Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Кузнецов Владимир Вячеславович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 04.02.2026 11:33:57
Уникальный программный ключ:
89bc0900301c561c0dcc38a48f0e7de679484a4c

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института
_____ /Шестопалов Е.Ю./
«27» мая 2025г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Б1.В.04 Специальные профессиональные навыки и умения

Специальность	31.08.40 Мануальная терапия
Уровень подготовки	ординатура
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере мануальной терапии)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	2 года
Институт	клинической неврологии и реабилитационной медицины

Владивосток 2025

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по направлению подготовки 31.08.40 Мануальная терапия, направленности в сфере профессиональной деятельности **02 Здравоохранение универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

https://tgmu.ru/sveden/files/rik/31.08.40_Manualynaya_terapiya(3).pdf

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
2	Промежуточная аттестация (зачет с оценкой)	Тесты
		Вопросы для собеседования
		Чек листы

Текущий контроль и осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: Тестов (оценочное средство 1)

Оценочные средства 1 для текущего контроля.

Оценочное средство 1

1. Боль при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии может носить характер
1) ноцицептивный;
2) ноцицептивный и нейропатический;+
3) ноципластический;
4) нейропатический и ноципластический;
5) нейропатический.

2. В санаторно-курортное лечение при хронической дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии рекомендуется включать
1) тепловые физиотрепавтические процедуры;
2) пелоидотерапию;+
3) сухое вытяжение;
4) подводное вытяжение;
5) высокочастотное электромагнитное поле.

3. Выписка больного из стационара с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией осуществляется при
1) снижении интенсивности боли по ВАШ, ЧРШ;+
2) уменьшении степени нарушения функций по вопроснику Освестри;+
3) неэффективности консервативного лечения в неврологическом отделении;

4) переводе больного в нейрохирургическое отделение;+
5) подозрении на развитие воспалительного заболевания позвоночника.

4. Выявление симптома Ласега характерно для поражения следующих корешков
1) третьего и четвертого поясничных;
2) только первого крестцового;
3) только пятого поясничного;
4) пятого поясничного и первого крестцового;+
5) первого и второго крестцовых.

5. Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия – это поражение корешков
1) пояснично-крестцовых и конского хвоста;
2) крестцовых;
3) поясничных;
4) поясничных, второго и третьего крестцовых;
5) поясничных и первого крестцового.+

6. Для дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии характерно
1) боли и чувствительные расстройства в соответствующих дерматомах;+
2) снижение или утратаколенного или ахиллова рефлексов;+
3) парестезии и повышение мышечного тонуса в пораженной нижней конечности;
4) боли и слабость в соответствующих миотомах;+
5) боли в пораженной ноге и повышение сухожильных рефлексов.

7. Для дифференциальной диагностики с коксартрозом и патологией крестцово-подвздошного сочленения выполняется тест
1) Бонне;
2) Адсона;
3) Виленкина;
4) FABER (Патрика);+
5) новокаиновый.

8. Для дифференциальной диагностики с подгрушевидной нейропатией седалищного нерва выполняется тест
1) компрессии крестца;
2) Меннеля;
3) Джиллета;
4) Бонне;+
5) FABER (Патрика).

9. Для оценки интенсивности боли при первичном осмотре больного с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией используются
1) шкала оценки качества боли;
2) опросник Мак Гилла;
3) шкала вербальных оценок;
4) визуально аналоговая шкала боли;+
5) числовая рейтинговая шкала боли.+

10. Для уменьшения нейропатический боли при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии показано применение
1) витамины группы В;+
2) толперизон;
3) орфенадрин;
4) эторикоксиб;

5) габапентин.+

11. Затруднение ходьбы (стояния) пациента на носке с предполагаемой дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией свидетельствует о возможном поражении
1) пятого поясничного корешка;
2) первого поясничного корешка;
3) второго крестцового корешка;
4) первого крестцового корешка;+
5) корешков конского хвоста.

12. Затруднение ходьбы (стояния) пациента на пятке с предполагаемой дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией свидетельствует о возможном поражении
1) корешков конского хвоста;
2) первого поясничного корешка;
3) пятого поясничного корешка;+
4) первого крестцового корешка;
5) второго крестцового корешка.

13. Клинические признаки, не связанные с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией
1) боль после травмы;+
2) наличие злокачественного новообразования;+
3) секвестрация вещества межпозвонкового диска;
4) иммунодепрессивное состояние;+
5) ВИЧ-инфекция.+

14. Мануальная терапия при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии
1) рекомендована только при хронической фазе;
2) рекомендована в фазу обострения;
3) рекомендована только в подострую фазу;
4) противопоказана;
5) рекомендована при подострой и хронической фазах.+

15. Методы санаторно-курортного лечения хронической дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии разрешены при
1) сердечно-сосудистых заболеваниях с начальными функциональными нарушениями;+
2) онкологических заболеваниях;
3) риске малигнизации доброкачественных новообразований;
4) сердечно-сосудистых заболеваниях с выраженными функциональными нарушениями;
5) болезнях свертываемости крови.

16. Микрохирургическая дискэктомия показана при неэффективности консервативной терапии в течение
1) 4-х недель;
2) 6-ти недель;
3) 6-8-ми недель;
4) 6-ти месяцев;
5) 6-12-ти недель.+

17. Модифицируемыми факторами риска возникновения хронической дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии являются
1) пожилой возраст;

2) ожирение;+
3) курение;+
4) генетическая предрасположенность;
5) тревожно-депрессивное состояние.+

18. Настораживающие врача симптомы при предполагаемой дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии
1) анестезия промежности;+
2) нижний парапарез;+
3) общая скованность и тугоподвижность позвоночника;+
4) усиление боли в покое;+
5) гипотония мышц бедра или голени.

19. Не применяется среди нелекарственных методов лечения при хронической дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии
1) мануальную терапию;
2) иглорефлексотерапию;
3) когнитивно-поведенческую терапию;
4) низкочастотное электромагнитное поле;
5) тракционное вытяжение позвоночника.+

20. Не является фактором риска развития дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии
1) переохлаждение;
2) работа в неудобном положении;
3) подъем тяжестей;
4) чрезмерная физическая нагрузка;
5) терренкур. +

21. Опросник Освестри у больных с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией используется для оценки
1) степени выраженности хронической боли;
2) типа боли;
3) степени нарушений функций жизнедеятельности при хронической боли; +
4) степени влияния боли на нарушения жизнедеятельности;
5) порога боли.

22. Опросник Роланда-Морриса у больных с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией используется для оценки
1) порога боли;
2) влияния боли на нарушения жизнедеятельности;+
3) степени нарушений функций жизнедеятельности при хронической боли;
4) степени выраженности хронической боли;
5) типа боли.

