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:
89bc0900301c561c0dcc38a48f0e3de679484a4c

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
Практики Б2.Б.01(П) Производственная(клиническая) практика

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	Промежуточная аттестация (зачет с оценкой)	Тесты
		Вопросы для собеседования
		Чек листы
		Ситуационные задачи

3. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации (зачет с оценкой)

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 (для оценки практических навыков); оценочное средство 3 – вопросы для собеседования; оценочное средство 4 – ситуационные задачи.

Оценочные средства для промежуточной аттестации.

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) М 54.6;+
3) М 54.2;+
4) М 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

Оценочное средство 2

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.

Задание 1

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

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)

Задание 3

Проведение лечебных мероприятий на шейном отделе позвоночника при флексионной дисфункции позвоночно-двигательного сегмента C4-C5 (функциональный блок C4-C5, фиксация) (постизометрическая релаксация передней лестничной мышцы)

Задание 4

Проведение лечебных мероприятий на шейном отделе позвоночника при экстензионной дисфункции позвоночно-двигательного сегмента C4-C5 (функциональный блок C4-C5, фиксация) (постизометрическая релаксация передней лестничной мышцы)

Задание 5

Проведение лечебных мероприятий на тазовой области - передней торсионной дисфункции крестца справа и постизометрическая релаксация грушевидной мышцы.

Задание 6

Проведение лечебных мероприятий на тазовой области задней торсионной дисфункции крестца справа и постизометрическая релаксация грушевидной мышцы.

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	Расстелил одноразовую простынь	1 балл	- 1 балл
4	Верно имитировал мышечно-энергетическую технику при данной дисфункции	2 балл	-2 балл
5	Верная установка рук врача при имитации выполнения мышечно-энергетической техники при данной дисфункции	2 балл	-2 балл
6	Правильно проговорил дальнейшие действия при данной клинической ситуации с указанием оцениваемых параметров	2 балл	-2 балл
7	Правильно проговорил выполняемые действия при имитации выполнения мышечно-энергетической техники	2 балл	-2 балл
8	Правильно проговорил выполняемые действия при ПИР на стороне блокады	2 балл	-2 балл
9	Верно имитировал ПИР	2 балла	-2 балл
10	Правильно проговорил дальнейшие действия с указанием направления и объема движений в клинической ситуации ПИР	2 балл	-2 балл
11	Правильно и понятно формулировал команды пациенту	1 балл	-1 балл
12	Нерегламентированные действия	1 балл	-1 балл
13	Утилизировал отходы	1 балл	-1 балл
14	Обработал руки гигиеническим способом после работы с пациентом	1 балл	-1 балл
	Общее впечатление экзаменатора	1 балл	-1 балл
	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

Перечень контрольных вопросов для подготовки к промежуточной аттестации по производственной практике Б2.Б.01(П) Производственная (клиническая) практика.

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. Респираторные дисфункции ребер. Ограничение выдоха. Клинические феномены. Диагностика. Методика лечения на примере I ребра.
4. ПИР и АМБ отводящих мышц бедра.
5. Локальная гипермобильность. Определение. Механизм возникновения.
6. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Диагностическое исследование таза.
7. Респираторные дисфункции ребер. Ограничение вдоха. Клинические феномены. Диагностика. Методика лечения на примере VI-IX ребер.
8. ПИР и АМБ мышц, приводящих бедро.
9. Укороченные и расслабленные мышцы. Определение, механизм возникновения. Тестирование укороченных мышц.
10. Шейный отдел позвоночника. Функциональная анатомия и биомеханика. Диагностика дисфункций в сегментах С2 – С7. Лечебная техника устранения дисфункций по типу FRS в сегментах С2 – С7.
11. Респираторные дисфункции ребер. Ограничение вдоха. Клинические феномены. Диагностика. Методика лечения на примере III-V ребер.
12. ПИР и АМБ ишиокруальной мускулатуры.
13. Регионарный постуральный дисбаланс мышц. Определение. Механизм возникновения.
14. Шейный отдел позвоночника. Функциональная анатомия и биомеханика. Диагностика дисфункций в сегменте С2 – С1. Лечебная техника устранения дисфункции.
15. Верхнее смещение I ребра. Клинические феномены. Диагностика и техника устранения краниального смещения I ребра.
16. ПИР и АМБ трехглавой мышцы голени.
17. Неоптимальный двигательный стереотип. Определение. Тестирование двигательного стереотипа в статике и динамике.
18. Поясничный отдел позвоночника. Функциональная анатомия и биомеханика. Мануальное тестирование. Диагностика травматических дисфункций. Мышечно-энергетическая техника, применяемая при дисфункциях ERS.
19. ПИР и АМБ передней лестничной мышцы.
20. Мышечно-энергетические техники. Нейрофизиологические принципы.
21. Поясничный отдел позвоночника. Функциональная анатомия. Биомеханика. Диагностика травматических дисфункций. Мануальное тестирование. Мышечно-энергетическая техника, применяемая при дисфункциях FRS.
21. ПИР и АМБ большой грудной мышцы.
22. Постизометрическая релаксация. Определение. Нейрофизиологические принципы. Техника.
24. Грудной отдел позвоночника. Функциональная анатомия. Биомеханика. Мануальное тестирование. Мышечно-энергетическая техника, используемая при ERS в нижнегрудном отделе позвоночника.
25. Алгоритм тестирования неоптимального двигательного стереотипа.
26. Поясничный отдел позвоночника. Функциональная анатомия. Биомеханика. Мануальное тестирование. Диагностика и лечение компенсаторных дисфункций.
27. ПИР и АМБ подвздошно-поясничной мышцы.
28 ПИР и АМБ сакротуберальной связки.

29. Грудной отдел позвоночника. Функциональная анатомия. Биомеханика. Мануальное тестирование. Диагностика и лечение компенсаторных дисфункций.
30. Передне-задняя компрессия ребра. Клинические феномены. Мануальное тестирование. Лечебная техника.
31. ПИР и АМБ квадратной мышцы поясницы.
32. Мышечный гипертонус. Виды. Механизм возникновения. Тактика лечения.
39. Плечевой сустав. Функциональная анатомия и биомеханика. Алгоритм исследования. Мобилизация.
33. Верхне-латеральная флексия ребра. Клинические феномены. Мануальное тестирование. Лечебная техника.
34. ПИР и АМБ мышц сгибателей головы и шеи.
35. Показания и противопоказания к мануальной терапии.
36. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Лонное сочленение. Виды дисфункций. Патобиомеханика. Диагностика дисфункций лонного сочленения. Лечебные техники при дисфункциях лонного сочленения.
37. Тазобедренный сустав. Функциональная анатомия, биомеханика. Алгоритм исследования. Лечебные техники.
38. ПИР и АМБ передней группы мышц бедра.
Мануальная медицина. Определение. Предмет. Методы. Виды мануальной медицины.
39. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Подвздошная кость. Виды дисфункций, патобиомеханика, диагностика, лечебные техники.
40. Локтевой сустав. Функциональная анатомия, биомеханика. Алгоритм исследования. Лечебные техники.
41. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Крестец. Виды дисфункций, патобиомеханика, диагностика, лечебные техники.
42. Латеральная компрессия ребра. Клинические феномены. Мануальное тестирование. Лечебная техника.
43. ПИР и АМБ разгибателей поясничного отдела позвоночника.
44. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Унилатеральные дисфункции крестца, патобиомеханика, диагностика, лечебные техники.
45. ПИР и АМБ трапециевидной мышцы.

