Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические): L4 FRS влево (острая), правого плечевого сустава(хроническая), правого коленного сустава(хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: острая локальная соматическая дисфункция: L4 FRS(влево)			

- 5 План лечения пациента на данном приеме:

Коррекция острой локальной соматической дисфункции позвонка L4 FRS(влево), мобилизация и осцилляторная коррекция висцеральных масс нижнего этажа брюшной полости, артикуляционные и мобилизационные техники на шейном и грудном отделах позвоночника, уравнивание кранио-сакральной системы.

ЗАДАЧА 5.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент обратился на прием к остеопату с жалобами на тянущие, без иррадиации боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при поворотах туловища, наклонах, при изменении положения тела в кровати. Для того чтоб заснуть, приходится принимать вынужденное положение.

Боли появились неделю назад, после того как переложил мешок картошки с места на место. Делать это пришлось в наклоне и с поворотом с грузом в руках. Боль почувствовал сразу, больно было разогнуться, не смог прямо ходить, пока не обвязал себя туго полотенцем. На следующее утро обратился к неврологу. Была назначена рентгенография поясничного отдела позвоночника.

Заключение:

«На рентгенограммах поясничного отдела позвоночника в 2х проекциях высота тел позвонков не изменена, несколько снижена высота L4-L5, L5-S1 м/позвонковых дисков. Замыкательные пластинки тел соответствующих позвонков субхондрально уплотнены. Лордоз выпрямлен. Задняя линия тел позвонков не деформирована. Костно - деструктивных, дегенеративных и травматических изменений не выявлено. Паравертебральные мягкие ткани без особенностей.

Заключение: остеохондроз в сегменте L4- L5-S1. Выпрямление поясничного лордоза.

Так же была назначена медикаментозная терапия, которая за неделю немного помогла ослабить боль.

При проведении обследования остеопат отметил:

- Флексионный тест стоя не проведен из-за боли.
- Флексионный тест сидя положительный слева
- При тесте трансляции привлек внимание поясничный отдел
- При тесте трех объемов наиболее регидный нижнеабдоминальный объем со стороны структуральной составляющей;
- Тест пружинения положительный.
- Позиционно и пальпаторно крестец не вызывает вопросов
- Позиционные тесты по Митчелу: в положении «Сфинкса» постеризация поперечного отростка L4 слева, в нейтральном положении и в позе «Магомета» поперечные отростки выравниваются.

Вопросы:

1. Какую соматическую дисфункцию можно заподозрить по результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра?
2. Для коррекции выявленной локальной соматической дисфункции врач использовал следующую технику. Правильно ли выполнена коррекция?

Подготовка к коррекции:

Пациент лежит на левом боку, голова лежит на согнутой левой руке. Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах на угол 90 градусов. Врач стоит спереди от пациента лицом к нему. Упираясь своими бедрами в колени пациента, усиливая или уменьшая флексию в поясничном отделе, локализует пространство L4-L5. Врач производит правую

ротацию переводя правое плечо пациента за спину к кушетке до того момента, когда левая контролирующая рука почувствует ротационное движение L4. Это положение пациент фиксирует, взявшись за край стола правой рукой. Контролируя правой рукой L4, врач производит правую латерофлексию, поднимая левой рукой правую ногу пациента за голеностопный сустав, доводя латерофлексию до уровня L5, исключая движение L4.

Коррекция:

Пациент осуществляет изометрическое сокращение против сопротивления врача, двигая правую голень к полу в течение 3 секунд с силой 200 г.

Отдых в течение 3 секунд.

Врач, поднимая правую голень пациента, достигает нового моторного барьера в делатерофлексии, опуская бедра пациента – в деротации, переводя бедра каудально – в разгибании.

Повторить коррекцию 2 раза, ретест.

3. Какие типы техник для коррекции данной локальной соматической дисфункции Вы бы могли еще предложить?
4. По результатам остеопатического осмотра врач составил следующее остеопатическое заключение. Оцените его.

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: сома Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничной 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	висцера 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	BC CB Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические): L4 FRS влево (острая), правого плечевого сустава(хроническая), правого коленного сустава(хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция: регион таза, висцеральная составляющая.			

5. Предложите план лечения пациента на данном приеме.

Ответы:

1. Локальная соматическая дисфункция позвонка L4 FRS(влево).
2. Коррекция выполнена верно, описанный вариант подходит для коррекции соматической дисфункции позвонка L4 FRS(влево).
3. Артикуляционная коррекция, трастовая коррекция, фасциальные техники коррекции, БЛТ (балансирующее лигаментозное натяжение).
4. Предложенное остеопатическое заключение составлено не корректно. Целесообразно, с учетом представленного остеопатического заключения, в доминирующую вынести острую локальную соматическую дисфункцию позвонка L4. Выставление доминирующей соматической дисфункции подчиняется общим принципам, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные – над локальными. Исключение из данной системы возможно в случае наличия острой локальной соматической

дисфункции. В последнем случае острая локальная соматическая дисфункция может быть вынесена в доминирующую даже при наличии у пациента соматических дисфункций глобального и регионального уровней. В нашем случае это и имеет место.

5. План лечения пациента на данном приеме:

Коррекция острой локальной соматической дисфункции позвонка L4 FRS(влево), мобилизация и осцилляторная коррекция висцеральных масс нижнего этажа брюшной полости, артикуляционные и мобилизационные техники на шейном и грудном отделах позвоночника, уравнивание кранио-сакральной системы.

ЗАДАЧА 6.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату обратилась женщина 30 лет с болями в нижней части спины справа. Боль острая, ноющая, иррадирует в правую ягодицу не позволяя разогнуться. Боль выражена в положении стоя и сидя.

Со слов, боль появилась 2 дня назад, сразу после того, как пациентка неудачно оступилась на лестнице мимо ступеньки и ударилась выпрямленной правой ногой. При этом, по ее ощущениям, «удар передался по оси правой ноги до таза и вверх по позвоночнику и отозвался в шее». Для купирования боли делала инъекции кетонала в/мышечно по 1 мл 2 раза в день, и носила поясничный поддерживающий корсет. Данные мероприятия не помогли снизить интенсивность болевого синдрома.

Из анамнеза: на протяжении последних 5 лет наблюдается у невролога поликлиники с диагнозом: «Головная боль напряжения», связывает это с сидячей работой. Работает бухгалтером, травмы, операции отрицает, занимается йогой.

При остеопатическом осмотре врач отметил:

Гребень левой подвздошной кости, ПВПО слева, ЗВПО слева, вертел левой бедренной кости, левая подъягодичная складка расположены более цефалически по отношению к одноименным структурам с правой стороны в положении стоя.

Флексионный тест стоя резко положительный справа (+++)

Флексионный тест сидя слабоположительный справа(+)

Правая нижняя конечность в положении лежа на спине укорочена

Тест Даунинга на удлинение справа отрицательный

ПВПО справа расположена более цефалически, чем слева

Гребень правой подвздошной кости расположен более цефалически, чем слева

Правая крестцово – бугорная связка менее натянута, чем левая

ЗВПО справа расположена более цефалически, чем слева

Вопросы:

1. Какой бы дополнительный тест Вы бы провели у данной пациентки с целью выявления дисфункции и точного ее определения?
2. Какую соматическую дисфункцию можно предположить по результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра?

3. Исходя из результатов осмотра врач применил следующую технику коррекции.

Правильно ли выполнена коррекция?

Подготовка к коррекции.

Пациент лежит на спине у правого края стола, удерживаясь лево рукой за другой его край. Правая нижняя конечность свешивается за край стола. Врач стоит справа от пациента и левой рукой контролирует ПВПО справа.

Врач правой рукой опускает правое бедро пациента до начала движения ПВПО справа.

Коррекция.

Пациент старается поднимать правое колено к потолку с силой против сопротивления врача в течение 3 секунд. Отдых 3 секунды.

Врач, контролируя движение ПВПО, опускает правое бедро пациента и достигает нового двигательного барьера.

Повторить маневр 2 раза. Ретестирование.

4. Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл); регион грудной, структуральная составляющая (1 балл); регион ТМО (1балл)) и локальные соматические дисфункции (ГКС слева (хроническая), таранной кости (хроническая)).

Предложите вариант остеопатического заключения для данной пациентки.

5. После прима у пациентки возникли вопросы: следует ли сделать МРТ, нужно ли продолжать носить поясничный корсет и можно ли на следующий день после приема идти в зал на занятия йогой? Ваше мнение по данным моментам.

Ответы:

1. Для уточнения можно провести тест «пяти линий». Суть его в том, что он ориентирует диагностический поиск врача на дисфункцию подвздошной кости: верхнее смещение (upslip), которую нужно подтвердить и другими тестами. Кроме того, данный тест позволяет провести дифференциальную диагностику между соматической дисфункцией подвздошной кости и анатомическим укорочение нижней конечности.
2. Дисфункция подвздошной кости справа: верхнее смещение или upslip.
3. Коррекция выполнена не верно. Данная техника предназначена для коррекции дисфункции: задняя ротация подвздошной кости справа
4. Вариант остеопатического заключения с учетом предоставленных данных:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома висцера	ВС СВ Сr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) : правой подвздошной кости – верхнее смещение (острая) ГКС слева (хроническая), таранной кости (хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: острая локальная соматическая дисфункция подвздошной кости справа: верхнее смещение			

5. Данный болевой синдром связан с острой локальной соматической дисфункцией подвздошной кости, поэтому ношение поясничного корсета нецелесообразно. Нет указания на какую-либо неврологическую симптоматику, поэтому выполнение МРТ не является обязательной диагностической процедурой в данном случае. От посещения фитнес-зала и других интенсивных физических нагрузок целесообразно воздержаться ближайшие 3 дня после посещения врача – остеопата. В дальнейшем физические нагрузки целесообразно наращивать постепенно.

ЗАДАЧА 7.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату обратилась женщина 36 лет с болями в нижней части спины справа. Боль острая, ноющая, иррадирует в правую ягодицу не позволяя разогнуться. Боль выражена в положении стоя и сидя.

Со слов, боль появилась 2 дня назад, сразу после того, как пациентка неудачно оступилась на лестнице мимо ступеньки и ударилась выпрямленной правой ногой. При этом, по ее ощущениям, «удар передался по оси правой ноги до таза и вверх по позвоночнику и отозвался в шее». Для купирования боли делала инъекции кетонала в/мышечно по 1 мл 2 раза в день, и носила поясничный поддерживающий корсет. Данные мероприятия не помогли снизить интенсивность болевого синдрома.

Из анамнеза: на протяжении последних 5 лет наблюдается у невролога поликлиники с диагнозом: «Головная боль напряжения», связывает это с сидячей работой. Работает бухгалтером, травмы, операции отрицает, занимается йогой.

При остеопатическом осмотре врач отметил:

Гребень левой подвздошной кости, ПВПО слева, ЗВПО слева, вертел левой бедренной кости, левая подъягодичная складка расположены более цефалически по отношению к одноименным структурам с правой стороны в положении стоя.

Флексионный тест стоя резко положительный справа (++++)

Флексионный тест сидя слабоположительный справа(+)

Правая нижняя конечность в положении лежа на спине укорочена

Тест Даунинга на удлинение справа отрицательный

ПВПО справа расположена более цефалически, чем слева

Гребень правой подвздошной кости расположен более цефалически, чем слева

Правая крестцово – бугорная связка менее натянута, чем левая

ЗВПО справа расположена более цефалически, чем слева

Вопросы:

1. Какой бы дополнительный тест Вы бы провели у данной пациентки с целью выявления дисфункции и точного ее определения? В чем суть этого теста? Опишите его.
2. Какую соматическую дисфункцию можно предположить по результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра?
3. Исходя из результатов осмотра врач применил следующую технику коррекции локальной соматической дисфункции. Правильно ли выполнена коррекция у данной пациентки?

Подготовка к коррекции:

Пациент лежит на животе, руками держится за головной конец стола. Врач стоит у ножного конца стола со стороны дисфункции.левой рукой врач пальпирует правый КПС, а правой рукой производит небольшое отведение и внутреннюю ротацию правой нижней конечности пациента до начала движения на уровне КПС. Сохраняя отведение и ротацию, захватывает правую голень пациента на уровне лодыжек. Врач становится в положение шага с полной двойной опорой, руки в локтях разогнуты и напряжены.

Врач тянет нижнюю конечность каудально, вводя ткани на уровне КПС в напряжение и удерживая его.

Коррекция:

По команде врача пациент сильно и звучно кашляет, а врач удерживает его нижнюю конечность в натяжении.

Повторить маневр 2-3 раза. Ретестирование.

4. Завершив остеопатический осмотр, врач составил следующее остеопатическое заключение для данной пациентки. Оцените его

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3	ВС СВ Сr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) : правой подвздошной кости – верхнее смещение (острая) ГКС слева (хроническая), таранной кости (хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция: регион шеи, структуральная составляющая.			

5. После приема у пациентки возникли вопросы: следует ли сделать МРТ, нужно ли продолжать носить поясничный корсет и можно ли на следующий день после приема идти в зал на занятия йогой? Ваше мнение по данным моментам.

