

федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по развитию
регионального

здравоохранения и
медицинской деятельности

О.Н. Барканова

2026 г.



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.40**
Мануальная терапия

Квалификация (степень) выпускника: **врач-мануальный терапевт**

Кафедра: **неврологии, психиатрии, мануальной медицины и
медицинской реабилитации Института НМФО**

Форма обучения: **очная**

Для обучающихся 2026 года поступления (актуализированная редакция)

Волгоград, 2026

Разработчики программы:

	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Барулин Александр Евгеньевич	Заведующий кафедрой, профессор	д.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
2.	Курушина Ольга Викторовна	Профессор кафедры	д.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
3.	Клаучек Анжелика Евгеньевна	Доцент кафедры	к.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
4.	Калинченко Богдан Максимович	Ассистент		Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО

Фонд оценочных средств для итоговой государственной аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.40 Мануальная терапия

Рецензент: главный внештатный специалист-невролог Северо-Западного федерального округа РФ, заведующий кафедрой неврологии и мануальной медицины ФПО ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова д.м.н., профессор Баранцевич Е. Р.

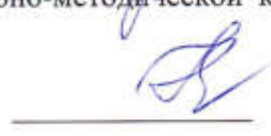
Рецензент: главный внештатный специалист невролог по СКФО, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СтавГМУ, д.м.н., профессор Карпов С.М.

Фонд оценочных средств рассмотрен на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО, протокол № 7 от 05.06.2026 года

Заведующий кафедрой неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО, д.м.н., доцент  Барулин А.Е.

Фонд оценочных средств согласован с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол №1 от 25.06.2026 года

Председатель УМК

 Н.И.Свиридова

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики

 М.Л. Науменко

1. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Раздел 1.

Основы социальной гигиены, организации здравоохранения и службы рефлексотерапии в Российской Федерации

1.1. Медицинская этика - это:

- а) Специфическое проявление общей этики в деятельности врача
- б) Наука, помогающая повысить профессиональный уровень врача;
- в) Наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
- г) Наука, изучающая принципы оценки эффективности лечения.
- д) Наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
- е) Верно б, д, в.
- ж) Верно а, б, в.**

1.2. Заболеваемость населения определяет:

- а) Количество вновь возникших заболеваний
- б) Совокупность вновь возникших в данном году заболеваний**
- в) Общее количество обращений в данном году
- г) Распространённость заболеваний в данном году
- д) Количество посещений в данном году
- е) Все перечисленное верно.

1.3. Что для формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования являются основой:

- а) Объем финансовых средств
- б) Базовая программа ОМС;
- в) Перечень медицинских учреждений, участвующих в ОМС;
- г) Численность и состав населения территории;
- д) Показатели объема медицинской помощи населению;
- е) Все перечисленное верно.**

1.4. Международная классификация болезней - это:

- а) Перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.
- б) Перечень наименований болезней в определенном порядке;
- в) Система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями;
- г) Перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу;
- д) Перечень диагнозов в определенном порядке;
- е) Верно г, д.
- ж) Верно а, б, в.**

1.5. Выберите основные задачи здравоохранения на современном этапе:

- а) Развитие многоканальности финансирования;
- б) Увеличение кадрового потенциала;
- в) Недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи;
- г) Формирование правовой базы реформ отрасли.
- д) Сохранение общественного сектора здравоохранения;
- е) Все перечисленное верно**

1.6. В стационарных условиях отделений рефлексотерапия применяется везде кроме:

- а) Неврологического.
- б) Рентгенологического.
- в) Терапевтического.
- г) Ортопедического.**
- д) Анестезиологического.

1.7. После успешного прохождения аккредитации что выдается медицинскому учреждению:

- а) Диплом
- б) Разрешение
- в) Свидетельство

г) Сертификат

д) Лицензия

1.8. Заведующий отделением в области экспертизы нетрудоспособности выполняет следующие функции:

- а) Контроль за проведением экспертизы трудоспособности врачами отделения
- б) Решение сложных и консультативных вопросов нетрудоспособности
- в) Освобождение от занятий студентов на срок свыше 2-х месяцев
- г) Продление больничного листа на срок свыше 10 дней
- д) Установление факта стойкой нетрудоспособности
- е) Все перечисленное верно.**

1.9. Основными звеньями первичной профилактики являются все перечисленные, кроме:

- а) Увеличения врачебных кадров.
- б) Формирования здорового образа жизни у населения.
- в) Диспансерного наблюдения за больными.
- г) Диспансерного наблюдения за здоровыми людьми.
- д) Создания здоровых условий жизни.**

1.10. В задачи врача - рефлексотерапевта поликлиники входят следующие мероприятия по диспансеризации:

- а) Проведение санитарно-просветительной работы.
- б) Охват диспансерным наблюдением групп населения в соответствии с директивными документами.
- в) Организация и проведение оздоровительных мероприятий среди лиц с повышенным риском заболевания.
- г) Обеспечение необходимого объема диагностики, включая методы рефлексодиагностики (экспресс-диагностика и др.).
- д) Динамическое наблюдение и проведение лечебных курсов рефлексотерапии по предупреждению возможного обострения (рецидивов) заболевания.

е) Все перечисленное верно

1.11. Основные принципы организации рефлексотерапии в РФ:

- а) Хозрасчет.

- б) Государственный характер.
- в) Бесплатность и хозрасчет.
- г) Доступность.
- д) Единства научных теоретических данных и практических методов.
- е) Все перечисленное верно.**

1.12. Профилактика СПИДа в работе врача-рефлексотерапевта включает:

- а) Влажная уборка кабинета рефлексотерапии.
- б) Проведение иглорефлексотерапии обследованным на ВИЧ пациентам.
- в) Проведение акупунктурной процедуры в защитной медицинской одежде и перчатках.
- г) Использование индивидуального инструментария для каждого больного (акупунктурные иглы, акупунктурные молоточки, валики).
- д) Кварцевание кабинета рефлексотерапии.
- е) Все перечисленное верно.
- ж) Верно а, б, в.**

1.13. Документы для применения рефлексотерапии в лечебно-профилактической работе врача основными руководящими документами являются

- а) Приказы Минздрава.
- б) Памятки.
- в) Методические рекомендации.
- г) Учебные пособия.
- д) Инструкции.
- е) Все перечисленное верно.**

1.14. В области экспертизы трудоспособности функции лечащего врача являются все, кроме:

- а) Установления факта временной нетрудоспособности
- б) Трудоустройства на время болезни.
- в) Выдачи больничного листа на срок до 10 дней
- г) Установления факта стойкой нетрудоспособности
- д) Освобождения от занятий студентов
- е) Верно а, в, д.

ж) Верно б, г.

1.15. Организация аттестации на квалификационную категорию по рефлексотерапии все перечислены основные требования, кроме:

- а) Представление полного отчёта о лечебно-профилактической работе с анализом эффективности и указанием использования новых или комбинированных методов лечения и профилактики.
- б) Специализации и стаж работы не менее 3-х лет
- в) Тематическое усовершенствование и стаж работы рефлексотерапевтом более 5 лет
- г) Общее усовершенствование и стаж работы рефлексотерапевтом не менее 5 лет
- д) Обучение на аттестационном цикле по подготовке к сдаче аттестационного экзамена на квалификационную категорию или подтверждение её**

1.16. Место рефлексотерапевтической помощи в общей системе здравоохранения:

- а) Основное лечебно-профилактическое.
- б) Скоропомощное.
- в) Реабилитационное.
- г) Диагностическое.
- д) Профилактическое.

е) Верно а, б, в.

ж) Верно в, г, д.

1.17. В профессиональной деятельности врача-рефлексотерапевта вопросы медицинской психологии, этики и деонтологии включают:

- а) Применение требований врачебной деонтологии и врачебной тайны в практике врача-рефлексотерапевта
- б) Медицинская психология, этика и деонтология как единство правовых и нравственных норм медицинской деятельности врача-рефлексотерапевта
- в) Общая психотерапия как практическое воплощение основных принципов медицинской деятельности
- г) Диалектическая связь между медицинской деонтологией и психотерапией
- д) Создание благоприятной психологической обстановки между больным и врачом.
- е) Все перечисленное верно.**

1.18. При проведении диспансерной работы основными задачами врача кабинета рефлексотерапии являются:

- а) Санитарно-просветительная работа.
- б) Лечение больных и их наблюдение.
- в) Обеспечение адекватных состоянию больного лечебных процедур.
- г) Учет всех пролеченных больных.
- д) Коррекция психоэмоционального статуса.
- е) Все перечисленное верно.**

1.19. Внебольничная рефлексотерапевтическая помощь населению включает следующие виды:

- а) Санаторная.
- б) Амбулаторно-поликлиническая.
- в) В условиях профилактория.
- г) Санаторно-курортная.
- д) Реабилитационно-санаторная.
- е) Все перечисленное верно.**

1.20. Виды (целевая установка) последипломного обучения по рефлексотерапии в РМАПО, ГИДУВах, ФУВах:

- а) Курсы информации
- б) Специализация первичная (профессиональная переподготовка)
- в) Тематическое усовершенствование, сертификационное и аттестационное
- г) Курсы стажировки
- д) Общее усовершенствование
- е) Все перечисленное верно.**

Раздел 2. Анатомические и физиологические основы мануальной терапии

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

- а) C7-Th1.**
- б) S1-S3;
- в) L5-S1;

- г) S3-S5;
- д) C6-C7;

2.2. Общая теория функциональных систем включает следующие положения:

- а) Иерархия функциональных систем;
- б) Саморегуляция общий принцип организации функционалы-систем;
- в) Наличие обратных связей;
- г) **Всё перечисленное верно**
- д) Многосвязное взаимодействие различных функциональных систем по конечным результатам;

2.3. Уровень C1-C2 двигательного позвоночного сегмента соответствует:

- а) Нижнему краю щитовидного хряща;
- б) Мочке уха;
- в) Середине расстояния между углом нижней челюсти и верхним краем щитовидного хряща;
- г) **Углу нижней челюсти;**
- д) Наружному слуховому проходу.

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

- а) Перимедулярной капиллярной сетью;
- б) **Из передних радикуло-медулярных артерий;**
- в) Из боковых радикуло-медулярных артерий;
- г) Из задних радикуло-медулярных артерий;
- д) Все перечисленное.

2.5. Количество позвоночно-двигательных сегментов составляет:

- а) 21;
- б) 20;
- в) **23;**
- г) 22;
- д) 24.

2.6. Тормозным действием обладает:

- а) Альфа-мотонейрон;**
- б) Нейрон спинномозгового ганглия
- в) Клетка Реншоу;
- г) Гамма-мотонейрон.
- д) Клетка Беца;

2.7. Основными составляющими студенистого ядра является:

- а) фибробласты;
- б) коллагеновые волокна;
- в) хондроциты;
- г) Основное вещество.
- д) Всё перечисленное ниже верно;**

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

- а) На втором;
- б) На четвертом;
- в) На первом;
- г) На третьем;
- д) На всех перечисленных.**

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

- а) 35-50 градусов;**
- б) 25 - 30 градусов.
- в) 15-30 градусов;
- г) 20 -25 градусов;
- д) 50 - 70 градусов;

2.10. Студенистое ядро в шейном отделе позвоночника находится:

- а) Может находиться ближе кпереди и кзади;

б) В центре;

в) Ближе кзади;

г) Ближе кпереди;

д) Всё перечисленное.

2.11. Лимбическая система:

а) Участвует в формировании эмоций;

б) Осуществляет температурную регуляцию;

в) Регулирует цикл сон-бодрствование;

г) Участвует в формировании мотиваций;

д) Всё перечисленное верно.

2.12. Венозный отток в позвоночнике осуществляется:

а) 4-мя продольными венами;

б) 6-ю продольными венами;

в) 8-ю продольными венами;

г) 5-ю продольными венами;

д) Все перечисленное.

2.13. Спинной мозг в позвоночном канале заканчивается на уровне:

а) L2-L3;

б) L1-L2;

в) L3-L4;

г) L4-L5;

д) L5-S1.

2.14. Особенностью шейных позвонков от C3 до C7 является наличие:

а) унковертебральных сочленений;

б) в сегменте C2-C3 поверхности дугоотростчатых суставов находятся под углом в 70 градусов;

в) поверхности дугоотростчатых суставов средних и нижних шейных позвонков находятся под углом в 45 градусов по отношению к горизонтальной плоскости;

г) всё вышеперечисленное верно.

2.15. Критические зоны кровоснабжения спинного мозга находятся:

- а) На уровне 7 шейного и 7 —10 грудного позвонков;
- б) На уровне 7 шейного, 4-8 грудного и 1 поясничного позвонков;
- в) На уровне 2 —3 шейного, 4 грудного и 1 поясничного позвонка;**
- г) На уровне атлантоокципитального сочленения, 7 грудного и 1 поясничного позвонков;
- д) Все перечисленное.

2.16. Количество воды в живой кости составляет:

- а) 50%;**
- б) 30%;
- в) 70%
- г) 40%;
- д) 60%;

2.17. Для слабого тормозного типа высшей нервной деятельности характерны:

- а) Быстрая адаптация в новых условиях;
- б) Трудная адаптация к новым условиям;**
- в) Быстрая реакция на окружающее;
- г) Предпочтение монотонной работы;
- д) Правильно В и Г.

2.18. К связочному аппарату позвоночника относится:

- а) Боковая связка;
- б) Передняя продольная связка;
- в) Желтая связка;
- г) Задняя продольная связка;
- д) Всё перечисленное.**

2.19. В норме ширина суставной щели коленного сустава составляет:

- а) 8-12 мм;

- б) 2-4 мм;
- в) 4-8 мм;**
- г) 12-14 мм;
- д) Всё перечисленное верно.