23. Основными клиническими проявлениями дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии являются
1) преобладание нейропатического болевого синдрома;+
2) двигательные нарушения в соответствующих дерматомах;
3) чувствительные нарушения в соответствующих миотомах;
4) боль в нижней части спины с иррадиацией в ногу;+
5) положительные симптомы натяжения корешков.+

24. Оценку выраженности нарушенных функций, динамики заболевания и эффективности проводимого лечения при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии проводят с использованием следующих шкал и опросников

1) опросник Освестри;+
2) балльная шкала оценки силы мышц;
3) опросник нейропатической боли;
4) шкала для оценки интенсивности хронической боли;
5) опросник Роланда-Морриса.+

25. Пациентам с острой дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией рекомендуется введение глюкокортикоидов следующим образом

1) блокада миофасциальных триггерных точек;
2) внутримышечное локальное обкалывание;
3) трансфораминальная блокада;+
4) каудальная блокада;+
5) блокада седалищного нерва.

26. Показаниями для плановой госпитализации больного с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией являются

1) отсутствие эффекта от медикаментозной блокады;
2) отсутствие эффекта от лекарственной терапии;
3) инвалидизация пациента из-за выраженной боли;+
4) спондилолистез;
5) парез нижней конечности.+

27. Показаниями для экстренной госпитализации больного с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией являются

1) подозрение на опухоль спинного мозга;
2) анкилозирующий спондилоартрит;+
3) инфекционный спондилит;
4) клиника поражения корешков конского хвоста;
5) подозрение на перелом позвоночника.

28. Постановка диагноза дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии по результатам методов нейровизуализации имеет значение, если локализация грыжи диска соотносится с зонами

1) слабости “индикаторных” мышц;+
2) распределения чувствительных расстройств;+
3) иррадиации боли;+
4) расширения рефлексогенных зон;
5) цианоза и гипергидроза кожных покровов.

29. При балльной оценке силы мышц у больных с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией выявление пареза легкой степени соответствует

1) 2;
2) 1;
3) 3;
4) 4;+
5) 5.

30. При дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии проводят дифференциальный диагноз с такими заболеваниями и состояниями, как

1) синдром грушевидной мышцы;+

2) поражение поясничного корешка при каудальной миграции вещества межпозвонкового диска;
3) перелом поясничного позвонка;+
4) перелом копчика;
5) анкилозирующий спондилит.+

31. При наличии симптомов опасности у больных с предполагаемой дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией проводится
1) компьютерная томография;+
2) магнитно-резонансная томография;+
3) КТ-миелография;+
4) ультразвуковая диагностика;
5) ангиография.

32. При неэффективности консервативного лечения и микродискэктомии больным с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией рекомендовано
1) фонофорез с карипазимом;
2) введение лекарственных средств в межпозвонковый диск;
3) применение апиоидов;
4) электростимуляция спинного мозга;+
5) инъекции ингибиторов холинэстеразы.

33. При отсутствии аддукторного и кремастерного рефлексов у больного можно подозревать поражение следующих корешков
1) первого, второго и третьего поясничных; +
2) третьего и четвертого поясничных;
3) четвертого и пятого поясничных;
4) двенадцатого грудного и первого поясничного;
5) четвертого, пятого поясничных и первого крестцового.

34. При подозрении на “специфические” причины боли в спине рассматриваются следующие методы диагностики
1) магнитно-резонансная томография;+
2) ультразвуковое исследование;
3) компьютерная томография;+
4) электронейромиография;
5) рентгеноспондилография.+

35. Применение глюкокортикоидов при дискогенной пояснично-крестцовой допустимо при их использовании
1) перорально;
2) внутривенно;
3) внутримышечно;
4) эпидурально;+
5) трансфораминально.+

36. Применение нестероидных противовоспалительных средств при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии показано
1) в хроническую фазу;
2) в острую и подострую фазу;+
3) только в острую фазу;
4) только в подострую фазу;
5) во все фазы заболевания.

37. Причины боли в нижней части спины, не связанные с компрессией поясничных корешков

1) ишиас;+
2) грыжа межпозвонкового диска;
3) остеофитоз;
4) фораминальный стеноз;
5) спондилолистез.

38. Проведение ЛФК больным с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией рекомендовано при

1) ослаблении болевого синдрома;+
2) прогрессировании неврологического дефицита;
3) появлении чувствительных расстройств;
4) появлении слабости в “индикаторных” мышцах;
5) обострении заболевания.

39. Психологические методы терапии при хронической дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии исключают

1) клинико-психологический тренинг;
2) клинико-психологическую адаптацию;
3) клинико-психологическое консультирование;
4) когнитивно-поведенческую терапию;
5) неаргументированное внушение.+

40. Распространенность дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии среди больных с болью в спине, обратившихся к врачу составляет

1) менее 1%;
2) около 15%;
3) 10-20%;
4) 1-2%;
5) 2- 11%.+

41. Рекомендовано для лечения дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии применение следующих лекарственных средств

1) нестероидные противовоспалительные средства;+
2) антидепрессанты;+
3) парацетамол;
4) противоэпилептические препараты;+
5) витамины группы В;+
6) антипсихотики.

42. Симптом Вассермана выявляется у больных с поражением следующих корешков

1) пятого поясничного и крестцовых;
2) средних и нижних поясничных;
3) крестцовых;
4) верхних и средних поясничных;+
5) нижних грудных и верхних поясничных.

43. Симптом Мацкевича выявляется у больных с поражением следующих корешков

1) нижних поясничных;+
2) крестцовых;
3) верхних и средних поясничных;
4) нижних грудных и верхних поясничных;
5) средних поясничных.

44. Составляющими комплексной программы лечения дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией являются
1) иглорефлексотерапия;+
2) ношение пояснично-крестцовых корсетов;
3) длительный постельный режим;
4) мануальная терапия;+
5) лечебная физкультура.+

45. У больного с подозрением на дискогенную пояснично-крестцовую радикулопатию рекомендуется
1) назначить качественное обезболивание по показаниям;+
2) исключить специфическую причину боли в спине;+
3) оценить интенсивность болевого синдрома;+
4) экстренно получить консультацию нейрохирурга;
5) провести неврологическое обследование .+

46. Характерным симптомом поражения корешка L1 является
1) резкое ограничение подвижности крестцово-подвздошного сустава;
2) снижение коленного и аддукторного рефлексов;
3) снижение аддукторного рефлекса;
4) гипестезия паховой области;+
5) гипестезия передней поверхности бедра.

47. Характерным симптомом поражения корешка L4 является
1) боль позадней поверхности бедра;
2) гипестезия латеральной поверхности голени;
3) снижение коленного рефлекса;+
4) слабость при отведении бедра;
5) больной не может стоять на “пятке”.

48. Характерным симптомом поражения корешка S1 является
1) снижение ахиллова рефлекса;+
2) нарушение подошвенного разгибания стопы;
3) гипестезия медиального края стопы;
4) боли по внутренней поверхности бе

49. Характерными симптомами поражения корешка L5 является
1) больной не может встать на “носок”;+
2) снижение коленного и ахиллова рефлексов;
3) нарушение тыльного сгибания стопы и I пальца;+
4) снижение коленного рефлекса;
5) боли по медиальной поверхности бедра и голени.

50. Экстренное нейрохирургическое вмешательство при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии показано в случае появления
1) слабости в стопах;+
2) депрессии;
3) тазовых расстройств;+
4) психологического дистресса;
5) онемения промежности.+;
5) снижение коленного и ахиллова рефлексов.