1. Для уточнения можно провести тест «пяти линий». Суть его в том, что он ориентирует диагностический поиск врача на дисфункцию подвздошной кости: верхнее смещение (upslip), которую нужно подтвердить и другими тестами. Кроме того, данный тест позволяет провести дифференциальную диагностику между соматической дисфункцией подвздошной кости и анатомическим укорочением нижней конечности. Описание теста: оценивается взаимное расположение линий, мысленно проведенных между точками: гребень левой и правой подвздошной костей, ПВПО слева и справа, ЗВПО слева и справа, вертелы левой и правой бедренных костей, левая и правая подъягодичная складки в положении стоя и лежа. Если линии параллельны между собой и не параллельны горизонтальной плоскости, с более цефалическим расположением опорных точек с одной стороны, в положении стоя, а при положении лежа эти же линии параллельны между собой, но, ранее расположенные более цефалически опорные точки становятся расположенными более каудально, то тест «пяти линий» следует считать положительным и следует предполагать наличие дисфункции верхнее смещение подвздошной кости или upslip, и провести дополнительные тесты для подтверждения наличия данной дисфункции. Если взаимное расположение линий будет как угодно по-другому, то следует думать о любой другой дисфункции, кроме верхнего смещения подвздошной кости или upslip.
2. Дисфункция подвздошной кости справа: верхнее смещение или upslip.
3. Коррекция выполнена верно. Данная техника предназначена для коррекции локальной соматической дисфункции: верхнее смещение подвздошной кости.
4. Предложенное остеопатическое заключение составлено не корректно. Целесообразно, с учетом представленного остеопатического заключения, в доминирующую вынести острую локальную соматическую дисфункцию правой подвздошной кости. Выставление доминирующей соматической дисфункции подчиняется общим принципам, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные – над локальными. Исключение из данной системы возможно в случае наличия острой локальной соматической дисфункции. В последнем случае острая локальная соматическая дисфункция может быть вынесена в доминирующую даже при наличии у пациента соматических дисфункций глобального и регионального уровней. В нашем случае это и имеет место.
5. Данный болевой синдром связан с острой локальной соматической дисфункцией подвздошной кости, поэтому ношение поясничного корсета нецелесообразно. Нет указания на какую-либо неврологическую симптоматику, поэтому выполнение МРТ не является обязательной диагностической процедурой в данном случае. От посещения фитнес-зала и других интенсивных физических нагрузок целесообразно воздержаться ближайшие 3 дня после посещения врача – остеопата. В дальнейшем физические нагрузки целесообразно наращивать постепенно.

ЗАДАЧА 8

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Основная часть

На прием к остеопату обратился мужчина 40 лет с жалобами на боли в грудной клетке, больше в ребрах спереди и справа. Боли описывает как жгучие, стреляющие, ограничивающие дыхание. Боли появились 4 дня назад, связывает их появление с тем, что за день до их возникновения попал под сильный дождь и промок насквозь. Из анамнеза: работает сварщиком на заводе, травмы, операции отрицает, добавляет, что неделю назад, на работе пришлось одному поднимать и переносить тяжелый груз и в этот момент почувствовал «прострел» внизу спины. Боль в крестце осталась до сих пор, ноющая, усиливается при активных движениях, больше при наклоне вперед, иррадиирует в правую ягодицу. По этому поводу принимал Нурофен 400 мг 2 раза в день в течение 7 дней. Под действием обезболивающего препарата боль уменьшалась на непродолжительное время и возвращалась к прежнему уровню. К врачам с данными жалобами не обращался.

Во время остеопатического осмотра в области 6-го – 8-го ребер справа, на уровне средней подмышечной линии, обнаружена сыпь, представленная мелкими пузырьками с серозным содержимым. Накануне, как утверждает пациент, сыпи не было.

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (1 балл), регион грудной, структуральная составляющая (1 балла), регион поясничный, структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (2 балла)) и локальные соматические дисфункции (7-го и 8-го ребер справа – соматическая дисфункция выдоха). Так же врач выявил следующее: причиной боли в крестце стала задняя торсия крестца (вправо по левой кривой оси), для коррекции которой он применил следующую технику:

Подготовка к коррекции:

Врач стоит лицом к пациенту, лежащему на правом боку с выпрямленной правой ногой и согнутой в тазобедренном и коленном суставах левой.

Правой рукой захватив левую стопу пациента, врач мобилизует пояснично-крестцовый отдел, раскрывая межкостное пространство L5 – S1

Поменяв положение рук, правой рукой контролируя L5 – S1, врач производит левую ротацию переводя левое плечо пациента за спину к кушетке до того момента, когда правая контролирующая рука почувствует ротационное движение L5. Это положение пациент фиксирует, взявшись за край стола левой рукой. Врач вновь меняет положение рук. Контролируя левой рукой межкостное пространство L5 - S1, остистый отросток L5 и бороздку левого КПС, врач поднимает правой рукой левую ногу пациента за голеностопный сустав, до начала движения L5.

Коррекция:

Пациент делает усилие, направляя левую стопу к полу с силой в течение 3 секунд против сопротивления врача. После 3 секунд расслабления врач поднимает левую стопу пациента к потолку под контролем движения на уровне L5 - S1, достигая нового двигательного барьера. Повторить маневр 2 раза. В конце коррекции врач определяет углубление бороздки левого КПС. Ретестирование.

Вопросы:

Подготовка к коррекции:

Врач стоит лицом к пациенту, лежащему на левом боку с выпрямленной левой ногой и согнутой в тазобедренном и коленном суставах правой.

Левой рукой захватив правую стопу пациента, врач мобилизует пояснично-крестцовый отдел, раскрывая межостистое пространство L5 – S1

Поменяв положение рук, левой рукой контролируя L5 – S1, врач производит правую ротацию переводя правое плечо пациента за спину к кушетке до того момента, когда левая контролирующая рука почувствует ротационное движение L5. Это положение пациент фиксирует, взявшись за край стола правой рукой. Врач вновь меняет положение рук. Контролируя правой рукой межостистое пространство L5 - S1, остистый отросток L5 и бороздку правого КПС, врач поднимает левой рукой правую ногу пациента за голеностопный сустав, до начала движения L5.

Коррекция:

Пациент делает усилие, направляя правую стопу к полу с силой в течение 3 секунд против сопротивления врача. После 3 секунд расслабления врач поднимает правую стопу пациента к потолку под контролем движения на уровне L5 - S1, достигая нового двигательного барьера. Повторить маневр 2 раза. В конце коррекции врач определяет углубление бороздки правого КПС. Ретестирование.

4. У данного пациента наиболее вероятно имеет место Опоясывающий герпес (Herpeszoster).
5. Острая инфекционная патология, а так же контагиозные заболевания кожи являются одним из противопоказаний к остеопатической коррекции. На данном сеансе от остеопатического лечения пациента целесообразно воздержаться.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату обратился мужчина 48 лет с жалобами на боли в грудной клетке, больше в ребрах спереди и справа. Боли описывает как жгучие, стреляющие, ограничивающие дыхание. Боли появились 4 дня назад, связывает их появление с тем, что за день до их возникновения попал под сильный дождь и промок насквозь. Из анамнеза: работает сварщиком на заводе, травмы, операции отрицает, добавляет, что неделю назад, на работе пришлось одному поднимать и переносить тяжелый груз и в этот момент почувствовал «прострел» внизу спины. Боль в крестце осталась до сих пор, ноющая, усиливается при активных движениях, больше при наклоне вперед, иррадирует в правую ягодицу. По этому поводу принимал Нурофен 400 мг 2 раза в день в течение 7 дней. Под действием обезболивающего препарата боль уменьшалась на непродолжительное время и возвращалась к прежнему уровню. К врачам с данными жалобами не обращался.

Во время остеопатического осмотра в области 6-го – 8-го ребер справа, на уровне средней подмышечной линии, обнаружена сыпь, представленная мелкими пузырьками с серозным содержимым. Накануне, как утверждает пациент, сыпи не было.

Вопросы:

- 1 Какую патологию Вы можете заподозрить с учетом данных анамнеза и проведенного осмотра? Сформулируйте диагноз.
- 2 По результатам осмотра врач составил следующее остеопатическое заключение. Оцените его.

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3	ВС СВ Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) крестца (острая) – задняя торсия вправо по левой кривой оси; 7-го и 8-го ребер справа (острая) – соматическая дисфункция выдоха		
Доминирующая соматическая дисфункция: острая локальная соматическая дисфункция крестца – задняя торсия вправо по левой кривой оси; острая локальная соматическая дисфункция 7-го и 8-го ребер справа			

3. Для коррекции острой локальной соматической дисфункции крестца врач использовал следующую технику. Корректно ли она выполнена?

Подготовка к коррекции:

Врач стоит лицом к пациенту, лежащему на левом боку с выпрямленной левой ногой и согнутой в тазобедренном и коленном суставах правой.

Левой рукой захватив правую стопу пациента, врач мобилизует пояснично-крестцовый отдел, раскрывая межкостистое пространство L5 – S1

Поменяв положение рук, левой рукой контролируя L5 – S1, врач производит правую ротацию переводя правое плечо пациента за спину к кушетке до того момента, когда левая контролирующая рука почувствует ротационное движение L5. Это положение пациент фиксирует, взявшись за край стола правой рукой. Врач вновь меняет положение рук. Контролируя правой рукой межкостистое пространство L5 - S1, остистый отросток L5 и бороздку правого КПС, врач поднимает левой рукой правую ногу пациента за голеностопный сустав, до начала движения L5.

Коррекция:

Пациент делает усилие, направляя правую стопу к полу с силой в течение 3 секунд против сопротивления врача. После 3 секунд расслабления врач поднимает правую стопу пациента к потолку под контролем движения на уровне L5 - S1, достигая нового двигательного барьера. Повторить маневр 2 раза. В конце коррекции врач определяет углубление бороздки правого КПС. Ретестирование.

4. Показано ли остеопатическое лечение данному пациенту на этом приеме?

5. Какие рекомендации Вы дадите данному пациенту?

Ответы:

1. У данного пациента наиболее вероятно имеет место Опоясывающий герпес (Herpes zoster).
2. Остеопатическое заключение составлено корректно.
3. Техника проведена корректно. Представленная техника предназначена для коррекции соматической дисфункции крестца – задняя торсия крестца вправо по левой кривой оси:

Подготовка к коррекции:

4. Острая инфекционная патология, а так же контагиозные заболевания кожи являются одним из противопоказаний к остеопатической коррекции. На данном сеансе от остеопатического лечения пациента целесообразно воздержаться.
5. Рекомендации: соблюдение режима труда и отдыха; консультация невролога, инфекциониста (для лечения опоясывающего герпеса);
6. прием препаратов из группы НПВС; избегать переохлаждения; не поднимать тяжестей. Явка на прием к остеопату после стихания основных клинических проявлений опоясывающего герпеса.

ЗАДАЧА 10.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к врачу остеопату обратились родители с ребенком 7 лет, мальчик, с жалобами на раздражительность, периодические головные боли, быструю утомляемость, ночное недержание мочи, так же мальчик плохо произносит некоторые согласные. Со слов родителей, ночное недержание мочи отмечается с раннего детства без светлого промежутка, чаще в первой половине ночи. Мальчик очень крепко спит, трудно просыпается. Из анамнеза выяснено, что родился от 1 беременности, протекавшей с гестационным пиелонефритом, симптомами гипоксии плода. Наблюдался у невролога с диагнозом: энцефалопатия, синдром повышенной нервно - рефлекторно возбудимости. По его рекомендациям, в разное время проходил: УЗДГ сосудов шеи, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, ЭКГ. По результатам обследований - все без особых отклонений.

В 6 летнем возрасте была травма черепа без потери сознания. Обращались в стационар, выполнены: рентгенография черепа, ЭХОЭГ – без отклонений.

По поводу энуреза к врачу не обращались, пытались справиться самостоятельно.

Развивался соответственно возрасту. С 2.5 лет посещал детские дошкольные учреждения, в школу ходить еще не начал. С 5 лет занимается в секции дзюдо. На момент осмотра лекарственных препаратов не принимает.

Во время остеопатического осмотра врач выявил: глобальные (ритмогенное нарушение - нарушение выработки краниального ритмического импульса (1 балл)), региональные (регион головы (паттерн черепа: левая торсия) - (1 балл), регион шеи, структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (2 балла), регион таза, структуральная составляющая (1 балл), регион ТМО (2 балла)) и локальные соматические дисфункции (правый плечевой сустав).

Вопросы:

1. Что бы Вы хотели уточнить в анамнезе данного ребенка?
2. Предложите Ваш вариант остеопатического заключения у данного пациента.
3. Какой бы Вы предложили план лечения пациента на данном приеме?
4. Предложите прямую технику коррекции паттерна черепа – левая торсия. Опишите этапы проведения техники.
5. Врач дал следующие рекомендации родителям после сеанса: ОАК, ОАМ, УЗИ почек и мочевого пузыря, осмотр у офтальмолога (глазное дно), УЗДГ сосудов шеи, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, МРТ головного мозга, консультации невролога и нефролога. С результатами обследований и консультаций специалистов – на курсовое лечение к остеопату 8-10 сеансов с частотой 2 раза в неделю..

Ваше мнение по данным рекомендациям?

Ответы:

1. Анамнез собран довольно подробно. Целесообразно уточнить особенности течения родов, какие прививки ребенок получал, оперативные вмешательства, аллергологический анамнез, наследственные заболевания.

2. Учитывая данные анамнеза и проведенного осмотра можно предложить следующий вариант остеопатического заключения:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3	BC CB Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) правый плечевой сустав (хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: глобальное ритмогенное нарушение (нарушение выработки краниального ритмического импульса).			

3. План лечения с учетом составленного остеопатического заключения:

Коррекция соматических дисфункций региона таза (например, БЛТ), техники коррекции дисфункций гортанно – глоточного комплекса и диафрагмы рта (в дальнейшем – оценка состояния структуральной составляющей региона шеи и при необходимости – коррекция), коррекция дисфункции твердой мозговой оболочки, прямые техники на костях черепа – коррекция паттерна левый боковой наклон с ротацией, «дренаж венозных синусов» (или CV4, или EV4), уравнивание кранио-сакральной системы.

4. Описание техники коррекции соматической дисфункции паттерна черепа – левая торсия:

Пациент лежит на спине.

Врач делает захват головы по Сатерленду

Так как левая торсия подразумевает появление дополнительной оси НАЗИОН – ОПИСТИОН и разнонаправленный поворот вокруг нее клиновидной и затылочной костей, и высокое

стояние тела клиновидной кости слева, то будет ощущение разнонаправленного движения рук на черепае : левая поворачивается «к себе», а правая – «от себя». Прямая техника являет собой противоположное движение рук: левая поворачивается «от себя», а правая – «к себе». Течение родов, какие прививки ребенок получал, операции, аллергологический анамнез, наследственные заболевания, принимает ли лекарства

- б. Рекомендации некорректны и избыточны: не реализован индивидуальный подход в терапии - остеопатическая коррекция изначально назначена курсом с крайне малым временным интервалом между сеансами; многие обследования были ранее уже выполнены.