Оценочное средство 4.
Ситуационная задача № 1

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции/ названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.40	Специальность: Мануальная терапия
К	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния, на здоровье человека факторов среды его обитания
К	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи;
Ф	А/01.7_8	Проведение мануальной диагностики соматических дисфункций (нарушений здоровья) у пациентов на основе владения мануальными и иными методами исследования с целью выявления функциональной соматической патологии

Ф	A/02.7_8	Лечение пациентов с выявленными соматическими дисфункциями с использованием методов мануальной терапии
Ф	A/03.7_8	Проведение и контроль эффективности оказания медицинской помощи по профилю «Мануальная терапия» пациентам при реализации мероприятий медицинской реабилитации
Ф	A/04.7_8	Проведение профилактики заболеваний и состояний у пациентов с применением методов мануальной терапии, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		В клинику обратился мужчина 36 лет с жалобами на острую боль в области поясницы, больше справа, с иррадиацией по задней поверхности бедра до коленной ямки. Боль возникла за день до обращения в результате поднятия тяжести Объективно: Состояние удовлетворительное, положение активное Конституциональный тип – гиперстенический. Рост 164 см, вес 72 кг. Кожные покровы бледно-розовые. Мускулатура развита нормально. Видимых деформаций ОДА не выявлено. Суставы в/к и н/к без видимых изменений: припухлости, деформаций, болезненности и ограничения движений не выявлено. Ограничение движений и усиление болевого синдрома при флексии в поясничном отделе позвоночника. В экстензии болевой синдром уменьшается, ограничения движений нет. Выраженный гипертонус мышц поясницы, больше справа. У больного выявляется положительный симптом Ласега с угла 40, сопровождающийся резкой болью в поясничном отделе с иррадиацией по задней поверхности бедра до коленной ямки. Флексионный тест стоя справа ярко положительный (+++), сидя – отрицательный (-). Во время флексии стоя тело пациента отклоняется влево по оси движения. При флексии в поясничном отделе определяется выступание на уровне суставного отростка L4-L5 справа. При разгибании позвоночника различий в положении отростков не выявлено. Отсутствие движений в крестцово-подвздошном суставе справа. Базис крестца справа находится вентрально (++), нижний угол крестца справа - вентрально (+). Лучевая диагностика не проводилась.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный неврологический и патобиомеханический диагноз
В	2	Обоснуйте необходимость устранения выявленных патобиомеханических нарушений
В	3	Сформируйте комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья данного пациента и включающих в себя предупреждение возникновения и распространения заболевания
В	4	Составьте и обоснуйте план диспансерного наблюдения

Оценочный лист к ситуационной задаче № 1

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции/ названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.40	Специальность: Мануальная терапия
К	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния, на здоровье человека факторов среды его обитания
К	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров,

		диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи
Ф	А/01.7_8	Проведение мануальной диагностики соматических дисфункций (нарушений здоровья) у пациентов на основе владения мануальными и иными методами исследования с целью выявления функциональной соматической патологии
Ф	А/02.7_8	Лечение пациентов с выявленными соматическими дисфункциями с использованием методов мануальной терапии
Ф	А/03.7_8	Проведение и контроль эффективности оказания медицинской помощи по профилю «Мануальная терапия» пациентам при реализации мероприятий медицинской реабилитации
Ф	А/04.7_8	Проведение профилактики заболеваний и состояний у пациентов с применением методов мануальной терапии, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		В клинику обратился мужчина 36 лет с жалобами на острую боль в области поясницы, больше справа, с иррадиацией по задней поверхности бедра до коленной ямки. Боль возникла за день до обращения в результате поднятия тяжести Объективно: Состояние удовлетворительное, положение активное Конституциональный тип – гиперстенический. Рост 164 см, вес 72 кг. Кожные покровы бледно-розовые. Мускулатура развита нормально. Видимых деформаций ОДА не выявлено. Суставы в/к и н/к без видимых изменений: припухлости, деформаций, болезненности и ограничения движений не выявлено. Ограничение движений и усиление болевого синдрома при флексии в поясничном отделе позвоночника. В экстензии болевой синдром уменьшается, ограничения движений нет. Выраженный гипертонус мышц поясницы, больше справа. У больного выявляется положительный симптом Ласега с угла 40, сопровождающийся резкой болью в поясничном отделе с иррадиацией по задней поверхности бедра до коленной ямки. Флексионный тест стоя справа ярко положительный (+++), сидя – отрицательный (-). Во время флексии стоя тело пациента отклоняется влево по оси движения. При флексии в поясничном отделе определяется выступание на уровне суставного отростка L4-L5 справа. При разгибании позвоночника различий в положении отростков не выявлено. Отсутствие движений в крестцово-подвздошном суставе справа. Базис крестца справа находится вентрально (++), нижний угол крестца справа - вентрально (+). Лучевая диагностика не проводилась.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный неврологический и патобиомеханический диагноз (ПК5)
Э	-	Неврологический диагноз: Дорсопатия по типу острой вертеброгенной люмбоишалгии, радикулопатия L4-L5, выраженный миофасциальный болевой синдром. Патобиомеханический диагноз: ERS дисфункция L4-L5 справа, передняя торсия крестца справа. Гипертонус мышц пояснично-крестцового отдела.

