Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии, сестринского дела
с курсом спортивной медицины

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«17» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.40 Мануальная терапия

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

- Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1082 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.40 Мануальная терапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-мануальный терапевт».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.40 Мануальная терапия составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.40 Мануальная терапия выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.40 Мануальная терапия, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-мануальный терапевт».

Перечень компетенций,
оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Профилактическая деятельность:

- готовностью 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 (ПК-1);
- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4).

Диагностическая деятельность:

- готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5).

Лечебная деятельность:

- готовностью к применению методов мануальной терапии пациентам, нуждающимся в оказании медицинской помощи (ПК-6);
- готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7).

Реабилитационная деятельность:

- готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8).

Психолого-педагогическая деятельность:

- готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).

Организационно-управленческая деятельность:

- готовностью к применению основных принципов организации и управления в

сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Количество позвонков у человека составляет:

1) 30;
2) 31;
3) 32;
4) 33-34;
5) 35.

2. Составной частью позвоночно-двигательных сегментов являются:

1) тела двух смежных позвонков;
2) хрящевой диск;
3) дугоотросчатые суставы;
4) связочный аппарат;
5) всё перечисленное верно.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

- контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;
- контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;
- ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.40 Мануальная терапия.

Примеры контрольных вопросов:

1. Предмет и задачи мануальной терапии.
2. Какие противопоказания к проведению мануальной терапии?

Примеры контрольных заданий:

1. Мануальная диагностика больных с патологией таза и крестцовоподвздошного сочленения.

2. Приемы мобилизации двигательных сегментов грудного отдела позвоночника.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Девочка 8 лет жалуется на боли в грудном и поясничном отделе позвоночника при ходьбе, физической нагрузке.

При осмотре: рёберное дыхание, комбинированный сколиоз в грудном и верхнем поясничном отделе позвоночника, мышечный валик в поясничном отделе позвоночника справа, рёберный горб в грудном отделе слева. Определяется сколиоз 2 степени. Была сделана рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника.

Задания: выберите один правильный ответ

1. Установить диагноз сколиотической болезни позволяют следующие изменения на рентгенограмме девочки:

А. наличие грыж Шморля;

Б. клиновидные изменения позвонков и их разворот вокруг своей оси;

В. клиновидные изменения 4-5 позвонков;

Г. наличие гемангиом тел позвонков;

Д. наличие сколиоза поясничного отдела позвоночника.

2. Проведение мануальной терапии необходимо начинать с:

А. манипуляции в виде тракции в грудном отделе;

Б. манипуляции в ротации грудного отдела;

В. мобилизации шейно-грудного перехода;

Г. мобилизации грудопоясничного перехода;

Д. релаксации паравертебральных мышц на внутреннем радиусе сколиотической дуги.

3. После проведения курса мануальной терапии для закрепления полученного результата показано проведение:

А. курса физиотерапии;

Б. медикаментозного лечения;

В. грязелечения;

Г. лечебной физической культуры (далее – ЛФК);

Д. фитотерапии.

Ситуационная задача № 2.

Женщина 25 лет жалуется на боли в грудном отделе позвоночника, которые возникают у неё после длительного стояния у плиты или стирки. Достаточно полежать 10-15 минут и боль проходит.

Задания: выберите один правильный ответ

1. Формирование болевого синдрома связано с:

А. гипермобильностью грудных позвонков;

Б. анкилозом;

В. спондилоартрозом;

Г. компрессионным переломом тела позвонка;

Д. септическим моноартрозом 5 грудного позвонка.

2. Наиболее вероятным механизмом болевой ирритации является:

А. механически-компрессионный;

Б. механически-дисфиксационный;

В. дисгемический;

Г. асептико-воспалительный.

Д. миофасциальный.

3. При таком механизме болевой ирритации Вы назначите больному:
А. ношение корсета;
Б. ЛФК, массаж;
В. стационарное лечение;
Г. проведение курса вытяжения позвоночника;
Д. электростимуляцию мышц грудного отдела.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:
- от 90 % и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80 % до 89 % правильных ответов – **хорошо**;
- от 70 % до 79 % правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70 % правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Епифанов, В. А. Массаж. Атлас-справочник. Диагностика, лечение, профилактика / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов, И. И. Глазкова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 432 с. – ISBN 978-5-9704-5452-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454527.html

2. Мохов, Д. Е. Основы остеопатии: учебник / под ред. Д. Е. Мохова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 400 с.: ил. – 400 с. – ISBN 978-5-9704-6052-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460528.html

Дополнительная литература:

1. Котенко, К. В. Боль в суставах / К. В. Котенко [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 560 с.: ил. (Серия «Библиотека врача-специалиста»). – ISBN 978-5-9704-5232-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452325.html

2. Котенко, К. В. Заболевания и повреждения плечевого сустава / К. В. Котенко [и др.] – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 384 с. – ISBN 978-5-9704-4278-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442784.html

3. Мохов, Д. Е. Дополнительные материалы к изданию «Основы остеопатии»: учебник / под ред. Д. Е. Мохова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 400 с. – ISBN 978-5-

9704-5292-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452929-EXT.html

4. Парфенов, В. А. Хроническая боль и ее лечение в неврологии / Парфенов В. А., Головачева В. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 288 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-4536-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445365.html

5. Ромашин, О. В. Система управления процессом целенаправленного оздоровления человека: учебное пособие / О. В. Ромашин. – 2-е изд., стер. – Санкт-Петербург: Лань, 2019. – 100 с. – ISBN 978-5-8114-4566-0. – Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. – URL: https://e.lanbook.com/book/125729

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.40 Мануальная терапия

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Мануальная терапия /40	**1. Количество позвонков у человека составляет:** 1) 30; 2) 31; 3) 32; 4) 33-34; 5) 35. **2. Составной частью позвоночно-двигательных сегментов являются:** 1) тела двух смежных позвонков; 2) хрящевой диск; 3) дугоотросчатые суставы; 4) связочный аппарат; 5) всё перечисленное верно. **3. Горизонтальный таз имеет наклон диска L5-S1 по отношению к горизонтальной оси:** 1) 35-50 градусов; 2) 15-30 градусов; 3) 50-70 градусов; 4) 20 -25 градусов; 5) 25 - 30 градусов. **4. Спинной мозг в позвоночном канале заканчивается на уровне:** 1) L1-L2; 2) L2-L3; 3) L3-L4; 4) L4-L5; 5) L5-S1. **5. Пояснично-крестцовое утолщение располагается на уровне:** 1) Т6-Т7; 2) Т8-Т9; 3) Т10-Т12; 4) L1-L2; 5) L3-L4. **6. Артерия Адамкевича — это:** 1) корешково-спинальная артерия шейного утолщения; 2) корешково-спинальная артерия поясничного утолщения; 3) передняя спинальная артерия; 4) межреберная артерия; 5) задняя спинальная артерия. **7. Особенностью шейных позвонков от С3 до С7**