ЗАДАЧА 11.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к врачу остеопату обратились родители с ребенком 7 лет, мальчик, с жалобами на раздражительность, периодические головные боли, быструю утомляемость, ночное недержание мочи, так же мальчик плохо произносит некоторые согласные. Со слов родителей, ночное недержание мочи отмечается с раннего детства без светлого промежутка, чаще в первой половине ночи. Мальчик очень крепко спит, трудно просыпается. Из анамнеза выяснено, что родился от 1 беременности, протекавшей с гестационным пиелонефритом, симптомами гипоксии плода. Наблюдался у невролога с диагнозом: энцефалопатия, синдром повышенной нервно - рефлекторноной возбудимости. По его рекомендациям, в разное время проходил: УЗДГ сосудов шеи, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, ЭКГ. По результатам обследований - все без особых отклонений.

В 6 летнем возрасте была травма черепа без потери сознания. Обращались в стационар, выполнены: рентгенография черепа, ЭХОЭГ – без отклонений.

По поводу энуреза к врачу не обращались, пытались справиться самостоятельно.

Развивался соответственно возрасту. С 2.5 лет посещал детские дошкольные учреждения, в школу ходить еще не начал.

Вопросы:

1. Что бы Вы хотели уточнить в анамнезе данного ребенка?
2. По результатам осмотра врач составил следующее остеопатическое заключение. Оцените его.

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3

		Дыхательн. 1 2 3	
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3	BC CB Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 L2 – L5 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) правый плечевой сустав (хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция – регион ТМО.			

3. Что Вы понимаете под глобальным ритмогенным нарушением?

4. В ходе сеанса врач провел для коррекции паттерна черепа (левый боковой наклон с ротацией) следующую технику. Правильно ли проведена коррекция?

Пациент лежит на спине.

Врач делает захват головы по Сатерленду

Так как левая торсия подразумевает появление дополнительной оси НАЗИОН – ОПИСТИОН и разнонаправленный поворот вокруг нее клиновидной и затылочной костей, и высокое стояние тела клиновидной кости слева, то будет ощущение разнонаправленного движения рук на черепе : левая поворачивается «к себе», а правая – «от себя». Прямая техника являет собой противоположное движение рук: левая поворачивается «от себя», а правая – «к себе».

5. Врач дал следующие рекомендации родителям после сеанса: ОАК, ОАМ, УЗИ почек и мочевого пузыря, осмотр у офтальмолога (глазное дно), УЗДГ сосудов шеи, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, МРТ головного мозга, консультации невролога и нефролога. С результатами обследований и консультаций специалистов – на курсовое лечение к остеопату 8-10 сеансов с частотой 2 раза в неделю..

Ваше мнение по данным рекомендациям?

Ответы:

1. Анамнез собран довольно подробно. Целесообразно уточнить особенности течения родов, какие прививки ребенок получал, оперативные вмешательства, аллергологический анамнез, наследственные заболевания; принимает ли какие-то лекарственные препараты на момент обращения, образ жизни (посещение кружков, секций и тд).
2. Предложенное остеопатическое заключение составлено не корректно. Целесообразно, с учетом представленного остеопатического заключения, в доминирующую вынести глобальное ритмогенное нарушение (нарушение выработки краниального ритмического импульса). Выставление доминирующей соматической дисфункции подчиняется общим принципам, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные – над локальными. Исключение из данной системы возможно в случае наличия острой локальной соматической дисфункции. В последнем случае острая локальная соматическая дисфункция может быть вынесена в доминирующую даже при наличии у пациента соматических дисфункций глобального и регионального уровней.
3. Глобальное ритмогенное нарушение (ГРН) – это обратимое расстройство выработки эндогенных ритмов. С клинической точки зрения может быть обусловлено как функциональными, так и сочетанием функциональных и органических причин, и проявляется во всех тканях целостного организма. Наиболее часто оцениваются следующие эндогенные ритмы: краниальный, торакальный (дыхательный) и кардиальный (сердечный). Оценка осуществляется по следующим параметрам: частота, сила и амплитуда.
4. Данная техника не корректна, так как направлена на коррекцию левой торсии, а у пациента имеет место другая соматическая дисфункция - левый боковой наклон с ротацией
5. Рекомендации некорректны и избыточны: не реализован индивидуальный подход в терапии - остеопатическая коррекция изначально назначена курсом с крайне малым временным интервалом между сеансами; многие обследования были ранее уже выполнены.

ЗАДАЧА 12.

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Основная часть

На прием к остеопату обратился молодой человек 25 лет. Жалобы на боли в области грудной клетки слева при глубоком вдохе, при повороте туловища, ночью при смене положения тела во время сна. Боль получилась в результате столкновения во время игры в хоккей.

Из анамнеза: хоккеем занимается непрофессионально, часто возникают мелкие травмы от падений на лед и столкновений. Такой сильный удар в грудную клетку впервые.

Утверждает, что в течение последних 3 лет наблюдается у гастроэнтеролога с диагнозом: хронический эрозивный гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс, ДЖВП.

Оперативные вмешательства отрицает.

При осмотре грудной клетки выявлено следующее:

Левая половина грудной клетки ограничена в дыхательных движениях на уровне 6,7 ребер, на уровне задних углов 6 ребро выступает («бугорок»), на уровне передних углов (место сочленения костной и хрящевой частей) 6 ребро западает («ямка») относительно 5 и 7 ребер, выражена болезненность при пальпации 6 ребра

Доктор решил провести следующую технику коррекции

Врач стоит позади сидящего на столе пациента, левая кисть пациента – на правом плече, врач животом фиксирует позвонки пациента ниже уровня Th6

1 палец левой руки врача в контакте с внутренним отделом заднего угла 6 ребра, правая рука врача поддерживает левый локоть пациента

Врач, поднимая и опуская локоть пациента и добавляя легкое движение ротации до ощущения движения на пораженном ребре, локализует уровень воздействия

Врач просит пациента толкать с небольшой силой локоть кнаружи и книзу в течение 3 секунд против сопротивления врача

Врач просит пациента расслабиться на 3 секунды и в это время выигрывает в достижении барьера, толкая задний угол ребра кзади и кнаружи (латерально), как будто хочет сообщить ребру движение по часовой стрелке. Повторить маневр 3 раза. Ретестирование.

В результате осмотра врач выявил глобальные (ритмогенное нарушение - нарушение выработки краниального ритмического импульса (1 балл)), региональные, регион поясничный, висцеральная составляющая (1 балл), регион ТМО (1 балл) и локальные соматические дисфункции (компрессия лонного сочленения, заднее смещение большеберцовой кости слева, 6 ребра слева (острая)).

Составлено остеопатическое заключение

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл / 3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл / 3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3	сома 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	ВС СВ Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3

	ТМО	1 2 3	1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) : 6-го ребра слева (острая) – передний подвывих, компрессия лонного сочленения (хроническая), большеберцовой кости левой – заднее смещение (хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: глобальное ритмогенное нарушение - нарушение выработки краниального ритмического импульса			

Вопросы:

1. Какую соматическую дисфункцию можно подозревать по результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра?
2. Правильно ли выполнена коррекция данной соматической дисфункции?
3. Предложите свой вариант специфической техники для коррекции выявленной соматической дисфункции. Опишите этапы проведения данной техники.
4. Оцените, правильно ли заполнено остеопатическое заключение?
5. Предложите свой вариант заполнения остеопатического заключения при необходимости.

Ответы:

1. Локальная соматическая дисфункция 6 ребра слева (острая) – задний подвывих головки ребра.
2. Техника проведена не корректно. Эта техника используется при коррекции переднего подвывиха ребра. В данном исполнении она приведет только к усугублению имеющейся соматической дисфункции ребра.
3. Для коррекции заднего подвывиха ребра нужно выполнить следующую технику:

Подготовка к коррекции.

Врач стоит позади сидящего на столе пациента, левая кисть пациента – на правом плече, врач животом фиксирует позвонки пациента ниже уровня Th6

1 палец правой руки врача в контакте с наружным отделом заднего угла 6 ребра, левая рука врача поддерживает левый локоть пациента

Врач, поднимая и опуская локоть пациента и добавляя легкое движение ротации до ощущения движения на пораженном ребре, локализует уровень воздействия

Врач просит пациента толкать с небольшой силой локоть внутрь и книзу в течение 3 секунд против сопротивления врача

Врач просит пациента расслабиться на 3 секунды и в это время выигрывает в достижении барьера, толкая задний угол ребра кпереди и кнутри (медиально), как будто хочет сообщить ребру движение против часовой стрелки. Повторить маневр 3 раза. Ретестирование.

4. Остеопатическое заключение составлено неверно. Неправильно определена локальная дисфункция 6 –го левого ребра – у данного пациента задний подвывих. Так же не корректно выставлена доминирующая соматическая дисфункция. Выставление доминирующей соматической дисфункции подчиняется общим принципам, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные – над локальными. Исключение из данной системы возможно в случае наличия острой локальной соматической дисфункции. В данном случае как раз и идет речь об острой локальной соматической дисфункции – заднем подвывихе 6 ребра слева, которая и должна была быть вынесена в доминирующую.

5. Остеопатическое заключение для данного пациента:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3	BC CB Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) : 6-го ребра слева (острая) – задний подвывих, компрессия лонного сочленения (хроническая), большеберцовой кости левой – заднее смещение (хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: острая локальная соматическая дисфункция 6-го ребра слева – задний подвывих			

ЗАДАЧА 13.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату обратился молодой человек 23 лет. Жалобы на боли в области грудной клетки слева при глубоком вдохе, при повороте туловища, ночью при смене положения тела во время сна. Боль получилась в результате столкновения во время игры в хоккей. Из анамнеза: хоккеем занимается непрофессионально, часто возникают мелкие травмы от падений на лед и столкновений. Такой сильный удар в грудную клетку впервые. Утверждает, что в течение последних 3 лет наблюдается у гастроэнтеролога с диагнозом: хронический эрозивный гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс, ДЖВП. Оперативные вмешательства отрицает.

При осмотре грудной клетки выявлено следующее:

Левая половина грудной клетки ограничена в дыхательных движениях на уровне 6,7 ребер, на уровне задних углов 6 ребро выступает («бугорок»), на уровне передних углов (место сочленения костной и хрящевой частей) 6 ребро западает («ямка») относительно 5 и 7 ребер, выражена болезненность при пальпации 6 ребра

Вопросы:

1. Какую соматическую дисфункцию можно подозревать по результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра?
2. Врач на приеме для коррекции данной дисфункции использовал следующую технику. Корректно ли она проведена?

Подготовка к коррекции.

Врач стоит позади сидящего на столе пациента, левая кисть пациента – на правом плече, врач животом фиксирует позвонки пациента ниже уровня Th6

1 палец правой руки врача в контакте с наружным отделом заднего угла 6 ребра, левая рука врача поддерживает левый локоть пациента

Врач, поднимая и опуская локоть пациента и добавляя легкое движение ротации до ощущения движения на пораженном ребре, локализует уровень воздействия

Врач просит пациента толкать с небольшой силой локоть внутрь и книзу в течение 3 секунд против сопротивления врача

Врач просит пациента расслабиться на 3 секунды и в это время выигрывает в достижении барьера, толкая задний угол ребра кпереди и кнутри (медиально), как будто хочет сообщить ребру движение против часовой стрелки. Повторить маневр 3 раза. Ретестирование.

3. По результатам осмотра врач составил следующее остеопатическое заключение:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое	Ритмогенное	Нейродинамическое
	1бл / 2 бл / 3бл	1 бл / 2бл / 3бл	1 бл / 2бл / 3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера	сома	BC CB Cr 1 2 3

	Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 1 2 3 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 1 2 3 Поясничный 1 2 3 1 2 3 Таза 1 2 3 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) : 6-го ребра слева (острая) – задний подвывих, компрессия лонного сочленения (хроническая), большеберцовой кости левой – заднее смещение (хроническая)	
Доминирующая соматическая дисфункция: острая локальная соматическая дисфункция 6-го ребра слева – задний подвывих		

Оцените, правильно ли заполнено остеопатическое заключение?

4. Показано ли остеопатическое лечение данному пациенту на первом сеансе?
5. Какие вы дадите рекомендации данному пациенту?

Ответы:

1. Локальная соматическая дисфункция 6 ребра слева (острая) – задний подвывих головки ребра.
2. Техника проведена корректно. Данная техника используется при коррекции заднего подвывиха ребра.
3. Остеопатическое заключение составлено корректно.
4. Остеопатическое лечение до дообследования данного пациента не следует проводить. По его жалобам и анамнезу нельзя исключить перелом ребер слева.
5. Целесообразно проведение дообследования – Rg грудной клетки. По результатам – принятие решения о проведении остеопатической коррекции.

ЗАДАЧА 14.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату обратилась женщина 49 лет с жалобами на головную боль. Боль локализуется в правой височной области, пульсирующая, монотонная, утихает ночью. Боль возникла около 4 месяцев назад, пациентка ни с чем не связывает. С данной жалобой к врачам не обращалась, принимала обезболивающие препараты, которые помогали снижать

интенсивность боли на несколько часов. Так же заметила, что помогает тугое стягивание головы и нижней челюсти платком, чем и пользовалась для облегчения боли.

Так же отмечает дискомфорт в правом подреберье и эпигастральной области после употребления жирной, жареной и острой пищи, периодические запоры, проявления геморроя в виде тянущей боли в промежности. Для облегчения этих симптомов самостоятельно принимает ферментные препараты, желчегонные, свечи с анестетиком. Так же предъявляет жалобы на боли в правом коленном суставе, с иррадиацией по внутренней стороне бедра, к паху.

При выяснении анамнеза оказалось, что за 1 месяц до начала головной боли занималась протезированием зубов, подолгу находилась в кресле стоматолога.

В анамнезе две операции кесарева сечения, аппендэктомия

На момент осмотра лекарственных препаратов не принимает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Во время остеопатического осмотра врач определил региональные (регион шеи, структуральная составляющая (1 балл), регион поясничный, структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (1 балл), регион таза, структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (2 балла)) и локальные соматические дисфункции (ВНЧС справа, правого тазобедренного сустава).