		Патобиомеханический диагноз выставлен на основании выявленного ограничения движения во флексии. Положительного флексионного теста стоя. На основании выявленной разницы между выраженностью флексионного теста в положениях стоя и сидя. Выступания суставного отростка L_4-L_5. Отсутствия движений в крестцово-подвздошном суставе справа. На основании положения базиса и углов крестца.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетвори тельно	Ответ дан не полностью: не полностью поставлен диагноз
Р0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан неверно.
В	2	Обоснуйте необходимость устранения выявленных патобиомеханических нарушений (ПК6)
Э		Необходимость устранения наличие выявленных дисфункций, обусловлена наличием выраженного болевого синдрома, гипертонуса мышц пояснично-крестцового отдела. Объединяя в себе принципы неврологии, биомеханики, ортопедии и нейрофизиологии, мануальная терапия является действенным лечебным методом в данном случае. Во время терапии происходит перестройка и нормализация движений как позвоночника, так и мышц. Соответственно, они должны «научиться» новым, физиологичным движениям. Под воздействием мануальной терапии улучшается кровообращение — стимулируется питание тканей, обмен веществ, улучшается тонус мышц. При грыже мануальная терапия может быть использована как дополнение к способам лечения, которые направлены на её уменьшение или уничтожение. Мануальная терапия отлично подходит не только для лечения, но и для профилактики заболеваний (особенно опорно-двигательного аппарата). В частности, появления и обострения болезней позвоночника и суставов — таких, как остеохондроз, сколиоз, радикулит, межпозвоночная грыжа, и других.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетвори тельно	Ответ дан не полностью: не полностью обоснована необходимость устранения патобиомеханических нарушений
Р0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан неверно.
В	3	Сформируйте комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья данного пациента и включающих в себя предупреждение возникновения и распространения заболевания (ПК1)
Э		Оптимизация физической активности (рекомендации даются индивидуально в зависимости от клинико-функционального состояния); при отсутствии противопоказаний физические аэробные повседневные нагрузки по 30 минут ходьбы в умеренном темпе в день способствуют снижению повышенного АД; интенсивные изометрические силовые нагрузки, подъем тяжестей могут вызвать значительное повышение АД, поэтому их следует исключить. Рекомендуются дыхательные упражнения с удлиненным выдохом. При АГ 3 степени уровень физической активности определяется индивидуально, исходя из комплексной оценки состояния пациента, наличия и степени выраженности осложнений и сопутствующих заболеваний. Чаще всего - это лечебная физкультура под контролем врача ЛФК и инструктора по лечебной физкультуре. Контроль и снижение психоэмоционального напряжения/стресса (при необходимости назначить консультацию психолога, дать рекомендации по самоконтролю стрессовых ситуаций).
2	отлично	Ответ дан полностью.

Р1	хорошо/удовлетворительно	Ответ дан не полностью
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан неверно.
В	4	Составьте и обоснуйте план диспансерного наблюдения (ПК2)
Э		Категория диспансеризации Д3. Пациент попадает под диспансерное наблюдение по вертеброневрологической патологии. Диспансерное наблюдение включает: Невролог 2-3 раза в год, в течение 1 года. В дальнейшем 1-2 раза в год. Дополнительная консультация: Терапевт, уролог - 1 раз в год. По показаниям - ортопед и онколог. Диагностические исследования: Анализ крови, общий анализ мочи - 1 раз в год. Рентгенография позвоночника - по показаниям.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Ответ дан не полностью
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Беляев А.Ф.

Ситуационная задача № 2

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции/ названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.40	Специальность: Мануальная терапия
К	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
К	ПК-13	готовность к определению показаний и противопоказаний к занятиям лечебной физкультурой, оценке ее эффективности, проведению врачебного контроля
К	ПК- 14	готовность к определению показаний, противопоказаний к проведению процедур медицинского массажа, оценке эффективности
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи;
Ф	А/01.7_8	Проведение мануальной диагностики соматических дисфункций (нарушений здоровья) у пациентов на основе владения мануальными и иными методами исследования с целью выявления функциональной соматической патологии
Ф	А/02.7_8	Лечение пациентов с выявленными соматическими дисфункциями с использованием методов мануальной терапии
Ф	А/03.7_8	Проведение и контроль эффективности оказания медицинской помощи по профилю «Мануальная терапия» пациентам при реализации мероприятий медицинской реабилитации
Ф	А/04.7_8	Проведение профилактики заболеваний и состояний у пациентов с применением методов мануальной терапии, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		После подъема тяжести во время ремонта своей квартиры у мужчины 38 лет появилась резкая боль в поясничном отделе с иррадиацией по

		заднелатеральной поверхности левой ноги, снижение чувствительности по заднелатеральной поверхности бедра и голени. В связи с сохранением боли в течение недели, был вынужден обратиться к врачу. При осмотре: ахиллов рефлекс слева угнетен, резкая боль в поясничном отделе при кашле, положительный симптом Лассега слева с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени. Положительны флексионный тест стоя слева, резко положителен сидя слева. Нижняя конечность справа. удлинена в положении лежа на животе. SIPS кпереди справа и кзади слева. Sulcus SI справа слабо углублена; Нижний латеральный угол крестца слева смещен кзади и книзу; Крестцово-седалищная связка напряжена слева и расслаблена справа; Грушевидная мышца слева находится в состоянии напряжения. Адаптационная выпуклость поясничного отдела позвоночника справа. Тест подскока положительный. Тест Dauning отрицателен. В положении «Сфинкса» позиционные признаки крестца, выявленные ранее, проявляются более выраженно.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический и патобиомеханический диагноз
В	2	Обоснуйте немедикаментозные методы лечения
В	3	Сформируйте комплекс реабилитационных мероприятий.
В	4	Составьте и обоснуйте план двигательной активности и принципы ЛФК

Оценочный лист к ситуационной задаче №2

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции/ названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.40	Специальность: Мануальная терапия
К	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
К	ПК-13	готовность к определению показаний и противопоказаний к занятиям лечебной физкультурой, оценке ее эффективности, проведению врачебного контроля
К	ПК- 14	готовность к определению показаний, противопоказаний к проведению процедур медицинского массажа, оценке эффективности
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи;
Ф	A/01.7_8	Проведение мануальной диагностики соматических дисфункций (нарушений здоровья) у пациентов на основе владения мануальными и иными методами исследования с целью выявления функциональной соматической патологии
Ф	A/02.7_8	Лечение пациентов с выявленными соматическими дисфункциями с использованием методов мануальной терапии
Ф	A/03.7_8	Проведение и контроль эффективности оказания медицинской помощи по профилю «Мануальная терапия» пациентам при реализации мероприятий медицинской реабилитации
Ф	A/04.7_8	Проведение профилактики заболеваний и состояний у пациентов с применением методов мануальной терапии, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		После подъема тяжести во время ремонта своей квартиры у мужчины