		является наличие: 1) унковертебральных сочленений; 2) поверхности дугоотростчатых суставов средних и нижних шейных позвонков находятся под углом в 45 градусов по отношению к горизонтальной плоскости; 3) в сегменте С2-С3 поверхности дугоотростчатых суставов находятся под углом в 70 градусов; 4) всё вышеперечисленное верно. **8. Эластичность кости обеспечивает:** 1) эластин; 2) оссеин; 3) коллаген; 4) надкостница; 5) всё перечисленное верно. **9. В норме ширина суставной щели коленного сустава составляет:** 1) 2-4 мм; 2) 4-8 мм; 3) 8-12 мм; 4) 12-14 мм; 5) всё перечисленное верно. **10. Сосцевидный отросток находится на верхних суставных от ростках поясничных позвонков:** 1) на втором; 2) на третьем; 3) на первом; 4) на четвертом; 5) на всех перечисленных. **11. Крестцово-подвздошные межкостные связки:** 1) прикрепляются своими концами к подвздошной и крестцовой бугристостям; 2) к латеральному гребню крестцовой кости на протяжении 2 — 3 крестцовых отверстий; 3) к латеральному гребню крестцовой кости на протяжении 1-3 крестцовых отверстий; 4) к затылочной поверхности крестца в области 17 крестцового позвонка; 5) все перечисленное. **12. Уровень С1-С2 двигательного позвоночного сегмента соответствует:** 1) мочке уха; 2) углу нижней челюсти; 3) нижнему краю щитовидного хряща; 4) середине расстояния между углом нижней челюсти и верхним краем щитовидного хряща; 5) наружному слуховому проходу. **13. Спинальный центр парасипатической иннервации мочевого пузыря находится в сегментах:** 1) L5-S1; 2) S1-S3; 3) S3-S5; 4) C6-C7;

		5) C7-Th1. **14. Блокирование позвоночника это:** 1) обратимое ограничение его подвижности в двигательном сегменте; 2) ограничение подвижности по отношению к вертикальной оси; 3) ограничение подвижности по отношению к горизонтальной оси; 4) ограничение ротации; 5) всё перечисленное верно. **15. Признаками функциональной блокады двигательного позвоночного сегмента являются:** 1) боли в паравертебральных точках; 2) ограничение подвижности в позвоночных суставах; 3) наличие анкилозов между остеофитами; 4) остеартроз; 5) сужение суставной щели. **16. Наиболее правильная последовательность приемов лечения мануального терапевта:** 1) мобилизация, манипуляция; 2) манипуляция, мобилизация; 3) ПИР, мобилизация, манипуляция; 4) манипуляция; 5)манипуляция, мобилизация, ПИР. **17. Повышение подвижности в суставе является признаком:** 1) патологической гипермобильности; 2) проявлением конституциональных особенностей пациента; 3) приобретённым профессиональным качеством; 4) не является важным клиническим признаком; 5) всё перечисленное верно. **18. Манипуляция всегда осуществляется в направлении:** 1) наибольшей выраженности боли; 2) отсутствия боли; 3) наименьшей выраженности боли; 4) в сторону наименьшей подвижности; 5) все выше перечисленное. **19. На мышечную релаксацию направлены следующие виды аутомобилизации:** 1) постизометрическая релаксация; 2) антигравитационная релаксация; 3) повторяющаяся аутомобилизации; 4) аутомобилизация в сторону ограничения подвижности; 5) всё перечисленное верно. **20. Применять мануальную терапию можно при следующих степенях функциональной блокады /по К. Левиту/:** 1) 1 степени; 2) 2 степени; 3)3 степени;

		4) 4 степени; 5) верно 1, 2, 3. **21. Применять мануальную терапию после оперативного лечения межпозвонковых дисков:** 1) противопоказано; 2) показано; 3) относительно показано; 4) можно только спустя 12 месяцев после оперативного лечения; 5) всё вышеперечисленное верно. **22. Причинами осложнения мануальной терапии служат:** 1) проведение МТ недостаточно обследованному больному; 2) проведение МТ врачом, некомпетентному в вертеброневрологии; 3) недостаточность мероприятий направленных на закрепление эффекта МТ; 4) все перечисленное верно. **23. При жалобах больного на боли в области шеи и головокружение необходимо:** 1) клинический анализ крови; 2) клинический анализ мочи; 3) неврологический осмотр; 4) ультразвуковую допплегрофию брахиоцефальных артерий и вен; 5) все вышеперечисленное. **24. При болях в пояснице и ногах обязательно проведение:** 1) осмотр области спины и ног; 2) пальпация артерий нижних конечностей; 3) осмотр вен нижних конечностей; 4) исследование волосяного покрова голеней и бедер; 5) все верно. **25. При выяснении причины головной боли необходимо дифференцировать между собой:** 1) опухоль головного мозга; 2) цервикогенные головные боли; 3) интоксикационные головные боли; 4) тригеминальная невралгия; 5) все верно. **26. Латентная миофасциальная триггерная точка это:** 1) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющие болезненность только при пальпации; 2) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, возникающий при перегрузке, когда она как синергист выполняет функцию мышцы, имеющей первичную триггерную точку, или как антагонист противодействует образованию в ней уплотнения; 3) гиперраздражимый участок в уплотненном тяже скелетной мышцы, активирующийся при перегрузке, но не

		активирующийся в результате активности триггерной точки в другой мышце; 4) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, проявляющийся в виде боли, которая может иррадиировать в характерные для данной мышцы области; 5) фокус повышенной раздражимости мышцы или ее фасции, активизирующийся при расположении его в зоне отраженной боли от другой триггерной точки. **27. Мануальная диагностика включает в себя:** 1) пальпацию паравертебральных точек; 2) исследование «игры суставов»; 3) исследование сухожильных рефлексов; 4) исследование чувствительности; 5) исследование патологических рефлексов. **28. При мануальном обследовании выявлена вентродорсальная блокада на уровне шейно-грудного перехода. Ваши действия:** 1) проведя свои руки под сложенные в «замок» на затылке и разведенные в стороны руки пациента, производите тракцию и одновременно толчок пальцами на остистый отросток; 2) разблокирование невозможно; 3) проводится мобилизация крестообразным давлением; 4) манипуляции противопоказаны; 5) всё перечисленное верно. **28. Проба Патрика показывает:** 1) изменение расстояния между L5-THI2 при наклоне; 2) болезненность при пальпации наружного края симфиза при отведении согнутой в коленном и тазобедренном суставе ноги у лежащего пациента при крестцово-подвздошном блокировании; 3) невозможность дорсального сгибания в ноге во время фиксирования седалищного бугра при крестцово-подвздошном блокировании; 4) опережение верхней задней подвздошной ости на стороне блокирования крестцово-подвздошного сустава относительно другой при наклоне пациента вперёд; 5) всё перечисленное. **29. Манипуляционная техника при применении метода «взрывания» прирастания суставной капсулы к суставной поверхности сустава осуществляется:** 1) с использованием коротких плеч рычага, высокой скоростью и мощной амплитудой движения вдоль плоскости сустава или перпендикулярно плоскости сустава; 2) с использованием коротких плеч рычага, высокой скоростью и мощной амплитудой движения под углом 15 градусов к плоскости сустава; 3) с использованием коротких плеч рычага, высокой скоростью и мощной амплитудой движения под углом 35 градусов; 4) с использованием длинных плеч рычага высокой скоростью и мошной амплитудой движения под углом 15