2.20. Эмоциональные расстройства развиваются при патологии:

- а) Бледного шара;
- б) Лимбических структур и коры мозга;
- в) Мозжечка;
- г) Спинного мозга;
- д) При всех перечисленных.**

2.21. В норме ширина суставной щели тазобедренного сустава составляет:

- а) 2-4 мм;
- б) 8-12 мм;
- в) 4-5 мм;**
- г) 12-14 мм;
- д) Всё перечисленное верно

2.22. Каждая серая соединительная ветвь пограничного ствола симпатической нервной системы содержит:

- а) Безмякотные нервные волокна;**
- б) Мякотные нервные волокна;
- в) Мякотные и безмякотные нервные волокна;
- г) Преганглионарные нервные волокна;
- д) Все перечисленное.

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

- а) На 11 и 12;
- б) На 2;
- в) На 9 и 10;**
- г) На 4 и 5;

д) На всех перечисленных.

2.24. Вегетативная нервная система обеспечивает:

- а) Трофотропную функцию;
- б) Интеграцию трофотропной и эрготропной функций
- в) Эрготропную функцию;
- г) **Всё перечисленное верно.**

2.25. Суставные отростки в поясничном отделе позвоночника расположены:

- а) **Фронтально**
- б) Горизонтально;
- в) Сагитально;
- г) Вертикально;
- д) Все перечисленное.

2.26. Особенности лимфокапилляров являются:

- а) Боковые выпячивания;
- б) Большой диаметр (от 0,01 до 0,2 мм);
- в) Отсутствие мышечной стенки;
- г) Неровный контур стенки;
- д) **Всё перечисленное верно.**

2.27. Артерия Адамкевича — это:

- а) **Передняя спинальная артерия;**
- б) Корешково-спинальная артерия шейного утолщения;
- в) Межреберная артерия;
- г) Корешково-спинальная артерия поясничного утолщения;
- д) Задняя спинальная артерия.

2.28. К типам высшей нервной деятельности (по И. П. Павлову) относятся:

- а) Тормозной сильный;
- б) **Возбудимый слабый;**

- в) Тормозной слабый;
- г) Возбудимый сильный;
- д) Все перечисленные.

2.29. Суставные поверхности в среднем и нижнем шейном отделах позвоночника образуют с телом позвонка по отношению к горизонтали:

- а) Угол 60 градусов;
- б) Угол 30 градусов;
- в) Угол 48 градусов;**
- г) Угол 90 градусов;
- д) Все перечисленное.

2.30. Возбуждающим действием на нейроны обладают:

- а) Пируватдегидрогеназа;
- б) Глутамин;
- в) Гаммааминомасляная кислота;**
- г) Аспартат.
- д) Серотонин;

2.31. В венах спинного мозга:

- а) Клапаны имеют двухстворчатую форму;
- б) Клапаны имеют полулунную форму;
- в) Клапаны имеют трехстворчатую форму;
- г) Нет венозных клапанов;**
- д) Клапаны имеют четырехстворчатую форму.

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

- а) 50-70 градусов;
- б) 35-50 градусов;**
- в) 15-30 градусов;
- г) 25 — 30 градусов.

д) 20 —25 градусов;

2.33. Шейная часть симпатического нервного ствола располагается:

а) На поверхности длинной мышцы головы и длинной мышцы шеи;

б) На поверхности длинной мышцы шеи;

в) Позади сосудисто-нервного пучка шеи на поверхности длинной мышцы головы и длинной мышцы шеи;

г) Позади сосудисто-нервного пучка шеи;

д) Все перечисленное.

2.34. Наибольшее физиологическое сужение позвоночного канала располагается на уровне:

а) С2;

б) С6;

в) С3;

г) С7.

д) С4;

2.35. Лимфатические капилляры отсутствуют в:

а) Головном и спинном мозге;

б) Селезёнке;

в) Дерме;

г) Лёгких.

д) Печени;

2.36. Артерия Адамкевича входит в позвоночный канал чаще:

а) Слева;

б) Посредине;

в) Сзади;

г) Справа;

д) Все перечисленное верно.

2.37. Экстрапирамидная система включает:

- а) Чёрную субстанцию;
- б) Голубое пятно;
- в) Мозжечок;
- г) Красные ядра;
- д) **Всё перечисленное верно.**

2.38. Ветви поясничного сплетения иннервируют

- а) Грушевидную мышцу;
- б) Подвздошную мышцу;
- в) Кожа медиальной поверхности и внутреннюю капсулу коленного сустава;
- г) Большую и малую поясничную мышцу;
- д) **Верно А,Б,В.**

2.39. Венозный отток спинного мозга осуществляется:

- а) 5 продольными венами;
- б) 4 продольными венами;
- в) 6 продольными венами;
- г) 3 продольными венами;
- д) **Все перечисленное.**

2.40. Наружная запирающая мышца:

- а) Выпрямляет бедро;
- б) **Поворачивает бедро кнаружи;**
- в) Сгибает бедро;
- г) Поворачивает бедро кнутри;
- д) Отводит бедро.

2.41. Межпозвонковые диски:

- а) **Не имеют кровеносных сосудов;**
- б) Кровоснабжаются из передних и задних радикуло-медулярных артерий;
- в) Кровоснабжаются из задних радикуло-медулярных артерий;

- г) Кровоснабжаются из перимедуллярной капиллярной сети;
- д) Все перечисленное.

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

- а) 35-50 градусов;
- б) 20 -25 градусов;
- в) 50-70 градусов;**
- г) 15-30 градусов;
- д) 25 - 30 градусов.

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

- а) от 8 мм до 12мм;
- б) от 14 мм и больше;
- в) от 6 мм до 8 мм;
- г) от 10 мм до 12мм;**
- д) Всё перечисленное верно.

2.44. Позвонки сочленяются друг с другом с помощью соединений:

- а) Синостозов
- б) Хрящевых;
- в) Истинных суставов;
- г) Соединительнотканых;
- д) Всё перечисленное верно.**

2.45. Выстояние зуба C2 выше линии Чемберлена в норме возможно на:

- а) 4 мм;**
- б) 8 мм;
- в) 6 мм;
- г) всё выше перечисленное верно.

2.46. Суставные отростки в грудном отделе позвоночника расположены:

- а) Фронтально;**

- б) Горизонтально;
- в) Вертикально;
- г) Сагитально;
- д) Все перечисленное.

2.47. Количество позвонков у человека составляет:

- а) 3030;
- б) 33-34;**
- в) 31;
- г) 35.
- д) 32;

2.48. Мышечные ветви плечевого сплетения иннервируют:

- а) Подключичную мышцу;
- б) Длинную мышцу шеи;
- в) Большую грудную мышцу;
- г) Переднюю лестничную мышцу;
- д) Всё перечисленное верно.**

2.49. В поясничной области межпозвонковые диски составляют:

- а) $\frac{1}{5}$ длины;
- б) $\frac{1}{4}$ длины;
- в) $\frac{1}{3}$ длины;
- г) $\frac{1}{10}$ длины.**
- д) $\frac{1}{2}$ длины;

2.50. Крестцово-подвздошные межкостные связки:

- а) Прикрепляются своими концами к подвздошной и крестцовой бугристостям;**
- б) К затылочной поверхности крестца в области 17 крестцового позвонка;
- в) К латеральному гребню крестцовой кости на протяжении 2 — 3 крестцовых отверстий;
- г) К латеральному гребню крестцовой кости на протяжении 1-3 крестцовых отверстий;
- д) Все перечисленное.

2.51. Пояснично-крестцовое утолщение располагается на уровне:

- а) T6-T7;
- б) T10-T12;**
- в) T8-T9;
- г) L3-L4.
- д) L1-L2;

2.52. Количество неорганических веществ в живой кости составляет:

- а) 30%.
- б) 18%;
- в) 24%;
- г) 20%;**
- д) 22%;

2.53. В межпозвонковом диске:

- а) Нервные окончания есть только по задней поверхности фиброзного кольца;
- б) Нет нервных окончаний;**
- в) Нервные окончания есть только по передней поверхности фиброзного кольца;
- г) Нервные окончания есть в гиалиновых замыкательных пластинах;
- д) Нервные окончания есть только по наружной поверхности фиброзного кольца

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

- а) Верхнешейном отделе позвоночника;**
- б) Нижнегрудном отделе позвоночника;
- в) Среднегрудном отделе позвоночника;
- г) Верхнегрудном отделе;
- д) Всё перечисленное верно.

2.55. Борозда или канал позвоночной артерии атланта располагается на:

- а) Верхней суставной ямке;
- б) Задней дуге атланта;**

- в) Нижней суставной ямке;
- г) Передней дуге атланта;
- д) Все перечисленное.

2.56. Составляющими нерва являются:

- а) Жировые клетки;
- б) Пучки нервных волокон;
- в) Периневрий.
- г) Эпиневрий;**
- д) Всё перечисленное верно;

2.57. Центральный отдел крестцовой части парасимпатической нервной системы располагается:

- а) В сером веществе спинного мозга в области мозгового конуса;**
- б) На внутренней поверхности 2-4 -крестцовых сегментов;
- в) С внутренней стороны длинных мышц спины;
- г) На внутренней поверхности 5 поясничного и 1 крестцового сегмента;
- д) Всё перечисленное верно.

2.58. 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 передних радикуло-медулярных артерий;**
- в) Из задних радикуло-медулярных артерий;
- г) Перимедулярной капиллярной сетью;
- д) Все перечисленное.

2.59. Реципрокное торможение возникает

- а) в м.-нейтрализаторах в момент напряженного м.-синергистов
- б) в м.-антагонисте в момент напряженного агониста**
- в) в м.-антагонистах в момент напряженных м.-фиксаторов
- г) в м.-синергистах в момент напряженного агониста

2.60. Ветви крестцового сплетения иннервируют

- а) Подвздошную мышцу;
- б) Кожа медиальной поверхности и внутреннюю капсулу коленного сустава;
- в) Грушевидную мышцу;**
- г) Большую и малую поясничную мышцу;
- д) Широчайшую мышцу спины.

2.61. Рефлекторная дуга включает следующие звенья:

- а) Рецепторные афферентные пути;
- б) Соматосенсорная и соматомоторная зона коры, афферентные и эфферентные пути;
- в) Вставочные нейроны;
- г) Проводящие пути;
- д) Все перечисленное.**

2.62. Нервные клетки:

- а) Синтезируют нейромедиаторы;
- б) Воспринимают нервные импульсы;
- в) Обладают способностью нейрокринии;
- г) Передают нервные импульсы;**
- д) Всё перечисленное верно.

2.63. Тормозным действием на нейроны обладают:

- а) Глутамин;
- б) Аспартат.**
- в) Гаммааминомасляная кислота;
- г) Серотонин;
- д) Пируватдегидрогеназа;

2.64. Составной частью позвоночно-двигательных сегментов являются:

- а) связочный аппарат
- б) тела двух смежных позвонков;

В.дугоотростчатые суставы;;

г) хрящевой диск;

д) всё перечисленное верно.

2.65. Ноцицептивное раздражение это:

а) Нарушение восприятия;

б) Раздражение, сопровождающееся болью при повреждении целостности кожного покрова и глубжележащих тканей;

в) Раздражение рецепторов;

г) Нарушение гомеостаза кожи и глубжележащих тканей;

д) Все перечисленное.

2.66. К характерным признакам возбудимого, слабого типа высшей деятельности относятся:

а) Трудно переключает внимание на новые задачи, требования;

б) Быстро реагирует на окружающее, легко вступает в контакт с окружающими;

в) Замкнут, трудно адаптируется в новом коллективе;

г) Может выполнять монотонную работу;

д) Всё перечисленное верно.

2.67. Эластичность кости обеспечивает:

а) эластин;

б) надкостница;

в) оссеин;

г) коллаген;

д) Всё перечисленное верно

2.68. Через поперечное отверстие шейного отдела позвоночника проходят:

а) Позвоночная артерия, позвоночная вена и нервные, симпатические сплетения;

б) Позвоночная артерия;

в) Позвоночные нервы;

г) Позвоночные вены;

д) Все перечисленное.

2.69. Функциональная организация нервных центров складывается из:

- а) Периферических отделов-рецепторов;
- б) Проводниковых отделов анализаторов;
- в) Сенсорных систем-анализаторов;
- г) Корковых отделов анализаторов;
- д) **Всего перечисленного.**

2.70. Возникновение неврозов чаще наблюдается у:

- а) Слабых возбудимых или слабых тормозных;
- б) **Сильных возбудимых типов;**
- в) Тип высшей нервной деятельности не имеет значения;
- г) Сильных тормозных типов;
- д) **Всё перечисленное верно.**

Раздел 3. Общие принципы мануальной терапии

3.1. Причинами осложнения мануальной терапии служат:

- а) Проведение МТ недостаточно обследованному больному;
- б) Проведение МТ врачом, некомпетентным в вертеброневрологии;
- г) **Недостаточность мероприятий направленных на закрепление эффекта МТ;**
- д) **Все перечисленное верно.**

3.2. В чем основное отличие ПИР от стрейчинга

- а) использование фаз вдоха и выдоха
- б) **выбор ПН-ткани**
- в) растягивание ткани без предварительного напряжения
- г) использование глазодвигательных реакций

3.3. Амплитуда наклона позвоночника вперед в норме составляет:

- а) 30 градусов;
- б) 40 градусов;

- в) 50 градусов;
- г) 60 градусов;
- д) **90 градусов.**

3.4. 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.**

3.5. Применять мануальную терапию после оперативного лечения межпозвонковых дисков:

- а) Относительно показано;
- б) Показано;
- в) **Противопоказано;**
- г) Можно только спустя 12 месяцев после оперативного лечения;
- д) **Всё вышеперечисленное верно.**

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

- а) Вращение, наклоны в стороны, вперед-назад и в передне-заднем направлениях;
- б) Вращение, наклоны в стороны;
- в) Вращение, наклоны в стороны, сгибание и разгибание;
- г) **Вращение, наклоны в стороны, вперед и назад, движения в передне-заднем и латеро-латеральном направлениях;**
- д) **Все перечисленное**

3.7. При изотоническом напряжении мышцы

- а) **точки прикрепления мышц сближаются**
- б) точки прикрепления мышц остаются на месте
- в) движение в суставе не происходит
- г) **верно б) и в)**

3.8. Функциональную рентгенография нельзя производить:

- а) При умеренно выраженном болевом синдроме;
- б) В подострой стадии заболевания;
- в) В фазе относительной ремиссии;
- г) В острой стадии заболевания;**
- д) Все перечисленное.