		38 лет появилась резкая боль в поясничном отделе с иррадиацией по заднелатеральной поверхности левой ноги, снижение чувствительности по заднелатеральной поверхности бедра и голени. В связи с сохранением боли в течение недели, был вынужден обратиться к врачу. При осмотре: ахиллов рефлекс слева угнетен, резкая боль в поясничном отделе при кашле, положительный симптом Лассега слева с угла 30°, гипестезия по заднелатеральной поверхности бедра и голени. Положительны флексионный тест стоя слева, резко положителен сидя слева. Нижняя конечность справа. удлинена в положении лежа на животе. SIPS кпереди справа и кзади слева. Sulcus SI справа слабо углублена; Нижний латеральный угол крестца слева смещен кзади и книзу; Крестцово-седалищная связка напряжена слева и расслаблена справа; Грушевидная мышца слева находится в состоянии напряжения. Адаптационная выпуклость поясничного отдела позвоночника справа. Тест подскока положительный. Тест Dauning отрицателен. В положении «Сфинкса» позиционные признаки крестца, выявленные ранее, проявляются более выраженно.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический и патобиомеханический диагноз (ПК5)
Э	-	Клинический диагноз: Спондилогенная радикулопатия S1 слева. Мышечно-тонический синдром. Патобиомеханический диагноз: дисфункция крестца слева. Торсия налево вокруг правой косой оси. Гипертонус мышц пояснично-крестцового отдела. Патобиомеханический диагноз выставлен на основании выявленного ограничения движения во флексии. Положительного флексионного теста стоя. На основании выявленной разницы между выраженностью флексионного теста в положениях стоя и сидя. Отсутствия движений в крестцово-подвздошном суставе слева. На основании положения базиса и углов крестца.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетвори тельно	Ответ дан не полностью: не полностью поставлен диагноз
Р0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан неверно.
В	2	Обоснуйте немедикаментозные методы лечения (ПК6)
Э		Ограничение двигательного режима; Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде) Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; Иглорефлексотерапия. Физиотерапевтические процедуры; (в подостром периоде), постизометрическая релаксация; иглорефлексотерапия, гирудотерапия, психотерапия, направленная на обучения способам произвольного уменьшения болевых ощущений.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетвори тельно	Ответ дан не полностью: не полностью обоснована необходимость устранения патобиомеханических нарушений
Р0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан неверно.
В	3	Сформируйте комплекс реабилитационных мероприятий. (ПК1)
Э		Реабилитационные мероприятия в стадии обострения заболевания имеют преимущественно симптоматический характер и направлены на уменьшение интенсивности боли, которая, дезадаптирует больного. Ведущими средствами реабилитации являются лекарственная терапия, медикаментозные лечебные блокады, ортопедические мероприятия, физиотерапия.

2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Ответ дан не полностью
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан неверно.
В	4	Составьте и обоснуйте план двигательной активности и принципы ЛФК (ПК2)
Э		Ограничение двигательного режима на период интенсивного болевого синдрома. При стихании болевого синдрома расширение двигательной упражнений, направленных на постизометрическую релаксацию, а в дальнейшем – на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Ответ дан не полностью
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Беляев А.Ф.

Ситуационная задача № 3

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции/ названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.40	Специальность: Мануальная терапия
К	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
К	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
	ПК - 11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи;
К	ПК - 10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
Ф	А/01.7_8	Проведение мануальной диагностики соматических дисфункций (нарушений здоровья) у пациентов на основе владения мануальными и иными методами исследования с целью выявления функциональной соматической патологии
Ф	А/02.7_8	Лечение пациентов с выявленными соматическими дисфункциями с использованием методов мануальной терапии
Ф	А/03.7_8	Проведение и контроль эффективности оказания медицинской помощи по профилю «Мануальная терапия» пациентам при реализации мероприятий медицинской реабилитации

Ф	А/04.7_8	Проведение профилактики заболеваний и состояний у пациентов с применением методов мануальной терапии, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		У мужчины 39 лет на фоне силовых нагрузок в тренажерном зале, которые он проводил после длительного перерыва, появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника, боль и парестезии по передней поверхности голени до первых пальцев стопы справа. Боль усиливается при движении и физической нагрузке. В течение пяти дней самостоятельно применял местно мазь с согревающим эффектом. Состояние пациента не изменилось, и он обратился за помощью к врачу семейной практики. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, напряжение мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе, симптом Лассега <40° справа, гипестезия соответствующая локализации болей, слабость тыльного разгибания первого пальца стопы справа, изменений рефлексов с нижних конечностей не выявлено. При мануальной диагностике выявлено: При активном тесте выявляется ограничение сгибания, экстензия без ограничений. Симптом пружинения положительный в сегменте L5-S1. Пальпаторно определяется выстояние поперечного отростка L5 справа в позе «молящегося». Во время экстензии (поза «Сфинкса») разницы в положении отростков не выявлено.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический и патобиомеханический диагноз
В	2	Обоснуйте немедикаментозные методы лечения, приемы мануально терапии
В	3	Какие критерии оценки качества оказания медицинской помощи вы будете использовать
В	4	Составьте и обоснуйте комплекс профилактических мероприятий и составьте план беседы с пациентом

Оценочный лист к ситуационной задаче № 3

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции/ названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.40	Специальность: Мануальная терапия
К	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
К	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
	ПК - 11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи;
К	ПК - 10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
Ф	А/01.7_8	Проведение мануальной диагностики соматических дисфункций (нарушений здоровья) у пациентов на основе владения мануальными и иными методами исследования с целью выявления функциональной соматической патологии

Ф	А/02.7_8	Лечение пациентов с выявленными соматическими дисфункциями с использованием методов мануальной терапии
Ф	А/03.7_8	Проведение и контроль эффективности оказания медицинской помощи по профилю «Мануальная терапия» пациентам при реализации мероприятий медицинской реабилитации
Ф	А/04.7_8	Проведение профилактики заболеваний и состояний у пациентов с применением методов мануальной терапии, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		У мужчины 39 лет на фоне силовых нагрузок в тренажерном зале, которые он проводил после длительного перерыва, появились резкие боли в поясничном отделе позвоночника, боль и парестезии по передней поверхности голени до первых пальцев стопы справа. Боль усиливается при движении и физической нагрузке. В течение пяти дней самостоятельно применял местно мазь с согревающим эффектом. Состояние пациента не изменилось, и он обратился за помощью к врачу семейной практики. При осмотре отмечается сглаженность поясничного лордоза, напряжение мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе, симптом Лассега □40° справа, гипестезия соответствующая локализации болей, слабость тыльного разгибания первого пальца стопы справа, изменений рефлексов с нижних конечностей не выявлено. При мануальной диагностике выявлено: При активном тесте выявляется ограничение сгибания, экстензия без ограничений. Симптом пружинения положительный в сегменте L5-S1. Пальпаторно определяется выстояние поперечного отростка L5 справа в позе «молящегося». Во время экстензии (поза «Сфинкса») разницы в положении отростков не выявлено.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический и патобиомеханический диагноз
Э	-	Спондилогенная радикулопатия L5 справа. Мышечно-тонический синдром. Корешок L5 справа. Дисфункция ERS L5-S1 справа, L5 в экстензии с ротацией и латерофлексией направо
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетвори тельно	Ответ дан не полностью: не полностью поставлен диагноз
Р0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан неверно.
В	2	Обоснуйте немедикаментозные методы лечения, приемы мануально терапии
Э		Ограничение двигательной активности на период интенсивных болей Мануальная терапия ЛФК Рефлексотерапия Психологические методы Массаж мышц поясницы и нижних конечностей Воздействия импульсным низкочастотным электромагнитным полем при хронической ДПКР Длительность постельного режима не должна превышать 3-5 дней Более длительный постельный режим ухудшает течение заболевания Сохранении физической активности предупреждает катастрофизацию субъективного восприятия болезни и способствует выздоровлению. Длительное снижение профессиональной, социальной и бытовой