		градусов к плоскости сустава; 5) использованием длинных плеч рычага, высокой скоростью и мошной амплитудой движения под углом 35 градусов к плоскости сустава. **30. В каких случаях наиболее эффективна тракция в положении на животе:** 1) при задних грыжах; 2) при парамедианных грыжах; 3) при латеральных грыжах; 4) при передних грыжах; 5) всё перечисленное верно. **31. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки блокирование чаще всего располагается на уровне:** 1) Th7-Th9; 2) Th5-Th6; 3) Th9-ThlO; 4) Th3-Th4; 5) Th1-Th2. **32. Длительность изометрического напряжения при проведении постизометрической релаксации мышц у пациентов с сердечно- сосудистой и пульмонологической патологией:** 1) 1-2 сек; 2) 4-5 сек; 3) 10-15 сек; 4) 15-20 сек; 5) 25-30 сек. **33. У пациента 35 лет после проведения / введено 230 мл 5% раствора новокаина в течение 15 мин / новокаиновой блокады триггерных точек в трапециевидной, дельтовидной, кивательной, надостной и подостной, малой круглой мышц, лестничных мышц, большой и малой ромбовидной мышце, большой и малой грудных мышц появляется болтливость, нервозность, дрожь, которая быстро переходит в конвульсии, больной теряет сознание, появляется дыхание Чейн-Стокса. Ваш предварительный диагноз:** 1) генерализованный тонико-клонический эпиприпадок; 2) нейрогенный обморок; 3) новокаиновый токсикоз; 4) кардиогенный обморок; 5) всё перечисленное верно. **34. Больной 30 лет, оператор на телевидении (работа связана с ношением микрофона на голове, длительными статическими нагрузками) неоднократно обращался к стоматологу по поводу болей в 6 и 7 коренных зубах верхней челюсти. После экстракции зубов обнаружилось, что патологических изменений в них нет, кроме того, выраженность боли не уменьшилась. Назовите наиболее типичную

		мышцу триггерная точка, которой может давать такую клиническую картину: 1) верхняя часть трапециевидной мышцы; 2) медиальная головка, грудиноключичнососцевидной мышцы; 3) височная мышца; 4) лестничные мышцы; 5) всё перечисленное верно. **35. В диагностике дисфункций таза ключевым тестом является:** 1) жилетт-тест; 2) спайн-тест; 3) флексионный тест; 4) все вышеперечисленное верно. **36. Больным со срединными грыжами в поясничном отделе рекомендуется:** 1) тракция в строго вертикальном положении; 2) тракция со сгибанием в поясничном отделе; 3) все виды тракций противопоказаны; 4) тракция на разгибание; 5) всё перечисленное верно. **37. Больным с задне-боковыми грыжами в поясничном отделе рекомендуется:** 1) манипуляции на разгибание; 2) манипуляции на сгибание; 3) тракция в вертикальном положении; 4) тракция со сгибанием в поясничном отделе; 5) всё перечисленное верно. **38. Лечебные мероприятия при болезни Шойермана-Мау должны быть направлены на:** 1) разгибание в грудном отделе и укрепление мышечного корсета; 2) фиксацию пораженного отдела позвоночника; 3) усиленный спортивный режим; 4) ношение корсета; 5) всё перечисленное верно. **39. При длительных болях в пояснице и присоединении недержания мочи мануальный терапевт должен:** 1) срочно госпитализировать больного в нейрохирургический стационар; 2) назначить рентгенограмму пояснично-крестцового отдела позвоночника; 3) КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника; 4) МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника; 5) всё перечисленное верно. **40. При синдроме тарзального канала может страдать:** 1) седалищный нерв; 2) большеберцовый нерв; 3) малоберцовый нерв; 4) бедренный нерв;

		5) всё перечисленное верно.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся:** 1) государственная система здравоохранения; 2) муниципальная система здравоохранения; 3) частная система здравоохранения; 4) система медико-социального обеспечения; 5) все перечисленное. **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:** 1) генетические; 2) природно-климатические; 3) уровень и образ жизни населения; 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи; 5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные. **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести:** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью; 2) расходы на лечебную помощь; 3) выплата пенсий по инвалидности. **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме:** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам; 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения; 3) финансирование учреждений здравоохранения; 4) качество медицинской помощи; 5) социально-экономические условия для медицинского персонала; 6) здоровье населения. **5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются:** 1) расходы на питание пациентов; 2) расходы на медикаменты; 3) накладные расходы; 4) верных ответов нет.
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических:** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение; 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов; 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология; 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология; 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена. **2. К методам просветительской работы относят все, кроме:**

		1) наглядных; 2) комбинированных; 3) устных; 4) творческих. **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется:** 1) учебная программа; 2) учебный план; 3) государственный образовательный стандарт; 4) тематический план. **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это:** 1) мониторинг; 2) контроль; 3) планирование качества; 4) оценка качества. **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это:** 1) кредит; 2) нагрузка; 3) зачетные единицы.
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций /5	**1. Задачи РСЧС:** 1) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС; 2) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС; 3) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС; 4) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС; 5) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС. **2. В состав ВСМК входят все, кроме:** 1) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России; 2) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России, МЧС России; 3) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления; 4) силы и средства медицинской службы гражданской обороны. **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь**

		наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является: 1) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация; 3) прогнозирование исхода поражения; 4) медицинская сортировка; 5) оказание неотложной помощи. **4. Что включает площадка для сбора и оказания медицинской помощи в очаге ЧС:** 1) пункт сбора пораженных; 2) распределительный пост; 3) сортировочная площадка; 4) площадка санитарного транспорта; 5) площадка оказания медицинской помощи; 6) площадка размещения легко пораженных; 7) площадка размещения тяжело пораженных. **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО:** 1) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении; 2) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других подразделений ЛПМО к приему пострадавших; 3) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи; 4) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого медицинского имущества и медикаментов; 5) при невозможности оказания пострадавшим медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления; 6) контроль исполнения решения.
5.	Патология /5	**1. При общении практикующего врача с родственниками умершего основным нормативным актом, регламентирующим его права и обязанности, является:** 1) Приказ Минздрава России «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий»; 2) ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; 3) ФЗ «О погребении и похоронном деле»; 4) Приказ Минздрава России «О правилах проведения патолого-анатомических исследований»; 5) Приказ Минздравсоцразвития «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации». **2. К основным методам лабораторной диагностики относятся:** 1) Цитологический; 2) Иммуногистохимический;

		3) Молекулярно-генетический; 4) Серологический; 5) Ничего из вышеперечисленного; 6) Все вышеперечисленные. **3. Понятие АТИПИЯ относится к:** 1) Доброкачественной опухоли; 2) Продуктивному воспалению; 3) Гнойному расплавлению ткани; 4) Жировому перерождению ткани; 5) Ничего из вышеперечисленного; 6) Все вышеперечисленные. **4. К исходам патологического процесса можно отнести:** 1) Замещение соединительной тканью; 2) Замещение нейроглией; 3) Формирование кисты; 4) Формирование каверны; 5) Ничего из вышеперечисленного; 6) Все вышеперечисленные. **5. Осложнение основного заболевания – это:** 1) одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к летальному исходу; 2) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которыми одновременно страдал умерший и каждое из них в отдельности несомненно могло привести к летальному исходу; 3) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые этиологически не связаны, но включились в общий патогенез с основным заболеванием, явились одной из причин его развития, впоследствии отягощали течение и способствовали развитию смертельных осложнений, приведших к летальному исходу; 4) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые связаны с основным заболеванием патогенетически (непосредственно или опосредованно) и не являются его проявлением (не включены в синдромокомплекс основного заболевания); 5) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), этиологически и патогенетически не связанные с основным заболеванием и не оказавшие влияния на летальный исход.
6.	Мануальная терапия вертеброневрологических расстройств /22	**1. Сдавливание спинального корешка С8 сопровождается повреждением нерва:** 1) локтевого; 2) аксиллярного; 3) срединного; 4) лучевого; 5) длинного грудного. **2. При подъёме прямой ноги у лежащего на спине**