3.9. 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.**

3.10. Этапы формирования ТП

- а) дистонический, дистонически-дистрофический, дистрофический, склерозирования
- б) дистонический, дистрофический, склерозирования**
- в) дистрофический, дистонический, дистрофически-дистонический, склерозирования

3.11. Для обнаружения сужения или нарушения формы меж позвонкового отверстия в шейном отделе позвоночника показана рентгенография:

- а) В прямой проекции;
- б) В косой проекции;
- в) В боковой проекции;**
- г) В состоянии максимального поворота головы в сторону;
- д) В состоянии максимального сгибания головы вперед.

3.12. 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.**

3.13. К ФБ в ПДС приводит

- а) миофиксация
- б) разрастание костной ткани
- в) грыжа межпозвонкового диска
- г) **ЛГМ**

3.14. К экстензорам бедренного сустава относятся:

- а) Большая ягодичная мышца, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;
- б) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, полуперепончатая мышца;
- в) Большая ягодичная мышца, седалищная мышца, трехглавая мышца голени;
- г) **Большая ягодичная мышца, короткая головка двуглавой мышцы бедра, полуперепончатая и полусухожильная мышцы;**
- д) Все перечисленное.

3.15. 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.**

3.16. Показаниями для мануальной терапии являются:

- а) Цервикалгии;
- б) Интеркапсулярная дорсалгия;
- в) **Хронические люмбалгии с наличием функциональных блоков;**
- г) Функциональная блокада 1 степени;
- д) Сколиоз.

3.17. Полуперепончатая мышца:

- а) Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;
- б) Сгибает бедро и выпрямляет туловище;
- в) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее внутрь;**
- г) Разгибает бедро, сгибает голень, вращая ее наружу;
- д) Всё перечисленное.

3.18. Латентная миофасциальная триггерная точка это:

- а) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в зоне отраженной боли от другой триггерной точки
- б) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, возникающий при перегрузке, когда она как синергист выполняет функцию мышцы, имеющей первичную триггерную точку, или как антагонист противодействует образованию в ней уплотнения
- в) гиперраздражимый участок в уплотненном тяжёлом скелетной мышцы, активирующийся при перегрузке, но не активирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце
- г) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области
- д) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации**

3.19. В каких мышцах наиболее часто встречаются триггерные пункты

- а) в расслабленных
- б) в укороченных**
- в) в укороченных и в расслабленных одинаково часто

3.20. ФБ это

- а) обратимое ограничение в ПДС**
- б) необратимое ограничение в ПДС
- в) первое и второе утверждения верны

3.21. Для ЛГМ характерно

- а) повышенный угол движения в ПДС

- б) обычно находится выше или ниже ФБ
- в) синдром соскальзывания
- г) все вышеперечисленное верно**

3.22. При максимальном наклоне вперед, увеличение расстояния C7-S1 считается нормальным:

- а) 1-2 см;
- б) 3-5 см;
- в) 5-7 см;**
- г) 8-10 см;
- д) 10-12 см.

3.23. Оптимальное время напряжения при выполнении постизометрической релаксации:

- а) Не имеет значения;
- б) 10 секунд;**
- в) 20 секунд;
- г) 30 секунд;
- д) 40 секунд.

3.24. В диагностике дисфункций таза ключевым тестом является

- а) жилетт-тест
- б) флексионный тест**
- в) спайн-тест
- г) все вышеперечисленное верно

3.25. 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**

3.26. Что предшествует ПН

- а) пассивное движение
- б) активное движение
- в) игра суставов
- г) пружинящее сопротивление**

3.27. Ведущими рентгенологическими признаками при ревматоидном артрите являются:

- а) Околосуставной эпифизарный остеопороз;
- б) Сужение суставной щели;
- в) Краевые эрозии (узур);
- г) Всё перечисленное верно;**

3.28. К ПБМИ относят

- а) ФБ, ЛГМ, РПДМ
- б) ФБ, ЛГМ, РПДМ, НОДС, УРМ**
- в) ФБ, ЛГМ, НОДС, АЛП

3.29. В мануальной терапии обозначается термином "артрон":

- а) Взаимоисвязи интерverteбрального сустава с телами соседних позвонков;**
- б) Взаимосвязь интерverteбрального сустава с нервной системой;
- в) Взаимосвязь интерverteбрального сустава с мышечной системой;
- г) Взаимосвязь интерverteбрального сустава со связочным аппаратом;
- д) Все перечисленное.

3.30. 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.

3.31. При изометрическом напряжении

- а) происходит движение в суставе
- б) точки прикрепления остаются на месте
- в) движения в суставе нет
- г) **верно б) и в)**

3.32. Трапецевидная мышца:

- а) Поднимает и опускает лопатку;
- б) Поднимает лопатку;
- в) Опускает лопатку;
- г) **Поднимает и опускает лопатку, приближает ее к позвоночному столбу;**
- д) Все перечисленное;

3.33. В понятие МФР входит

- а) давление
- б) тракция
- в) скручивание
- г) **все вышеперечисленное**

3.34. Функциональная единица позвоночника

- а) позвонок
- б) два смежных позвонка
- в) **ПДС**

3.35. Наиболее правильная последовательность приемов лечения мануального терапевта:

- а) Мобилизация, манипуляция;
- б) Манипуляция, мобилизация;
- в) Манипуляция, мобилизация, ПИР;
- г) Манипуляция;
- д) **ПИР, мобилизация, манипуляция.**

3.36. Показаниями для проведения мануальной терапии являются:

- а) Грыжа Шморля;
- б) Объёмные образования спинного мозга;
- в) Неврологические проявления остеохондроза;**
- г) Болезнь Бехтерева;
- д) Болезнь Бострупа

3.37. Метод растирания применяется при следующих функциональных состояниях мышечной сферы:

- а) При умеренно расслабленных мышцах;
- б) При резко расслабленных мышцах;
- в) При резко спазмированных мышцах;
- г) При хронически спазмированных мышцах;
- д) Всё перечисленное верно.**

3.38. К рентгенологическим признакам гормональной спондилодистрофии относятся:

- а) Снижение высоты тел позвонков;
- б) "Прозрачность" тел позвонков;
- в) Грыжи Шморля;
- г) "Рыбьи" позвонки;
- д) Всё вышеперечисленное.**

3.39. В мануальной рефлексотерапии обозначается термином "вертеброн":

- 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.**

3.40. При исследовании "игры суставов" фиксируют:

- а) Фиксируют дистальную кость;
- б) Фиксируют проксимальную и дистальную кости одновременно**
- в) Проксимальную кость, относящуюся к исследуемому суставу;

- г) Фиксация не имеет значения;
- д) Все вышеперечисленное.

3.41. 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

3.42. Высота стола для мануальной рефлексотерапии должна достигать следующего уровня опущенных рук врача:

- а) Уровня плеча;
- б) Уровня предплечья;
- в) Уровня лучезапястного сустава;**
- г) Уровня 1 фалангового сочленения;
- д) Уровня кончиков пальцев рук.

3.43. 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.

3.44. К типичным рентгенологическим признакам остеохондроза позвоночника относятся:

- а) Сужение межпозвонковой щели;
- б) Образование остеофитов;
- в) Субхондральный склероз;
- г) Грыжи Шморля;
- д) Всё перечисленное верно.**

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

- а) Боковое сгибание, сгибание вперед, разгибание;
- б) Вращение, боковое сгибание, сгибание вперед, движения в передне-заднем и латеро-латеральном направлениях;
- в) Вращение, боковое сгибание, сгибание вперед, разгибание;**
- г) Боковое сгибание, сгибание вперед, разгибание, движения в передне-заднем и латеролатеральном направлениях;
- д) Все перечисленное.

3.46. Сателлитная миофасциальная триггерная точка это:

- а) гиперраздражимый участок в уплотненном тяже скелетной мышцы, активирующийся при перегрузке, но не активирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце**
- б) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, возникающий при перегрузке, когда она как синергист выполняет функцию мышцы, имеющей первичную триггерную точку, или как антагонист противодействует образованию в ней уплотнения
- в) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации
- г) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области
- д) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в зоне отраженной боли от другой триггерной точки

3.47. Нейрофизиологические принципы МЭТ

- а) реципрокное торможение
- б) ПИР
- в) ПИР, реципрокное торможение**

3.48. Трехглавая мышца голени осуществляет:

- а) Подошвенное и боковое кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;
- б) Подошвенное сгибание стопы и сгибание голени в коленном суставе, при фиксированной стопе тянет голень и бедро назад;**
- в) Подошвенное и боковое кнаружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;

г) Подошвенное, боковое кнутри и наружи сгибание стопы, сгибание голени в коленном суставе;

д) Всё перечисленное.

3.49. Манипуляционная техника при применении 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.

3.50. Больному с косым тазом применять мануальную терапию:

а) Нельзя;

б) Можно;

в) Относительно показано;

г) Возможно после применения ортопедических мероприятий;

д) Всё перечисленное верно.

3.51. Для УМ характерно

а) пониженный тонус

б) точки прикрепления удалены друг от друга

в) повышенный тонус

г) гипермобильность обслуживаемого этой мышцей сустава

3.52. Ограничение подвижности в позвоночнике может быть вызвано:

а) Травмой;

б) Опухолью костей;

в) Опухолью спинного мозга;

г) Заболеванием мышц;

д) Всё перечисленное.

3.53. Сакрализация это:

- а) Спаяние дистального поясничного позвонка с крестцом;**
- б) Наличие 6 позвонка в поясничном отделе позвоночника за счёт верхнего крестцового сегмента;
- в) Увеличение общего количества позвонков;
- г) Увеличение копчиковых позвонков;
- д) Всё перечисленное верно.

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

- а) 0 степень;**
- б) 1 степень;
- в) 2 степень;
- г) 4 степень;
- д) 3 степень.

3.55. При деформирующем остеоартрозе на рентгенограммах обнаруживается:

- а) Отсутствие суставной щели;
- б) Обширные остеофиты;
- в) Суставные мыши;
- г) Субхондральные кисты;
- д) Всё перечисленное верно.**

3.56. Манипуляцией в мануальной терапии называют:

- а) Ручное воздействие на сустав в виде короткого быстрого толчка;**
- б) Фиксация суставных отростков;
- в) Ручное воздействие на заинтересованные структуры в виде разнообразных ритмических приёмов;
- г) Тракция сустава;
- д) Всё выше перечисленное.

3.57. Критериями блокирования являются:

- а) Ограничение движений;

- б) Отсутствие пружинистости при пальпации в заблокированном сегменте;
- в) Повышенное напряжение в заблокированном сегменте при пальпации;
- г) **Всё перечисленное верно.**

3.58. Для выявления типичного вывиха плечевой кости используют функциональную рентгенографию:

- а) **С вращением плеча кнутри до угла 40-50 градусов;**
- б) С вращением плеча кнутри до угла 60-70 градусов;
- в) С вращением плеча кнутри до угла 80 градусов;
- г) С вращением плеча кнутри до угла 85 градусов;
- д) Все перечисленное.

3.59. Применение мануальной рефлексотерапии при лечении больных со спондилогенными неврологическими синдромами:

- а) Показано только при резко выраженном болевом синдроме;
- б) Противопоказано;
- в) Относительно показано;
- г) **Показано;**
- д) Всё перечисленное верно

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

- а) Можно;
- б) **Нельзя;**
- в) Можно в стадии относительной ремиссии;
- г) Можно через 2 недели после начала заболевания;
- д) Можно в стадии ремиссии.

3.61. Блокирование в соседних ПДС компенсируется:

- а) **Гипермобильностью;**
- б) Гипомобильностью;
- в) Остеартрозом;
- г) Спондилёзом;

д) Всё перечисленное верно.

3.62. Наружная косая мышца живота :

- а) сгибает туловище, является антагонистом разгибателей туловища
- б) наклоняет туловище вперед с ротацией в свою сторону.
- в) производит наклон туловища вперед с ротацией в противоположную сторону.**
- г) фиксирует туловище при ходьбе, наклоняет его в свою сторону

3.63. Наиболее подвижными отделами позвоночника являются:

- а) Шейный;
- б) Грудной;
- в) Поясничный;
- г) Крестцовый;
- д) Верно а, в.**

3.64. Применение мануальной терапии при болезни Бехтерева:

- а) Применять противопоказано;**
- б) Применять показано;
- в) Применять относительно показано;
- г) Применять показано только в начальной стадии заболевания;
- д) Всё перечисленное верно

3.65. Противопоказанием к проведению мануальной терапии является:

- а) Опухоли позвоночника, головного, спинного мозга;
- б) Острые и подострые воспалительные заболевания спинного, головного мозга и их оболочек;
- в) Болезнь Бехтерева;
- г) Инфаркт миокарда;
- д) Всё перечисленное верно.**

3.66. Отличительной особенностью рентгенограмм при деформирующем остеоартрозе является:

- а) Отсутствие изменений межпозвонковых дисков;
- б) Образование узелков, которые давят на корешки и межпозвонковые артерии;**
- в) Деструкция покровных пластинок;
- г) Склероз покровных пластинок;
- д) Отсутствие выраженных деструктивных межпозвонковых дисков.