		активности ухудшает прогноз и течение заболевания. ЛФК представляет собой комплекс динамических и/или статических упражнений, включающий аэробные нагрузки, методики статического и динамического укрепления мускулатуры, мобилизационные упражнения, а также общеукрепляющие упражнения. Лечебная физкультура оказывает положительный эффект на общее состояние здоровья пациентов, предотвращая повторяющиеся эпизоды боли, и лишена серьезных побочных эффектов, если выполняется под контролем специалиста с учетом функциональных возможностей пациента. Среди методов мануальной терапии наиболее безопасны мягкие мышечные техники, их применение должно учитывать состояние больного. Может уменьшить боль и улучшить функциональное состояние пациентов. Мануальная терапия может привести к усилению боли и ухудшению функций вследствие дополнительного воздействия на скелетно-мышечные структуры, но эти осложнения носят преходящий характер; серьезные осложнения (переломы, компрессия корешков конского хвоста, сосудистые осложнения) встречаются редко.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Ответ дан не полностью: не полностью обоснована необходимость устранения патобиомеханических нарушений
Р0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан неверно.
В	3	Какие критерии оценки качества оказания медицинской помощи вы будете использовать
Э		При сборе жалоб и анамнеза у пациентов с подозрением на ДПКР рекомендуется использование краткого опросника на выявление признаков так называемых «специфических» причин заболевания с целью выбора дальнейшей тактики ведения больного 2. Проведена оценка интенсивности боли по ВАШ, ВРШ или ЧРШ в момент обращения и в динамике 3. Проведено соматическое обследование на предмет наличия «специфических» причин боли в спине 4. Проведено клиническое обследование с оценкой неврологического статуса и тестов натяжения 5. Проведена МРТ или КТ позвоночника (один отдел) или рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами при подозрении на наличие «специфических» причин боли в спине или при наличии других показаний 6. Проведено информирование пациента о доброкачественной природе заболевания и высокой вероятности выздоровления 7. Назначена качественная рациональная анальгезия (по показаниям: НПВП, миорелаксанты центрального действия, витамины группы В, противоэпилептические препараты, опиоиды, антидепрессанты) 8. Рекомендовано эпидуральное введение глюкокортикоидов пациентам с острой и подострой ДПКР 9. Рекомендована консультация врача-нейрохирурга при наличии показаний 10. Рекомендованы способы профилактики 11. Рекомендованы методы реабилитации
2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Ответ дан не полностью
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан неверно.

В	4	Составьте и обоснуйте комплекс профилактических мероприятий и составьте план беседы с пациентом
Э		Рекомендуется: избегать чрезмерных физических нагрузок (подъем тяжестей, ношение тяжелой сумки в одной руке и др.) и переохлаждения. Исключение длительных статических нагрузок (длительное сидение, пребывание в неудобном положении и др.). Регулярные занятия лечебной физкультурой, лечебное плавание в бассейне, терренное лечение (лечение ходьбой)
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Ответ дан не полностью
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Беляев А.Ф.

Ситуационная задача № 4

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции/ названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.40	Специальность: Мануальная терапия
К	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи;
К	ПК -2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
К	ПК - 8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
К	ПК -13	Готовность к определению показаний и противопоказаний к занятиям лечебной физкультурой, оценке ее эффективности, проведению врачебного контроля
К	ПК - 14	Готовность к определению показаний, противопоказаний к проведению процедур медицинского массажа, оценке эффективности
Ф	А/01.7_8	Проведение мануальной диагностики соматических дисфункций (нарушений здоровья) у пациентов на основе владения мануальными и иными методами исследования с целью выявления функциональной соматической патологии
Ф	А/02.7_8	Лечение пациентов с выявленными соматическими дисфункциями с использованием методов мануальной терапии
Ф	А/04.7_8	Проведение профилактики заболеваний и состояний у пациентов с применением методов мануальной терапии, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	А/03.7_8	Проведение и контроль эффективности оказания медицинской помощи по профилю «Мануальная терапия» пациентам при реализации мероприятий медицинской реабилитации

И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Студент четвёртого курса работал во время «практики» в приемном отделении. На дежурстве, в момент перекладывания больного с каталки на рентгеновский стол, внезапно, почувствовал боль в пояснице, с трудом смог выпрямиться через несколько минут. На следующий день, в связи с сохраняющейся болью, обратился к врачу. При осмотре: выпрямление поясничного лордоза, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Рефлексы с ног живые, одинаковые с обеих сторон, патологических знаков нет, нарушений чувствительности не выявлено. При мануальном осмотре - Тест флексии, стоя справа ++, тест флексии, сидя справа +++. В положении пациента лежа на животе, правая нога длиннее левой, левая бороздка углублена. При ритмичном надавливании на поясничный отдел полечен мягкий пружинящий ответ тканей. Левый нижний угол крестца расположен вентро-цефалически. В области LII-LIII при разгибании позвоночника поперечный отросток справа западает. При сгибании позвоночника различий в положении отростков не выявлено. На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника костно-травматических повреждений нет.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический и патобиомеханический диагноз
В	2	Обоснуйте немедикаментозные методы лечения. Принципы мануального лечения
В	3	Сформируйте комплекс реабилитационных мероприятий, профилактики
В	4	Составьте и обоснуйте план двигательной активности и принципы ЛФК

Оценочный лист к ситуационной задаче № 4

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции/ названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.40	Специальность: Мануальная терапия
К	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи;
К	ПК -2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
К	ПК - 8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
К	ПК -13	Готовность к определению показаний и противопоказаний к занятиям лечебной физкультурой, оценке ее эффективности, проведению врачебного контроля
К	ПК - 14	Готовность к определению показаний, противопоказаний к проведению процедур медицинского массажа, оценке эффективности
Ф	А/01.7_8	Проведение мануальной диагностики соматических дисфункций (нарушений здоровья) у пациентов на основе владения мануальными и иными методами исследования с целью выявления функциональной соматической патологии