Вопросы :

1. Опишите технику уравнивания нижней челюсти.
2. После проведения остеопатического осмотра врач составил остеопатическое заключение.

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3	ВС СВ Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3

Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) : ВНЧС справа (хроническая), тазобедренного сустава справа (хроническая)
Доминирующая соматическая дисфункция: локальная соматическая дисфункция ВНЧС справа.	

Корректно ли оно составлено?

- Предложите свой вариант заполнения остеопатического заключения.
- Предложите вариант плана лечения пациентки на данном сеансе.
- Какие Вы дадите рекомендации данной пациентке?

Ответы:

1. Техника уравнивания нижней челюсти:

Подготовка к коррекции:

Врач стоит сбоку от лежащего на спине пациента, большие пальцы обеих рук вводит в ротовую полость пациента, проводит их по зубной аркаде в обе стороны до последнего зуба на нижней челюсти, остальные пальцы – на уровне гонионов снаружи.

Коррекция:

Пальпаторное согласие с тканями. За счет своего тела врач осуществляет каудальную тракцию нижней челюсти и удерживает нижнюю челюсть в таком положении, позволяя тканям осуществлять аутокоррекцию и уравнивание нижней челюсти.

- Представленное остеопатическое заключение заполнено не вполне корректно. Выставление доминирующей соматической дисфункции подчиняется общим принципам, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные – над локальными, если только локальная дисфункция не является острой. У пациента нет соматических дисфункций глобального уровня, нет острых локальных соматических дисфункций, но имеет место наличие нескольких соматических дисфункций регионального уровня. Наиболее выражена в балльной системе оценки региональная дисфункция тазового региона, висцеральная составляющая. Поэтому, в данном случае в раздел доминирующая соматическая дисфункция нужно включить региональную соматическую дисфункцию таза, висцеральная составляющая.

3. Остеопатическое заключение для данного пациента:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое е 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое е 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 12 3 Шеи 1 23	сома 1 2 3	ВС СВ Сг 1 2 3 С1 - С3 1 2 3 1 2 3

	Верх.конеч .	1 2 3		C4 - C6	1 2 3
	Грудной	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
	Поясничный	1 2 3	1 2 3	C7 - Th1	1 2 3
	Таза	1 2 3	1 2 3	1 2 3	
	Нижн. конечн.	1 2 3		Th2 - Th5	1 2 3
	ТМО		1 2 3	1 2 3	
				Th6 - Th9	1 2 3
				1 2 3	
				Th10 – L1	1 2 3
				1 2 3	
				L2 – L5	1 2 3
				1 2 3	
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) : ВНЧС справа (хроническая), тазобедренного сустава справа (хроническая)				
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция: регион таза, висцеральная составляющая					

4. План лечения пациентки на данном сеансе с учетом представленного остеопатического заключения: лифт и уравнивание висцеральных масс тазового региона, поясничного региона; артикуляционные техники коррекции на шейном и поясничном отделах позвоночника, коррекция соматической дисфункции ВНЧС. Уравнивание кранио-сакральной системы.
5. Рекомендации данной пациентке: соблюдение режима труда и отдыха; выполнить ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза; во время посещения стоматолога предупреждать врача об осложнении после длительного нахождения с открытым ртом и в вынужденной позе (делать небольшие перерывы в процессе лечения); научить пациентку самомассажу и расслаблению крыловидных мышц. Не употреблять в пищу твердых продуктов (орехи, жесткие овощи и фрукты, жесткое мясо), провоцирующих появление триггерных пунктов в жевательных мышцах. Повторный прием через 7-10 дней.

ЗАДАЧА 15.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату обратилась женщина 49 лет с жалобами на головную боль. Боль локализуется в правой височной области, пульсирующая, монотонная, утихает ночью. Боль возникла около 4 месяцев назад, пациентка ни с чем не связывает. С данной жалобой к врачам не обращалась, принимала обезболивающие препараты, которые помогали снижать интенсивность боли на несколько часов. Так же заметила, что помогает тугое стягивание головы и нижней челюсти платком, чем и пользовалась для облегчения боли.

Так же отмечает дискомфорт в правом подреберье и эпигастриальной области после употребления жирной, жареной и острой пищи, периодические запоры, проявления геморроя

в виде тянущей боли в промежности. Для облегчения этих симптомов самостоятельно принимает ферментные препараты, желчегонные, свечи с анестетиком. Так же предъявляет жалобы на боли в правом коленном суставе, с иррадиацией по внутренней стороне бедра, к паху.

При выяснении анамнеза оказалось, что за 1 месяц до начала головной боли занималась протезированием зубов, подолгу находилась в кресле стоматолога.

В анамнезе две операции кесарева сечения, аппендэктомия

На момент осмотра лекарственных препаратов не принимает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Вопросы :

1. После проведения остеопатического осмотра врач составил остеопатическое заключение.

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3	BC CB Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) : ВНЧС справа (хроническая), тазобедренного сустава справа (хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция: регион таза, висцеральная составляющая			

Корректно ли оно составлено?

2. Предложите вариант плана лечения пациентки на данном сеансе.
3. Какие соматические дисфункции тазобедренного сустава Вы знаете?

4. Показано ли остеопатическое лечение данной пациентке на первом сеансе?
5. Какие Вы дадите рекомендации данной пациентке?

Ответы:

1. Представленное остеопатическое заключение заполнено корректно.
2. План лечения пациентки на данном сеансе с учетом представленного остеопатического заключения: лифт и уравнивание висцеральных масс тазового региона, поясничного региона; артикуляционные техники коррекции на шейном и поясничном отделах позвоночника, коррекция соматической дисфункции ВНС. Уравнивание кранио-сакральной системы.
3. Соматические дисфункции тазобедренного сустава: переднее смещение головки бедренной кости, заднее смещение головки бедренной кости.
4. Учитывая данные анамнеза и объективного осмотра убедительных данных за наличие у пациентки заболеваний и состояний, являющихся противопоказанием к остеопатической коррекции, не получено.
5. Рекомендации данной пациентке: соблюдение режима труда и отдыха; выполнить ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза; во время посещения стоматолога предупреждать врача об осложнении после длительного нахождения с открытым ртом и в вынужденной позе (делать небольшие перерывы в процессе лечения); научить пациентку самомассажу и расслаблению крыловидных мышц. Не употреблять в пищу твердых продуктов (орехи, жесткие овощи и фрукты, жесткое мясо), провоцирующих появление триггерных пунктов в жевательных мышцах. Повторный прием через 7-10 дней.

ЗАДАЧА 16.

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Основная часть

На прием к остеопату обратилась женщина 35 лет с жалобами на головную боль и шум в голове, скованность в шейном и грудном отделе позвоночника. Характер боли – сдавливающий, как «обручем». Боль появляется часто, почти ежедневно, к концу дня нарастает, мешает заснуть, но после сна проходит. Шум появляется и усиливается вместе с болью, монотонный, изматывающий, так же проходит после сна. Так же жалуется на болезненные месячные, причем и головная боль во время месячных усиливается еще больше. Для облегчения болевых ощущений принимает Ибупрофен 400 мг, это помогает отвлечься от боли.

Головная боль появилась постепенно, в течение последних 7-8 лет, пациентка связывает ее появление с профессиональной деятельностью – работает учителем в школе. По поводу данных жалоб никуда не обращалась, занималась самолечением. К остеопату обратилась из-за шума в голове и скованности позвоночника. Их появление связывает со стрессом, полученным на работе (выговор от директора школы в присутствии коллег) около 3 месяцев назад.

Имеет двоих детей.

Вопросы:

1. Что бы Вы хотели уточнить в анамнезе данной пациентки?

2. Проведя остеопатический осмотр, врач выявил глобальное нейродинамическое нарушение (психовисцеросоматическое расстройство (1 балл)), глобальное ритмогенное нарушение (нарушение выработки краниального ритмического импульса, 1 балл), региональные (регион головы, структуральная составляющая (1 балл); регион грудной, структуральная составляющая (1 балл); регион таза, структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (2 балла), регион ТМО (1 балл)) и локальные соматические дисфункции (атлантозатылочного сустава (C0-C1) – вентральная фиксация мышелка затылочной кости справа). Учитывая эти данные, предложите вариант остеопатического заключения.
3. Для коррекции дисфункции атлантозатылочного сустава врач применил следующую технику:

Подготовка к коррекции:

Врач стоит у головного конца стола, пациент лежит на спине. Правая рука врача захватывает затылок так, что 1 палец за правым ухом ложится на сосцевидный отросток, а 2,3,4,5 пальцы расположены под затылком поперечно. 2 и 3 пальцы левой руки обхватывают подбородок, ладонь и предплечье покрывают левую половину головы пациента.

Параметры коррекции: разгибание, трансляция влево, ротация влево.

Коррекция: пациент производит усилие сгибания головы с небольшой силой против сопротивления врача (или направляет глаза каудально) в течение 3 секунд. После 3 секунд расслабления врач достигает уровня нового двигательного барьера согласно параметрам коррекции. Повторить маневр 2-3 раза. Ретестирование.

Есть ли у Вас замечания по поводу проведения техники?

4. Предложите свой вариант мышечно-энергетической техники коррекции дисфункции атлантозатылочного сустава у данной пациентки.
5. Какие техники целесообразно применять я для коррекции глобального нейродинамического нарушения (нарушение выработки краниального ритмического импульса)?

Ответы:

1. В представленном анамнезе нет данных о наличии (отсутствии) у пациентки хронических заболеваний, об эпидемиологическом анамнезе. Не в полном объеме собран гинекологический и акушерский анамнез (сколько было беременностей, родов, как протекали беременности, каким было родоразрешение). Были ли в течение жизни еще оперативные вмешательства, травмы. Образ жизни (спорт, вредные привычки, особенности питания и тд.).
2. Остеопатическое заключение для данной пациентки:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера	сома	BC CB Cr 1 2 3

	Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 1 2 3 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 1 2 3 Поясничный 1 2 3 1 2 3 Таза 1 2 3 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) : атлантозатылочного сустава – вентральная фиксация мышелка затылочной кости справа (хроническая)	
Доминирующая соматическая дисфункция: соматические дисфункции глобального уровня.		

3. Данная техника предназначена для коррекции дисфункции дорсальной фиксации мышелка затылочной кости справа.
4. Для коррекции вентральной фиксации мышелка затылочной кости справа можно использовать следующую мышечно-энергетическую технику:

Подготовка к коррекции:

Врач стоит у головного конца стола, пациент лежит на спине. Левая рука врача захватывает затылок так, что 1 палец за левым ухом ложится на сосцевидный отросток, а 2,3,4,5 пальцы расположены под затылком поперечно. 2 и 3 пальцы правой руки обхватывают подбородок, ладонь и предплечье покрывают правую половину головы пациента.

Параметры коррекции: сгибание, трансляция вправо, ротация вправо.

Коррекция: пациент производит усилие разгибания головы с небольшой силой против сопротивления врача (или направляет глаза каудально) в течение 3 секунд. После 3 секунд расслабления врач достигает уровня нового двигательного барьера согласно параметрам коррекции. Повторить маневр 2-3 раза. Ретестирование.

5. Для коррекции глобального нейродинамического нарушения (нарушение выработки краниального ритмического импульса) можно использовать техники, направленные на улучшение метаболизма и трофики головного мозга – «дренаж венозных синусов», CV4, EV4.

ЗАДАЧА 17.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату обратилась женщина 38 лет с жалобами на головную боль и шум в голове, скованность в шейном и грудном отделе позвоночника. Характер боли – сдавливающий, как «обручем». Боль появляется часто, почти ежедневно, к концу дня нарастает, мешает заснуть, но после сна проходит. Шум появляется и усиливается вместе с болью, монотонный, изматывающий, так же проходит после сна. Так же жалуется на болезненные месячные, причем и головная боль во время месячных усиливается еще больше. Для облегчения болевых ощущений принимает Ибупрофен 400 мг, это помогает отвлечься от боли.

Головная боль появилась постепенно, в течение последних 7-8 лет, пациентка связывает ее появление с профессиональной деятельностью – работает учителем в школе. По поводу данных жалоб никуда не обращалась, занималась самолечением. К остеопату обратилась из-за шума в голове и скованности позвоночника. Их появление связывает со стрессом, полученным на работе (выговор от директора школы в присутствии коллег) около 3 месяцев назад.

Имеет двоих детей.

Вопросы:

1. Что бы Вы хотели уточнить в анамнезе данной пациентки?
2. По результатам осмотра врач составил следующее остеопатическое заключение. Оцените его.

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3 1 2 3	BC CB Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) : атлантозатылочного сустава – вентральная фиксация мышелка затылочной кости справа (хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: Региональная соматическая			

дисфункция: регион грудной, висцеральная составляющая.

3. Для коррекции дисфункции атлантозатылочного сустава врач применил следующую технику. Есть ли у Вас замечания по поводу проведения техники?

Подготовка к коррекции:

Врач стоит у головного конца стола, пациент лежит на спине. Левая рука врача захватывает затылок так, что 1 палец за левым ухом ложится на сосцевидный отросток, а 2,3,4,5 пальцы расположены под затылком поперечно. 2 и 3 пальцы правой руки обхватывают подбородок, ладонь и предплечье покрывают правую половину головы пациента.

Параметры коррекции: сгибание, трансляция вправо, ротация вправо.

Коррекция: пациент производит усилие разгибания головы с небольшой силой против сопротивления врача (или направляет глаза каудально) в течение 3 секунд. После 3 секунд расслабления врач достигает уровня нового двигательного барьера согласно параметрам коррекции. Повторить маневр 2-3 раза. Ретестирование.

4. Что такое глобальное нейродинамическое нарушение – психовисцеросоматическое?
5. Какие техники целесообразно применять я для коррекции глобального нейродинамического нарушения (нарушение выработки краниального ритмического импульса)?