3.67. 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) Одновременно на всех заблокированных сегментах, идя сверху вниз;**
- в) Идя от верхних сегментов к нижним;
- г) Одновременно на всех сегментах, идя сверху вниз;
- д) Последовательность не имеет значения.

3.68. Первичная миофасциальная триггерная точка это:

- а) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации
- б) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, возникающий при перегрузке, когда она как синергист выполняет функцию мышцы, имеющей первичную триггерную точку, или как антагонист противодействует образованию в ней уплотнения
- в) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в зоне отраженной боли от другой триггерной точки
- г) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области
- д) гиперраздражимый участок в уплотненном тяжё скелетной мышцы, активизирующийся при перегрузке, но не активизирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце**

3.69. Блокирование позвоночника это:

- а) Обратимое ограничение его подвижности в двигательном сегменте;**
- б) Ограничение подвижности по отношению к вертикальной оси;
- в) Ограничение подвижности по отношению к горизонтальной оси;
- г) Ограничение ротации;
- д) Всё перечисленное верно.

3.70. Функциональное значение малой ромбовидной мышцы

- а) При дыхательном сокращении наклоняет голову и шейный, отдел позвоночника столба вперед;
- б) Оттягивает лопатку от позвоночного столба;
- в) Приближает лопатку к позвоночному столбу по косой линии к середине и вверх;**
- г) Поднимает лопатку, при фиксированной лопатке наклоняет шейную часть позвоночника кзади и в свою сторону;
- д) Все перечисленное.

3.71. Применение мануальной рефлексотерапии у больных с псевдоспондилолистезом:

- а) Противопоказано;
- б) Относительно показано;**
- в) Показано;
- г) Показано только в начальной стадии заболевания;
- д) Всё перечисленное верно.

3.72. 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

3.73. Клиновидную форму имеет поясничный позвонок:

- а) Первый;
- б) Второй;
- в) Третий;
- г) Пятый;**
- д) Все перечисленные.

3.74. 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.**

3.75. Осложнения при манипуляциях на позвоночнике:

- а) **Выпадение грыжевого выпячивания;**
- б) Перелом тела позвонка;
- в) Гематома межостистых связок;
- г) Перелом остистого отростка позвонка;
- д) Перелом таза.

3.76. Повышение подвижности в суставе является признаком:

- а) **Не является важным клиническим признаком;**
- б) Проявлением конституциональных особенностей пациента;
- в) Приобретённым профессиональным качеством;
- г) Патологической гипермобильности;
- д) **Всё перечисленное верно.**

3.77. Движения в сакроилиальном сочленении осуществляются:

- а) В передне-заднем и вертикальном направлении;
- б) В вертикальном направлении;
- в) **В передне-заднем направлении;**
- г) В сагиттальном направлении;
- д) **Все перечисленное**

3.78. Диагноз соматизированной депрессии может предполагаться при наличии жалоб на :

- а) Головную боль;
- б) Сонливость;
- в) Бессонницу;
- г) Булемию;

д) Всё верно.

3.79. 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.

3.80. Применение мануальной рефлексотерапии или спондилопатий различной этиологии:

а) Показано;

б) Противопоказано;

в) Относительно показано;

г) Показано только в начальной стадии заболевания;

д) Всё перечисленное верно.

3.81. Объем направления движений по плоскостям в грудном отделе позвоночника представляет:

а) Боковое сгибание, сгибание и разгибание;

б) Вращение, сгибание и разгибание;

в) Боковое сгибание, вращение, сгибание в заднем; и латеро-латеральном направлениях;

г) Боковое сгибание вращение сгибание и разгибание;

д) Все перечисленное.

3.82. Амплитуда разгибания позвоночника в норме составляет:

а) 30 градусов;

б) 40 градусов;

в) 50 градусов;

г) 60 градусов;

д) 70 градусов.

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

- а) 10-15 градусов;**
- б) 20-30 градусов;
- в) 30-35 градусов;
- г) 40-60 градусов;
- д) 60 -70 градусов.

3.84. В последовательности лечения ОДА по Гринману в первую очередь устраняются дисфункции

- а) лонного сочленения
- б) травматические дисфункции ГОП
- в) травматические дисфункции ПОП**
- г) крестца

3.85. 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 процедуру через 1-2 дня.

3.86. Причиной блокирования является:

- а) Статическая и динамическая перегрузка;
- б) Аномальная нагрузка;
- в) Травма;
- г) Рефлекторная фиксация двигательного сегмента в результате патологического раздражения в нём (при внутренних болезнях);
- д) Всё перечисленное верно**

3.87. Амплитуда боковых наклонов позвоночника в норме составляет:

- а) 30 градусов;
- б) 40 градусов;

- в) 50 градусов;
- г) 60 градусов;**
- д) 70 градусов.

3.88. Применение мануальной рефлексотерапии при свежих травматических повреждениях суставов:

- а) Показано;
- б) Относительно показано;
- в) Показано с давностью заболевания;
- г) Противопоказано.**

3.89. Признаками функциональной блокады двигательного позвоночного сегмента являются:

- а) Ограничение подвижности в позвоночных суставах;**
- б) Боли в паравертебральных точках;
- в) Наличие анкилозов между остеофитами;
- г) Остеартроз;
- д) Сужение суставной щели.

3.90. 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.**

3.91. 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.**

3.92. Малая ромбовидная мышца:

- а) Приближает лопатку к позвоночному столбу по косой линии к середине и вверх;**
- б) Поднимает лопатку;
- в) Оттягивает лопатку от позвоночного столба;
- г) Наклоняет голову вперед;
- д) Все перечисленное.

3.93. 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.

3.94. Основной эффект при осциляционной технике

- а) Противоболевой;
- б) Противоотечный;
- в) Диагностический;**
- г) Противовоспалительный;
- д) Всё перечисленное верно.

3.95. Функциональное значение полуперепончатой мышцы:

- а) Принимает участие в выпрямлении туловища, сгибает бедро;
- б) Разгибает бедро, сгибнет голень, вращает ее внутрь;**
- в) Разгибает бедро, сгибает голень, вращает ее кнаружи;
- г) Супинирует бедро, а также участвует в его отведении;
- д) Все перечисленное.

3.96. Манипуляционная техника при применении метода постизометрической релаксации осуществляется:

- а) Осуществляется без сопротивления в направлении, противоположном движению;

б) Осуществляется без сопротивления в направлении движения;

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.

3.97. Большая грудная мышца:

а) Поднимает лопатку;

б) Приближает лопатку к позвоночному столбу;

в) Опускает поднятую руку;

г) Опускает лопатку;

д) Все перечисленное.

3.98. Подозрение на туберкулезный процесс должно возникать при наличии:

а) Потливость по утрам;

б) Яркий румянец;

в) Ночные боли в позвоночнике;

г) Плохой аппетит;

д) Все верно.

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

а) Нельзя;

б) Можно в стадии ремиссии;

в) Можно в стадии относительной ремиссии;

г) Можно через 2 недели после начала заболевания;

д) Можно.

3.100. Люмбализация это:

а) Наличие 6 позвонка в копчиковом отделе позвоночника;

б) Спаяние дистального поясничного позвонка с крестцом;

в) Наличие 6 позвонка в поясничном отделе позвоночника, за счёт верхнего крестцового сегмента;

г) **увеличение общего количества позвонков;**

д) **Всё перечисленное верно.**

3.101. Вторичная миофасциальная триггерная точка это:

а) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации

б) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в зоне отраженной боли от другой триггерной точки

в) гиперраздражимый участок в уплотненном тяжё скелетной мышцы, активирующийся при перегрузке, но не активирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце

г) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области

д) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, возникающий при перегрузке, когда она как синергист выполняет функцию мышцы, имеющей первичную триггерную точку, или как антагонист противодействует образованию в ней уплотнения

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

а) Онкологического поражения позвоночника;

б) Остеопороза позвоночника;

в) Спондилолистеза;

г) Заболевания внутренних органов, вызвавших висцеровертебральные синдромы;

д) Всё перечисленное верно.

3.103. К флексорам тазобедренного сустава относятся:

а) Прямая мышца бедра, подвздошно-поясничная мышца, мышца напрягающая широкую фасцию бедра, средняя ягодичная мышца;

б) Прямая мышца бедра, подвздошно-поясничная мышца;

в) Прямая мышца бедра, задняя большеберцовая мышца;

г) Прямая мышца бедра, средняя ягодичная мышца;

д) Все перечисленное.

3.104. Трапецевидная мышца при фиксации плечевого пояса:

а) Наклоняет голову вперед;

- б) Наклоняет голову в соответствующую сторону;
- в) Наклоняет голову назад;**
- г) Наклоняет голову под углом 45 градусов;
- д) Все перечисленное.

3.105. При начальных стадиях остеохондроза поясничного отдела позвоночника:

- а) Рентгенографические изменения не выявляются;
- б) На рентгенограммах обнаруживаются снижение высоты межпозвонковых дисков;
- в) На рентгенограммах обнаруживается снижение высоты межпозвонковых дисков и небольшие краевые остеофиты;**
- г) На рентгенограммах обнаруживаются небольшие краевые остеофиты;
- д) Все перечисленное

3.106. 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 и вен;
- д) Все вышеперечисленное.**

3.107. Противопоказания для мануальной терапии:

- а) Мануальная терапия противопоказана в детском возрасте;
- б) Мануальная терапия противопоказана взрослым;
- в) Мануальная терапия противопоказана в пожилом возрасте;
- г) Имеются абсолютные и относительные противопоказания;**
- д) Всё перечисленное верно.

3.108. Акцентированная осцилляционная техника является:

- а) Подготовительной;**
- б) Закрепляющей;
- в) Отвлекающей;
- г) Мобилизующей;

д) Всё перечисленное верно.

3.109. Рентгенологическими признаками остеохондроза являются:

- а) Снижение высоты межпозвонкового диска;
- б) Появление субхондрального склероза;
- в) Остеофиты;
- г) Симптом "распорки";
- д) **Всё перечисленное.**

3.110. Поворот шейного отдела позвоночника при движении в сторону ограничен на:

- а) 70 градусов;
- б) 75 градусов;
- в) 80 градусов;
- г) **90 градусов;**
- д) Всё перечисленное.

3.111. Уровень функциональных блокад, приводящий к наибольшему неравномерному уровню распределению нагрузки на ноги, следующий:

- а) Блокады крестцово-подвздошного сочленения;
- б) Блокады нижнепоясничных сегментов;
- в) **Блокады кранио-цервикального сочленения;**
- г) Блокады шейно-грудного перехода;
- д) Блокады грудо-поясничного перехода.

Раздел 4. Методологические основы мануальной терапии

4.01. Мануальная диагностика включает в себя:

- а) Пальпацию паравертебральных точек;
- б) Исследование патологических рефлексов;
- в) Исследование сухожильных рефлексов;
- г) Исследование чувствительности;
- д) **Исследование "игры суставов".**

4.02. При функциональном обследовании применяют:

- а) Фиксацию;
- б) Тракцию;
- в) Дистракцию;
- г) Пальпацию;
- д) **Всё вышеперечисленное верно.**

4.03. Мобилизационно-манипуляционная техника применяется:

- а) В шейном отделе позвоночника;
- б) В грудном отделе позвоночника;
- в) В поясничном отделе позвоночника;
- г) На суставах конечностей;
- д) Верно а, г
- е) **Все вышеперечисленное верно**

4.04. Симптом "кожной складки" при наличии функционального блока в сегменте:

- а) **Всегда положительный;**
- б) Отрицательный;
- в) Не характерен для блокады;
- г) Иногда положителен;
- д) Верно б, г.

4.05. Ротация головы при максимальном наклоне вперёд позволяет исследовать сегменты:

- а) **C1-C2;**
- б) C3-C4;
- в) C4-C5;
- г) C6-C7;
- д) **Всё перечисленное верно.**

4.06. Блокирование в каких сегментах можно выявить ротацией головы при максимальном разгибании:

- а) **C6-C7;**

- б) C1-C2;
- в) C3-C4;
- г) C4-C5;
- д) Всё перечисленное верно

4.07. Ротация головы при "кивке вперед" позволяет исследовать сегменты:

- а) C1-C2;
- б) C3-C4;**
- в) C4-C5;
- г) C0-C1
- д) Верно а б

4.08. Ваши действия при вентродорсальной блокаде на уровне шейно-грудного перехода:

- а) Манипуляции противопоказаны;
- б) Разблокирование невозможно;
- в) Проводится мобилизация крестообразным давлением;
- г) Проведя свои руки под сложенные в "замок" на затылке и разведенные в стороны руки пациента производите тракцию и одновременно толчок пальцами на остистый отросток;**
- д) Верно в, г.

4.09. Для исследования грудиноключичнососцевидной мышцы необходимо:

- а) Нагнуть голову 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) Голову пациента, находящегося в положении сидя, нагнуть в сторону пораженной мышцы, повернуть лицо в противоположную сторону и пропальпировать мышцу;**
- г) Голову оставить вертикально;
- д) Всё перечисленное верно.

4.10. Какой пальпируемый отросток в шейном отделе при наклоне назад исчезает:

- а) C5;

б) С6;

в) С7;

г) Т1;

д) Все отростки хорошо пальпируются.

4.11. Поперечный отросток С1 позвонка пальпируют на уровне:

а) Мочки уха;

б) Сосцевидного отростка;

в) Не подлежит пальпации;

г) Между мочкой уха и сосцевидным отростком;

д) На уровне угла нижней челюсти.