Ф	А/02.7_8	Лечение пациентов с выявленными соматическими дисфункциями с использованием методов мануальной терапии
Ф	А/03.7_8	Проведение и контроль эффективности оказания медицинской помощи по профилю «Мануальная терапия» пациентам при реализации мероприятий медицинской реабилитации
Ф	А/04.7_8	Проведение профилактики заболеваний и состояний у пациентов с применением методов мануальной терапии, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Студент четвёртого курса работал во время «практики» в приемном отделении. На дежурстве, в момент перекладывания больного с каталки на рентгеновский стол, внезапно, почувствовал боль в пояснице, с трудом смог выпрямиться через несколько минут. На следующий день, в связи с сохраняющейся болью, обратился к врачу. При осмотре: выпрямление поясничного лордоза, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Рефлексы с ног живые, одинаковые с обеих сторон, патологических знаков нет, нарушений чувствительности не выявлено. При мануальном осмотре - Тест флексии, стоя справа ++, тест флексии, сидя справа +++. В положении пациента лежа на животе, правая нога длиннее левой, левая бороздка углублена. При ритмичном надавливании на поясничный отдел полечен мягкий пружинящий ответ тканей. Левый нижний угол крестца расположен вентро-цефалически. В области LII-LIII при разгибании позвоночника поперечный отросток справа западает. При сгибании позвоночника различий в положении отростков не выявлено. На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника костно-травматических повреждений нет.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический и патобиомеханический диагноз
Э	-	Люмбаго Патобиомеханический диагноз: передняя правосторонняя торсия крестца, FRS L2-L3 справа.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Ответ дан не полностью: не полностью поставлен диагноз
Р0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан неверно.
В	2	Обоснуйте немедикаментозные методы лечения. Принципы мануального лечения
Э		- Мануальная терапия при заболеваниях позвоночника возможна у пациентов с острой, рекомендуется при подострой и хронической скелетно-мышечной БНЧС, она способна уменьшить боль и улучшить функциональное состояние пациента. Использование мануальной терапии в комбинации с лечебной физкультурой и психологическими методами повышает ее эффективность. Риск осложнений от проведения манипуляций на поясничном уровне относительно низкий Мануальная терапия остается одним из наиболее часто используемых методов лечения, многие пациенты отмечают уменьшение боли и улучшение функционального состояния после сеансов мануальной терапии. ЛФК. Как правило, занятия лечебной физкультурой рекомендуются пациентам после уменьшения боли с целью предупреждения новых

		обострений. По возможности более раннее начало физических упражнений может ускорить регресс боли и снизить риск ее хронизации. Психологические методы терапии, включающие КПТ и терапию осознанности ("mindfulness") (клинико-психологическая адаптация, клинико-психологическое консультирование, клинико-психологическая коррекция, клинико-психологический тренинг). Рекомендуется поверхностное тепло (шаль, теплый пояс) на поясничную область, так как тепло способно уменьшить интенсивность боли. Рекомендуется рефлексотерапия, в некоторых исследованиях отмечено снижение боли после сеансов рефлексотерапии. Рефлексотерапия рекомендуется в качестве дополнительного метода. Рефлексотерапия не ассоциируется с серьезными нежелательными явлениями. Массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника, массаж пояснично-крестцовой области, сегментарный массаж пояснично-крестцовой области, потому что в некоторых исследованиях отмечено снижение интенсивности боли после массажа. Физиотерапевтические методы лечения. Отмечена эффективность воздействия импульсным низкочастотным электромагнитным полем.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Ответ дан не полностью: не полностью обоснована немедикаментозные методы лечения
Р0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан неверно.
В	3	Сформируйте комплекс реабилитационных мероприятий, профилактики
Э		Рекомендуется всем пациентам с хронической БНЧС. Реабилитация может включать лечебную физкультуру при заболеваниях позвоночника, мануальную терапию при заболеваниях позвоночника, психологические методы, воздействие импульсным низкочастотным электромагнитным полем. Санаторно-курортное лечение может включать Ванны минеральные лечебные и пелоидотерапию (грязелечение), потому что эти методы эффективны в комплексном лечении хронической боли в спине. Противопоказаны при сопутствующих онкологических заболеваниях, снижении свертываемости крови, сердечно-сосудистых заболеваниях с выраженными функциональными нарушениями, доброкачественных новообразованиях, склонных к росту.
2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Ответ дан не полностью
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан неверно.
В	4	Составьте и обоснуйте план двигательной активности и принципы ЛФК
Э		Регулярные физические упражнения, направленные на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок. Лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника (регулярные физические упражнения, которые проводятся по рекомендации и под контролем специалиста) при условии ее хорошей переносимости пациентом, однако ее проведение в период обострения приводит к незначительному регрессу боли, при этом не следует использовать упражнения (значительные сгибания, разгибания или вращения

		туловищем), которые могут спровоцировать усиление боли.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетворительно	Ответ дан не полностью
Р0	неудовлетворительно	Ответ дан неверно.
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Беляев А.Ф.

Ситуационная задача № 5

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции/ названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.40	Специальность: Мануальная терапия
К	ПК - 1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи;
К	ПК -2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
К	ПК - 4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
Ф	А/01.7_8	Проведение мануальной диагностики соматических дисфункций (нарушений здоровья) у пациентов на основе владения мануальными и иными методами исследования с целью выявления функциональной соматической патологии
Ф	А/02.7_8	Лечение пациентов с выявленными соматическими дисфункциями с использованием методов мануальной терапии
Ф	А/04.7_8	Проведение профилактики заболеваний и состояний у пациентов с применением методов мануальной терапии, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	А/03.7_8	Проведение и контроль эффективности оказания медицинской помощи по профилю «Мануальная терапия» пациентам при реализации мероприятий медицинской реабилитации
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Женщина 28 лет, поднимая на руки своего трехлетнего сына, внезапно, почувствовала сильную боль в пояснице. С трудом смогла разогнуться. В связи с сохранением боли, на следующий день обратилась к врачу. При осмотре: выпрямлен поясничный лордоз, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Тонус и сила в ногах не изменены. Глубокие рефлексы с ног живые, симметричные Чувствительных нарушений не выявлено, симптом Лассега отрицателен с обеих сторон.

		Флексионный тест стоя справа ярко положительный (+++), сидя – отрицательный (-). Во время флексии стоя тело пациента отклоняется влево по оси движения. При флексии в поясничном отделе определяется выступание на уровне суставного отростка L3-L4 справа. При разгибании позвоночника различий в положении отростков не выявлено. Отсутствие движений в крестцово-подвздошном суставе справа. Базис крестца справа находится вентрально (++), нижний угол крестца справа - вентрально (+). На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника костно-травматических повреждений нет.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический и патобиомеханический диагноз
В	2	Обоснуйте немедикаментозные методы лечения. Принципы мануального лечения
В	3	Сформируйте комплекс реабилитационных мероприятий, профилактики
В	4	Составьте и обоснуйте план двигательной активности и принципы ЛФК

Оценочный лист к ситуационной задаче № 5

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции/ названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.40	Специальность: Мануальная терапия
К	ПК - 1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи;
К	ПК -2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
К	ПК - 4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
Ф	A/01.7_8	Проведение мануальной диагностики соматических дисфункций (нарушений здоровья) у пациентов на основе владения мануальными и иными методами исследования с целью выявления функциональной соматической патологии
Ф	A/02.7_8	Лечение пациентов с выявленными соматическими дисфункциями с использованием методов мануальной терапии
Ф	A/03.7_8	Проведение и контроль эффективности оказания медицинской помощи по профилю «Мануальная терапия» пациентам при реализации мероприятий медицинской реабилитации
Ф	A/04.7_8	Проведение профилактики заболеваний и состояний у пациентов с применением методов мануальной терапии, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Женщина 28 лет, поднимая на руки своего трехлетнего сына, внезапно,