Ответы:

1. В представленном анамнезе нет данных о наличии (отсутствии) у пациентки хронических заболеваний, об эпидемиологическом анамнезе. Не в полном объеме собран гинекологический и акушерский анамнез (сколько было беременностей, родов, как протекали беременности, каким было родоразрешение). Были ли в течение жизни еще оперативные вмешательства, травмы. Образ жизни (спорт, вредные привычки, особенности питания и тд.).
2. Предложенное остеопатическое заключение составлено не корректно. Целесообразно, с учетом представленного остеопатического заключения, в доминирующую вынести глобальное нейродинамическое (психовисцеросоматическое) и ритмогенное нарушение (нарушение выработки краниального ритмического импульса). Выставление доминирующей соматической дисфункции подчиняется общим принципам, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные – над локальными. Исключение из данной системы возможно в случае наличия острой локальной соматической дисфункции. В последнем случае острая локальная соматическая дисфункция может быть вынесена в доминирующую даже при наличии у пациента соматических дисфункций глобального и регионального уровней.
3. Техника выбрана правильно и проведена корректно.
4. Психовисцеросоматическое расстройство – это состояние тканей, характеризующееся вторичными полирегиональными соматическими ограничениями подвижности, которые связаны с психоэмоциональным компонентом.
5. Для коррекции глобального нейродинамического нарушения (нарушение выработки краниального ритмического импульса) можно использовать техники, направленные на улучшение метаболизма и трофики головного мозга – «дренаж венозных синусов», CV4, EV4.

ЗАДАЧА 18.

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Основная часть

На прием к остеопату обратилась женщина 35 лет с жалобами на боль в животе, и недомогание, слабость. Боль тупая, ноющая, локализуется в правой подвздошной области.

Выяснилось, что указанная боль появилась с утра, сначала болел весь живот, после обеда боль переместилась в правую подвздошную область, и несколько ослабла, усиливается лишь при смене положения тела, кашле, появилась слабость. Раньше не раз были проблемы со стулом, склонность к запорам, прибегала к помощи остеопата, поэтому с данными жалобами обратилась к данному специалисту снова.

При осмотре: пульс 100 ударов в минуту, язык сухой, обложен белым налетом

Вопросы:

1. Что бы Вам хотелось уточнить в анамнезе и осмотре пациентки?
2. Какие симптомы и жалобыстораживают врача?
3. Какую патологию вы предполагаете?
4. Показано ли остеопатическое лечение пациентке на данном сеансе?
5. Какой должна быть последовательность действий врача?

Ответы:

1. Наличие диспептических расстройств: тошнота, рвота, характер стула. Наличие или отсутствие повышенной температуры тела. Наличие или отсутствие пальпаторных симптомов раздражения брюшины. Какие ранее проводились оперативные вмешательства.
2. Обращают на себя внимание следующие симптомы: смещение общей боли живота в правую подвздошную область, наличие тахикардии, сухость языка, общее недомогание.
3. Острый живот. Острый аппендицит (?).
4. Острая хирургическая патология (в том числе и подозрение на нее) являются абсолютными противопоказаниями к остеопатической коррекции.
5. Консультация хирурга по экстренным показаниям. Госпитализация в стационар на отделение хирургического профиля по экстренным показаниям. До осмотра хирурга воздержатся от приема жидкости, пищи, лекарственных препаратов (особенно обезболивающих).

ЗАДАЧА 19.

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Основная часть

На прием к остеопату обратилась женщина 27 лет с жалобами на боль в животе, и недомогание, слабость. Боль тупая, ноющая, локализуется в правой подвздошной области.

Выяснилось, что указанная боль появилась с утра, сначала болел весь живот, после обеда боль переместилась в правую подвздошную область, и несколько ослабла, усиливается лишь при смене положения тела, кашле, появилась слабость. Раньше не раз были проблемы со стулом, склонность к запорам, прибегала к помощи остеопата, поэтому с данными жалобами обратилась к данному специалисту снова.

При осмотре: пульс 106 ударов в минуту, язык сухой, обложен белым налетом

Вопросы:

1. Какую патологию можно заподозрить, учитывая характер жалоб и данные анамнеза?
2. Что бы Вам хотелось уточнить в анамнезе и осмотре пациентки?
3. Какие симптомы и жалобы могут насторожить врача в данной ситуации?
4. Врач на приеме выполнил лифт висцеральных масс нижнего этажа брюшной полости, произвел коррекцию соматической дисфункции крестца, уравнивание кранио-сакральной системы. Оцените действия и тактику врача.
5. После сеанса врач выполнил пациентке инъекцию Sol. Ketorolaci 2.0 с учетом сохраняющегося болевого синдрома. Оцените действия врача. Какая должна быть тактика действий в данной ситуации?

Ответы:

1. Острый живот. Острый аппендицит (?).
2. Наличие диспептических расстройств: тошнота, рвота, характер стула.

Наличие или отсутствие повышенной температуры тела. Наличие или отсутствие пальпаторных симптомов раздражения брюшины. Какие ранее проводились оперативные вмешательства.

3. Обращают на себя внимание следующие симптомы: смещение общей боли живота в правую подвздошную область, наличие тахикардии, сухость языка, общее недомогание.
4. Острая хирургическая патология (в том числе и подозрение на нее) являются абсолютными противопоказаниями к остеопатической коррекции. В данном случае врач должен был воздержаться от проведения остеопатической коррекции.
5. Консультация хирурга по экстренным показаниям. Госпитализация в стационар на отделение хирургического профиля по экстренным показаниям. До осмотра хирурга воздержатся от приема жидкости, пищи, лекарственных препаратов (особенно обезболивающих). Выполненная инъекция Sol. Ketorolaci 2.0 может сгладить клиническую картину и затруднит постановку правильного диагноза врачу-хирургу.

ЗАДАЧА 20.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату обратился мужчина 30 лет. Жалобы на боли в области грудной клетки слева при глубоком вдохе, при повороте туловища, ночью при смене положения тела во время сна. Боли появились 2 дня назад, после того, как поскользнулся в лодке, и ударился левой стороной спины. Посетил травмпункт, на рентгенограмме грудной клетки костно-деструктивных изменений нет. Принимал обезболивающие, они оказывали непродолжительный эффект.

Из анамнеза: аппендэктомия в возрасте 15 лет.

При остеопатическом осмотре врач отметил региональные (регион шеи, структуральная составляющая (1 балл); регион таза, структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (2 балла)) и локальные соматические дисфункции (зона послеоперационного рубца).

Вопросы:

1. При осмотре грудной клетки выявлено следующее:

Левая половина грудной клетки ограничена в дыхательных движениях на уровне 5,6 ребер; на уровне передних углов 5 ребро выступает («бугорок»), на уровне задних углов 5 ребро западает («ямка») относительно 4 и 6 ребер, выражена болезненность при пальпации 5 ребра. Какую соматическую дисфункцию можно подозревать по результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра?

2. После проведенного остеопатического осмотра врач составил остеопатическое заключение:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3 1 2 3 1 2 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	ВС СВ Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3

		Th10 – L1	1	2	3	
			1	2	3	
		L2 – L5		1	2	3
			1	2	3	
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) 5-го ребра слева (острая) – задний подвывих; мышечно-фасциальных образований (зона послеоперационного рубца (хроническая))					
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция: регион таза, висцеральная составляющая.						

Правильно ли заполнено остеопатическое заключение?

3. При необходимости предложите свой вариант заполнения остеопатического заключения.
4. Доктор решил провести следующую технику коррекции выявленной острой локальной соматической дисфункции:

Врач стоит позади сидящего на столе пациента, левая кисть пациента – на правом плече, врач животом фиксирует позвонки пациента ниже уровня Th5

1 палец правой руки врача в контакте с наружным отделом заднего угла 5 ребра, левая рука врача поддерживает левый локоть пациента

Врач, поднимая и опуская локоть пациента и добавляя легкое движение ротации до ощущения движения на пораженном ребре, локализует уровень воздействия

Врач просит пациента толкать с небольшой силой локоть внутрь и книзу в течение 3 секунд против сопротивления врача

Врач просит пациента расслабиться на 3 секунды и в это время выигрывает в достижении барьера, толкая задний угол ребра кпереди и кнутри (медиально), как будто хочет сообщить ребру движение против часовой стрелки. Повторить маневр 3 раза. Ретестирование.

Правильно ли выполнена коррекция?

5. При необходимости предложите свой вариант специфической техники для коррекции выявленной соматической дисфункции.

Ответы:

1. Локальная соматическая дисфункция 5 ребра слева (острая) – передний подвывих
2. Остеопатическое заключение составлено неверно. Выставление доминирующей соматической дисфункции подчиняется общим принципам, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные – над локальными. Исключение из данной системы возможно в случае наличия острой локальной соматической дисфункции. В последнем случае острая локальная соматическая дисфункция может быть вынесена в доминирующую даже при наличии у пациента соматических дисфункций глобального и регионального уровней. У данного пациента идет речь об острой локальной соматической дисфункции 5 ребра, которая и должна была быть вынесена в доминирующую. Кроме того, из данных анамнеза и осмотра

делается вывод о переднем подвывихе 5 ребра слева, а в заключении ошибочно указан задний подвывих 5 ребра слева.

3. Вариант остеопатического заключения у данного пациента:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл / 3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл / 3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	BC CB Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) 5-го ребра слева (острая) –передний подвывих; мышечно-фасциальных образований (зона послеоперационного рубца (хроническая))		
Доминирующая соматическая дисфункция: локальная соматическая дисфункция – передний подвывих 5-го левого ребра (острая)			

4. Техника проведена не корректно. Эта техника используется при коррекции заднего подвывиха ребра. В данном исполнении она приведет только к усугублению имеющейся соматической дисфункции ребра.
5. Вариант проведения техники коррекции соматической дисфункции 5 ребра слева (передний подвывих):

Врач стоит позади сидящего на столе пациента, левая кисть пациента – на правом плече, врач животом фиксирует позвонки пациента ниже уровня Th6

1 палец левой руки врача в контакте с внутренним отделом заднего угла 5 ребра слева, правая рука врача поддерживает левый локоть пациента

Врач, поднимая и опуская локоть пациента и добавляя легкое движение ротации до ощущения движения на пораженном ребре, локализует уровень воздействия

Врач просит пациента толкать с небольшой силой локоть кнаружи и книзу в течение 3 секунд против сопротивления врача

Врач просит пациента расслабиться на 3 секунды и в это время выигрывает в достижении барьера, толкая задний угол ребра кзади и кнаружи (латерально), как будто хочет сообщить ребру движение по часовой стрелке. Повторить маневр 3 раза. Ретестирование.

ЗАДАЧА 21.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату обратился мужчина 34 лет. Жалобы на боли в области грудной клетки слева при глубоком вдохе, при повороте туловища, ночью при смене положения тела во время сна. Боли появились 2 дня назад, после того, как поскользнулся в лодке, и ударился левой стороной спины. К врачу не обращался, не обследовался. Самостоятельно принимал обезболивающие, они оказывали непродолжительный эффект.

Из анамнеза: аппендэктомия в возрасте 15 лет.

Вопросы:

1. При осмотре грудной клетки выявлено следующее:

Левая половина грудной клетки ограничена в дыхательных движениях на уровне 5,6 ребер; на уровне передних углов 5 ребро выступает («бугорок»), на уровне задних углов 5 ребро западает («ямка») относительно 4 и 6 ребер, выражена болезненность при пальпации 5 ребра. Какую соматическую дисфункцию можно подозревать по результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра?

2. После проведенного остеопатического осмотра врач составил остеопатическое заключение:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шей 1 2 3 Верх. конечн. 1 2 3 Грудной 1 2 3 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3 1 2 3	BC CB Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 - L1 1 2 3

		1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические) 5-го ребра слева (острая) –передний подвывих; мышечно-фасциальных образований (зона послеоперационного рубца (хроническая))	
Доминирующая соматическая дисфункция: локальная соматическая дисфункция – передний подвывих 5-го левого ребра (острая)		

Правильно ли заполнено остеопатическое заключение?

3. Доктор решил провести следующую технику коррекции выявленной острой локальной соматической дисфункции:

Врач стоит позади сидящего на столе пациента, левая кисть пациента – на правом плече, врач животом фиксирует позвонки пациента ниже уровня Th6

1 палец левой руки врача в контакте с внутренним отделом заднего угла 5 ребра слева, правая рука врача поддерживает левый локоть пациента

Врач, поднимая и опуская локоть пациента и добавляя легкое движение ротации до ощущения движения на пораженном ребре, локализует уровень воздействия

Врач просит пациента толкать с небольшой силой локоть кнаружи и книзу в течение 3 секунд против сопротивления врача

Врач просит пациента расслабиться на 3 секунды и в это время выигрывает в достижении барьера, толкая задний угол ребра кзади и кнаружи (латерально), как будто хочет сообщить ребру движение по часовой стрелке. Повторить маневр 3 раза. Ретестирование.

Правильно ли выполнена коррекция?

4. Показано ли остеопатическое лечение данному пациенту? Оцените действия врача.
5. Ваши рекомендации пациенту

Ответы:

1. Локальная соматическая дисфункция 5 ребра слева (острая) – передний подвывих
2. Остеопатическое заключение составлено корректно.
3. Врач выбрал правильный вариант проведения техники коррекции соматической дисфункции 5 ребра слева (передний подвывих).
4. У пациента в анамнезе острая травма (упал в лодке и ударился левой стороной спины). По данному поводу пациент к врачу не обращался и не обследовался. Нельзя исключить травматическое повреждение костных структур (перелом ребра?). До выполнения дополнительных диагностических процедур остеопатическая коррекция данному пациенту противопоказана. Врач выбрал не верную тактику ведения данного пациента и не смотря на наличие абсолютных противопоказаний произвел коррекцию.
5. Рекомендации: соблюдение режима труда и отдыха; рентгенография органов грудной клетки (исключить костно-травматические повреждения); консультация врача травматолога по результатам дообследования; при

отсутствии противопоказаний – остеопатическая коррекция выявленных соматических дисфункций.