4.12. При проведении мобилизационно - манипуляционной техники в шейном отделе позвоночника используют:

а) Выбирают технику в воздействия в зависимости от характера нарушения функции двигательных позвоночных сегментов;

б) Тракцию в сочетании с ротацией;

в) Тракцию в сочетании с наклоном в сторону;

г) Тракцию в сочетании с наклоном кзади;

д) Верно б, в

4.13. При спондилогенных синдромах шейного отдела позвоночника трапецевидная мышца:

а) Сокращается;

б) Расслабляется;

в) Нижняя часть сокращается, а верхняя расслабляется;

г) Нижняя часть расслабляется, а верхняя сокращается;

д) Всё перечисленное верно.

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

а) 5 сек;

б) 10 сек;

- в) 15 сек;
- г) 20 сек;**
- д) 30 сек.

4.15. Исследование глубоких разгибателей шеи проводится:

- а) Против легкого сопротивления головы;
- б) В расслабленном состоянии разгибателей шеи;**
- в) Против максимального сопротивления головы больного руке врача;
- г) Без сопротивления головы больного руке врача;
- д) Всё перечисленное верно.

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

- а) Расслаблением нижних и перегрузкой верхних фиксаторов лопатки;
- б) Сокращением нижних и расслаблением верхних фиксаторов лопатки с одновременным расслаблением глубоких флексоров шеи и расслаблением бульбарных мышц;
- в) Сокращением нижних и расслаблением верхних фиксаторов лопатки;
- г) Расслаблением нижних и перегрузкой верхних фиксаторов лопатки с одновременным расслаблением глубоких флексоров шеи и сокращением бульбарных мышц;**
- д) Верно а, г.

4.17. Нормальный объем движений в сочленении C1-C2 составляет:

- а) 10 градусов;
- б) 15 градусов;
- в) 25 градусов;**
- г) 35 градусов;
- д) 40 градусов.

4.18. Остистый отросток C2 при исследовании вращения в сочленении C1-C2 при наличии функциональной блокады:

- а) "Убегает" вправо или влево;**
- б) Смещается немного вниз;

- в) Смещается немного вверх;
- г) Не сдвигается с места;
- д) Верно б, в.

4.19. При исследовании пассивного наклона в сторону в сочленении С1-С2:

- а) Необходимо "вытягивать" поперечный отросток;
- б) Не нужно воздействовать на поперечный отросток;
- в) Необходимо касаться пальцами поперечного отростка;
- г) Необходимо фиксировать поперечный отросток;**
- д) Всё перечисленное верно.

4.20. Для обнаружения 7-го шейного позвонка:

- а) Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному наклонить голову в сторону;
- б) Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному не значительно 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 назад;**
- д) Всё перечисленное верно.

4.21. Правая рука врача при исследовании пассивного наклона вперед между атлантом и затылочной костью располагается

- а) На задней дуге атланта больного;**
- б) На затылке больного;
- в) На темени больного;
- г) На лбу больного;
- д) На сосцевидных отростках головы больного.

4.22. Исследование пассивного наклона назад между атлантом и 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) Большой и указательный палец правой руки врача находится задней дуге атланта;
- д) Указательные пальцы правой и левой кистей врача на задней дуге атланта больного.**

4.23. При исследовании наклона в сторону в атланто-окципитальном сочленении правая рука врача находится

- а) Большой и указательный пальцы правой руки врача на задней дуге атланта больного;
- б) На лбу больного;
- в) На сосцевидных отростках головы больного;
- г) На затылке больного;
- д) Под головой больного.**

4.24. В шейном отделе позвоночника возможно проведение:

- а) Тракции;
- б) Ротации;
- в) Мобилизации;
- г) Манипуляции;
- д) Всё перечисленное верно.**

4.25. Какие из перечисленных движений возможны в сегменте С0-С1:

- а) Ротация головы;
- б) Наклон головы вперед;**
- в) Латеро-латеральные движения;
- г) Вентро-дорзальные движения;
- д) Всё перечисленное верно

4.26. Какое из перечисленных движений возможно в сегменте С1-С2:

- а) Антефлексия;
- б) Ретрофлексия;
- в) Ротация;**
- г) Латеро-латеральные движения;

д) Всё перечисленное верно.

4.27. В каком сегменте происходит ротация при максимальном наклоне головы вперед:

а) С7-Т1;

б) С1-С2;

в) С3-С6;

г) С0-С1;

д) Всё перечисленное верно.

4.28. Исследование «кив» проводится в положении больного:

а) Сидя;

б) Лежа на боку;

в) Лежа на животе;

г) Лежа на спине;

д) Верно б, в.

4.29. В среднешейном отделе позвоночника обследование ротации проводится по:

а) Суставным отросткам;

б) Поперечным отросткам;

в) Остистым отросткам;

г) По внешним признакам;

д) Всё перечисленное верно.

4.30. В среднешейном отделе позвоночника обследование бокового наклона проводится по:

а) Поперечным отросткам;

б) Суставным отросткам;

в) Остистым отросткам;

г) По внешним признакам;

д) Всё перечисленное верно.

4.31. Обследованием «кив» называется исследование:

- а) Активного наклона головы в сторону;
- б) Пассивного наклона головы вперед;
- в) Пассивного наклона головы назад;
- г) Пассивного бокового наклона головы;**
- д) Всё перечисленное верно.

4.32. Обследованием «предкив» называется исследование:

- а) Пассивного наклона головы вперед;**
- б) Пассивного бокового наклона головы;
- в) Пассивного наклона головы назад;
- г) Активного наклона головы вперед;
- д) Всё перечисленное верно.

4.33. Обследованием «закив» называется исследование:

- а) Пассивного бокового наклона головы;
- б) Пассивного наклона головы назад;**
- в) Пассивного наклона головы вперед;
- г) Активного наклона головы назад;
- д) Всё перечисленное верно.

4.34. При обследовании пружинирования остистого отростка С7 позвонка необходимо провести следующие движения:

- а) Наклон шеи в сторону;
- б) Ротация шеи и наклон назад;**
- в) Наклон шеи в сторону и назад;
- г) Ротация шеи и наклон вперед;
- д) Всё перечисленное верно.

4.35. Перед проведением обследования ротации в среднешейном отделе позвоночника необходимо провести следующие движения головы:

- а) Антефлексию и ротацию;
- б) Ретрофлексию и ротацию;

- в) Латерофлексию, ретрофлексию и ротацию;
- г) Латерофлексию, антефлексию и ротацию;**
- д) Всё перечисленное верно.

4.36. Противопоказания к проведению мануальной диагностики шейного отдела позвоночника:

- а) Есть абсолютные и относительные;**
- б) Есть, только относительные;
- в) Есть, только абсолютные;
- г) Нет;
- д) Возрастные.

4.37. В верхне-шейной области при функциональном блоке 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.

4.38. Мобилизация акромиоклавикулярного сустава в каудальном направлении производится:

- а) В положении пациента стоя;
- 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 повёрнута на 45 градусов, производится надавливание на ключицу;
- г) Положение пациента сидя с опущенными руками, голова повернута на 45, наклонена в сторону от места мобилизации и фиксирована, производится надавливание на ключицу;**
- д) Всё вышеперечисленное верно.

4.39. Дистракция акромиоклавикулярного 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) В положении пациента стоя;
- в) положение пациента лежа на спине, голова повернута на 45 градусов, производится надавливание на ключицу;
- г) Положение пациента сидя, рука отведена на 90 градусов, рука врача захватывает руку пациента проксимальнее локтевого сустава, производится тракция руки и одновременное надавливание на ключицу;**
- д) Всё перечисленное верно

4.40. При верхнегрудном сколиозе локализация вершины искривления находится на уровне:

- а) Th1-Th2;
- б) Th3-Th4;**
- в) Th6-Th7;
- г) Th8-Th9;
- д) Th4-Th5.

4.41. При грудном сколиозе локализация вершины искривления находится на уровне:

- а) Th1-Th2;
- б) Th3-Th4;
- в) Th6-Th7;
- г) Th8-Th9;**
- д) Th4-Th5

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

- а) Положение не имеет значения;
- б) Сидя на стуле;
- в) Стоя;
- г) Лежа;
- д) Сидя на кушетке с фиксированным тазом /"как на коне"/**

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

- а) Заболеваниях органов грудной клетки;
- б) Болях в области рёберно-грудинных сочленений;
- в) Функциональных блокадах грудопоясничного перехода;
- г) Травмах позвоночника;
- д) Функциональных блокадах на грудном уровне.**

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

- а) Наклона вперёд;
- б) Наклона назад;
- в) Наклона вправо;
- г) Наклона влево;
- д) Может применяться во всех направлениях.**

4.45. Нижние углы лопаток расположены на уровне:

- а) Th 6;
- б) Th 7;**
- в) Th8;
- г) Th 9;
- д) Th 10.

4.46. Нормальный объем ротационных движений в грудном от деле позвоночника:

- а) 30-40 градусов;
- б) 40-50 градусов;**
- в) 50-60 градусов;
- г) 60-70 градусов;
- д) 70-80 градусов.

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

- а) Остистых отростках;

- б) Суставных отростках;
- в) Поперечных отростках;**
- г) Ребрах;
- д) Все перечисленное верно.

4.48. При обследовании пассивной антефлексии и ретрофлексии рука врача располагается:

- а) В подмышечных областях больного;
- б) В области плечевых суставов;
- в) На туловище пациента;
- г) В области локтевых суставов;**
- д) Всё перечисленное верно.

4.49. При обследовании пассивной анте- и ретрофлексии пальцы врача располагаются:

- а) На остистых отростках;
- б) Сбоку от межостистых пространств;
- в) Сбоку от остистых отростков;
- г) В межостистых пространствах;**
- д) Всё перечисленное верно.

4.50. При обследовании пассивных латерофлексии и ротации пальцы врача располагаются:

- а) Сбоку от остистых отростков;**
- б) В межостистых пространствах;
- в) На остистых отростках ;
- г) Сбоку от межостистых пространств;
- д) Всё перечисленное верно.

4.51. 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.

4.52. Отсутствие ротаторной синкинезии таза при боковом наклоне туловища является показанием для исследования:

- а) Шейного отдела;**
- б) Пояснично-крестцового перехода;
- в) Грудопоясничного перехода;
- г) Таза;
- д) Всё перечисленное.

4.53. Локализация вершины, искривления при поясничном сколиозе находится на уровне:

- а) Th1-Th2;
- б) Th3-Th4;
- в) Th6-Th7;
- г) L1;
- д) L2.**

4.54. Проба Шоберга показывает:

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

4.55. Проба Педалю 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 вперёд;

д) Всё перечисленное

4.56. Проба Меннеля 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) Опережение верхней задней подвздошной ости на стороне блокирования крестцово-подвздошного сустава относительно другой при наклоне пациента вперёд;

г) Невозможность дорсального сгибания в ноге во время фиксирования седалищного бугра при крестцово-подвздошном блокировании;

д) Всё перечисленное.

4.57. Проба Патрика показывает:

а) Изменение расстояния между L5-TH12 при наклоне;

б) Невозможность дорсального сгибания в ноге во время фиксирования седалищного бугра при крестцово-подвздошном блокировании;

в) Болезненность при пальпации наружного края симфиза при отведении согнутой в коленном и тазобедренном суставе ноги у лежащего пациента 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.

4.58. Правильным приёмом для исследования нагруженности lig. Iliolumbalis 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.

4.59. Правильным приёмом для исследования нагруженности lig.iliosacralis является:

- а) Толчок по оси бедра на приведённую кнутри ногу пациента согнутую в коленном и тазобедренном суставе;
- б) Ротация бедра;
- в) Толчок по оси бедра на колено приведённое в направлении к гомолатеральному плечу;
- г) Тракция бедра;
- д) Толчок по оси бедра на колено, приведённое в направлении к противоположному плечу**

4.60. Правильным приёмом для исследования нагруженности lig.iliotuberalis является:

- а) Толчок по оси бедра на приведённую кнутри ногу пациента согнутую в коленном и тазобедренном суставе;
- б) Ротация бедра;
- в) Толчок по оси бедра на колено приведённое в направлении гомолатеральному плечу;
- г) Тракция бедра;
- д) Толчок по оси бедра на колено, приведённое в направлении к противоположному плечу.**

4.61. 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.

4.62. 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) Верно б, в.

4.63. При исследовании подвижности поясничного отдела позвоночника во время бокового наклона подмышечная складка в норме проецируется:

- а) на середину расстояния между большим вертелом бедренной кости и межягодичной складкой;
- б) на противоположный латеральный край таза или заходит за него;
- в) на середину таза;**
- г) Остаётся на месте;
- д) Все перечисленное верно.

4.64. При измерении курвиметром в поясничном отделе нормальным считается лордоз:

- а) 16 мм;
- б) 18мм;**
- в) 28мм;
- г) 38мм;
- д) 43 мм;

4.65. 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.

4.66. Лечебная гимнастика при функциональной блокаде в двигательном сегменте пояснично-крестцового перехода с ограничением разгибания осуществляется:

- а) Лежа на животе;
- б) Лежа на боку;
- в) Лежа на спине;**
- г) Стоя;
- д) Сидя.

4.67. В поясничном отделе позвоночника практически отсутствует движение:

- а) Антефлексия;
- б) Ретрофлексия;
- в) Латерофлексия;
- г) Ротация;**
- д) Всё перечисленное верно.

4.68. В поясничном отделе позвоночника при гиперлордозе болезненно осуществляется:

- а) Наклон вперед;
- б) Боковой наклон;
- в) Наклон назад;**
- г) Ротация;
- д) Все движения.

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

- а) Лежит на кушетке на боку;**
- б) Сидит «верхом» на кушетке;
- в) Стоит;
- г) Лежит поперек кушетки на животе;
- д) Всё перечисленное верно.