		почувствовала сильную боль в пояснице. С трудом смогла разогнуться. В связи с сохранением боли, на следующий день обратилась к врачу. При осмотре: выпрямлен поясничный лордоз, напряжение длинных мышц спины, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе. Тонус и сила в ногах не изменены. Глубокие рефлексы с ног живые, симметричные Чувствительных нарушений не выявлено, симптом Лассега отрицателен с обеих сторон. Флексионный тест стоя справа ярко положительный (+++), сидя – отрицательный (-). Во время флексии стоя тело пациента отклоняется влево по оси движения. При флексии в поясничном отделе определяется выступание на уровне суставного отростка L3-L4 справа. При разгибании позвоночника различий в положении отростков не выявлено. Отсутствие движений в крестцово-подвздошном суставе справа. Базис крестца справа находится вентрально (++), нижний угол крестца справа - вентрально (+). На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника костно-травматических повреждений нет.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический и патобиомеханический диагноз
Э	-	Люмбаго Патобиомеханический диагноз: ERS дисфункция L3-L4 справа, передняя торсия крестца справа. Гипертонус мышц пояснично-крестцового отдела. Патобиомеханический диагноз выставлен на основании выявленного ограничения движения во флексии. Положительного флексионного теста стоя. На основании выявленной разницы между выраженностью флексионного теста в положениях стоя и сидя. Выступания суставного отростка L4-L5. Отсутствия движений в крестцово-подвздошном суставе справа. На основании положения базиса и углов крестца.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетвори тельно	Ответ дан не полностью: не полностью поставлен диагноз
Р0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан неверно.
В	2	Обоснуйте немедикаментозные методы лечения. Принципы мануального лечения
Э		- Мануальная терапия при заболеваниях позвоночника возможна у пациентов с острой, рекомендуется при подострой и хронической скелетно-мышечной БНЧС, она способна уменьшить боль и улучшить функциональное состояние пациента. Использование мануальной терапии в комбинации с лечебной физкультурой и психологическими методами повышает ее эффективность. Риск осложнений от проведения манипуляций на поясничном уровне относительно низкий Мануальная терапия остается одним из наиболее часто используемых методов лечения, многие пациенты отмечают уменьшение боли и улучшение функционального состояния после сеансов мануальной терапии. ЛФК. Как правило, занятия лечебной физкультурой рекомендуются пациентам после уменьшения боли с целью предупреждения новых обострений. По возможности более раннее начало физических упражнений может ускорить регресс боли и снизить риск ее хронизации. Психологические методы терапии, включающие КПТ и терапию осознанности ("mindfulness") (клинико-психологическая адаптация, клинико-психологическое консультирование, клинико-психологическая коррекция, клинико-психологический тренинг).

		Рекомендуется поверхностное тепло (шаль, теплый пояс) на поясничную область, так как тепло способно уменьшить интенсивность боли. Рекомендуется рефлексотерапия, в некоторых исследованиях отмечено снижение боли после сеансов рефлексотерапии. Рефлексотерапия рекомендуется в качестве дополнительного метода. Рефлексотерапия не ассоциируется с серьезными нежелательными явлениями. Массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника, массаж пояснично-крестцовой области, сегментарный массаж пояснично-крестцовой области, потому что в некоторых исследованиях отмечено снижение интенсивности боли после массажа. Физиотерапевтические методы лечения. Отмечена эффективность воздействия импульсным низкочастотным электромагнитным полем.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетвори тельно	Ответ дан не полностью: не полностью обоснована немедикаментозные методы лечения
Р0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан неверно.
В	3	Сформируйте комплекс реабилитационных мероприятий, профилактики
Э		Рекомендуется всем пациентам с хронической БНЧС. Реабилитация может включать лечебную физкультуру при заболеваниях позвоночника, мануальную терапию при заболеваниях позвоночника, психологические методы, воздействие импульсным низкочастотным электромагнитным полем. Санаторно-курортное лечение может включать Ванны минеральные лечебные и пелоидотерапию (грязелечение), потому что эти методы эффективны в комплексном лечении хронической боли в спине. Противопоказаны при сопутствующих онкологических заболеваниях, снижении свертываемости крови, сердечно-сосудистых заболеваниях с выраженными функциональными нарушениями, доброкачественных новообразованиях, склонных к росту.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетвори тельно	Ответ дан не полностью
Р0	неудовлетворительн о	Ответ дан неверно.
В	4	Составьте и обоснуйте план двигательной активности и принципы ЛФК
Э		Регулярные физические упражнения, направленные на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок. Лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника (регулярные физические упражнения, которые проводятся по рекомендации и под контролем специалиста) при условии ее хорошей переносимости пациентом, однако ее проведение в период обострения приводит к незначительному регрессу боли, при этом не следует использовать упражнения (значительные сгибания, разгибания или вращения туловищем), которые могут спровоцировать усиление боли.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетвори тельно	Ответ дан не полностью
Р0	неудовлетворительн	Ответ дан неверно.

	о	
О	Итоговая оценка	
А	Ф.И.О. автора-составителя	Беляев А.Ф.

Ситуационная задача № 6

	Код	**Текст компетенции / названия трудовой функции/ названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.40	Специальность: Мануальная терапия
К	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи;
К	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
К	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Ф	А/01.7_8	Проведение мануальной диагностики соматических дисфункций (нарушений здоровья) у пациентов на основе владения мануальными и иными методами исследования с целью выявления функциональной соматической патологии
Ф	А/02.7_8	Лечение пациентов с выявленными соматическими дисфункциями с использованием методов мануальной терапии
Ф	А/04.7_8	Проведение профилактики заболеваний и состояний у пациентов с применением методов мануальной терапии, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф	А/03.7_8	Проведение и контроль эффективности оказания медицинской помощи по профилю «Мануальная терапия» пациентам при реализации мероприятий медицинской реабилитации
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		У мужчины 26 лет, на следующий день после первой в сезоне лыжной прогулки (18км), возникла боль в пояснице, сохраняющаяся в течение трех дней. При осмотре выявляется напряжение мышц спины, поясничной области, ограничение подвижности в поясничном отделе. Тест флексии, стоя справа ++, тест флексии, сидя справа +++. В положении пациента лежа на животе, правая нога длиннее левой, левая бороздка углублена. При ритмичном надавливании на поясничный отдел полечен мягкий пружинящий ответ тканей. Левый нижний угол крестца расположен вентро-цефалически. В области LII-LIII при разгибании позвоночника поперечный отросток справа западает. При сгибании позвоночника различий в положении отростков не выявлено.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический и патобиомеханический диагноз
В	2	Обоснуйте немедикаментозные методы лечения. Принципы мануального лечения
В	3	Сформируйте комплекс реабилитационных мероприятий, профилактики, принципы ЛФК
В	4	Какие критерии оценки качества оказания медицинской помощи вы будете