51. Абсолютный стеноз спинномозгового канала имеет место в тех случаях, когда

1) его сагиттальный размер равен 10 мм и менее;+
2) его сагиттальный размер равен 16 мм и менее;
3) его сагиттальный размер равен 12 мм и менее;
4) его сагиттальный размер равен 14 мм и менее.

52. Анатомическая классификация стенозов канала спинного мозга, удобная с практической точки зрения, выделяет следующие формы стенозов
1) идиопатический стеноз;
2) центральный стеноз;+
3) стеноз межпозвонкового канала;+
4) латеральный стеноз.+

53. Боль в нижней части спины – это боль, которая локализуется
1) в пояснице;
2) между 12-й парой рёбер и ягодичными складками;+
3) между 12-й парой рёбер и горизонтальной линией, проведенной через гребни подвздошных костей;
4) между 12-й парой рёбер и горизонтальной линией, проведенной через основание крестца.

54. В патогенезе дегенерации межпозвонкового диска важную роль играет
1) нарушение питания диска;+
2) исчезновение кровеносных сосудов в замыкательных пластинках тел позвонков;+
3) дегидратация диска;+
4) миграция лимфоцитов.

55. В период обострения болевого синдрома пациентам с дегенеративно-дистрофическими изменениями поясничного отдела позвоночника рекомендованы
1) ношение ортопедического корсета с целью уменьшения нагрузки на структуры позвоночника;+
2) постельный режим сроком на 1-2 дня при выраженном болевом синдроме;+
3) постельный режим сроком на 5 дней;
4) ортопедический режим с целью снижения механической нагрузки на позвоночник.+

56. Введение местного анестетика в крестцово-подвздошный сустав является безопасными и обладает хорошей диагностической ценностью в тех случаях, когда
1) используется после отбора кандидатов на основе провокационных клинических тестов;+
2) сопровождается флюроскопическим контролем;+
3) проводится опытным врачом на основе сбора анамнеза;
4) проводится опытным врачом на основе жалоб пациента.

57. Выполнение высокочастотной денервации крестцово-подвздошного сустава показано пациентам с болью в нижней части спины при соблюдении двух основных условий, а именно
1) при наличии дегенеративных изменений крестцово-подвздошного сустава на компьютерных томограммах;
2) при наличии дегенеративных изменений крестцово-подвздошного сустава на рентгенограммах;
3) при эффективной диагностической инъекции в крестцово-подвздошный сустав;+
4) при неэффективности консервативной терапии.+

58. Высокочастотную денервацию фасеточных суставов шейного отдела позвоночника рекомендовано выполнять

1) с применением рентген-контроля;+
2) при неэффективности различных методов неинвазивного лечения;+
3) при диагностированном на основании блокад местным анестетиком источнике боли из дугоотростчатых суставов;+
4) по результатам магнитно-резонансной томографии.

59. Гипомобильность позвоночно-двигательного сегмента шейного отдела позвоночника – это снижение его подвижности по сравнению
1) с подвижностью позвоночно-двигательных сегментов грудного отдела позвоночника;+
2) с подвижностью позвоночно-двигательных сегментов грудного отдела позвоночника;
3) с нормой;+
4) с подвижностью соседних позвоночно-двигательных сегментов.+

60. Гипомобильность позвоночно-двигательного сегмента шейного отдела позвоночника – это снижение его подвижности по сравнению
1) с подвижностью позвоночно-двигательных сегментов грудного отдела позвоночника;
2) с подвижностью позвоночно-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника;
3) с нормой;+
4) с подвижностью соседних позвоночно-двигательных сегментов.+

61. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника
1) вовлекают другие структуры позвоночно-двигательного сегмента;+
2) начинаются с пульпозного ядра межпозвонкового диска;+
3) начинаются со снижения минеральной плотности тела позвонка;
4) распространяются на фиброзное кольцо.+

62. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника характеризуют как заболевание
1) рецидивирующее;+
2) хроническое;+
3) острое;
4) мультифакторное.+

63. Дегенеративные изменения позвоночника сопровождаются следующими изменениями фиброзного кольца
1) образованием трещин фиброзного кольца;+
2) окостенением фиброзного кольца;
3) нарушением нормальной слоистой структуры фиброзного кольца;+
4) образованием разрывов фиброзного кольца.+

64. Дегенеративные изменения позвоночно-двигательного сегмента включают в себя
1) нарушение фиксационных свойств межпозвонкового диска;+
2) развитие спондилоартроза межпозвонковых суставов;+
3) развитие спондилодисцита;
4) появление патологической подвижности позвоночно-двигательного сегмента.+

65. Дегенеративный стеноз позвоночного канала – это
1) уменьшение поперечного размера позвоночного канала, не вызывающее компрессии сосудов и нервных образований;

2) несоответствие костно-фиброзного футляра позвоночника его нервно-сосудистому содержимому;+

3) паталогическое сужение центрального позвоночного канала;+

4) патологическое сужение канала межпозвонковых отверстий.+

66. Для выявления гипермобильности позвоночно-двигательного сегмента поясничного отдела позвоночника его подвижность сравнивают

1) с подвижностью позвоночно-двигательных сегментов грудного отдела позвоночника;

2) с подвижностью позвоночно-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника;

3) с подвижностью соседних позвоночно-двигательных сегментов;+

4) с нормой.+

67. Для выявления патологии крестцово-подвздошного сочленения высокую диагностическую ценность имеет

1) тест Ганслена;

2) комбинация из 3-х провокационных тестов;+

3) тест Йомана;

4) тест Патрика.

68. Для каудо-медуллярного синдрома характерна следующая клиническая картина

1) нижний вялый парапарез;+

2) сегментарные и корешковые расстройства чувствительности в аногенитальной области и ногах;+

3) нарушение функции тазовых органов по центральному типу;

4) нарушение функции тазовых органов по периферическому типу.+

69. Для оценки стабильности смещения одного позвонка относительно другого проводят

1) функциональную рентгенографию;+

2) однофотонную эмиссионную компьютерную томографию;

3) компьютерную томографию;

4) магнитно-резонансную томографию.

70. Для синдрома нейрогенной перемежающейся хромоты (синдром Дежерина) характерна следующая триада симптомов

1) нарушение двигательной сферы;+

2) ухудшение симптомов в горизонтальном положении (лёжа);

3) боль в спине;+

4) нарушения чувствительности.+

71. Для синдрома нейрогенной перемежающейся хромоты (синдром Дежерина) характерна следующая триада симптомов

1) боль в спине;+

2) нарушения двигательной сферы;+

3) нарушения чувствительности;+

4) ухудшение симптомов в горизонтальном положении (лёжа).

72. Заболевания, обусловленные дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника, по числу дней нетрудоспособности занимают в России

1) 2-е место;

2) 1-е место;+

3) 4-е место;

4) 3-е место.

73. Инфильтрация раствором местного анестетика показана для более точной диагностики патологии крестцово-подвздошного сочленения

1) пациентам с болью в нижней части спины и положительным тестом Патрика;

2) пациентам с болью в нижней части спины, тремя и более положительными провокационными нейроортопедическими тестами на патологию крестцово-подвздошного сустава и неэффективной консервативной терапии;+

3) пациентам с болью в нижней части спины, тремя и более положительными провокационными нейроортопедическими тестами на патологию крестцово-подвздошного сустава;

4) пациентам с болью в нижней части спины.