		пациента, возникает боль в спине, отдающая в поднятую ногу. Предполагается: 1) отрыв четырёхглавой мышцы; 2) асептический некроз головки бедра; 3) грыжа поясничного диска; 4) псориатический артрит позвоночника. **3. При компрессии боковой грыжей корешка L 4 отмечаются следующие симптомы:** 1) зона боли и гипестезии проходит по передней поверхности бедра, внутренней поверхности голени и стопы; 2) парез четырёхглавой мышцы бедра; 3) выпадает коленный рефлекс; 4) положителен симптом Лассега; 5) всё перечисленное верно. **4. При компрессии боковой грыжей корешка L5 имеются следующие симптомы:** 1) зона гипестезии по наружной поверхности голени и большому пальцу стопы; 2) рефлексы сохранены; 3) гипотрофия передней большеберцовой мышцы; 4) слабость в большом пальце стопы; 5) всё перечисленное верно. **5. При компрессии корешка S1 имеются следующие симптомы:** 1) зона боли и гипестезии проходит по задненаружной поверхности бедра, наружной поверхности голени и стопы; 2) выпадает ахиллов рефлекс; 3) парез икроножной мышцы; 4) не возможна ходьба на носках; 5) всё перечисленное верно. **6. Грыжа в шейном отделе позвоночника чаше всего локализуется на уровне:** 1) С4-С5; 2) С6-С7; 3) С5-С6; 4) С7-Th1; 5) всё перечисленное верно. **7. При компрессии корешка С 5 возникает:** 1) зона боли и парестезии – шея, плечо, надплечье; 2) зона гипестезии – лопатка; 3) парез отмечается в дельтовидной и двуглавой мышцах плеча; 4) выпадает сухожильный рефлекс с бицепса; 5) всё перечисленное верно. **8. При компрессии корешка С7 возникает:** 1) зона боли и парестезии проецируется на шею, латеральную поверхность плеча, указательный и безымянный пальцы; 2) зона гипестезии - указательный и средний пальцы, лучевая поверхность предплечья; 3) парез отмечается в трехглавой мышце плеча, локтевой

		разгибатель запястья; 4) карпорадиальный рефлекс отсутствует; 5) всё перечисленное верно. **9. При компрессии корешка С8 имеется:** 1) зона боли и парестезии проецируются на локтевую поверхность предплечья и кисти; 2) зона гипестезии -1 и 2 пальцы кисти; 3) парез мыши кисти и разгибателей запястья 4) рефлексы сохранены; 5) всё верно, кроме 2. **10. Показаниями к хирургическому вмешательству при наличии люмбалгии, обусловленной корешковым синдромом является:** 1) хронический болевой синдром более 6 мес.; 2) выраженная гипотрофия мышц; 3) нарушение функций тазовых органов; 4) развитие парапареза; 5) всё перечисленное верно. **11. Коленный сухожильный рефлекс включает и чувствительные волокна бедренного нерва, которые начинаются в спинальных сегментах:** 1) S3-S4; 2) S2-S3; 3) S1-S2; 4) L3-L4; 5) L2- L3. **12. Наиболее частой причиной свисания стопы является сдавление:** 1) седалищного нерва; 2) общего малоберцового нерва; 3) заднего большеберцового нерва; 4) икроножного нерва; 5) запирательного нерва. **13. Парестетическая мералгия:** 1) часто лечится рассечением широкой фасции бедра; 2) обычно проходит в течение 3 недель; 3) обычно односторонняя; 4) женщины болеют чаще мужчин; 5) всё перечисленное верно. **14. Наиболее частой причиной поражения конского хвоста является:** 1) травма, опухоль; 2) сосудистая мальформация, воспаление; 3) метаболическое и токсическое поражение; 4) костные аномалии; 5) всё перечисленное верно. **15. При синдроме тарзального канала может страдать:** 1) седалищный нерв; 2) большеберцовый нерв; 3) малоберцовый нерв; 4) бедренный нерв;

		5) всё перечисленное верно. **16. Поражение общего ствола перонеального нерва:** 1) встречается при травмах коленного сустава; 2) вызывает свисание стопы; 3) вызывает гипалгезию на тыле стопы и переднебоковой поверхности голени; 4) все перечисленное верно; 5) все перечисленное неверно. **17. Для компрессионно-ишемической невропатии запирательного нерва характерно:** 1) нарушение чувствительности по внутренней поверхности бедра; 2) слабость всех мышечных групп ниже колена; 3) свисание стопы; 4) нарушение координаторных проб; 5) все перечисленное верно. **18. Для корешкового синдрома, характерны:** 1) стреляющие боли; 2) дерма томные нарушения чувствительности; 3) снижение или выпадение рефлексов; 4) слабость, гипотрофия и атрофия мышц; 5) все перечисленное верно. **19. Для синдрома Броун-Секара, вызванного компрессией правой половины спинного мозга, характерно:** 1) пирамидные знаки справа; 2) вялый парез правой ноги; 3) диссоциированные расстройства чувствительности справа с уровня поражения; 4) снижение глубоких рефлексов с правой ноги; 5) все перечисленное верно. **20. Грыжей цервикального диска могут быть вызваны:** 1) брахиалгия; 2) фасцикуляции в трицепсе; 3) нарушения чувствительности по сегментарному типу в руке; 4) атрофия большой грудной мышцы; 5) все перечисленное верно. **21. Хронической болью считается боль, продолжающаяся более:** 1) 2 мес.; 2) 4 мес.; 3) 6 мес.; 4) 8 мес.; 5) 12 мес. **22. Дизестезия это:** 1) боль жгучего характера; 2) ощущение ползания по телу насекомых; 3) ощущение онемения или покалывания; 4) выраженная болевая реакция при минимальном воздействии; 5) все перечисленное верно.

7.	Постурология /10	**1. Синдром шейного гиперлордоза с компенсаторным грудным кифозом характеризуется сокращением и расслаблением мышц:** 1) расслаблением нижних и перегрузкой верхних фиксаторов лопатки; 2) расслаблением нижних и перегрузкой верхних фиксаторов лопатки с одновременным расслаблением глубоких флексоров шеи и сокращением бульбарных мышц; 3) сокращением нижних и расслаблением верхних фиксаторов лопатки; 4) сокращением нижних и расслаблением верхних фиксаторов лопатки с одновременным расслаблением глубоких флексоров шеи и расслаблением бульбарных мышц; 5) всё перечисленное верно. **2. Локализация вершины искривления при верхнегрудном сколиозе находится на уровне:** 1) Thl-Th2; 2) Th3-Th4; 3) Th6-Th7; 4) Th8-Th9; 5) Th4-Th5. **3. Локализация вершины искривления при грудном сколиозе находится на уровне:** 1) Thl-Th2; 2) Th3-Th4; 3) Th6-Th7; 4) Th8-Th9; 5) Th4-Th5. **4. При исследовании грудного отдела позвоночника пациент должен находиться в положении:** 1) стоя; 2) сидя на стуле; 3) сидя на кушетке с фиксированным тазом /«как на коне»/; 4) лёжа; 5) положение не имеет значения. **5. Локализация вершины, искривления при поясничном сколиозе находится на уровне:** 1) Thl-Th2; 2) Th3-Th4; 3) Th6-Th7; 4) Th12-Ll; 5) L2. **6. Мобилизация на сгибание в грудном отделе позвоночника противопоказана при:** 1) усилении грудного кифоза; 2) уплощении грудного кифоза; 3) грудном сколиозе; 4) ожирении; 5) всё перечисленное верно.