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

- а) Снизу вверх;**
- б) Сверху вниз;
- в) Зависит от выраженности лордоза;
- г) Зависит от наличия болевого синдрома;
- д) Всё перечисленное верно

4.71. Верхняя "левада" является модификацией:

- а) Активной антефлексии;
- б) Пассивной ретрофлексии;**

- в) Пассивной антефлексии;
- г) Активной ретрофлексии;
- д) Всё перечисленное верно.

4.72. Пальцы врача при пальпации поясничной мышцы располагаются:

- а) Паравертебрально;
- б) По наружному краю прямой мышцы живота на уровне пупка;**
- в) По средней линии живота;
- г) В подвздошной области у передне-верхней ости;
- д) Всё перечисленное верно

4.73. Пальцы врача при пальпации подвздошной мышцы 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.

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

- а) L1-L2;
- б) L2-L3;
- в) L3-L4;**
- г) L4-L5;
- д) L5-S1.

4.75. Тест "сдавливания" Стоддарта заключается в:

- а) Одновременное надавливание на крестцово-подвздошные ее членения;
- б) Давление на гребни подвздошных костей в стороны и вниз;
- в) Поочерёдное надавливание на крестцово-подвздошные сочленения;
- г) Надавливание на гребни подвздошных костей в сторону средней линии, в положении больного на спине;**
- д) Всё перечисленное верно

4.76. Манипуляционная техника при применении метода "взрывания" прирастания суставной капсулы к суставной поверхности сустава осуществляется:

- а) С использованием длинных плеч рычага, высокой скоростью и мощной амплитудой движения под углом 35 градусов к плоскости сустава;
- б) С использованием коротких плеч рычага, высокой скоростью и мощной амплитудой движения под углом 15 градусов к плоскости су-
- в) С использованием коротких плеч рычага, высокой скоростью и мощной амплитудой движения под углом 35 градусов
- г) С использованием длинных плеч рычага высокой скоростью и мощной амплитудой движения под углом 15 градусов к плоскости сустава;
- д) С использованием коротких плеч рычага, высокой скоростью и мощной амплитудой движения вдоль плоскости сустава или перпендикулярно плоскости сустава.**

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

- а) На 10-15 градусов;
- б) На 18-20 градусов;
- в) На 22-25 градусов;
- г) На 28-30 градусов;
- д) Всё перечисленное верно.**

4.78. Отведение ноги в сторону в норме должно быть:

- а) На 25 градусов;
- б) На 30 градусов;
- в) На 40 градусов;
- г) На 45 градусов;**
- д) Всё перечисленное верно

4.79. При наличии функциональной блокады в любом отделе позвоночника для выявления неравномерного распределения осевой нагрузки на ноги используют:

- а) Курвиметр;
- б) Транспортёр;
- в) Сантиметр;

г) **Весы;**

д) Всё перечисленное верно.

4.80. При проведении тракции на шейный отдел позвоночника ого по оси шеи тракционное усилие идет на двигательные сегменты:

а) CO-C1;

б) C3-C6;

в) C6-C7;

г) C7-Th 1;

д) **C2-Th2**

4.81. В положении максимальной ретрофлексии при проведении тракции на шейный отдел позвоночника тракционное усилие идет на двигательные сегменты:

а) **C7- Th 1;**

б) C3-C6;

в) C2-Th2;

г) CO-C1;

д) C6 - C7.

4.82. Манипуляция на разгибание в шейно-грудном переходе проводится в положении больного:

а) Лежа на спине;

б) Стоя;

в) Лежа на боку;

г) Лежа на животе;

д) **Сидя.**

4.83. 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.

4.84. При проведении дифференцированной манипуляции в шейном отделе фиксируется:

а) Нижележащий позвонок;

б) Туловище больного;

в) Плечи больного;

г) Вышележащий позвонок;

д) Всё перечисленное верно.

4.85. Отметьте неправильное движение в среднешейном отделе позвоночника при проведении манипуляции на боковой наклон:

а) Плотный хват головы;

б) Указательный палец фиксирует нижележащий позвонок;

в) Наклон шеи в сторону противоположную пальцу;

г) Проведение короткого резкого толчка;

д) Всё перечисленное верно.

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

а) Плотный хват головы;

б) Установка руки под подбородком;

в) Максимальная латерофлексия головы;

г) Толчок рукой по оси шеи;

д) Всё перечисленное верно.

4.87. При проведении дифференцированной тракции на нижнегрудной отдел позвоночника руки пациента располагаются:

а) На коленях;

б) На плечах;

в) За спиной;

г) Скрещены на груди;

д) Всё перечисленное верно.

4.88. При проведении дифференцированной тракции на среднегрудной отдел позвоночника руки пациента располагаются:

- а) На плечах;**
- б) На коленях;
- в) Скрещены на груди;
- г) За спиной;
- д) Всё перечисленное верно.

4.89. При мобилизации на разгибание в нижнегрудном отделе позвоночника руки пациента:

- а) На затылке;
- б) За спиной;
- в) Под подбородком;
- г) Вытянуты вперед;**
- д) Всё перечисленное верно.

4.90. При мобилизации на разгибание в среднегрудном отделе позвоночника руки пациента:

- а) Вытянуты вперед;
- б) За спиной;
- в) Под подбородком;
- г) На затылке;**
- д) Всё перечисленное верно.

4.91. При мобилизации на разгибание в верхнегрудном отделе позвоночника руки пациента:

- а) Под подбородком;**
- б) За спиной;
- в) Вытянуты вперед;
- г) На затылке;
- д) Всё перечисленное верно.

4.92. 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.

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

- а) На остистых отростках;
- б) На ребрах;
- в) На суставных отростках;
- г) На поперечных отростках;**
- д) Всё перечисленное верно

4.94. 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) Верно а, г.

4.95. Мобилизация на сгибание в грудном отделе позвоночника противопоказана при:

- а) Уплотнении грудного кифоза;
- б) Усилении грудного кифоза;**
- в) Грудном сколиозе;
- г) Ожирении;
- д) Всё перечисленное верно.

4.96. Мобилизация дорсальным "веером" проводится:

- а) Воздействием на локтевой сустав;

- б) Воздействием на 1 и 5 пястные кости;
- в) Воздействием на все пястные кости;**
- г) Воздействием на плечевой сустав;
- д) Всё перечисленное верно.

4.97. Мобилизация в плечевом суставе проводится в:

- а) В каудальном направлении;
- б) Краниальном направлении;
- в) Дорсальном направлении;
- г) Вентральном направлении;
- д) Всё перечисленное верно.**

4.98. Тракция на поясничный отдел позвоночника в положении на спине с согнутыми ногами в коленных и тазобедренных суставах противопоказана при:

А Уплотнении поясничного лордоза;

- б) Усилении поясничного лордоза;
- в) Поясничном сколиозе;
- г) Ожирении;
- д) Всё перечисленное верно.

4.99. Наиболее эффективна тракция в положении на животе:

- а) При задних грыжах;
- б) При передних грыжах;
- в) При латеральных грыжах;
- г) При парамедианных грыжах;**
- д) Всё перечисленное верно.

4.100. Тракция эффективна за одну ногу:

- а) При болях в пояснице;
- б) При болезни Форестье;
- в) При спондилолистезе;
- г) При болевом сколиозе;**

д) Всё перечисленное верно.

4.101. При проведении тракционной манипуляции врач несколько отходит от больного и наклоняет его на себя. На какой отдел пойдет максимальное тракционное усилие:

- а) На грудной отдел;
- б) На верхнепоясничный отдел;
- в) На нижнепоясничный отдел;**
- г) На тазобедренные суставы;
- д) Всё перечисленное верно.

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

- а) На ахилловом сухожилии;
- б) В подколенной ямке;**
- в) Опущена вниз;
- г) Отведена назад;
- д) Всё перечисленное верно.

4.103. 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.

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

- а) В подколенной ямке;
- б) На ахилловом сухожилии;
- в) Отведена назад;
- г) Опущена вниз;**
- д) Всё перечисленное верно.

4.105. У больных наиболее эффективно проведение манипуляции на разгибание в поясничном отделе позвоночника с:

а) Парамедианными грыжами;

б) Медианными грыжами;

в) Латеральными грыжами;

г) Передними грыжами;

д) Всё перечисленное верно.

4.106. Запрещенным движением в поясничном отделе позвоночника является сгибание при:

а) Передних грыжах;

б) Медианных грыжах;

в) Парамедианных грыжах;

г) Латеральных грыжах;

д) Всё перечисленное верно.

4.107. У больных с какими видами грыж запрещенным движением в поясничном отделе позвоночника является разгибание:

а) Передних грыжах;

б) Задних грыжах;

в) Парамедианных грыжах;

г) Латеральных грыжах;

д) Медианных грыжах.

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

а) Th7-Th9;

б) Th3-Th4;

в) Th9-Th10;

г) Th5-Th6;

д) Th1-Th2.

4.109. Исследование «игры суставов», мобилизация и манипуляция в тазобедренном суставе проводится в следующих направлениях (укажите неправильный ответ):

- а) В вентродорсальном;
- б) В латеральном;
- в) Дистракция;
- г) В ротационном;**
- д) Всё перечисленное верно.

4. 110. При какой степени подвижности сустава по Stoddart показана мануальная терапия:

- а) 0 степень;
- б) 2 степень;**
- в) 3 степень;
- г) 4 степень;
- д) Всё перечисленное верно.

ОТВЕТЫ

Раздел 1. Основы социальной гигиены, организации здравоохранения и службы рефлексотерапии в Российской Федерации

- 1.1. - ж
- 1.2. - б
- 1.3. - е
- 1.4. – ж
- 1.5. - е
- 1.6. - г
- 1.7. - г
- 1.8. - е
- 1.9. – д
- 1.10. - е
- 1.11. - е
- 1.12. - ж
- 1.13. - е
- 1.14. – ж

1.15. - д

1.16. - е

1.17. - е

1.18. - е

1.19. - е

1.20. - е

Раздел 2. Анатомические и физиологические основы мануальной терапии

2.1. - а

2.2. - г

2.3. - г

2.4. - б

2.5. - в

2.6. - а

2.7. - д

2.8. - д

2.9. - а

2.10. - б

2.11. - г

2.12. - д

2.13. - б

2.14. - г

2.15. - в

2.16. - а

2.17. - б

2.18. - д

2.19. - в

2.20. - д

2.21. - в

2.22. - а

2.23. - в

2.24. - г

2.25. - а

2.26. - д

2.27. - а

2.28. - б

2.29. - в

2.30. - в

2.31. - г

2.32. - б

2.33. - б

2.34. - б

2.35. - а

2.36. - а

2.37. - д

2.38. - д

2.39. - д

2.40. - б

2.41. - а

2.42. - в

2.43. - г

2.44. - д

2.45. - а

2.46. - а

2.47. - б

2.48. - д

2.49. - г

2.50. - а

2.51. - б

2.52. - г

2.53. - б

2.54. - а

2.55. - б

2.56. - г

2.57. - а

2.58. - б

2.59. - б

2.60. - в

2.61. - д

2.62. - г

2.63. - б

2.64. - д

2.65. - г

2.66. - д

2.67. - а

2.68. - а

2.69. - д

2.70. - б

Раздел 3. Общие принципы мануальной терапии

3.1. - г

3.2. - б

3.3. - д

3.4. - д

3.5. - в

3.6. - г

3.7. - а

3.8. - г

3.9. - д

3.10. - б

3.11. - в

3.12. - д

3.13. - г

3.14. - г

3.15. - д

3.16. - в

3.17. - в

3.18. - д

3.19. - б

3.20. - а

3.21. - г

3.22. - в

3.23. - б

3.24. - б

3.25. - д

3.26. - г

3.27. - г

3.28. - б

3.29. - а

3.30. - б

3.31. - г

3.32. - г

3.33. - г

3.34. - в

3.35. - д

3.36. - в

3.37. - д

3.38. - д

3.39. - д

3.40. - б

3.41. - а

3.42. - в

3.43. - г

3.44. - д

3.45. - в

3.46. - а

3.47. - в

3.48. - б

3.49. - б

3.50. - б

3.51. - в

3.52. - д

3.53. - а

3.54. - а

3.55. - д

3.56. - а

3.57. - г

3.58. - а

3.59. - г

3.60. - б

3.61. - а

3.62. - в

3.63. - д

3.64. - а

3.65. - д

3.66. - б

3.67. - б

3.68. - д

3.69. - а

3.70. - в

3.71. - б

3.72. - б

3.73. - г

3.74. - д

3.75. - а

3.76. - а

3.77. - в

3.78. - д

3.79. - г

3.80. - б

3.81. - Г
3.82. - а
3.83. - а
3.84. - в
3.85. - в
3.86. - д
3.87. - Г
3.88. - Г
3.89. - а
3.90. - д
3.91. - д
3.92. - а
3.93. - а
3.94. - в
3.95. - б
3.96. - б
3.97. - в
3.98. - д
3.99. - а
3.100. - в
3.101. - б
3.102. - д
3.103. - б
3.104. - в
3.105. - в
3.106. - д
3.107. - Г
3.108. - а
3.109. - д
3.110. - Г
3.111. - в