74. К дегенеративно-дистрофическим заболеваниям позвоночника относят

1) остеохондроз позвоночника у взрослых (М 42.1);+

2) спинальный стеноз (М 48.0);+

3) спинальную нестабильность (М 53.2);+

4) анкилозирующий спондилит (М 45).

75. К причинам, способствующим формированию спондилоартроза, относят

1) лигаментоз;

2) спондилолиз;+

3) тендиноз;

4) спондилолистез.+

76. К рефлекторным миодистоническим синдромам, источником которых является шейный отдел позвоночника, относят

1) синдром задней лестничной мышцы;

2) синдром нижней косой мышцы головы;+

3) синдром передней лестничной мышцы;+

4) синдром мышцы, поднимающей лопатку.+

77. Клинико-патогенетическая классификация дегенеративных изменений позвоночника по А. И. Осна включает в себя следующие последовательные стадии

1) стадию внутридискового патологического процесса («хондроза»);+

2) стадию формирования грыжи межпозвонкового диска;+

3) стадию развития болевых ощущений;

4) стадию утраты фиксационной способности поражённого диска.+

78. Клинические симптомы дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника делят на

1) рефлекторные;+

2) генетические;

3) метаболические;

4) компрессионные.+

79. МРТ контроль послеоперационного состояния позвоночника рекомендовано проводить

1) в течение 1-го месяца после операции;+

2) на следующий день после операции;

3) в течение 1-й недели после операции.

80. Наличие у пациента боли в шее и спине отражают следующие коды МКБ-10

1) М 43.1;

2) M 54.6;+
3) M 54.2;+
4) M 54.5.+

81. Неспецифическая боль в нижней части спины обусловлена
1) стенозом канала спинного мозга;
2) поражением нервного корешка;
3) переломом дугоотростчатого сустава;
4) поражением элементов скелетно-мышечной системы.+

82. Основным инструментальным методом исследования при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника принято считать
1) магнитно-резонансную томографию;+
2) компьютерную томографию;
3) рентгенографию;
4) позитронно-эмиссионную томографию.

83. Острая боль в нижней части спины – это боль, которая
1) воспринимается пациентом довольно остро;
2) длится не более 12 недель;+
3) длится не более 4 недель;
4) имеет высокую интенсивность.

84. Пациентам с дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника компьютерная томография показана
1) для детализации дегенеративно-дистрофических изменений и оценки размеров костных структур;+
2) для выявления секвестрированной грыжи;
3) для определения плотности костной ткани в области предполагаемого хирургического вмешательства;+
4) при невозможности проведения МРТ.+

85. Пациентам с дегенеративно-дистрофическими изменениями поясничного отдела позвоночника ношение корсетов рекомендовано
1) после купирования болевого синдрома при длительной работе в статическом положении туловища;+
2) после купирования острого болевого синдрома при выполнении физических работ;+
3) на постоянной основе;
4) в острый период для уменьшения боли.+

86. Пациентам с острой неспецифической болью в нижней части спины назначение глюкокортикоидов
1) не рекомендовано;+
2) рекомендовано в качестве монотерапии;
3) рекомендовано в дополнение к витаминам группы В;
4) рекомендовано в дополнение к нестероидным противовоспалительным препаратам.

87. Пациентам с острой неспецифической болью в спине рекомендовано
1) применение нестероидных противовоспалительных препаратов;+
2) применение миорелаксантов центрального действия в комбинации с нестероидными противовоспалительными препаратами;+
3) оперативное лечение;
4) применение парацетамола в качестве монотерапии.

88. Пациентам с хронической неспецифической болью в нижней части спины рекомендовано применение

1) парацетамола;

2) селективных ингибиторов обратного захвата серотонина;+

3) пероральных форм нестероидных противовоспалительных препаратов;+

4) местных форм нестероидных противовоспалительных препаратов.+

89. По данным ретроспективного исследования, при отсутствии болей в пояснице или области таза, существенная дегенерация крестцово-подвздошного сустава на компьютерных томограммах была выявлена (ретроспективное исследование Eno и др.)

1) в 5% случаев;

2) в 15% случаев;

3) в 10% случаев;

4) в 30% случаев.+

90. Позвоночно-двигательный сегмент – это структурно-функциональная единица позвоночника, включающая в себя

1) нервные корешки, проходящие в межпозвонковых отверстиях;

2) смежные тела позвонков;+

3) межпозвонковый диск;+

4) дугоотростчатые суставы, образованные этими позвонками.+

91. При дегенеративно-дистрофических изменениях поясничного отдела позвоночника, после купирования обострения необходимо соблюдать рациональный режим, при котором следует избегать

1) переохлаждение, сквозняки;+

2) продолжительное пребывание в положении сидя;+

3) физической активности в течения 1-го месяца;

4) поднимание или переноску тяжёлых предметов.+

92. При дисфункции крестцово-подвздошного сустава в нём имеет место

1) аутоиммунное воспаление;

2) инфекционное воспаление;

3) нарушение подвижности;+

4) асептическое воспаление.

93. При компрессионном синдроме корешка S1 наблюдают следующие симптомы

1) иррадиацию боли в паховую область; гипестезию в паховой области; слабость подвздошно-поясничной мышцы; снижение кремастерного рефлекса;

2) иррадиацию боли из средней ягодичной области в задние отделы бедра, в пятку и наружный край стопы; гипестезию по наружному краю стопы; слабость икроножной мышцы; снижение ахиллова рефлекса;+

3) иррадиацию болей из верхней ягодичной области в наружные отделы бедра и голени; гипестезия в этой же зоне; слабость перонеальной группы мышц; слабость разгибателя I пальца стопы;

4) иррадиацию боли в передневнутренние отделы бедра; гипестезию по наружному краю бедра; слабость четырёхглавой мышцы; снижение коленного рефлекса.

94. При острой неспецифической боли в нижней части спины НЕ рекомендовано применение

1) опиоидов;+

2) нестероидных противовоспалительных препаратов;

3) миорелаксантов центрального действия.

95. При острой неспецифической боли в нижней части спины назначение витаминов группы В рекомендовано

1) в дополнение к парацетамолу;

2) в качестве монотерапии;

3) в дополнение к нестероидным противовоспалительным препаратам;+

4) в дополнение к миорелаксантам центрального действия.

96. При патологии крестцово-подвздошного сочленения, интраартикулярное введение смеси глюкокортикоида и инфильтрационного раствора местного анестетика рекомендовано пациентам при соблюдении трёх основных условий, а именно

1) при возможности обеспечить ультразвуковой контроль введения смеси;+

2) при возможности обеспечить контроль введения смеси с применением внутрисуставной контрастной рентгенографии;+

3) при положительном ответе от нескольких провокационных тестов на патологию крестцово-подвздошного сустава;+

4) при наличии дегенеративных изменений крестцово-подвздошного сустава на рентгенограммах.

97. При патологии крестцово-подвздошного сустава боль чаще всего локализуется

1) не выше уровня пояса, ниже уровня L5;+

2) в области таза, в ягодичной области;+

3) не выше уровня пояса, ниже уровня 12 ребра;

4) в области седалищного бугра.