ЗАДАЧА 22.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату обратилась пациентка 35 лет с жалобами на тянущие боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при наклонах, поворотах туловища, при вставании из положения сидя. Боли без иррадиации. Ночью, во время сна приходится подбирать позу для облегчения боли.

Боли появились 5 дней назад, после того как выкопала большой участок картошки. Поясница стала ныть уже к ночи, больно было стоять прямо. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала обезболивающие, которые помогали на несколько часов. В анамнезе оперативные вмешательства: Кесарево сечение и аппендэктомия.

После проведения остеопатического осмотра врач составил заключение:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3 1 2 3	BC CB C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические): L4 FRS(вправо) (острая), компрессия лонного сочлеления (хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая			

Вопросы:

1. Какие общие неспецифические остеопатические тесты помогут выйти на значимую соматическую дисфункцию?
2. Корректно ли заполнено остеопатическое заключение? Поясните.
3. После осмотра врач решил применить следующую технику для коррекции выявленной острой локальной соматической дисфункции:

Подготовка к коррекции

Пациент лежит на левом боку, голова лежит на согнутой левой руке. Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах на угол 90 градусов. Врач стоит спереди от пациента лицом к нему. Упираясь своими бедрами в колени пациента, усиливая или уменьшая флексию в поясничном отделе, локализует пространство L4-L5. Врач производит правую ротацию переводя правое плечо пациента за спину к кушетке до того момента, когда левая контролирующая рука почувствует ротационное движение L4. Это положение пациент фиксирует, взявшись за край стола правой рукой. Контролируя правой рукой L4, врач производит правую латерофлексию, поднимая левой рукой правую ногу пациента за голеностопный сустав, доводя латерофлексию до уровня L5, исключая движение L4.

Коррекция:

Пациент осуществляет изометрическое сокращение против сопротивления врача, двигая правую голень к полу в течение 3 секунд с силой 200 г.

Отдых в течение 3 секунд.

Врач, поднимая правую голень пациента, достигает нового моторного барьера в делатерофлексии, опуская бедра пациента – в деротации, переводя бедра каудально – в разгибании.

Повторить коррекцию 2 раза, ретест.

Правильно ли выполнена коррекция?

4. При необходимости предложите свой вариант специфической техники для коррекции выявленной соматической дисфункции. Опишите этапы проведения данной техники.
5. Врач после окончания лечения дал следующие рекомендации: соблюдение режима труда и отдыха; остеопатическое лечение курсом - 5 сеансов с интервалом в 3-4 дня; при болевом синдроме прием нестероидных противовоспалительных препаратов.

Оцените данные рекомендации.

Ответы:

1. Общее остеопатическое прослушивание; флексионный тест стоя и сидя; тест «сплетницы»; тест ротаторов;
2. Заключение составлено не корректно. Выставление доминирующей соматической дисфункции подчиняется общим принципам, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные – над локальными. Исключение из данной системы возможно в случае наличия острой локальной соматической дисфункции. В последнем случае острая локальная соматическая дисфункция может быть вынесена в доминирующую даже при наличии у пациента соматических дисфункций глобального и регионального уровней. В данном случае речь идет об острой локальной

соматической дисфункции позвонка L4, которую и нужно вынести в доминирующую.

3. Коррекция выполнена неверно, описанный вариант подходит для коррекции дисфункции позвонка L4 в FRS(влево)
4. Правильный вариант коррекции локальной соматической дисфункции позвонка L4 (FRS вправо)

Подготовка к коррекции:

Пациент лежит на правом боку, голова лежит на согнутой правой руке. Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах на угол 90 градусов. Врач стоит спереди от пациента лицом к нему. Упираясь своими бедрами в колени пациента, усиливая или уменьшая флексию в поясничном отделе, локализует пространство L4-L5. Врач производит левую ротацию переводя левое плечо пациента за спину к кушетке до того момента, когда правая контролирующая рука почувствует ротационное движение L4. Это положение пациент фиксирует, взявшись за край стола левой рукой. Контролируя левой рукой L4, врач производит левую латерофлексию, поднимая правой рукой левую ногу пациента за голеностопный сустав, доводя латерофлексию до уровня L5, исключая движение L4.

Коррекция:

Пациент осуществляет изометрическое сокращение против сопротивления врача, двигая левую голень к полу в течение 3 секунд с силой 200 г.

Отдых в течение 3 секунд.

Врач, поднимая левую голень пациента, достигает нового моторного барьера в делатерофлексии, опуская бедра пациента – в деротации, переводя бедра каудально – в разгибании.

Повторить коррекцию 2 раза, ретест.

5. Остеопатия позиционирует индивидуальный персонифицированный подход к каждому пациенту, направленный на коррекцию соматических дисфункций, выявляемых при каждом конкретном обращении пациента. В данном случае назначение остеопатического лечения курсом не корректно.

ЗАДАЧА 23.

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Основная часть

На прием к остеопату обратилась пациентка 28 лет с жалобами на тянущие боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при наклонах, поворотах туловища, при вставании из положения сидя. Боли без иррадиации. Ночью, во время сна приходится подбирать позу для облегчения боли.

Боли появились 5 дней назад, после того как выкопала большой участок картошки. Поясница стала ныть уже к ночи, больно было стоять прямо. К врачу не обращалась, самостоятельно

принимала обезболивающие, которые помогли на несколько часов. В анамнезе оперативные вмешательства: Кесарево сечение и аппендэктомия.

После проведения остеопатического осмотра врач составил заключение:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3	ВС СВ Сг 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические): L4 FRS(вправо) (острая), компрессия лонного сочлеления (хроническая)		
Доминирующая соматическая дисфункция: острая локальная соматическая дисфункция L4			

Вопросы:

1. Какие общие неспецифические остеопатические тесты помогут выйти на значимую соматическую дисфункцию?
2. Во время общего осмотра врач выполнил флексионный тест, который показал следующие результаты: стоя (+) справа; сидя (++) справа. О чем говорят данные результаты теста?
3. Корректно ли заполнено остеопатическое заключение? Поясните.
4. После осмотра врач решил применить следующую технику для коррекции выявленной острой локальной соматической дисфункции:

Подготовка к коррекции

Пациент лежит на левом боку, голова лежит на согнутой левой руке. Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах на угол 90 градусов. Врач стоит спереди от пациента

лицом к нему. Упираясь своими бедрами в колени пациента, усиливая или уменьшая флексию в поясничном отделе, локализует пространство L4-L5. Врач производит правую ротацию переводя правое плечо пациента за спину к кушетке до того момента, когда левая контролирующая рука почувствует ротационное движение L4. Это положение пациент фиксирует, взявшись за край стола правой рукой. Контролируя правой рукой L4, врач производит правую латерофлексию, поднимая левой рукой правую ногу пациента за голеностопный сустав, доводя латерофлексию до уровня L5, исключая движение L4.

Коррекция:

Пациент осуществляет изометрическое сокращение против сопротивления врача, двигая правую голень к полу в течение 3 секунд с силой 200 г.

Отдых в течение 3 секунд.

Врач, поднимая правую голень пациента, достигает нового моторного барьера в делатерофлексии, опуская бедра пациента – в деротации, переводя бедра каудально – в разгибании.

Повторить коррекцию 2 раза, ретест.

Правильно ли выполнена коррекция?

5. Врач после окончания лечения дал следующие рекомендации: соблюдение режима труда и отдыха; остеопатическое лечение курсом - 5 сеансов с интервалом в 3-4 дня; при болевом синдроме прием нестероидных противовоспалительных препаратов.

Оцените данные рекомендации.

Ответы:

1. Общее остеопатическое прослушивание; флексионный тест стоя и сидя; тест «сплетницы»; тест ротаторов;
2. «Убегание» большого пальца в положении стоя и сидя с одной стороны указывает на нисходящую дисфункцию на одноимённой стороне, при этом сидя должен быть больший дисбаланс, чем стоя.
3. Заключение составлено корректно. Выставление доминирующей соматической дисфункции подчиняется общим принципам, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные – над локальными. Исключение из данной системы возможно в случае наличия острой локальной соматической дисфункции. В данном случае речь идет об острой локальной соматической дисфункции позвонка L4.
4. Коррекция выполнена неверно, описанный вариант подходит для коррекции дисфункции позвонка L4 в FRS(влево)
5. Остеопатия позиционирует индивидуальный персонифицированный подход к каждому пациенту, направленный на коррекцию соматических дисфункций, выявляемых при каждом конкретном обращении пациента. В данном случае назначение остеопатического лечения курсом не корректно.

ЗАДАЧА 24.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату обратился молодой человек 26 лет с жалобами на постоянный дискомфорт и чувство усталости в грудном отделе позвоночника, тяжесть между лопатками, нечастые головные боли в области затылка. Тяжесть и дискомфорт между лопатками усиливаются к вечеру после работы. Работает продавцом консультантом, весь рабочий день проводит на ногах. Длится это последние 2 года. За это время с данными жалобами обращался к неврологу амбулаторно. Был назначен курс массажа, ЛФК, физиопроцедуры. Все это помогло облегчить симптомы на 2 – 3 месяца, потом все ощущения полностью вернулись.

Из анамнеза: операции, травмы отрицает, на учете у докторов не состоит.

При общем остеопатическом осмотре заметно нарушение осанки в виде разности высоты стояния надплечий, лопаток, ключиц, разности треугольников талии. При проведении глобальных активных тестов флексии и латерофлексии заметна ротация позвонков в грудном отделе.

В ходе остеопатического осмотра врач диагностировал паттерн черепа – правую торсию, а так же диагностировал региональные (регион грудной, структуральная составляющая (1 балла), регион таза, структуральная составляющая (1 балл), регион ТМО (2 балла)) соматические дисфункции.

Специфические тесты выявили в грудном отделе NSR справа с апикальным позвонком D 7. Для коррекции этой дисфункции врач применил следующую технику:

Врач стоит сзади и справа от сидящего на столе пациента

Правая рука врача под правым плечом скрещенных рук пациента и ложится на левое надплечье пациента. Левая рука врача контролирует D7.

Врач набирает параметры коррекции: флексия, правая латерофлексия, правая ротация до момента начала движения D7.

Коррекция: пациент производит активную левую латерофлексию грудной клеткой с силой 200г против сопротивления врача в течение 3 секунд. После 3 секунд расслабления врач достигает нового моторного барьера в правой латерофлексии, правой ротации и флексии. Повторить маневр 2 раза. Ретестирование.

Вопросы:

1. Какие тесты надо провести и как они будут выглядеть при наличии соматической дисфункции: NSR справа с апикальным позвонком D7?
2. Учитывая данные осмотра, предложите вариант остеопатического заключения.
3. Правильно ли выполнена коррекция NSR в грудном отделе?
4. При необходимости предложите свой вариант специфической техники для коррекции выявленной соматической дисфункции грудного отдела. Опишите этапы проведения данной техники коррекции.
5. Как проведете прямую технику коррекции паттерна правая торсия на черепе? Поясните свои действия.

Ответы

1. Используются динамические и позиционные диагностические тесты. При динамических тестах у данного пациента будет наблюдаться ограничение латерофлексии влево и ротации вправо на уровне D7 и соседних позвонков, при позиционных тестах в среднегрудном отделе будет наблюдаться дуга латерофлексии вправо которую образует группа ротированных влево позвонков, причем, самый ротированный – D7.
- 2.

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	сома 1 2 3 1 2 3	ВССВ Сr 1 2 3 С1 - С3 1 2 3 1 2 3 С4 - С6 1 2 3 1 2 3 С7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)		
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция – регион ТМО			

3. Данная техника не подходит для коррекции NSR в грудном отделе. Она предназначена для проведения коррекции ERS слева.
4. Техника для коррекции дисфункции грудного отдела : NSR справа с апикальным позвонком D7:

Подготовка к коррекции:

Врач стоит сзади и справа от сидящего на столе пациента

Левая рука врача под левым плечом скрещенных рук пациента и ложится на правое надплечье пациента. Правая рука врача контролирует D7.

Врач набирает параметры коррекции: правая латерофлексия, левая ротация до момента начала движения D7.

Коррекция: пациент производит активную левую латерофлексию грудной клеткой с силой 200г против сопротивления врача в течение 3 секунд. После 3 секунд расслабления врач достигает нового моторного барьера в правой латерофлексии, левой ротации. Повторить маневр 2 раза. Ретестирование.

5. Описание техники коррекции паттерна черепа – правая торсия:

Пациент лежит на спине.

Врач делает захват головы по Сатерленду

Так как правая торсия подразумевает появление дополнительной оси НАЗИОН – ОПИСТИОН и разнонаправленный поворот вокруг нее клиновидной и затылочной костей, и высокое стояние тела клиновидной кости справа, то будет ощущение разнонаправленного движения рук на голове : правая поворачивается «к себе», а левая – «от себя». Прямая техника являет собой противоположное движение рук: правая поворачивается «от себя», а левая – «к себе».

ЗАДАЧА 25.

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Основная часть

На прием к остеопату обратился молодой человек 29 лет с жалобами на постоянный дискомфорт и чувство усталости в грудном отделе позвоночника, тяжесть между лопатками, нечастые головные боли в области затылка. Тяжесть и дискомфорт между лопатками усиливаются к вечеру после работы. Работает продавцом консультантом, весь рабочий день проводит на ногах. Длится это последние 2 года. За это время с данными жалобами обращался к неврологу амбулаторно. Был назначен курс массажа, ЛФК, физиопроцедуры. Все это помогло облегчить симптомы на 2 – 3 месяца, потом все ощущения полностью вернулись.

Из анамнеза: операции, травмы отрицает, на учете у докторов не состоит.

При общем остеопатическом осмотре заметно нарушение осанки в виде разности высоты стояния надплечий, лопаток, ключиц, разности треугольников талии. При проведении глобальных активных тестов флексии и латерофлексии заметна ротация позвонков в грудном отделе.

Специфические тесты выявили в грудном отделе NSR справа с апикальным позвонком D 7. Для коррекции этой дисфункции врач применил следующую технику:

NSR справа с апикальным позвонком D7:

Подготовка к коррекции:

Врач стоит сзади и справа от сидящего на столе пациента

Левая рука врача под левым плечом скрещенных рук пациента и ложится на правое надплечье пациента. Правая рука врача контролирует D7.