		7. Для лучшего выполнения манипуляции на верхнегрудном отделе позвоночника пациент располагается: 1) на краю кушетки, рука свисает с неё, голова повёрнута к врачу; 2) на краю кушетки, руки за головой, голова повёрнута к врачу; 3) сидя на кушетке как на коне, руки за головой; 4) лёжа на боку; 5) всё перечисленное верно. **8. Укажите наиболее характерный признак деформирующего спондилеза:** 1) краевые костные разрастания, отстоящие от лимба и направленные под углом к вертикальной оси позвонка; 2) краевые костные разрастания, исходящие от лимба и направленные перпендикулярно вертикальной оси позвонка; 3) обызвествление передней и задней продольных связок. **9. Сколиоз – это:** 1) расщелина дужки позвонка; 2) боковое искривление позвоночника во фронтальной плоскости с обязательной ротацией тел позвонков; 3) дегенеративное поражение позвоночника. **10. Самый опасный возраст для прогрессирования сколиоза:** 1) 12-13 лет; 2) 18-20 лет; 3) 4-5 лет.
8.	Применение акупунктуры в мануальной терапии /8	**1. Иглорефлексотерапия в мануальной терапии применяется для:** 1) снятия болевого синдрома; 2) в качестве дополнительного метода; 3) при наличии противопоказаний для жестких техник; 4) после курса блокад; 5) всё перечисленное верно. **2. Иглорефлексотерапия в клинике мануальной терапии:** 1) проводится до манипуляция мануальной терапии; 2) сочетается с манипуляциями МТ; 3) проводится после МТ; 4) не сочетается с МТ; 5) всё перечисленное верно. **3. Иглорефлексотерапия болевых синдромов шейного отдела позвоночника включает:** 1) дистальные точки меридиана почек; 2) дистальную точку меридиана мочевого пузыря; 3) точки переднего срединного меридиана; 4) точки меридиана легких; 5) всё перечисленное верно. **4. Иглорефлексотерапия болевых синдромов позвоночного отдела позвоночника включает:**

		1) меридиан трех обогревателей; 2) меридиан печени; 3) меридиан мочевого пузыря; 4) меридиан легких; 5) всё перечисленное верно. **5. При лечении вегетативно-сосудистой дистонии используют:** 1) точки меридиана перикарда; 2) точки меридиана почек; 3) точки меридиана тонкой кишки; 4) точки меридиана легких; 5) всё перечисленное верно. **6. Аурикулопунктура использует точки:** 1) кисти; 2) стопы; 3) волосистой части головы; 4) ушной раковины; 5) всё перечисленное верно. **7. При микропунктуре:** 1) используется малое количество точек; 2) длительность раздражения точек 5-10 минут; 3) иглы оставляют на 2-3 часа; 4) иглы оставляют на несколько суток; 5) всё перечисленное верно. **8. Ограничением и противопоказанием к иглорефлексотерапии является:** 1) возраст старше 70 лет; 2) перенесенные полостные операции; 3) новообразования; 4) аллергия на медикаменты и металлы; 5) всё перечисленное верно.

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Предмет и задачи мануальной терапии.
2. Какие противопоказания к проведению мануальной терапии?
3. Какие виды мобилизационной и манипуляционной техник на двигательных сегментах плечевого пояса Вы знаете?
4. Какие показания для проведения мануальной терапии?
5. Какие противопоказания для проведения мануальной терапии?
6. Основные принципы рентгенологической и лучевой диагностики в мануальной терапии.
7. Какие основные патофизиологические нарушения при болезнях периферической нервной системы вертеброгенной этиологии Вы можете назвать?
8. Как классифицируются функциональные блоки по A. Stoddart?
9. Каковы анатомо-физиологические особенности поясничнокрестцового отдела позвоночника?
10. Чем проявляются основные патофизиологические нарушения при болезнях периферической нервной системы вертеброгенной этиологии?
11. Какие основные признаки сколиотической болезни?

12. Как классифицируется сколиоз?
13. Как осуществляется кровоснабжение позвоночника, его суставов и паравертебральных мышц?
14. Как осуществляется венозный и лимфатический отток от позвоночника и спинного мозга?
15. Как организована служба мануальной терапии в Российской Федерации?
16. Каковы структурные особенности позвоночного столба и локомоторной системы?
17. Что включает в себя понятие функционального блока?
18. Какие особенности проведения мануальной терапии в пожилом и старческом возрасте?
19. Какие основные положения общей теории функциональных систем?
20. Какие виды манипуляций Вы знаете?
21. Какие виды мобилизаций Вы знаете?
22. Какие лечебные приемы релаксации Вы знаете?
23. Что относится к основным рентгенологическим признакам остеохондроза?
24. Какие виды хондропатий Вы знаете?

2.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Мануальная диагностика больных с патологией таза и крестцовоподвздошного сочленения.
2. Приемы мобилизации двигательных сегментов грудного отдела позвоночника.
3. Исследование двигательной сферы. Активные и пассивные движения. Мышечный тонус.
4. Мануальная диагностика синдрома грушевидной мышцы.
5. Мобилизационная и манипуляционная техника на шейном отделе позвоночника.
6. Мануальная диагностика синдрома задних мышц бедра.
7. Мануальные лечебные техники при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника.
8. Мануальная диагностика функционального состояния экстензоров коленного сустава.
9. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах тазового пояса.
10. Мануальная диагностика и приёмы мануальной терапии в лечении синдрома передней лестничной мышцы.
11. Мобилизационная и манипуляционная техника при синдроме кокцигодинии.
12. Мануальная диагностика и приёмы мануальной терапии в лечении синдрома плечелопаточного периартроза.
13. Мануальная диагностика функционального состояния флексоров тазобедренного сустава.
14. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах грудины и ребер.
15. Мобилизационная и манипуляционная техника при синдроме плечо-кисть.
16. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах шейно-затылочного перехода.
17. Мануальная терапия сколиотической болезни.
18. Мобилизационная и манипуляционная техника на двигательных сегментах нижних конечностей.
19. Мобилизационная и манипуляционная техника двигательных сегментов верхних конечностей.

20. Мобилизационная и манипуляционная техника лечения ювенильных спондилопатий.

21. Мануальные лечебные техники при болезни Паркинсона.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Девочка 8 лет жалуется на боли в грудном и поясничном отделе позвоночника при ходьбе, физической нагрузке.

При осмотре: рёберное дыхание, комбинированный сколиоз в грудном и верхнем поясничном отделе позвоночника, мышечный валик в поясничном отделе позвоночника справа, рёберный горб в грудном отделе слева. Определяется сколиоз 2 степени. Была сделана рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника.