98. При поясничном остеохондрозе могут иметь место следующие рефлекторно-компрессионные миодистонические синдромы

1) вертеброгенный подвздошно-поясничный синдром;+

2) синдром грушевидной мышцы;+

3) синдром средней ягодичной мышцы;+

4) люмбоишиалгия.

99. При поясничном остеохондрозе могут иметь место следующие рефлекторные миосклеротомные (дистрофические) синдромы

1) трохантериит;+

2) метатарзалгия;+

3) люмбоишиалгия;

4) коленный эпикондилит.+

100. При поясничном остеохондрозе могут иметь место следующие рефлекторные отражённые синдромы

1) люмбоишиалгия;+

2) псевдогентиальные боли;+

3) псевдоабдоминальные боли;+

4) синдром малой ягодичной мышцы.

101. При рефлекторных синромах поясничного остеохондроза могут иметь место следующие нарушения биомеханики скелетно-мышечной системы

1) неоптимальный двигательный стереотип;+

2) синдром беспокойных ног;

3) региональный постуральный мышечный дисбаланс;+

4) функциональное ограничение подвижности позвоночно-двигательных сегментов.+

102. При синдроме компрессии корешка С5 можно наблюдать следующие симптомы

1) снижение лопаточного рефлекса;+
2) проекционная боль в области дельтовидной мышцы;+
3) слабость мышцы, отводящей мизинец;
4) слабость и гипотрофия дельтовидной мышцы.+

103. При синдроме компрессии корешка С8 проекция боли и чувствительные расстройства соответствуют
1) ульнарному краю руки, включая 4-й и 5-й пальцы;+
2) в зоне дельтовидной мышцы;
3) в зоне надплечья;
4) наружному краю руки, до большого пальца кисти.

104. При скелетно-мышечных болях у пациентов с дегенеративно-дистрофическими изменениями поясничного отдела позвоночника рекомендованы
1) упражнения для улучшения подвижности; +
2) упражнения для укрепления мышц и повышения выносливости; +
3) мануальная терапия; +
4) душ Шарко.

105. При спондилоартрозе и дегенерации хряща 4-й стадии
1) имеются элементы эрозии хряща, но хрящ покрывает суставную поверхность;
2) хрящ отсутствует, за исключением следов на суставной поверхности;+
3) равномерно толстый хрящ полностью покрывает суставную поверхность;
4) хрящ покрывает не всю суставную поверхность; имеются оголённые регионы.

106. При стенозе спинномозгового канала класса D на магнитно-резонансной томограмме
1) есть уровень цереброспинальной жидкости;
2) видна сама цереброспинальная жидкость;
3) цереброспинальная жидкость не видна;+
4) нет уровня цереброспинальной жидкости.+

107. Причиной неспецифической боли в нижней части спины может быть
1) дисфункция крестцово-подвздошного сустава;+
2) воспаление крестцово-подвздошного сустава при ревматоидном артрите;
3) артрит крестцово-подвздошного сустава при болезни Бехтерева;
4) артроз крестцово-подвздошного сустава.+

108. Протрузия – это тип межпозвонковой грыжи, при котором
1) вышедший из диска материал теряет с ним связь;
2) размер её основания меньше, чем размер выпячивания за пределы лимба позвонков;
3) вышедший из диска материал смещается каудально;
4) размер её основания больше, чем размер выпячивания за пределы лимба позвонков.+

109. Северо -Американская Ассоциация вертебрологов выделяет следующие виды изменения межпозвонковых дисков
1) экструзию;+
2) протрузия;+
3) нормальный диск;
4) секвестр.+

110. Секвестрированная грыжа – это тип межпозвонковой грыжи, при котором
1) вышедший из диска материал теряет с ним связь;+

2) вышедший из диска материал смещается каудально;
3) вышедший из диска материал сдавливает корешок;
4) вышедший из диска материал смещается краниально.

111. Синдром компрессии спинного мозга при цервикальной радикулопатии сопровождается следующими симптомами
1) проводниковыми расстройствами ниже сдавления спинного мозга;+
2) нарушением функции тазовых органов по центральному типу;+
3) нарушением функции тазовых органов по периферическому типу;
4) двигательными и чувствительными сегментарными нарушениями на уровне компрессии.+

112. Синувертебральный возвратный нерв Люшка иннервирует на уровне соответствующего сегмента спинного мозга следующие структуры
1) связочный аппарат;+
2) мышцы;
3) позвонок;+
4) твёрдую мозговую оболочку.+

113. Спондилоартроз – это
1) распространённое костеобразование под передней продольной связкой;
2) образование костной скобки под передней продольной связкой;
3) распространённое костеобразование под жёлтой связкой;
4) артроз межпозвонковых (дугоотростчатых) суставов.+

114. Спондилёз – это одна из форм
1) острого воспаления тела позвонка;
2) дистрофического изменения позвоночника;+
3) острого воспаления дугоотростчатого сустава;
4) острого воспаления межпозвонкового диска.

115. Среди основных причин стеноза межпозвонкового канала выделяют
1) гипертрофические изменения дугоотростчатых суставов;+
2) краевые остеофиты тел позвонков;+
3) гипертрофию жёлтой связки;+
4) заднюю грыжу диска.

116. Среди причин вторичных сколиозов у взрослых выделяют
1) разную длину нижних конечностей;+
2) спинальный стеноз;
3) косое расположение таза;+
4) травмы позвоночника.+

117. Среди этиологических факторов боли в крестцово - подвздошном суставе выделяют
1) артроз крестцово-подвздошного сустава;+
2) энтезопатии в области крестцово-подвздошного сустава;+
3) артрит крестцово-подвздошного сустава;+
4) заднебоковые грыжи диска L5-S1.

118. Структуру крестцово-подвздошного сустава составляют
1) его фиброзная капсула;+
2) суставные поверхности крестца и подвздошной кости;+
3) подвздошно-поясничная связка;

4) заполняющая его синовиальная жидкость.+

119. Тендиноз – дистрофическое изменение сухожилия мышцы – на рентгенограмме проявляется

1) обызвествлением участка сухожилия у поверхности кости;+

2) костными выростами в месте прикрепления сухожилия;+

3) окостенением участка сухожилия у поверхности кости;+

4) обызвествлением связки в месте прикрепления к кости.

120. Трансляцию одного позвонка по отношению к другому в аксиальной и фронтальной плоскостях называют

1) спондилёзом;

2) спондилолистезом;+

3) спондилолизом;

4) спондилоартрозом.

121. У пациента, лежащего на животе, разгибание бедра может спровоцировать или усилить боль в зоне дерматомов L3, L4. Симптом, выявляемый при проведении этого теста, известен как

1) симптом Ласега;

2) симптом Патрика;

3) симптом Вассермана;+

4) симптом Ганслена.