Раздел 4. Методологические основы мануальной терапии

- 4.01. - д
- 4.02. - д
- 4.03. - е
- 4.04. - а
- 4.05. - а
- 4.06. - а
- 4.07. - б
- 4.08. - г
- 4.09. - в
- 4.10. - б
- 4.11. - г
- 4.12. - а
- 4.13. - а
- 4.14. - г
- 4.15. - б
- 4.16. - г
- 4.17. - в
- 4.18. - а
- 4.19. - г
- 4.20. - г
- 4.21. - а
- 4.22. - д
- 4.23. - д
- 4.24. - д
- 4.25. - б
- 4.26. - в
- 4.27. - б
- 4.28. - г
- 4.29. - а
- 4.30. - а
- 4.31. - г
- 4.32. - а
- 4.33. - б
- 4.34. - б
- 4.35. - г
- 4.36. - а
- 4.37. - в
- 4.38. - г
- 4.39. - г
- 4.40. - б
- 4.41. - г
- 4.42. - д
- 4.43. - д
- 4.44. - д
- 4.45. - б
- 4.46. - б
- 4.47. - в

4.48. - Г
4.49. - Г
4.50. - а
4.51. - В
4.52. - а
4.53. - Д
4.54. - В
4.55. - Г
4.56. - Г
4.57. - В
4.58. - а
4.59. - Д
4.60. - Д
4.61. - а
4.62. - Г
4.63. - В
4.64. - Ъ
4.65. - В
4.66. - В
4.67. - Г
4.68. - В
4.69. - а
4.70. - а
4.71. - Ъ
4.72. - Ъ
4.73. - Г
4.74. - В
4.75. - Г
4.76. - Д
4.77. - Д
4.78. - Г
4.79. - Г
4.80. - Д
4.81. - а
4.82. - Д
4.83. - Г
4.84. - а
4.85. - В
4.86. - Ъ
4.87. - Г
4.88. - а
4.89. - Г
4.90. - Г
4.91. - а
4.92. - Ъ
4.93. - Г
4.94. - В
4.95. - Ъ

4.96. - в
4.97. - д
4.98. - а
4.99. - г
4.100. - г
4.101. - в
4.102. - б
4.103. - б
4.104. - г
4.105. - а
4.106. - в
4.107. - д
4.108. - г
4.109. - г
4.110. - б

2. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ Мануальная терапия

Собеседование:

1. Мануальная диагностика больных с патологией таза и крестцово-подвздошного сочленения.
2. Приемы мобилизации двигательных сегментов грудного отдела позвоночника.
3. Исследование двигательной сферы. Активные и пассивные движения. Мышечный тонус.
4. Мануальная диагностика синдрома грушевидной мышцы.
5. Мобилизационная и манипуляционная техника на шейном отделе позвоночника.
6. Мануальная диагностика синдрома задних мышц бедра.
7. Мануальные лечебные техники при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника.
8. Мануальная диагностика функционального состояния экстензоров коленного сустава.
9. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах тазового пояса.
10. Мануальная диагностика и приёмы мануальной терапии в лечении синдрома передней лестничной мышцы.
11. Мобилизационная и манипуляционная техника при синдроме кокцигодинии.

12. Мануальная диагностика и приёмы мануальной терапии в лечении синдрома плечелопаточного периартроза.
13. Мануальная диагностика функционального состояния флексоров тазобедренного сустава.
14. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах грудины и ребер.
15. Мобилизационная и манипуляционная техника при синдроме плечо-кисть.
16. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах шейно-затылочного перехода.
17. Мануальная терапия сколиотической болезни.
18. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах нижних конечностей.
19. Мобилизационная и манипуляционная техника двигательных сегментов верхних конечностей.
20. Мобилизационная и манипуляционная техника лечения ювенильных спондилопатий.
21. Мануальные лечебные техники при болезни Паркинсона.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:

1. Предмет и задачи мануальной терапии.
2. Какие противопоказания к проведению мануальной терапии?
3. Какие виды мобилизационной и манипуляционной техник на двигательных сегментах плечевого пояса Вы знаете?
4. Какие показания для проведения мануальной терапии?
5. Какие противопоказания для проведения мануальной терапии?
6. Основные принципы рентгенологической и лучевой диагностики в мануальной терапии.
7. Какие основные патофизиологические нарушения при болезнях периферической нервной системы вертеброгенной этиологии Вы можете назвать?
8. Как классифицируются функциональные блоки по А. Stoddart?

9. Каковы анатомо-физиологические особенности пояснично-крестцового отдела позвоночника?
10. Чем проявляются основные патофизиологические нарушения при болезнях периферической нервной системы вертеброгенной этиологии?
11. Какие основные признаки сколиотической болезни? Тактика обследования и ведения больного.
12. Как классифицируется сколиоз? Перечислите варианты течения сколиотической болезни.
13. Как осуществляется кровоснабжение позвоночника, его суставов и паравертебральных мышц?
14. Как осуществляется венозный и лимфатический отток от позвоночника и спинного мозга?
15. Как организована служба мануальной терапии в Российской Федерации?
16. Каковы структурные особенности позвоночного столба и локомоторной системы?
17. Что включает в себя понятие функционального блока?
18. Какие особенности проведения мануальной терапии в пожилом и старческом возрасте?
19. Какие основные положения общей теории функциональных систем?
20. Какие виды манипуляций Вы знаете?
21. Какие виды мобилизаций Вы знаете?
22. Какие лечебные приемы релаксации Вы знаете?
23. Что относится к основным рентгенологическим признакам остеохондроза?
24. Какие виды хондропатий Вы знаете?
25. Классификация вертеброгенных заболеваний нервной системы
26. Охарактеризуйте стадии дискогенной болезни. Особенности мануального обследования при дискогенной болезни.
27. Дайте определение вертебробазиллярному синдрому. Дифференциальный диагноз и тактика ведения больного.

28. Ювенильная спондилопатия. Дифференциальный диагноз при ювенильной спондилопатии.
29. Расскажите о принципах мануального и комплексного лечения при ювенильной спондилопатии.
30. Дайте определение вертеброгенной дистонии. Каковы симптомы и клинические проявления вертеброгенной дистонии.
31. Перечислите варианты течения вертеброгенной дистонии. Особенности мануального обследования при вертеброгенной дистонии.
32. Охарактеризуйте радикулярный и псевдордикулярный синдромы. Тактика ведения больного.
33. Синдромы поражения грудного отдела. Диагностика и принципы лечения.
34. Приёмы исследования грудного отдела позвоночника, грудины и ребер.
35. Приёмы исследования шейного отдела позвоночника.
36. Приёмы исследования шейно-затылочного перехода.
37. Приёмы исследования поясничного отдела позвоночника.
38. Приёмы исследования крестцово-подвздошного сочленения.
39. Приём манипуляций на шейном отделе позвоночника.
40. Приёмы манипуляций на грудном отделе позвоночника, груди и ребрах.
41. Приёмы мобилизации на поясничном отделе позвоночника.
42. Принципы ортопедической диагностики в мануальной терапии.
43. Тактика мануального терапевта в ортопедической клинике
44. Общие принципы оказания приемов мануальной терапии при ортопедической патологии.
45. Приёмы исследования сегментов плечевого пояса и сегментов верхних конечностей.
46. Приёмы исследования тазового пояса и нижних конечностей.
47. Приёмы мобилизации сегментов плечевого пояса и верхних конечностей.

48. Приёмы мобилизации двигательных систем.
49. Синдром крестцово-подвздошной связочной системы.
50. Охарактеризуйте синдром тазового пояса (синдром заблокированного крестца, синдром короткой ноги, косого и скрученного таза.)
51. Основные принципы применения мануальной терапии в педиатрии.
52. Мануальная терапия при заболеваниях органов дыхания.
53. Мануальная терапия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
54. Мануальная терапия при заболеваниях органов пищеварения.
55. Мануальная терапия при заболеваниях мочевыделительной системы .
56. Мануальная терапия при заболеваниях периферической нервной системы .
57. Мануальная терапия при заболеваниях центральной нервной системы.
58. Мануальная терапия при неврозах и неврозоподобных состояниях.

3.ПРИМЕР СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Задача 1 Больной М. обратился с жалобами на боли в правой нижней конечности тянущего характера локализующаяся, по заднее - боковой части ноги, усиливающаяся при ходьбе.

При остеопатическом осмотре: ЗВПО без особенностей, тест Аиста в норме, ПВПО в норме, Даунинга тест в норме, тесты на связки отрицательные. Активные движения в ПОП в полном объеме.

Ваш предварительный диагноз:

Ответ: **Отражённая боль от триггера, локализованного в средней ягодичной мышце справа**

Задача 2 Больной Б. обратился с жалобами на боли в надлопаточной области с иррадиацией в задне- наружную часть правой руки. Боль усиливается в свисшем положении правой руки. Боль появилась после переохлаждения. При объективном осмотре. Активные движения в шейном отделе: отмечается ограничение латерофлексий и ротаций влево которое усиливает боль. При осмотре плечевого сустава нарушение паттерна движения нет.

Ваш предварительный диагноз:

Ответ: **Капсулит фасетного сустава C7 - D1 справа**

Задача 3 Больной обратился с жалобами на глубокую интенсивную боль передней поверхности плеча слева, с иррадиацией в дистальный отдел левой верхней конечности. При остеопатическом осмотре: Движение в ШОП в полном объёме. При осмотре плечевого сустава слева: нарушения паттерна движения нет. При тесте на резистивные движения отмечается болезненность при наружной ротации.

Ваш предварительный диагноз:

Ответ: **Отражённая боль от триггера, локализованного в подостной мышце слева.**

Задача 3 Больной Ж.. обратился с жалобами на боли в правом плечевом суставе, иррадиирующая в заднюю поверхность плеча далее в предплечье, преимущественно по задней поверхности в кисти тыльную поверхность третьего пальца. При остеопатическом осмотре: паттерн движения в плечевом суставе не нарушен. При осмотре резистивных движений: плечо болезненно в отведении

Ваш предварительный диагноз:

Ответ: **Отражённая боль от триггера ,локализованного в клювовидно-плечевой мышце,**

Задача 4 Больной М. обратился с жалобами на боль в передней поверхности грудной клетки справа, иррадиирующая в переднюю поверхность плеча и предплечья затем переходящая в радиальную половину кисти. При остеопатическом осмотре: в ШОП и ГОП соматических дисфункций не отмечаться , в плечевом суставе паттерн движения не нарушен. При осмотре резистивных движений боль усиливается при флексии ШОП в фронто-саггитальном направлении в правую сторону.

Ваш предварительный диагноз:

Ответ: **Отражённая боль от триггера, локализованного в надостной мышце справа.**

Задача 5. Больной А.обратился с жалобами на головные боли гемикранического типа , боль локализуется в теменной части головы слева . Отмечается чувство онемения и чувство ползание мурашек . При остеопатическом осмотре : дисфункций в ШОП не наблюдается

Ваш предварительный диагноз:

Ответ: **Отражённая боль от триггера, локализованного в жевательных мышцах слева.**

Задача 6. Больной В. обратился с жалобами на головокружение провоцирующиеся изменением положения тела, обморочные состояния. На незначительные боли, локализующиеся в лицевой части черепа слева.

При остеопатическом осмотре: При визуальном осмотре без особенностей. Активные ротационные движения ШОП вправо провоцируют появление резкого головокружения.

Ваш предварительный диагноз:

Ответ: **Отражённая боль от триггера, локализованного в латеральной ножке грудино-ключично-сосцевидной мышце слева.**

Задача 7. Больной К. обратился с жалобами на боли в передней поверхности грудной клетки справа.

При остеопатическом осмотре: выявлено, анатомически короткая нога, пальпация большой грудной мышцы справа болезненна.

Ваша тактика лечения:

Ответ: **Коррекция анатомически короткой ноги**

Задача 8. Больная Е. обратилась с жалобами на боли в правой подвздошной области, на тошноту и постоянную отрыжку. При остеопатическом осмотре : выявлено спазм кардиальной части желудка, болезненность сфинктера Одди, болезненность гастродуоденального сфинктера, дисфункция связок печени и болезненность илео-цекального сфинктера.

Укажите, какой из вышеуказанных процессов является первичным.

Ответ: **Висцероспазм кардиальной части желудка**

Задача 9. Больная П. обратилась с жалобами на недержание мочи , постоянную отрыжку. Страдает в течений 1 года, ни с чем не связывает. Инструментальные методы

обследования: патологий не выявлено.

Остеопатический осмотр: выявлено спазм кардиальной части желудка и слабость мышц тазовой диафрагмы:

Ваша тактика лечения:

Ответ: **Устранение спазма кардиальной части желудка.**

Задача 10. Больной Б. 54года. Обратилась с жалобами на не прекращающиеся интенсивные боли преимущественно в ночное время в области нижнегрудного отдела позвоночника нарастающие в течение месяца.

Объективно ограничение движения позвоночника во всех направлениях. Выраженный двухсторонний дефанс. Тесты на красные флажки положительные.

Какие ваши действия?

Ответ: **Артикуляционно-мобилизационные мероприятия.**

Задача 11. Больной С. Обратился с жалобами на боли в ПОП справа. Боль локализованная, тупая, распирающего характера. Заболел остро на следующий день после тяжёлой физической нагрузки. Связывает с подъемом тяжести. Болен, в течение, одного месяца. Отмечает наличие лихорадки.

Объективно: больной апатичен, бледен, субфебрильная температура, активные движения ограничены в латерофлексии влево, остальные тесты в норме. Синдром поколачивания слабо положителен, анализы мочи в норме. Ваш предварительный диагноз.

Ответ: **Паранефрит**

Задача 12. Больной Б. 28 года. Обратился с жалобами на ноющие боли в стопах по внутренней стороне возникающие при осевой нагрузке и исчезающие вне таковой. Впервые боли возникли после тренировки в кедах и возрастали при постуральных стрессах. При обследовании: справа симптом опережения, нога короткая, тест Даунинга на укорочение положителен. АД и ПД в ПОП безболезненны и не ограничены. Пальпация пяточно- таранной связки болезненна (преимущественно в месте прикрепления резко болезненно). На рентгенографии стопы отмечается пяточная шпора.

Ваши действия?