		использовать

Оценочный лист к ситуационной задаче № 5

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции/ названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.40	Специальность: Мануальная терапия
К	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
К	ПК-6	Готовность к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи;
К	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
К	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Ф	A/01.7_8	Проведение мануальной диагностики соматических дисфункций (нарушений здоровья) у пациентов на основе владения мануальными и иными методами исследования с целью выявления функциональной соматической патологии
Ф	A/02.7_8	Лечение пациентов с выявленными соматическими дисфункциями с использованием методов мануальной терапии
Ф	A/03.7_8	Проведение и контроль эффективности оказания медицинской помощи по профилю «Мануальная терапия» пациентам при реализации мероприятий медицинской реабилитации
Ф	A/04.7_8	Проведение профилактики заболеваний и состояний у пациентов с применением методов мануальной терапии, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		У мужчины 26 лет, на следующий день после первой в сезоне лыжной прогулки (18км), возникла боль в пояснице, сохраняющаяся в течение трех дней. При осмотре выявляется напряжение мышц спины, поясничной области, ограничение подвижности в поясничном отделе. Тест флексии, стоя справа ++, тест флексии, сидя справа +++. В положении пациента лежа на животе, правая нога длиннее левой, левая бороздка углублена. При ритмичном надавливании на поясничный отдел полечен мягкий пружинящий ответ тканей. Левый нижний угол крестца расположен вентро-цефалически. В области L2-L3 при разгибании позвоночника поперечный отросток справа западает. При сгибании позвоночника различий в положении отростков не выявлено.
В	1	Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический и патобиомеханический диагноз
Э		Клинически диагноз – Люмбалгия Патобиомеханический диагноз: передняя правосторонняя торсия крестца, FRS L2-L3 справа. Функциональная разница в длине нижних конечностей

Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетвори тельно	Ответ дан не полностью: не полностью поставлен диагноз
Р0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан неверно.
В	2	Обоснуйте немедикаментозные методы лечения. Принципы мануального лечения
Э		- Мануальная терапия при заболеваниях позвоночника возможна у пациентов с острой, рекомендуется при подострой и хронической скелетно-мышечной БНЧС, она способна уменьшить боль и улучшить функциональное состояние пациента. Использование мануальной терапии в комбинации с лечебной физкультурой и психологическими методами повышает ее эффективность. Риск осложнений от проведения манипуляций на поясничном уровне относительно низкий Мануальная терапия остается одним из наиболее часто используемых методов лечения, многие пациенты отмечают уменьшение боли и улучшение функционального состояния после сеансов мануальной терапии. ЛФК. Как правило, занятия лечебной физкультурой рекомендуются пациентам после уменьшения боли с целью предупреждения новых обострений. По возможности более раннее начало физических упражнений может ускорить регресс боли и снизить риск ее хронизации. Психологические методы терапии, включающие КПТ и терапию осознанности ("mindfulness") (клинико-психологическая адаптация, клинико-психологическое консультирование, клинико-психологическая коррекция, клинико-психологический тренинг). Рекомендуется поверхностное тепло (шаль, теплый пояс) на поясничную область, так как тепло способно уменьшить интенсивность боли. Рекомендуется рефлексотерапия, в некоторых исследованиях отмечено снижение боли после сеансов рефлексотерапии. Рефлексотерапия рекомендуется в качестве дополнительного метода. Рефлексотерапия не ассоциируется с серьезными нежелательными явлениями. Массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника, массаж пояснично-крестцовой области, сегментарный массаж пояснично-крестцовой области, потому что в некоторых исследованиях отмечено снижение интенсивности боли после массажа. Физиотерапевтические методы лечения. Отмечена эффективность воздействия импульсным низкочастотным электромагнитным полем.
Р2	отлично	Ответ дан полностью.
Р1	хорошо/удовлетвори тельно	Ответ дан не полностью: не полностью обоснована немедикаментозные методы лечения
Р0	неудовлетвори-тельно	Ответ дан неверно.
В	3	Сформируйте комплекс реабилитационных мероприятий, профилактики и принципы ЛФК
Э		Рекомендуется всем пациентам с хронической БНЧС. Реабилитация может включать лечебную физкультуру при заболеваниях позвоночника, мануальную терапию при заболеваниях позвоночника, психологические методы, воздействие импульсным низкочастотным электромагнитным полем. Санаторно-курортное лечение может включать Ванны минеральные лечебные и пелоидотерапию (грязелечение), потому что эти методы

		эффективны в комплексном лечении хронической боли в спине. Противопоказаны при сопутствующих онкологических заболеваниях, снижении свертываемости крови, сердечно-сосудистых заболеваниях с выраженными функциональными нарушениями, доброкачественных новообразованиях, склонных к росту. Регулярные физические упражнения, направленные на укрепление мышц спины, поясницы, брюшного пресса, обучение принципам правильного выполнения статических и динамических нагрузок. Лечебная физкультура при заболеваниях позвоночника (регулярные физические упражнения, которые проводятся по рекомендации и под контролем специалиста) при условии ее хорошей переносимости пациентом, однако ее проведение в период обострения приводит к незначительному регрессу боли, при этом не следует использовать упражнения (значительные сгибания, разгибания или вращения туловищем), которые могут спровоцировать усиление боли.
P2	отлично	Ответ дан полностью.
P1	хорошо/удовлетворительно	Ответ дан не полностью
P0	неудовлетворительно	Ответ дан неверно.
B	4	Какие критерии оценки качества оказания медицинской помощи вы будете использовать
Э		При сборе жалоб и анамнеза у пациентов с БНЧС рекомендуется использование краткого опросника на выявление признаков так называемых "специфических" причин заболевания с целью выбора дальнейшей тактики лечения 2. Проведена оценка интенсивности болевого синдрома по ВАШ, ВРШ или ЧРШ в момент обращения и в динамике 3. Проведено соматическое обследование на предмет наличия "специфических" причин боли в спине 4. Проведено клиническое обследование с краткой оценкой неврологического статуса и тестов натяжения 5. При наличии у пациента с БНЧС "красных флажков" проведены инструментальные обследования (рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, КТ или МРТ позвоночника (один отдел) 6. Проведено информирование пациента о доброкачественной природе скелетно-мышечной (неспецифической) боли в спине, вероятности 7. Рекомендованы способы профилактики обострений скелетно-мышечной (неспецифической) боли в спине
P2	отлично	Ответ дан полностью.
P1	хорошо/удовлетворительно	Ответ дан не полностью
P0	неудовлетворительно	Ответ дан неверно.
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Беляев А.Ф.

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.