Задания: выберите один правильный ответ

1. Установить диагноз сколиотической болезни позволяют следующие изменения на рентгенограмме девочки:

А. наличие грыж Шморля;

Б. клиновидные изменения позвонков и их разворот вокруг своей оси;

В. клиновидные изменения 4-5 позвонков;

Г. наличие гемангиом тел позвонков;

Д. наличие сколиоза поясничного отдела позвоночника.

2. Проведение мануальной терапии необходимо начинать с:

А. манипуляции в виде тракции в грудном отделе;

Б. манипуляции в ротации грудного отдела;

В. мобилизации шейно-грудного перехода;

Г. мобилизации грудопоясничного перехода;

Д. релаксации паравертебральных мышц на внутреннем радиусе сколиотической дуги.

3. После проведения курса мануальной терапии для закрепления полученного результата показано проведение:

А. курса физиотерапии;

Б. медикаментозного лечения;

В. грязелечения;

Г. лечебной физической культуры (далее – ЛФК);

Д. фитотерапии.

Задача 2.

Женщина 25 лет жалуется на боли в грудном отделе позвоночника, которые возникают у неё после длительного стояния у плиты или стирки. Достаточно полежать 10-15 минут и боль проходит.

Задания: выберите один правильный ответ

1. Формирование болевого синдрома связано с:

А. гипермобильностью грудных позвонков;

Б. анкилозом;

В. спондилоартрозом;

Г. компрессионным переломом тела позвонка;

Д. септическим моноартрозом 5 грудного позвонка.

2. Наиболее вероятным механизмом болевой ирритации является:

А. механически-компрессионный;

Б. механически-дисфиксационный;

В. дисгемический;

Г. асептико-воспалительный.
Д. миофасциальный.

3. При таком механизме болевой ирритации Вы назначите больному:
А. ношение корсета;
Б. ЛФК, массаж;
В. стационарное лечение;
Г. проведение курса вытяжения позвоночника;
Д. электростимуляцию мышц грудного отдела.

Задача 3.

Больной К., 45 лет, жалуется на боли в пояснице, по передней поверхности бедра, внутренней поверхности коленного сустава и голени.

Неврологический статус: зона гипестезии по передней поверхности бедра, внутренней поверхности коленного сустава и голени, легкая слабость разгибания голени и приведения бедра, снижен коленный рефлекс.

Задание 1: выберите один правильный ответ

Компрессия какого спинномозгового корешка грыжей межпозвоночного диска имеется у больного?

А – четвертого поясничного;
Б – пятого поясничного;
В – первого крестцового.

Задание 2: выберите все правильные ответы

Ваши действия в данной ситуации?

А – тракция поясничного отдела позвоночника;
Б – постизометрическая релаксация четырехглавой мышцы бедра;
В – миофасциальный релиз икроножной мышцы;
Г – массаж нейроваскулярных и нейролимфатических зон четырехглавой мышцы бедра.

Задача 4.

Больной Д., 50 лет, жалуется на боли в пояснице, по задней поверхности бедра и голени и отдающие в пятку.

Неврологический статус: зона гипестезии по задне-наружной поверхности голени, наружной поверхности стопы к мизинцу, слабость сгибания стопы и пальцев, снижен ахиллов рефлекс.

Задание 1: выберите один правильный ответ

Компрессия какого спинномозгового корешка грыжей межпозвоночного диска имеется у больного?

А – четвертого поясничного;
Б – пятого поясничного;
В – первого крестцового.

Задание 2: выберите все правильные ответы

Ваши действия в данной ситуации?

А – тракция поясничного отдела позвоночника;
Б – постизометрическая релаксация четырехглавой мышцы бедра;
В – постизометрическая релаксация икроножной мышцы;
Г – массаж нейроваскулярных и нейролимфатических зон икроножной мышцы.

Задача 5.

Больной Ц., 47 лет, жалуется на боли в шее, по внутренней поверхности плеча,

предплечья, к четвертому и пятому пальцам.

Неврологический статус: зона гипестезии в зоне распространения боли, гипотрофия и слабость межкостных мышц кисти, снижен супинаторный рефлекс.

Вопрос: компрессия какого спинномозгового корешка грыжей межпозвоночного диска имеется у больного?

1. шестого шейного;
2. седьмого шейного;
3. восьмого шейного.

Задача 6.

У женщины 60-ти лет быстро развивается слабость в левых конечностях. При обследовании: в левых конечностях движения отсутствуют, тонус повышен в сгибателях руки и разгибателях ноги, сухожильные рефлексы оживлены, выявляется симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 7.

У 70-летнего мужчины внезапно возникла слабость в левой руке. При обследовании в левой руке выявляется парез до 3-х баллов в проксимальном отделе и до плегии в кисти, повышен тонус в сгибателях кисти и пальцев, оживлены сухожильные рефлексы, определяется симптом Гоффмана.

Вопросы:

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 8.

Мужчина, 40 лет, утром после сна обнаружил слабость в левой кисти. При обследовании в левой руке выявлены невозможность тыльного сгибания кисти и пальцев, противопоставления большого пальца, мышечная гипотония, низкие рефлексы, отсутствие патологических рефлексов.

Вопросы:

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 9.

У женщины 50-ти лет постепенно нарастает слабость в правой ноге. При обследовании: в правой ноге парез в проксимальном отделе до 3-х баллов, в стопе — плегия, тонус повышен преимущественно в разгибателях ноги, оживление коленного и ахиллова рефлексов, симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 10.

Женщину 40 лет беспокоит слабость в руках и ногах, особенно после физических нагрузок. Утром после сна слабости не отмечает. При обследовании выявляются парез в

конечностях до 4-х баллов, мышечная гипотония, снижение сухожильных рефлексов; после небольшой физической нагрузки (10 приседаний) слабость в ногах нарастает до 2-х баллов.

Вопросы:

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечение двигательных нарушений?

Задача 11.

У мужчины 55-ти лет постепенно нарастают слабость и похудание нижних, а затем и верхних конечностей. При обследовании: во всех конечностях выраженные атрофии, особенно в мышцах кистей, фасцикуляции, снижение мышечного тонуса, оживление рефлексов, двусторонний симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 12.

У мужчины 40 лет постепенно развивается слабость правой ноги. При обследовании в правой ноге выявляются похудание и слабость передней группы мышц бедра, отсутствие коленного рефлекса, слабость стопы, оживление ахиллова рефлекса, симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 13.

У женщины 50-ти лет через месяц после развития церебрального инсульта сохраняется слабость левых конечностей. Перемещается по комнате только с посторонней помощью, беспокоят боли и напряжение в мышцах левой ноги. При обследовании в левых конечностях выявляются парез в руке до 4-х баллов, в ноге до 2-х баллов, оживление сухожильных рефлексов, симптомы Бабинского и Россолимо, значительное повышение мышечного тонуса на разгибателях ноги.

Вопросы:

Неврологический синдром?

Тип изменения мышечного тонуса?

Локализации поражения?

Задача 14.

Мужчина 20-ти лет перенес черепно-мозговую травму в 10 лет, после чего развилась слабость в левых конечностях. При обследовании в левых конечностях обнаруживаются гипотрофии и уменьшение размеров (в сравнении с правыми конечностями), снижение силы в проксимальных отделах до 3-х баллов, в дистальных — до 1 -го балла, значительное повышение тонуса в сгибателях руки и разгибателях ноги, болезненные сведения мышц, оживление сухожильных рефлексов, клонус стопы и кисти, симптомы Бабинского и Россолимо.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?

3. Дополнительные методы исследования?