Ответ: **Пролотерапия связки + ношение супинатора**

Задача 13. Больной М. обратился с жалобами на передней поверхности грудной клетки справа , иррадирующая в переднюю поверхность плеча и предплечья затем переходящая в радиальную половину кисти, При остеопатическом осмотре: в ШОП и ГОП соматических дисфункций не отмечаться , в плечевом суставе паттерн движения не нарушен . При осмотре резистивных движений боль усиливается при флексии ШОП в фронто-саггитальном направлении в правую сторону.

Ваша тактика лечения:

Ответ: **Блокада лестничной мышцы**

Задача 14 . Больной Д. 23 года обратился за консультацией к остеопату. На момент обследования жалоб не предъявляет. В прошлом описывает эпизод болей в спине на уровне грудо-поясничного перехода появившихся после перегрузки на тренировке. При обследовании в области ГПП отмечается позиционное флексионное изменение. Общее прослушивание и тесты на висцеральные дисфункции указывают на спазм кардиального отдела желудка. Какова должна быть тактика остеопата?

Ответ: **Консультация и коррекция программы тренировок.**

Задача 15 . Больная В. 21 год. Обратилась с жалобами на сильные локальные боли в поясничном отделе позвоночника. Боль отсутствует в ночное время и начинается

беспокоить только утром во время умывания. В течение дня боль усиливается и к 5-6 часам становится невыносимой. И в этот момент больная вынуждена лечь. Ухудшение от длительного сидения за рабочим столом, отмечает уменьшение боли при лежании. Болеет в течении 2-ух лет. Боль прогрессирует постоянно. Какие ваши предположения?

Ответ: **Боль связочного генеза**

Задача 16. Задача №17.

Пациент К. 19 лет, занимается верховой ездой. Обратился с жалобами: на чувство тяжести в груди, ломящая, сверлящая и ноющая боль межлопаточной области. При пальпации болезненность паравертебральных точек, а также отмечается болезненность рёберно-позвоночных суставов. Боль усиливается при наклоне во фронтальной плоскости(F), длительном лежании на спине, езде по тряской дороге. Данная боль не снимается коронаролитиками.

Для какой соматической дисфункции характерна данное заболевание?

Ответ: **Рёберно-поперечная СД**

Задача 17. Больной Г. жалуется на шум в обоих ушах, усиливающийся в ночное время. Боли по типу шапки кардинала. Шум в правом ухе связывает с контузионной травмой полученной в молодости. Шум в левом ухе появился около года назад, без явной причины. Позиционно: голова ротирована вправо и латерофлексируется влево. При осмотре: активные движения в ШОП: ограничена LF влево, R влево сопровождается экстензией. При пассивных движениях определяется отсутствие суставной игры в C0-C1 справа в открытии, слева в закрытии,. Полисегментарные функциональные блокады слева.

Тактика лечения:

Ответ: **Провести диагностическую манипуляцию на ШОП.**

Задача 18. Больной М жалуется на сильные боли области всей левой верхней конечности и надплечье слева. Заболел после переохлаждения. При осмотре определяется анталгическое положение левой верхней конечности.

При остеопатическом осмотре : Активные и пассивные движения болезненные, отмечается нарушение паттерна движения, обусловленное болью. При пальпации паравертебрально слева в области проекции Th1 Th3 определяется резкая болезненность с иррадиацией в левую верхнюю конечность.

Ваш вероятный диагноз:

Ответ: **Боль, связанная с дисфункцией ГОП слева**

Задача 19. Больной П. жалуется на боли в области правой ягодицы с иррадиацией по боковой стороне нижней конечности. Болеет в течении 1 месяца. Выше перечисленные жалобы появляются в ночное время перед сном в положении лежа, днем пациентка расхаживается и боль исчезает. Тест Аиста отрицательный. Тест Даунинга отрицательный. В положении лёжа на спине во всех ПДС суставная игра определяется. При пальпации ягодицы определяется резкая болезненность в проекции средней ягодичной мышцы с иррадиацией по боковой стороне правой нижней конечности.

Ответ: **Гипермобильность правого КПС**

Задача 20. Больной П. жалуется на боли в области поясницы и левого коленного сустава. Болеет в течении 3-х лет. Впервые боли появились в области коленного сустава (после неудачного приземления). Боли периодически появлялись и исчезали. В течении текущего года появились постоянные боли в области левого колена и затем присоединились боли в области поясницы. При обследовании поясницы активные движения без болезненные, без ограничений. Спайн тест отрицательный. При

обследовании левого коленного сустава определяется резкая болезненность, с латеральной и медиальных сторон сустава. Активные движения коленного сустава в экстензии ограничены 200-250°, во флексии 250-300° пассивные движения коленного сустава ограничены незначительно, но резко болезненны в крайних положениях

Ответ: **Д/Ф коллатеральных связок левого коленного сустава**

Задача 21. Больной П. жалуется на боли в области левого плечевого сустава по передней стороне. Боль возникла при попытке удержаться за верхний поручень во время резкого торможения автобуса. Активные движения левой верхней конечности ограничены из-за болевого синдрома. Отмечается резкая болезненность при отведении на 60°. При пальпации определяется резкая болезненность ключичной части большой грудной мышцы. Болезненно резистивное сгибание с пронацией в локтевом суставе справа. Вероятный диагноз:

Ответ: **Тендинит длинной головки двуглавой мышцы плеча**

Задача 22. Больной П. жалуется на боли, онемение и слабость в области правой стопы. Заболел остро. Боли появились после грубой манипуляции на поясничном отделе позвоночника. Объективно: Спайн тест отрицательный. Тест Даунинга с обеих сторон отрицательный. Лёжа на спине во всех ПДС суставная игра определяется. При пальпации в области крестца определяется резкая болезненность в проекции подвздошно-поясничной связки справа, с иррадиацией в правую нижнюю конечность.

Ответ: **Энтезопатия подвздошно-поясничной связки справа.**

Задача 23. Пациент с болью в пояснице. Тест Даунинга слева: определяется удлинение и укорочение, справа: нет удлинения, укорочение есть. Тест опережения: опережает ЗВПО справа. Суставная игра ПОП определяется.

Ответ: **Дисфункция левого КПС**

Задача 24. Пациент с болью в пояснице. Тест Даунинга слева: нет удлинения и укорочения, справа: есть удлинение и укорочение. Правая нога длиннее. ИПП стоя: правая ЗВПО выше, правый гребень илиум ниже. Суставная игра в ПОП определяется

Ответ: **Дф правой илиум**

Задача 25. Пациент с жалобами на боли в области коленного сустава, иногда ощущение слабости, нестабильности в коленном суставе. Боли тупого, ноющего характера и иногда кратковременные острые, проходящие самопроизвольно. Ограничение F и E незначительное, исчезающее в безболевого период. В анамнезе спортивные травмы. Объективно: объём LF несколько увеличен, скольжение большеберцовой кости вперёд по отношению к бедренной значительно увеличено и болезненно в конце движения, назад в пределах нормы.

Наиболее заинтересованная структура:

Ответ: **ПКС**

Задача 26. Пациент с жалобами на рецидивирующие головные боли. В течение длительного времени, страдает хроническим синуситом, без явных периодов обострения. При обследовании шеи: сосцевидный отросток справа выше и несколько сзади, активные движения в шее: некоторое ограничение F и E, небольшое ограничение R влево. пассивные движения: ограничение F и E незначительное, R в норме.

Наиболее вероятное поражение

Ответ: **Д/ф С3 - С4**

Задача 27. Пациент с жалобами на рецидивирующие головные боли. В течение длительного времени, страдает хроническим синуситом, без явных периодов обострения. При обследовании шеи: сосцевидный отросток справа выше и несколько

сзади, активные движения в шее: некоторое ограничение F и E, небольшое ограничение R влево. пассивные движения: ограничение F и E незначительное, R в норме.

Наиболее вероятное поражение

Ответ: **Д/ф С3 - С4**

Задача 28. Пациент с жалобами на боли в области коленного сустава, иногда ощущение слабости, нестабильности в коленном суставе. Боли тупого, ноющего характера и иногда кратковременные острые, проходящие самопроизвольно. Ограничение F и E незначительное, исчезающее в безболевого период. В анамнезе спортивные травмы. Объективно: объём LF несколько увеличен, скольжение большеберцовой кости назад по отношению к бедренной значительно увеличено и болезненно в конце движения, вперёд, в пределах нормы.

Наиболее заинтересованная структура:

Ответ: **ПКС**

Задача 29. Больной П жалуется на боли в области левого плечевого сустава по передней стороне. Боль возникла при попытке удержаться за верхний поручень во время резкого торможения автобуса. Активные движения левой верхней конечности ограничены из-за болевого синдрома. Отмечается резкая болезненность при отведении на 60°. При пальпации определяется резкая болезненность ключичной части большой грудной мышцы. Болезненно резистивное сгибание с пронацией в локтевом суставе справа. Тактика лечения:

Ответ: **Мобилизационно-манипуляционные техники на плечевом суставе**

Задача 30. Пациент с жалобами на боли в области коленного сустава, иногда ощущение слабости, нестабильности в коленном суставе. Боли тупого, ноющего характера и иногда кратковременные острые, проходящие самопроизвольно. Ограничение F и E незначительное, исчезающее в безболевого период. В анамнезе спортивные травмы. Объективно: объём LF несколько увеличен, скольжение большеберцовой кости назад по отношению к бедренной значительно увеличено и болезненно в конце движения, вперёд, в пределах нормы.

Наиболее заинтересованная структура:

Ответ: **Пролотерация задней крестообразной связки**

Задача 31. Пациент с жалобами на боли в области коленного сустава, иногда ощущение слабости, нестабильности в коленном суставе. Боли тупого, ноющего характера и иногда кратковременные острые, проходящие самопроизвольно. Ограничение F и E незначительное, исчезающее в безболевого период. В анамнезе спортивные травмы. Объективно: объём LF несколько увеличен, скольжение большеберцовой кости вперёд по отношению к бедренной значительно увеличено и болезненно в конце движения, назад в пределах нормы. Тактика лечения:

Ответ: **Внутрисуставное введение кортикостероида**

Задача 32. Пациент с болью в пояснице. Тест Даунинга слева: нет удлинения и укорочения, справа: есть удлинение и укорочение. Правая нога длиннее. ИПП стоя: правая ЗВПО выше, правый гребень илиум ниже. Суставная игра в ПОП определяется. Тактика лечения:

Ответ: **Мобилизационно-манипулятивные техники на правом КПС**

Задача 33. Пациент с болью в пояснице. Тест Даунинга слева: определяется удлинение и укорочение, справа: нет удлинения, укорочение есть. Тест опережения: опережает ЗВПО справа. Суставная игра ПОП определяется.

Тактика лечения:

Ответ: **Пролотерапия илиосакральной связки слева**

Задача 34. Больной Б. обратился с жалобами на боли в правой нижней конечности тянущего характера локализующаяся, по заднее - боковой части ноги, усиливающаяся при ходьбе. При остеопатическом осмотре: ЗВПО без особенностей, тест Аиста в норме, ПВПО в норме, Даунинга тест в норме, тесты на связки LF несколько увеличен, скольжение большеберцовой кости назад по отношению к бедренной значительно увеличено и болезненно в конце движения, вперёд, в пределах нормы. Наиболее заинтересованная структура:

Ответ: **ПКС**

Задача 35. Больной П жалуется на боли в области левого плечевого сустава по передней стороне. Боль возникла при попытке удержаться за верхний поручень во время резкого торможения автобуса. Активные движения левой верхней конечности ограничены из-за болевого синдрома. Отмечается резкая болезненность при отведении на 60°. При пальпации определяется резкая болезненность ключичной части большой грудной мышцы. Болезненно резистивное сгибание с пронацией в локтевом суставе справа. Тактика лечения:

Ответ: **Пролотерапия энтезисной ткани в месте прикрепления большой головки бицепса**

Задача 36. Больной С. Обратился жалобами на боли в ПОП справа боль локализованная, тупая распирающего характера. Заболел остро на следующий день после тяжёлой физической нагрузки. Связывает с подъемом тяжести. Болен в течение одного месяца. Больной отмечает наличие лихорадки. Объективно: больной апатичен, бледен, субфебрильная температура, активные движения ограничены в латерофлексии влево, остальные тесты в норме. Синдром поколачивания справа слабо положителен, анализы мочи в норме.

Тактика лечения

Ответ: **Направить на консультацию к нефрологу**

Задача 37. Больной жалуется на боли в промежности с иррадиацией в головку полового члена. Боль появилась во время гиперэкстензионной травмы при прыжке в воду. Боли провоцируются активными движениями туловища. Страдает в течении 1-го месяца. При объективном осмотре отмечается ограничение активных движений в экстензии на уровне тораколумбального перехода и гипермобильность правого КПС. Анализы мочи в норме. Пальпация яичек и полового члена безболезненна. Отмечается тугоподвижность симфиза. Вероятный диагноз:

Ответ: **Д/Ф тораколумбального перехода**

Задача 38. Больной К жалуется на боли в правой кисти тянущего характера преимущественно по ладонной поверхности. Болеет в течении 2-ух суток, заболела остро после стирки. Боль усиливается при сжимании пальцев в луче - запястном суставе. При объективном осмотре отмечается отёчность на ладонной поверхности правого луче - запястного сустава. Пальпация запястного канала резко болезненна. Сгибание и разгибание, супинация, пронация резко болезненно за счёт боли. В ШОП, ГОП, и в правом плечевом суставе патологии не отмечается.

Ваш вероятный диагноз:

Ответ: **Синдром запястного канала с права**

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "ВОЛГОГРАДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, Барканова Ольга
Николаевна**

27.08.26 15:07 (MSK)

Простая подпись