Врач набирает параметры коррекции: правая латерофлексия, левая ротация до момента начала движения D7.

Коррекция: пациент производит активную левую латерофлексию грудной клеткой с силой 200г против сопротивления врача в течение 3 секунд. После 3 секунд расслабления врач достигает нового моторного барьера в правой латерофлексии, левой ротации. Повторить маневр 2 раза. Ретестирование.

Вопросы:

1. Какие тесты надо провести и как они будут выглядеть при наличии соматической дисфункции: NSR справа с апикальным позвонком D7?
2. По результатам осмотра врач составил следующее остеопатическое заключение. Оцените его.

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл / 3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл / 3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: висцера Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч. 1 2 3 Грудной 1 2 3 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО	сома 1 2 3 1 2 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	BC CB Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 - L1 1 2 3 1 2 3 L2 - L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)		
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция – регион ТМО			

3. Правильно ли выполнена коррекция NSR в грудном отделе?
4. В регионе головы врач выявил правую торсию. Как проведете прямую технику коррекции паттерна правая торсия на черепе? Поясните свои действия.

5. После приема врач дал пациенту следующие рекомендации: соблюдение режима труда и отдыха; в ближайшие 3 дня после приема избегать интенсивных физических нагрузок; соблюдение диеты и жидкостного режима; в дальнейшем ежедневно выполнять комплекс упражнений ЛФК; консультация невролога в плановом порядке; повторный прием через 10 дней;

Ваше мнение по поводу данных рекомендаций?

Ответы

1. Используются динамические и позиционные диагностические тесты. При динамических тестах у данного пациента будет наблюдаться ограничение латерофлексии влево и ротации вправо на уровне D7 и соседних позвонков, при позиционных тестах в среднегрудном отделе будет наблюдаться дуга латерофлексии вправо которую образует группа ротированных влево позвонков, причем, самый ротированный – D7.
2. Остеопатическое заключение составлено корректно.
3. Коррекция проведена правильно, данная техника подходит для коррекции NSR в грудном отделе.
4. Описание техники коррекции паттерна черепа – правая торсия:

Пациент лежит на спине.

Врач делает захват головы по Сатерленду

Так как правая торсия подразумевает появление дополнительной оси НАЗИОН – ОПИСТИОН и разнонаправленный поворот вокруг нее клиновидной и затылочной костей, и высокое стояние тела клиновидной кости справа, то будет ощущение разнонаправленного движения рук на черепе : правая поворачивается «к себе», а левая – «от себя». Прямая техника являет собой противоположное движение рук: правая поворачивается «от себя», а левая – «к себе».

5. Рекомендации даны корректно.

ЗАДАЧА 26.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату пришел мужчина 52 года с жалобами на боль в грудной клетке сзади слева. Боль ноющая, постоянная, изматывающая. Интенсивность средняя. Боль усиливается при длительном сидении, при поворотах туловища, концентрируется на уровне задних углов 4-7 ребер слева, внутри грудной клетки. Доступные обезболивающие несколько уменьшают страдание, вынужден постоянно принимать НПВС.

Боль появилась примерно 4 месяца назад, связывает ее появление с операцией, которую сделали за год до этого – резекцией нижней доли левого легкого по поводу рака левого легкого. После нее был курс химиотерапии. Наблюдался онкологом по месту жительства, обследован.

При остеопатическом осмотре врач обнаружил нарушение осанки в виде разности высоты стояния надплечий, лопаток, ключиц (правые выше левых), разности треугольников талии. При проведении глобальных активных тестов флексии и латерофлексии заметна ротация вправо позвонков в грудном отделе.

Вопросы:

1. Из - за чего, по Вашему мнению, у данного пациента произошла стойкая латерофлексия влево в грудном отделе?
2. Как Вы назовете дисфункцию, при которой возникает левая латерофлексия и правая ротация позвонков в нейтральном положении? Самый ротированный позвонок – D5
3. .Какие специфические тесты надо провести для того, чтобы выявить и дифференцировать эту дисфункцию? Как это будет выглядеть?
4. Какую специфическую технику коррекции Вы бы предложили для вышеописанной дисфункции?
5. Как будет выглядеть остеопатическое заключение, если врач дополнительно обнаружил глобальные (нарушение выработки краниального ритмического импульса (1 балл)), региональные (регион головы, структуральная составляющая (1 балл), регион грудной, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл), регион ТМО (1 балл))

Ответы:

1. Удаление нижней доли левого легкого привело к перераспределению объемов: левое легкое стало расправляться меньше правого, кроме того, в месте резекции нижней доли образовался фиброз и спайки
2. Дисфункцию, при которой возникает левая латерофлексия и правая ротация позвонков в нейтральном положении, а самый ротированный (апикальный) позвонок – D5, называется NSR влево.
3. Чтобы подтвердить и дифференцировать эту дисфункцию, нужно провести динамические тесты общей оценки и диагностические позиционные тесты. При динамических тестах общей оценки будет наблюдаться ухудшение ротации влево и латерофлексии вправо для группы грудных позвонков с D5, а при позиционных тестах в нейтральном положении в этой группе грудных позвонков будет наблюдаться ротация право, самый ротированный - D5.
4. Техника коррекции NSR влево:

Врач стоит сзади и слева от сидящего на столе пациента

Левая рука врача под левым плечом скрещенных рук пациента и ложится на правое надплечье пациента. Правая рука врача контролирует D5.

Врач набирает параметры коррекции: правая латерофлексия, левая ротация до момента начала движения D5.

Коррекция: пациент производит активную левую латерофлексию грудной клеткой с силой 200г против сопротивления врача в течение 3 секунд. После 3 секунд расслабления врач достигает нового моторного барьера в правой латерофлексии, левой ротации. Повторить маневр 2 раза. Ретестирование.

5. С учетом данных остеопатического осмотра вариант остеопатического заключения:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3

Региональный	Регион:	сома	висцера	ВС	СВ
	Головы	1 2 3		Cr	1 2 3
	Шеи	1 2 3	1 2 3	C1 - C3	1 2 3 1 2 3
	Верх. конеч.	1 2 3		C4 - C6	1 2 3 1 2 3
	Грудной	1 2 3	1 2 3	C7 - Th1	1 2 3 1 2 3
	Поясничный	1 2 3	1 2 3	Th2 - Th5	1 2 3 1 2 3
	Таза	1 2 3	1 2 3	Th6 - Th9	1 2 3 1 2 3
	Нижн. конечн.	1 2 3		Th10 - L1	1 2 3 1 2 3
ТМО		1 2 3	L2 - L5	1 2 3 1 2 3	
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические):				
Доминирующая соматическая дисфункция: глобальное ритмогенное нарушение: нарушение выработки краниального ритмического импульса					

ЗАДАЧА 27.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к остеопату пришел мужчина 58 года с жалобами на боль в грудной клетке сзади слева. Боль ноющая, постоянная, изматывающая. Интенсивность средняя. Боль усиливается при длительном сидении, при поворотах туловища, концентрируется на уровне задних углов 4-7 ребер слева, внутри грудной клетки. Доступные обезболивающие несколько уменьшают страдание, вынужден постоянно принимать НПВС.

Боль появилась примерно 4 месяца назад, связывает ее появление с операцией, которую сделали за год до этого – резекцией нижней доли левого легкого по поводу рака левого легкого. После нее был курс химиотерапии. Наблюдался онкологом по месту жительства, обследован.

При остеопатическом осмотре врач обнаружил нарушение осанки в виде разности высоты стояния надплечий, лопаток, ключиц (правые выше левых), разности треугольников талии. При проведении глобальных активных тестов флексии и латерофлексии заметна ротация вправо позвонков в грудном отделе.

Вопросы:

1. Из - за чего, по Вашему мнению, у данного пациента произошла стойкая латерофлексия влево в грудном отделе?
2. Как Вы назовете дисфункцию, при которой возникает левая латерофлексия и правая ротация позвонков в нейтральном положении? Самый ротированный позвонок – D5
3. Какие специфические тесты надо провести для того, чтобы выявить и дифференцировать эту дисфункцию? Как это будет выглядеть?
4. По результатам осмотра врач составил следующее остеопатическое заключение. Оцените его.

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион:	сома	висцера
			ВС СВ

	Головы	1 2 3		Cr	1 2 3
	Шеи	1 2 3	1 2 3	C1 - C3	1 2 3 1 2 3
	Верх. конеч.	1 2 3		C4 - C6	1 2 3 1 2 3
	Грудной	1 2 3	1 2 3	C7 - Th1	1 2 3 1 2 3
	Поясничный	1 2 3	1 2 3	Th2 - Th5	1 2 3 1 2 3
	Таза	1 2 3	1 2 3	Th6 - Th9	1 2 3 1 2 3
	Нижн. конечн.	1 2 3		Th10 - L1	1 2 3 1 2 3
	ТМО		1 2 3	L2 - L5	1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические):				
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция: регион грудной, висцеральная составляющая.					

5. Что Вы понимаете под глобальным ритмогенным нарушением?

Ответы:

1. Удаление нижней доли левого легкого привело к перераспределению объемов: левое легкое стало расправляться меньше правого, кроме того, в месте резекции нижней доли образовался фиброз и спайки
2. Дисфункцию, при которой возникает левая латерофлексия и правая ротация позвонков в нейтральном положении, а самый ротированный (апикальный) позвонок – D5, называется NSR влево.
3. Чтобы подтвердить и дифференцировать эту дисфункцию, нужно провести динамические тесты общей оценки и диагностические позиционные тесты. При динамических тестах общей оценки будет наблюдаться ухудшение ротации влево и латерофлексии вправо для группы грудных позвонков с D5, а при позиционных тестах в нейтральном положении в этой группе грудных позвонков будет наблюдаться ротация право, самый ротированный - D5.
4. Заключение составлено не корректно. Выставление доминирующей соматической дисфункции подчиняется общим принципам, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные – над локальными. Исключение из данной системы возможно в случае наличия острой локальной соматической дисфункции. В данном случае доминирующая соматическая дисфункция – глобальное ритмогенное нарушение (нарушение выработки краниального ритмического импульса).
5. Глобальное ритмогенное нарушение (ГРН) – это обратимое расстройство выработки эндогенных ритмов. С клинической точки зрения может быть обусловлено как функциональными, так и сочетанием функциональных и органических причин, и проявляется во всех тканях целостного организма. Наиболее часто оцениваются следующие эндогенные ритмы: краниальный, торакальный (дыхательный) и кардиальный (сердечный). Оценка осуществляется по следующим параметрам: частота, сила и амплитуда

ЗАДАЧА 28.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приём к остеопату обратилась женщина 47 лет с жалобами на шум в правом ухе, боль в области шеи справа, дискомфорт в шейно - грудном переходе. Боль в шее и дискомфорт

связывает с работой (работает бухгалтером), появление боли отметила около трёх лет назад. Боль средней интенсивности, нарастает к концу дня. Обращалась по этому поводу несколько раз к неврологу, назначенное лекарственное и физиотерапевтическое лечение помогало снизить боль и неприятные ощущения на 2-3 недели, после этого симптомы возвращались. Поэтому в последний год самостоятельно принимала обезболивающие препараты, к врачам не обращалась до момента, когда пошла в медицинский центр по совету знакомой. Там ей было назначено механическое вытяжение шейного отдела позвоночника, проведён 1 сеанс, после которого, на следующий день, возник шум в правом ухе. Шум этот не прекращается 2 месяца. Патологии ЛОР -органов не обнаружено. На ЯМРТ - исследовании головы - изменений не выявлено.

Врач провёл визуальный осмотр, пальпацию, тесты активных движений, глобальное остеопатическое прослушивание, флексионные тесты, трансляцию позвоночника сидя, тест трёх объёмов, сравнение длины ног, проверку ригидности суставов, тест шейного отдела позвоночника в трансляции сидя, оценку торакального и абдоминального объёмов на вдохе и выдохе, оценку мобильности висцеральных масс лежа. В ходе обследования выявил наличие нисходящей дисфункции, ограничение подвижности грудного и, особенно, шейного отделов позвоночника, ограничение подвижности висцеральных масс шеи (региональные дисфункции: регион шеи, структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (1 балл), регион грудной, структуральная составляющая (1 балл)).

Сочтя это достаточным, врач провел артикуляцию и мобилизацию шейного и грудного отдела позвоночника, мобилизацию висцеральных масс шеи и пригласил пациентку на прием через неделю. На втором приеме жалобы не изменились, и врач, в добавок к вышеперечисленным тестам провел оценку краниального ритмического импульса и паттерна черепа, а так же оценку дыхательного и сердечного ритмического импульса. При этом его внимание привлекло нарушение подвижности черепа, особенно правой височной кости. При расспросе выяснилось, что у пациентки с 40 лет отсутствуют с правой стороны 5, 6,7,8 зубы сверху и снизу. Так же она вспомнила, что ощущает щелчки справа при жевании и открывании рта (региональные дисфункции: регион головы (2 балла).

Вопросы:

1. Какие замечания есть у Вас по первому приему, почему?
2. Опишите технику уравнивания нижней челюсти.
3. Как бы выглядело заключение, если бы врач провел полный остеопатический осмотр?
4. Какие рекомендации Вы дадите пациентке?
5. Как бы выглядел план лечения пациентки на втором приёме, исходя из вышеописанного?

Ответы:

1. Врач не провел полный алгоритм осмотра пациентки, тем самым упустил возможные детали и ввел себя в заблуждение насчет доминирующей дисфункции. В результате этого было проведено неадекватное лечение.
2. Техника уравнивания нижней челюсти:

Подготовка к коррекции:

Врач стоит сбоку от лежащего на спине пациента, большие пальцы обеих рук вводит в ротовую полость пациента, проводит их по зубной аркаде в обе стороны до последнего зуба на нижней челюсти, остальные пальцы – на уровне гонионов снаружи.

Коррекция:

Пальпаторное согласие с тканями. За счет своего тела врач осуществляет каудальную тракцию нижней челюсти и удерживает нижнюю челюсть в таком положении, позволяя тканям осуществлять аутокоррекцию и уравнивание нижней челюсти.