122. Удаление грыжи межпозвонкового диска рекомендовано пациентам при наличии двух основных условий

1) грыжа межпозвонкового диска выявлена при проведении магнитно-резонансной томографии;+

2) грыжа межпозвонкового диска выявлена при проведении магнитно-резонансной томографии;

3) имеется корешковый болевой синдром, обусловленный грыжей межпозвонкового диска;+

4) имеется корешковый болевой синдром резистентный к консервативной терапии.+

123. Удаление грыжи межпозвонкового диска рекомендовано пациентам при наличии двух основных условий

1) имеется корешковый болевой синдром резистентный к консервативной терапии;+

2) имеется корешковый синдром нерезистентный к консервативной терапии;

3) грыжа межпозвонкового диска выявлена при проведении магнитно-резонансной томографии;

4) имеется корешковый болевой синдром, обусловленный грыжей межпозвонкового диска.+

124. Экструзия – это тип межпозвонковой грыжи, при котором

1) размер её основания больше, чем размер выпячивания за пределы лимба позвонков;

2) размер её основания меньше, чем размер выпячивания за пределы лимба позвонков;+

3) вышедший из диска материал смещается каудально;

4) вышедший из диска материал теряет с ним связь.

125. Боль в нижней части спины может быть одним из симптомов

1) анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева); +

2) аневризмы брюшного отдела аорты; +

3) пояснично-крестцовой дискогенной радикулопатии; +
4) стеноза канала спинного мозга; +
5) ревматоидного артрита.

126. Боль в нижней части спины – боль, которая локализуется между
1) 12-й парой рёбер и ягодичным складками; +
2) 12-й парой рёбер и условной горизонтальной линией, через задние верхние ости подвздошных костей;
3) 12-й парой рёбер и условной горизонтальной линией, проведенной через задние нижние ости подвздошных костей;
4) 12-й парой рёбер и условной горизонтальной линией, проведенной через крылья подвздошных костей.

127. Ведущее значение в лечении пациентов с неспецифической болью в нижней части спины имеют
1) интервенционные методы лечения;
2) нелекарственные методы лечения; +
3) соблюдение постельного режима;
4) медикаментозное лечение.

128. Высокочастотная денервация крестцово-подвздошного сустава
1) показана при иррадиации поясничной боли в крестец;
2) показана пациентам с неспецифической болью в нижней части спины после диагностической блокады с анестетиком, если интенсивность боли после блокады уменьшилась на 50-70%; +
3) показана пациентам с неспецифической болью в нижней части спины после диагностической блокады с анестетиком;
4) при сакроилеите.

129. Для оценки интенсивности боли в нижней части спины применяют специальные шкалы, такие как
1) визуально-аналоговая шкала; +
2) числовая рейтинговая шкала; +
3) вербальная рейтинговая шкала; +
4) госпитальная шкала тревоги и депрессии.

130. Для оценки степени ограничения жизнедеятельности из-за боли в нижней части спины применяют
1) визуально-аналоговую шкалу;
2) опросник Освестри; +
3) опросник Роланда-Морриса; +
4) шкалу Ликерта.

131. Для скелетно-мышечной боли в нижней части спины характерно её появление после
1) после вирусной инфекции;
2) неловкого движения; +
3) работы в неудобном положении; +
4) физической нагрузки. +

132. Если в течение 4-х недель от начала лечения острой боли в нижней части спины положительная динамика отсутствует, назначают такие инструментальные методы обследования, как
1) рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника; +

2) позитронная эмиссионная томография позвоночника;
3) магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника; +
4) компьютерная томография поясничного отдела позвоночника.+

133. Источниками скелетно-мышечной боли в нижней части спины являются
1) межпозвонковые (фасеточные) суставы; +
2) поясничные корешки;
3) межпозвонковые диски; +
4) крестцово-подвздошный суставы. +

134. К препаратам с меньшим риском осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта относят
1) диклофенак;
2) ацеклофенак; +
3) мелоксикам; +
4) коксибы. +

135. К психосоциальным факторам риска хронизации боли в нижней части спины относят
1) неудовлетворённость работой; +
2) «рентное» отношение к болезни; +
3) тревогу, депрессию; +
4) катастрофизацию боли; +
5) повышение бытовой активности.

136. К физическим факторам риска хронизации боли в нижней части спины относят
1) длительная статическая нагрузка на позвоночник (например – длительное сидение);+
2) подъём и переноска тяжёлых предметов; +
3) тяжёлый физический труд; +
4) занятия бегом.

137. Массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника, сегментарный массаж пояснично-крестцовой области
1) рекомендуется пациентам со скелетно-мышечной болью в спине, поскольку способствует уменьшению размеров грыжи межпозвонкового диска;
2) не рекомендуется пациентам с неспецифической болью в нижней части спины;
3) не рекомендуется пациентам со скелетно-мышечной болью в нижней части спины;
4) рекомендуется пациентам со скелетно-мышечной болью в спине, поскольку способствует снижению интенсивности боли. +

138. На исход неспецифической боли в нижней части спины влияет
1) употребление продуктов, содержащих щавелевую кислоту;
2) катастрофизацию боли; +
3) тревога; +
4) депрессия; +
5) кинезиофобия. +

139. Неврологическое исследование пациентов с болью в нижней части спины направлено на выявление
1) парезов; +
2) нарушений чувствительности; +
3) изменений рефлексов; +
4) поражения фасеточных суставов.

140. Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов показаны пациентам с хронической неспецифической болью в нижней части спины в комбинации

1) с противосудорожными препаратами;
2) с опиоидными анальгетиками;
3) с когнитивно-поведенческой терапией; +
4) с лечебной физкультурой. +

141. Нестероидные противовоспалительные препараты противопоказаны при

1) выраженной сердечной недостаточности; +
2) сахарном диабете 2-го типа;
3) эрозивно-язвенных поражениях желудочно-кишечного тракта; +
4) выраженном нарушении функции печени и почек. +

142. Ношение корсетов, бандажей, поясов и других приспособлений показано

1) при подострой боли в нижней части спины;
2) при хронической боли в нижней части спины;
3) при острой боли в нижней части спины;
4) при наличии показаний к ортопедической коррекции независимо от наличия боли в нижней части спины. +

143. Острая боль в нижней части спины длится не более

1) 3-х месяцев;
2) 4-х недель; +
3) 2-х недель;
4) 3-х недель.

144. Оценка психологических и социальных факторов риска хронизации боли позволяет

1) оптимизировать тактику лечения пациентов; +
2) рассчитать длительность курса лечебной гимнастики;
3) рассчитатьдлительностькурсанестероидныхпротивовоспалительныхпрепаратов;
4) уточнить прогноз течения заболевания. +

145. Пациентам с острой скелетно-мышечной болью в нижней части спины рекомендованы миорелаксанты центрального действия

1) для уменьшения отёчности мышц;
2) для уменьшения болезненного гипертонуса мышц; +
3) для увеличения мышечной силы;
4) для усиления обезболивающего действия нестероидных противовоспалительных препаратов.+

146. Под люмбоишиалгией понимают

1) пояснично-крестцовый радикулит;
2) боль в поясничной области с иррадиацией в ногу; +
3) корешковый синдром;
4) дискогенный радикулит.

147. Показанием для экстренной госпитализации пациента с болью в нижней части спины является

1) подозрение на перелом позвоночника; +
2) подозрение на компрессию корешков конского хвоста; +
3) иррадиация боли в ногу;
4) отсутствие эффекта от проводимого амбулаторного лечения.

148. При боли в нижней части спины, к симптомам опасности, или «красным флагам» относят

1) недавно перенесённое инфекционное заболевание; +
2) парез нижних конечностей; +
3) злокачественное новообразование в анамнезе;+
4) диффузную боль в спине.