Задача 15.

Мужчина 40 лет предъявляет жалобы на боли, ощущение онемения и покалывания в обеих стопах и пошатывание при ходьбе. Объективно: снижены все виды чувствительности по типу «носков» в нижних конечностях, коленные рефлексы низкие, ахилловы рефлексы отсутствуют, в пробе Ромберга и при ходьбе отмечается пошатывание, которое значительно усиливается, когда больной закрывает глаза.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 16.

Женщину 60-ти лет беспокоят боли, ощущение онемения и покалывания в пальцах левой руки. Объективно: снижение всех видов чувствительности на тыльной поверхности большого, указательного и среднего пальца левой кисти, болезненность при перкуссии области левого запястного сустава с иррадиацией в указательный палец, других нарушений нет.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 17.

Мужчину 30-ти лет беспокоят боли в обеих руках. Объективно: нарушение болевой и температурной чувствительности в виде «куртки» при сохранности глубоких видов чувствительности, снижение рефлексов на руках, рубцы от перенесенных «безболевых» ожогов на руках, других нарушений нет.

Вопросы:

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 18.

Женщина, 60 лет, отмечает боли, ощущение жжения, покалывания в левых конечностях, левой половине лица и туловища. Объективно: снижены все виды чувствительности в левых конечностях, на левой половине лица и туловища, порог болевой чувствительности резко повышен, болевое раздражение трудно распознать, после его нанесения остается неприятное ощущение, мышечный тонус и рефлексы в левых конечностях снижены.

Вопросы:

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 19.

Мужчина 70-ти лет предъявляет жалобы на онемение в левой руке и левой половине лица. Объективно: ослабление всех видов чувствительности в левой руке и на левой половине лица, снижение тонуса мышц и рефлексов в левой руке, других нарушений нет.

Вопросы:

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 20.

У 50-летней женщины возникло онемение левой стопы, которое в течение недели поднялось до реберной дуги. Объективно снижены болевая и температурная чувствительность в левой половине туловища до уровня Th_{10}, других нарушений нет.

Вопросы:

1. Неврологический синдром?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 21.

Женщина 45-ти лет отмечает слабость в правой ноге и онемение в левой ноге и левой половине туловища до уровня реберной дуги. При обследовании выявлены снижение силы в правой ноге до 3-х баллов с повышением коленного и ахилловых симптомом Бабинского справа, ослабление болевой и температурной чувствительности на левой ноге и левой половине туловища до уровня Th_9.

Вопросы

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 22.

У мужчины 50-ти лет, длительное время страдающего болями в спине, остро развиваются боли в пояснично-крестцовой области и по задней поверхности левой ноги. При обследовании ослаблены все виды чувствительности в виде полосы по задней поверхности левого бедра, задненаружной поверхности голени и в области большого пальца, других нарушений нет. Через неделю внезапно развиваются слабость и онемение в обеих стопах, онемение в промежности и недержание мочи. При обследовании найдены слабость обеих стоп до 2-х баллов, утрата ахилловых рефлексов и снижение коленных рефлексов, утрата всех видов чувствительности в стопах и аногенитальной области, недержание мочи.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы — в начале и через неделю с начала заболевания?
2. Локализация поражения — в начале и через неделю с начала заболевания?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 23.

Женщина, 40 лет, в течение двух лет отмечает слабость в ногах, нарастающую при длительной ходьбе, императивные позывы на мочеиспускание. При обследовании обнаружены слабость в обеих ногах до 3-х баллов, повышение тонуса в разгибателях ног с феноменом «складного ножа», оживление коленных ахилловых клонус стоп, двусторонний симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы?
2. Тип повышения мышечного тонуса?
3. Локализация поражения?
4. Дополнительные методы исследования?

Задача 24.

У женщины 25-ти лет появилось онемение в стопах, которое в течение суток распространилось до уровня реберной дуги, возникло затруднение при мочеиспускании. При обследовании выявлены утрата болевой и температурной чувствительности в ногах и на туловище до уровня Th_6, оживление коленных и ахилловых рефлексов, двусторонний симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 25.

Мужчину 40 лет в течение полугода беспокоят «стреляющие» боли в ногах, шаткость при ходьбе. При обследовании — в ногах утрачено суставно-мышечное чувство, коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют, неустойчивость в пробе Ромберга и при ходьбе, значительно нарастающая при закрывании глаз.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 26.

Мужчина 25-ти лет в течение 5-ти лет отмечает нарастающую слабость и скованность в ногах. По его словам аналогичное заболевание наблюдалось у отца, который в настоящее время, в возрасте 50 лет, ходит с большим трудом из-за слабости и скованности в ногах. При обследовании молодого мужчины вычинены слабость в обеих ногах до 4-х баллов и значительное повышение мышечного тонуса, преимущественно в разгибателях ног, феноменом «складного ножа», оживление коленных и ахилловых рефлексов, двусторонний симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Неврологические синдромы?
2. Локализация поражения?
3. Дополнительные методы исследования?

Задача 27.

К неврологу обратилась девушка 19 лет с жалобами на повышенную утомляемость, раздражительность, головные боли, плохой сон. Врач поставил диагноз вегетативно-сосудистой дисфункции, с цефалгическим синдромом. Невролог направил пациентку на консультацию к врачу-мануальному терапевту.

Вопрос:

1. Какие лечебные мероприятия может назначить мануальный терапевт?

Задача 28.

В поликлинику обратился сварщик с жалобами на скованность и замедленность движений. Стаж по специальности 22 года, работал на судостроительном заводе, сваривал детали корпусов судов. Объективно врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, повышен мышечный тонус по типу «зубчатого колеса», мелкоамплитудный тремор головы и пальцев рук. При проведении психометрического тестирования обнаружены умеренные когнитивные расстройства.

Вопросы:

1. Топический диагноз?
2. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?

3. Нужна ли госпитализация?

4. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?

5. Принципы терапии?

6. Возможные исходы заболевания?

Задача 29.

Студент 18 лет, обратился в поликлинику с жалобами на дрожание левой руки, которое постепенно, в течение нескольких месяцев, распространилось на правую руку, присоединилось нарушение почерка, речи (по типу легкой дизартрии). Известно, что с 7 лет состоит на учете у гепатолога с диагнозом: хронический активный гепатит, неуточненного генеза. Объективно врачом общего профиля было выявлено: крупно-амплитудный дрожательный гиперкинез в верхних конечностях, интенционный тремор при выполнении координаторных проб в верхних конечностях, мышечный тонус повышен по типу «пластической» ригидности. При осмотре офтальмологом на щелевой лампе по краю радужки определяются фрагменты кольца бурого цвета.

Вопросы:

1. Топический диагноз?

2. Название кольца бурого цвета (эпонимное), чем обусловлен этот феномен?

3. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?

4. Нужна ли госпитализация?

5. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?

6. Принципы терапии?

7. Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

8. Показано ли санаторно-курортное лечение?

9. Возможные исходы заболевания?

Задача 30.

Мужчина 47 лет начал замечать появление пританцовывающих насильственных движений при ходьбе. К врачу обратился через 6 месяцев по настоянию родственников. Объективно при осмотре врачом общего профиля было выявлено: крупноамплитудные, быстрые, хаотические насильственные движения в конечностях, непроизвольные движения в мимической мускулатуре, языке, обращает на себя внимание снижение интеллекта, конфликтность в поведении. Со слов жены, известно, что отец больного страдал подобным заболеванием.