3. Вариант остеопатического заключения для первого приема:

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл / 2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: сома Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	висцера 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	ВС СВ Сг 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)		
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция региона головы			

4. Рекомендации: соблюдение режим труда и отдыха; щадящий режим в ближайшие три дня после приема; консультация ортодонта, протезирование недостающих зубов для нормализации прикуса; самомассаж и ингибирование крыловидных мышц справа; остеопатическое лечение курсом;
5. Коррекция соматической дисфункции региона головы (прямые и не прямые техники на костях и соединениях костей черепа, техники декомпрессии, мобилизация и баланс ВНЧС, уравнивания нижней челюсти), устранение региональных соматических дисфункций региона шеи, грудного: артикуляционная коррекция и мобилизация шейного и грудного отдела позвоночника, мобилизация висцеральных масс шеи, уравнивание КСС.

ЗАДАЧА 29.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВЫПИСКОЙ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приём к остеопату обратилась женщина 49 лет с жалобами на шум в правом ухе, боль в области шеи справа, дискомфорт в шейно - грудном переходе. Боль в шее и дискомфорт связывает с работой (работает бухгалтером), появление боли отметила около трёх лет назад. Боль средней интенсивности, нарастает к концу дня. Обращалась по этому поводу несколько раз к неврологу, назначенное лекарственное и физиотерапевтическое лечение помогало снизить боль и неприятные ощущения на 2-3 недели, после этого симптомы возвращались. Поэтому в последний год самостоятельно принимала обезболивающие препараты, к врачам не обращалась до момента, когда пошла в медицинский центр по совету знакомой. Там ей было назначено механическое вытяжение шейного отдела позвоночника, проведён 1 сеанс, после которого, на следующий день, возник шум в правом ухе. Шум этот не прекращается 2

месяца. Патологии ЛОР -органов не обнаружено. На ЯМРТ - исследовании головы - изменений не выявлено.

Врач провёл визуальный осмотр, пальпацию, тесты активных движений, глобальное остеопатическое прослушивание, флекссионные тесты, трансляцию позвоночника сидя, тест трёх объёмов, сравнение длины ног, проверку ригидности суставов, тест шейного отдела позвоночника в трансляции сидя, оценку торакального и абдоминального объёмов на вдохе и выдохе, оценку мобильности висцеральных масс лежа. В ходе обследования выявил наличие нисходящей дисфункции, ограничение подвижности грудного и, особенно, шейного отделов позвоночника, ограничение подвижности висцеральных масс шеи (региональные дисфункции: регион шеи, структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (1 балл), регион грудной, структуральная составляющая (1 балл)).

Сочтя это достаточным, врач провел артикуляцию и мобилизацию шейного и грудного отдела позвоночника, мобилизацию висцеральных масс шеи и пригласил пациентку на прием через неделю. На втором приеме жалобы не изменились, и врач, в добавок к вышеперечисленным тестам провел оценку краниального ритмического импульса (ритм 2, амплитуда +, сила +) и паттерна черепа, а так же оценку дыхательного и сердечного ритмического импульса. При этом его внимание привлекло нарушение подвижности черепа, особенно правой височной кости. При расспросе выяснилось, что у пациентки с 40 лет отсутствуют с правой стороны 5, 6,7,8 зубы сверху и снизу. Так же она вспомнила, что ощущает щелчки справа при жевании и открывании рта (региональные дисфункции: регион головы (2 балла).

Вопросы:

1. Какие замечания есть у Вас по первому приему, почему?
2. Опишите технику уравнивания нижней челюсти.
3. В результате осмотра врач выявил нарушение краниального ритмического импульса (ритм 2, амплитуда +, сила +). Какой тест поможет разделить – это глобальное ритмогенное нарушение или региональное биомеханическое нарушение?
4. По результатам осмотра на втором приеме врач составил следующее остеопатическое заключение. Оцените его.

Уровень\Нарушение	Биомеханическое 1бл /2 бл / 3бл	Ритмогенное 1 бл / 2бл /3бл	Нейродинамическое 1 бл / 2бл /3бл
Глобальный	1 2 3	Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3	ПВС: 1 2 3 Постурал. 1 2 3
Региональный	Регион: сома Головы 1 2 3 Шеи 1 2 3 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3	висцера 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	ВС СВ Сr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 - Th5 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3
Локальный	Указываются отдельные соматические дисфункции (острые или хронические)		
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция региона головы			

5. Что Вы понимаете под глобальным ритмогенным нарушением?

Ответы:

1. Врач не провел полный алгоритм осмотра пациентки, тем самым упустил возможные детали и ввел себя в заблуждение насчет доминирующей дисфункции. В результате этого было проведено неадекватное лечение.
2. Техника уравнивания нижней челюсти:

Подготовка к коррекции:

Врач стоит сбоку от лежащего на спине пациента, большие пальцы обеих рук вводит в ротовую полость пациента, проводит их по зубной аркаде в обе стороны до последнего зуба на нижней челюсти, остальные пальцы – на уровне гонионов снаружи.

Коррекция:

Пальпаторное согласие с тканями. За счет своего тела врач осуществляет каудальную тракцию нижней челюсти и удерживает нижнюю челюсть в таком положении, позволяя тканям осуществлять аутокоррекцию и уравнивание нижней челюсти.

3. Тест на декомпрессию (через лифт лобной кости). Если тест положительный, то это региональное биомеханическое нарушение; если тест отрицательный – глобальное ритмогенное нарушение.
4. Заключение составлено не корректно. Выставление доминирующей соматической дисфункции подчиняется общим принципам, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные – над локальными. Исключение из данной системы возможно в случае наличия острой локальной соматической дисфункции. В данном случае доминирующая соматическая дисфункция – глобальное ритмогенное нарушение (нарушение выработки краниального ритмического импульса).
5. Глобальное ритмогенное нарушение (ГРН) – это обратимое расстройство выработки эндогенных ритмов. С клинической точки зрения может быть обусловлено как функциональными, так и сочетанием функциональных и органических причин, и проявляется во всех тканях целостного организма. Наиболее часто оцениваются следующие эндогенные ритмы: краниальный, торакальный (дыхательный) и кардиальный (сердечный). Оценка осуществляется по следующим параметрам: частота, сила и амплитуда

Критерии оценивания задачи:

«**Отлично**» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«**Хорошо**»-правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«**Удовлетворительно**» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«**Неудовлетворительно**» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Алгоритмы практических навыков

1. Коррекция компрессии ребра.
2. Диагностика дисфункций илеоцекального клапана. Техники коррекции.
3. Провести мышечный тест подлопаточной мышцы. Назвать связи.
4. Коррекция дисфункции ребра на выдохе.

5. Диагностика брыжейки тонкой кишки. Мобилизационные техники.
6. Провести мышечный тест грушевидной мышцы. Назвать ассоциативные связи.
7. Коррекция дисфункции ребра на вдохе по типу «ручки ведра»
8. Диагностика 12-перстной кишки. Техника коррекции.
9. Провести мышечный тест прямой мышцы бедра. Назвать ассоциативные связи.
10. Сегментарная диагностика поясничного отдела позвоночника.
11. Провести мобилизацию общего желчного протока.
12. Провести мышечный тест подвздошно-поясничной мышцы. Назвать связи.
13. Мобилизация шейного отдела позвоночника
14. Коррекция правой треугольной связки печени.
15. Провести мышечный тест большой грудной мышцы ,ключичной порции.
Назвать связи.
16. Мобилизация грудного отдела позвоночника.
17. Тракции на голеностопном суставе.
18. Техники коррекции заднего подвывиха ребра.
19. Сегментарная диагностика шейного отдела позвоночника.
20. МЭТ на икроножной мышце.
21. Манипуляция при задней дисфункции малоберцовой кости
22. Тракционные техники на тазобедренном суставе
23. Коррекция дисфункции грудины.
24. Коррекция переднего подвывиха ребра.
25. Мобилизация поясничного отдела позвоночника.
26. МЭТ на мышцы приводящие бедро.
27. Манипуляция при передней дисфункции малоберцовой кости.
28. Провести флексионный тест. Оценка результатов теста.
29. Коррекция дисфункции ладьевидной кости.
30. Коррекция дисфункции мочевого пузыря.
31. Диагностика дисфункций лона.
32. МЭТ на большой грудной мышце.
33. Техника коррекции затылочно-сосцевидного шва.
34. Диагностика дисфункций диафрагмы.
35. МЭТ верхней порции трапециевидной мышцы.
36. Лифт лобной кости.
37. Диагностика функционального укорочения ноги.
38. МЭТ на прямой мышце бедра.
39. Выложить для манипуляции на подвздошно-крестцовом сочленении.
40. Тракционные техники на тазобедренном суставе.
41. МЭТ грушевидной мышцы.
42. Сегментарная диагностика шейного отдела позвоночника.
43. Диагностика дисфункций тазобедренного сустава.
44. МЭТ на пояснично-подвздошную мышцу.
45. Выложить для манипуляции на средне-грудном отделе позвоночника из

положения лежа на животе.

46. Диагностика дисфункций копчика.
47. Техника коррекции вдоховой дисфункции диафрагмы.
48. Манипуляции на шейно-грудном переходе
49. Техники декомпрессии лона.
50. Диагностика акромиально-ключичного сочленения.
51. Диагностика грудного отдела позвоночника.
52. Коррекция дисфункции задне-верхнего лона.
53. Диагностика грудино-ключичного сочленения.
54. Выявить паттерн СБС.
55. Коррекция верхнего смещения подвздошной кости.
56. Ортопедические тесты на коленном суставе.
57. Выложить для манипуляции на C0-C1.
58. Коррекция внутреннеротированной подвздошной кости.
59. Диагностика коленного сустава.
60. Оценить краниальный ритм.
61. Коррекция наружноротированной подвздошной кости.
62. Мобилизационные техники на стопе.
63. Выложить для манипуляции на средне-шейном отделе позвоночника
64. Коррекция пастеризованной подвздошной кости.
65. Мобилизационные техники на кисти.
66. Выложить для манипуляции подвздошно-крестцового сочленения
67. Коррекция антеризированной подвздошной кости справа
68. Мобилизация техники на предплечье
69. Коррекция выдоховой дисфункции диафрагмы.
70. Провести коррекцию 2-х сторонней флексии крестца .
71. Техника коррекции переднего смещения головки лучевой кости.
72. Выложить для манипуляции на уровне L5-S1.
73. Провести коррекцию крестца: односторонняя флексия крестца слева.
74. Диагностика дисфункций локтевого сустава.
75. Выложить для манипуляции на нижнегрудном отделе позвоночника.
76. Этапы диагностики таза.
77. Техники мобилизации плечевого сустава
78. Выложить на манипуляцию поясничного отдела позвоночника.
79. Провести коррекцию нефизиологической торсии крестца.
80. Техника коррекции акромиально-ключичного сустава.
81. Выложить для манипуляции на средне-грудном отделе позвоночника.
82. Провести коррекцию физиологической торсии крестца.
83. Техника декомпрессии грудино-ключичного сочленения.
84. Выложить для манипуляции уровня C7-Th 2.
85. Провести коррекцию 2х сторонней экстензии крестца.
86. Коррекция верхнего положения ключицы в грудино-ключичном сочленении.

87. Выложить на манипуляцию С6-С7.
88. Диагностика положения крестца.
89. Коррекция переднего положения ключицы в грудино-ключичном сочленении.
90. Выкладка на манипуляцию на С1
91. Провести диагностику дисфункции илеоцекального клапана.
92. Провести диагностику дисфункций связок купола плевры.
93. Провести диагностику дисфункций медиастинальной плевры.
94. Провести диагностику дисфункций 12-типерстной кишки.
95. Провести диагностику дисфункций желудка.
96. Провести общее остеопатическое лечение.
97. Провести коррекцию точек Л1-Л4 методом «стрейн-контрстрейн».
98. Провести миофасциальный релиз икроножной мышцы.
99. Провести технику коррекции дисфункции крыло-нёбного ганглия.
100. Провести коррекцию дисфункции кранио-сакральной системы.

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты. Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов). Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но: алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

Название рефератов.

1. Структурные особенности позвоночного столба
2. Структурные особенности локомоторной системы
3. Мышечная система. Строение и функции.
4. Анатомия спинного мозга. Анатомия головного мозга. Нейрон как функциональная единица Ц.Н.С. Рефлекторная функция нервной системы.
5. Физиология вегетативной нервной системы
6. Дискогенная болезнь.
7. Вертебробазиллярная болезнь.
8. Вертебробазиллярная болезнь.
9. Сколиотической болезнь.
10. Остеохондроз позвоночника.
11. Общие принципы оказания приемов мануальной терапии при ортопедической патологии.
12. Основные принципы применения мануальной терапии в педиатрии.
13. Мануальная терапия при заболеваниях органов дыхания у детей.
14. Мануальная терапия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы у детей.
15. Мануальная терапия при заболеваниях органов пищеварения у детей.
16. Мануальная терапия при заболеваниях мочевыделительной системы у детей.
17. Мануальная терапия при заболеваниях периферической нервной системы у детей.
18. Мануальная терапия при заболеваниях центральной нервной системы у детей.
19. Осложнения в мануальной терапии.
20. Принципы исследования внутренних органов в мануальной терапии.
21. Предмет и задачи мануальной терапии.
22. Основные теоретические представления и этиопатогенетические принципы мануальной терапии.
23. Синдромы поражения плечевого сплетения⁵⁴. Принципы ортопедической диагностики.
24. Принципы рентгенологической диагностики вертеброгенной патологии.
25. Физиология мышечного сокращения, основные формы мышечной патологии. Физиологические основы ПИР.
26. Механизмы лечебного действия различных мануальных техник.
27. Основные принципы назначения лечебной физкультуры при реабилитации больных с заболеваниями позвоночника и суставов.
28. Определение «соматическая дисфункция».
29. Анатомия височно-нижнечелюстного сустава.
30. Твёрдая мозговая оболочка. Анатомия, физиология. Понятие о первичном дыхательном механизме.