149. При занятиях лечебной физкультурой основное значение имеют

1) исключение резких движений; +
2) упражнение гиперестезия;
3) регулярность занятий; +
4) исключение тяжёлых нагрузок. +

150. При интенсивной боли в нижней части спины пациенту рекомендовано соблюдать постельный режим в течение

1) 10 дней;
2) 14 дней;
3) 1 - 2 дней; +
4) 7 дней.

151. При консультации пациента с неспецифической болью в нижней части спины рекомендовано информировать пациента

1) о необходимости соблюдать постельный режим;
2) о необходимости сохранять профессиональную активность; +
3) о доброкачественном характере заболевания; +
4) о необходимости сохранять физическую активность. +

152. При мануальной диагностике боли в нижней части спины применяют приёмы пальпации следующих анатомических структур поясничного отдела позвоночника

1) крестцово-подвздошных суставов; +
2) фасеточных суставов; +
3) межпозвонковых отверстий;
4) остистых отростков. +

153. При назначении нестероидных противовоспалительных препаратов для лечения боли в нижней части спины

1) взаимодействие лекарственных препаратов между собой; +
2) учитывают сопутствующие заболевания; +
3) комбинируют нестероидные противовоспалительные препараты из разных групп;
4) учитывают факторы риска нежелательных явлений. +

154. При наличии у пациента с болью в нижней части спины симптомов опасности, или «красных флажков», в первую очередь рекомендованы такие инструментальные методы обследования, как

1) магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника; +
2) компьютерная томография поясничного отдела позвоночника; +
3) позитронная эмиссионная томография поясничного отдела позвоночника;
4) рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника. +

155. При необходимости пациентам с риском развития нежелательных явлений с стороны желудочно-кишечного тракта нестероидные противовоспалительные препараты назначают

1) в низких дозах; +

2) с обязательным назначением гастропротекторов;+
3) в обычных терапевтических дозах;
4) коротким курсом.+

156. При осмотре пациента с болью в нижней части спины обращают внимание на наличие
1) выраженной скелетной мускулатуры;
2) сколиоза; +
3) ограничения подвижности позвоночника; +
4) напряжения мышц спины; +
5) связи движений с болью. +

157. При оценке критериев качества оказания медицинской помощи пациентам с болью в нижней части спины учитывают следующие критерии
1) проведение клинического исследования с краткой оценкой неврологического статуса и тестов натяжения; +
2) назначение пациентам с острой неспецифической болью в спине мануальной терапии;
3) назначение пациентам с острой неспецифической болью в спине физиотерапии;
4) рекомендации способов профилактики обострений неспецифической боли в нижней части спины. +

158. При оценке критериев качества оказаниея медицинской помощи пациентам с болью в нижней части спины учитывают следующие критерии
1) назначение пациенту с острой болью в нижней части спины магнитно-резонансной томографии поясничного отдела позвоночника;
2) проведение инструментальных методов обследования у пациентов с наличием «красных флажков»; +
3) информирование пациента с неспецифической болью в нижней части спины о её доброкачественном течении; +
4) оценку врачом интенсивности боли пациента на момент обращения. +

159. При подострой и хронической скелетно-мышечной боли в нижней части спины лечебная физкультура
1) уменьшает интенсивность боли; +
2) предотвращает развитие грыжи межпозвонкового диска;
3) улучшает функциональную активность; +
4) снижает риск дальнейшей хронизации. +

160. При постановке диагноза неспецифической боли в нижней части спины наименее информативными методами исследования являются
1) клинический анализ крови; +
2) рентгенография поясничного отдела позвоночника;
3) биохимический анализ крови; +
4) общий анализ мочи.+

161 При радикулопатии 2-го и 3-го поясничных корешков в неврологическом статусе может быть выявлен
1) перекрёстный симптом Ласега;
2) симптом Мацкевича; +
3) симптом Вассермана; +
4) симптом Ласега.

162. При сборе анамнеза необходимо выявлять возможные специфические признаки боли в нижней части спины, такие как

1) недавняя травма спины; +
2) связь боли с дефекацией или мочеиспусканием; +
3) распространение боли на ногу;
4) длительное использование глюкокортикоидов.+

163. При хронической неспецифической боли в нижней части спины мануальная терапия позволяет

1) укрепить мышечный корсет;
2) уменьшить интенсивность боли; +
3) усилить мышечный тонус;
4) улучшить функциональное состояние. +

164. Психологические методы лечения обоснованы в тех случаях, когда пациент имеет неправильные представления

1) о природе заболевания; +
2) о двигательной активности; +
3) о прогнозе заболевания; +
4) о строении позвоночника.

165. Радикулопатия обычно проявляется

1) слабостью в соответствующих миотомах; +
2) болью в соответствующих дерматомах; +
3) нарушениями чувствительности в соответствующих дерматомах; +
4) повышением рефлексов.

166. Рентгенография поясничного отдела позвоночника рекомендована пациентам

1) с подострой болью в нижней части спины; +
2) с острой болью в нижней части спины;
3) при любой стадии течения боли в нижней части спины;
4) с хронической болью в нижней части спины. +

167. С целью профилактики обострений неспецифической боли в нижней части спины рекомендованы

1) лечебная ходьба; +
2) ношение корсетов;
3) лечебное плавание в бассейне; +
4) регулярные занятия лечебной физкультурой. +

168. С целью профилактики обострений неспецифической боли в нижней части спины рекомендуется избегать

1) занятий фитнесом;
2) чрезмерных физических нагрузок; +
3) переохлаждения; +
4) длительных статических нагрузок. +

169. Синонимы боли в нижней части спины

1) вертеброгенная боль внизу спины; +
2) боль внизу спины; +
3) люмбалгия; +
4) пояснично-крестцовый радикулит.

170. Скелетно-мышечная (неспецифическая боль) обусловлена

1) поражением элементов скелетно-мышечной системы; +
2) травмой;
3) радикулопатией;
4) поясничным стенозом.

171. Хирургическое лечение в виде удаление грыжи межпозвонкового диска
1) показано при скелетно-мышечной боли в спине;
2) не рекомендуется при скелетно-мышечной боли в спине, так как сопряжено с риском нежелательных явлений; +
3) показано при выявлении грыжи на магнитно-резонансной томограмме;
4) не рекомендуется при скелетно-мышечной боли в спине, так как не имеет преимуществ перед консервативной терапией. +

172. Хронизации боли в нижней части спины способствует
1) длительный постельный режим; +
2) «рентное» отношение к болезни; +
3) информирование пациента о течении заболевания;
4) чрезмерное ограничение физической активности.+

173. Хроническая боль в нижней части спины длится
1) от 6 недель и более;
2) от 6 месяцев и более;
3) от 12 недель и более; +
4) от 4-х недель и более.

174. Эффективность лечения хронической неспецифической боли в нижней части спины возрастает при комбинации мануальной терапии
1) с ношением корсетов;
2) с лечебной физкультурой; +
3) с рефлексотерапией; +
4) с когнитивно-поведенческой терапией. +

Шкала оценивания
«Отлично» - более 90% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 80-89% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 70--79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Неудовлетворительно» - менее 69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации (экзамен)

Промежуточная аттестация осуществляется преподавателем дисциплины по окончании изучения дисциплины в форме зачета с оценкой. Для промежуточной аттестации используются следующие оценочные средства: оценочное средство 1 - Тесты, оценочное средство 2 - чек лист, оценочное средство 3 – вопросы для собеседования.

Оценочные средства для промежуточной аттестации.
Оценочное средство 1
Идентично оценочному средству 1, используемому для текущего контроля.

Оценочное средство 2
Задание 1
Амбулаторный прием пациента в кабинете врача-мануального терапевта.
К Вам на прием пришел пациент. Задача продемонстрировать и озвучить технику проведения лечебных процедур для конкретной ситуации, предусмотренной сценарием. Ваша задача – имитировать лечебную технику без приложения силы к «пациенту». Вам

необходимо воспроизвести общение с пациентом в плане формулировки команд для пациента, как это происходит в клинической практике. Кроме тех приемов, которые Вы можете непосредственно продемонстрировать/имитировать, Ваша задача озвучить все действия, предусмотренные выполняемой лечебной техникой.

Проведение лечебных мероприятий на поясничном отделе позвоночника при флексионной дисфункции позвоночно-двигательного сегмента L3-L4 (функциональный блок L3-L4, фиксация) (постизометрическая релаксация пояснично-подвздошных мышц)

Задание 2 К Вам на прием пришел пациент. Задача продемонстрировать и озвучить технику проведения лечебных процедур для конкретной ситуации, предусмотренной сценарием. Ваша задача – имитировать лечебную технику без приложения силы к «пациенту». Вам необходимо воспроизвести общение с пациентом в плане формулировки команд для пациента, как это происходит в клинической практике. Кроме тех приемов, которые Вы можете непосредственно продемонстрировать/имитировать, Ваша задача озвучить все действия, предусмотренные выполняемой лечебной техникой.

Проведение лечебных мероприятий на поясничном отделе позвоночника при экстензионной дисфункции позвоночно-двигательного сегмента L3-L4 (функциональный блок L3-L4, фиксация) (постизометрическая релаксация пояснично-подвздошных мышц)

Оценочный лист (чек-лист) Чек-лист используется для оценки действий обучающегося

№	Действие аккредитуемого лица	Проведено	Не проведено
1	Убедился в наличии необходимого инвентаря	1 балл	-1 балл
2	Обработал руки гигиеническим способом	1 балл	-1 балла
3	Верно имитировал мышечно-энергетическую технику на поясничном отделе позвоночника на уровне L3-L4 слева	2 балл	-2 балл
4	Верная установка рук врача при имитации выполнения мышечно-энергетической техники на поясничном отделе позвоночника на уровне L3-L4 слева	2 балл	-2 балл
5	Правильно проговорил дальнейшие действия в случае клинической ситуации при манипуляции на поясничном отделе позвоночника с указанием оцениваемых параметров	2 балл	-2 балл
6	Правильно проговорил выполняемые действия при имитации выполнения мышечно-энергетической техники на поясничном отделе позвоночника на уровне L3-L4 слева	2 балл	-2 балл
7	Правильно проговорил выполняемые действия при ПИР подвздошно-посничной мышцы на стороне блокады	2 балл	-2 балл
8	Верно имитировал ПИР пояснично-подвздошных мышц	2 балла	-2 балл
9	Правильно проговорил выполняемые действия при имитации выполнения ПИР пояснично-подвздошных мышц	2 балла	-2 балл
10	Правильно проговорил дальнейшие действия с указанием направления и объема движений в прямой ноге в клинической ситуации ПИР пояснично-подвздошных мышц	2 балл	-2 балл
11	Правильно и понятно формулировал команды пациенту	1 балл	-1 балл
12	Нерегламентированные действия	1 балл	-1 балл
13	Общее впечатление экзаменатора	1 балл	-1 балл
14	Итого	22 балла	

Общая оценка: ___

Шкала оценивания
«Отлично» - 19-22 балла
«Хорошо» - 17-18 баллов
«Удовлетворительно» - 15-16 баллов

«Неудовлетворительно» - менее 15 баллов

Оценочное средство 3

Контрольные вопросы к зачету.

1. Функциональный блок. Определение. Механизм возникновения.
2. Шейный отдел позвоночника. Функциональная анатомия, биомеханика. Диагностика дисфункций в сегменте С0 – С1. Лечебная техника устранения дисфункций в сегменте С0 – С1.
3. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Диагностическое исследование таза.
4. Укороченные и расслабленные мышцы. Определение, механизм возникновения. Тестирование укороченных мышц.
5. Шейный отдел позвоночника. Функциональная анатомия и биомеханика. Диагностика дисфункций в сегментах С2 – С7. Лечебная техника устранения дисфункций по типу FRS в сегментах С2 – С7.
6. Шейный отдел позвоночника. Функциональная анатомия и биомеханика. Диагностика дисфункций в сегменте С2 – С1. Лечебная техника устранения дисфункции.
7. Поясничный отдел позвоночника. Функциональная анатомия и биомеханика. Мануальное тестирование. Диагностика травматических дисфункций. Мышечно-энергетическая техника, применяемая при дисфункциях ERS.
8. Мышечно-энергетические техники. Нейрофизиологические принципы.
9. Поясничный отдел позвоночника. Функциональная анатомия. Биомеханика. Диагностика травматических дисфункций. Мануальное тестирование. Мышечно-энергетическая техника, применяемая при дисфункциях FRS.
10. Грудной отдел позвоночника. Функциональная анатомия. Биомеханика. Мануальное тестирование. Мышечно-энергетическая техника, используемая при ERS в нижнегрудном отделе позвоночника.
11. Поясничный отдел позвоночника. Функциональная анатомия. Биомеханика. Мануальное тестирование. Диагностика и лечение компенсаторных дисфункций.
12. Грудной отдел позвоночника. Функциональная анатомия. Биомеханика. Мануальное тестирование. Диагностика и лечение компенсаторных дисфункций.
13. Мышечный гипертонус. Виды. Механизм возникновения. Тактика лечения.
14. Показания и противопоказания к мануальной терапии.
15. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Лонное сочленение. Виды дисфункций. Патобиомеханика. Диагностика дисфункций лонного сочленения. Лечебные техники при дисфункциях лонного сочленения.
16. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Подвздошная кость. Виды дисфункций, патобиомеханика, диагностика, лечебные техники.
17. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Крестец. Виды дисфункций, патобиомеханика, диагностика, лечебные техники.
18. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Унилатеральные дисфункции крестца, патобиомеханика, диагностика, лечебные техники.
19. Кранио-вертебральный переход. Функциональная анатомия, биомеханика. Клинические феномены дисфункции кранио-вертебрального перехода. Диагностика и лечебные техники дисфункций в сегменте С0 – С1.
20. Мануальная терапия в комплексе реабилитационных мероприятий.
21. Болевой синдром с точки зрения мануальной терапии.
22. Таз. Функциональная анатомия, биомеханика. Торсионные дисфункции крестца, патобиомеханика, диагностика, лечебные техники.

5. Критерии оценивания результатов обучения

Оценка «***отлично***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка «***хорошо***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка «***удовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка «***неудовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.