Вопросы:

1. Топический диагноз?

2. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?

3. Нужна ли госпитализация?

4. Какие методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?

5. Принципы терапии?

6. Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

7. Показано ли санаторно-курортное лечение?

8. Возможные исходы заболевания?

9. Медико-генетический прогноз для сына 23-х и дочери 17-ти лет?

Задача 31.

Девочка 13 лет жалуется на повышенную утомляемость, снижение памяти, концентрации внимания, тревожность, плаксивость, насильственные движения в мышцах лица, плечевом поясе, верхних конечностях, которые беспокоят пациентку около месяца. Из анамнеза известно, что больная страдает суставной формой ревматизма с частыми

обострениями. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: больная неусидчива, гримасничает, не может удержать высунутый из полости рта язык при зажмуренных глазах, эмоционально лабильна. В неврологическом статусе генерализованный хореический гиперкинез на фоне диффузной мышечной гипотонии, вегетативная дисфункция.

Вопросы:

1. Клинический диагноз?
2. Топический диагноз?
3. Обследование?
4. Лечение?

Задача 32.

Девочка 11 лет пришла с мамой в поликлинику, в коридоре врач общего профиля обратил внимание на имеющийся у девочки генерализованный дистонический гиперкинез: вращательный штопорообразный — шеи с поворотом головы влево и назад, туловища, нижних конечностей с подошвенным сгибанием пальцев и ротацией стопы внутрь, верхних конечностей — сгибание кистей в кулак и приведение большого пальца. При дальнейшем осмотре: наблюдается усиление гиперкинеза в вертикальном положении и попытке целенаправленного движения, исчезновение симптомов во сне и при определенных жестах, повышение мышечного тонуса по пластическому типу в конечностях, больше в левой ноге, нарушение статики и походки. Поражения ЧМН, пирамидной, мозжечковой и сенсорной систем не выявлено. Со слов матери, с 8 лет у девочки при ходьбе возникала неловкость в левой ноге, в последующем присоединилось усиление сокращения мышц и неправильная установка стопы. Через год наблюдалось вовлечение мышц шеи и рук, через 2 года — мышц туловища. В семье подобных случаев заболевания не было.

Вопросы:

1. Топический диагноз?
2. Клинический диагноз?
3. Обследование?
4. Лечение?

Задача 33.

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику с жалобами на мелкоразмашистое дрожание правых конечностей в покое, общую скованность, замедленность движений, склонность к запорам. Из анамнеза известно, что около года назад исподволь появилось дрожание правой руки, затем через несколько месяцев заметил дрожание правой ноги. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: гипомимия, гипокинезия, речь замедленная, монотонная, микрография, тонус мышц повышен по типу «зубчатого колеса», тремор правой кисти по типу «счета монет», уменьшающийся при целенаправленных движениях, отсутствие содружественного движения рук при ходьбе (ахейрокинез), поза полусогнутая с наклоном туловища вперед, шаркающая ходьба. Отец пациента имел схожие симптомы.

Вопросы:

1. Топический диагноз?
2. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
3. Нужна ли госпитализация?
4. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
5. Принципы терапии?
6. Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
7. Показано ли санаторно-курортное лечение?

8. Возможные исходы заболевания?

Задача 34.

Больной 58 лет утром жалуется на тремор в кистях рук и ногах, быструю утомляемость, изменение речи, частые позывы на мочеиспускание, затруднение начала движения. Подобные жалобы беспокоят последние 3 года. Из анамнеза известно, что состоит на учете в психоневрологическом диспансере, длительное время принимает нейролептики. При осмотре: мелкоразмашистый тремор в кистях по типу «счета монет», мелкоразмашистый тремор ног, уменьшающийся при движениях, периоральный тремор, тихая, монотонная речь, тонус мышц повышен по экстрапирамидному типу.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
2. Нужна ли госпитализация?
3. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
4. Принципы терапии?
5. Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
6. Показано ли санаторно-курортное лечение?

Задача 35.

У молодого человека 19 лет появилось дрожание правой руки при выполнении некоторых движений. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: пациент расторможен, неуместно шутит, речь дизартричная, с элементами скандированной, крупноамплитудное дрожание правой руки по типу «взмах крыла» при выполнении пальценосовой пробы, интенция при выполнении пяточно-коленной пробы с обеих сторон, мышечная ригидность в конечностях, выраженные рефлексы орального автоматизма, патологические кистевые симптомы Россолимо с обеих сторон, симптомы Бабинского, Бехтерева и Жуковского с обеих сторон, сухожильные рефлексы оживленны справа и слева, до клонусов коленных чашечек и стоп, брюшные рефлексы сохранены. Осмотр офтальмолога выявил кольца бурой окраски по краю радужной оболочки глаза. Известно, что сестра больного страдает гепатитом неясной этиологии, состоит на учете у гастроэнтеролога.

Вопросы:

1. Топический диагноз?
2. Название кольца бурого цвета (эпонимное), чем обусловлен этот феномен?
3. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
4. Нужна ли госпитализация?
5. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
6. Принципы терапии?
7. Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
8. Показано ли санаторно-курортное лечение?
9. Возможные исходы заболевания?

Задача 36.

Мужчина 36 лет обратился в поликлинику с жалобами на скованность и замедленность движений, нарушения походки, эмоциональную нестабильность. Из анамнеза известно, больной длительно употреблял эфедрон, последние 1,5 года не употребляет. При осмотре врачом общего профиля было выявлено: эмоционально лабилен, гипомимия, ригидность мышц верхних и нижних конечностей, брадикинезия, нарушение походки, частые падения.

Вопросы:

1. Топический диагноз?
2. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
3. Нужна ли госпитализация?
4. Какие дополнительные методы исследования наиболее информативны для уточнения диагноза?
5. Принципы терапии?
6. Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
7. Показано ли санаторно-курортное лечение?
8. Возможные исходы заболевания?

Задача 37.

Мужчина 59 лет, обратился в поликлинику с жалобами на насильственные крупноразмашистые бросковые движения в правых конечностях, возникшие около месяца назад, слабость и неловкость в правых конечностях. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад перенес инсульт, клиническая картина которого была представлена умеренным правосторонним гемипарезом. По данным МРТ головного мозга, выполненного в остром периоде инсульта, был обнаружен геморрагический очаг в области субталамического ядра и смежных с ним структур слева.

Вопросы:

1. Топический диагноз?
2. Предположите наиболее вероятный клинический диагноз?
3. Нужна ли госпитализация?
4. Принципы терапии?
5. Потребуется ли проведение экспертизы трудоспособности?
6. Показано ли санаторно-курортное лечение?
7. Возможные исходы заболевания?

Задача 38.

На станции метро, молодой человек 20-ти лет внезапно почувствовал себя плохо, схватился за голову и упал. Приехавший врач скорой помощи обнаружил пациента без сознания и определил положительные менингеальные симптомы. Девушка молодого человека сказала, что раньше он был абсолютно здоров и никогда ни на что не жаловался.

Вопросы:

1. Предположительный клинический диагноз?
2. Нужна ли госпитализация?
3. Какие обследования необходимо провести в стационаре?
4. Какую тактику лечения можно рекомендовать?
5. Возможные исходы заболевания?

Задача 39.

Мужчина 54х лет, работает преподавателем в ВУЗе, вызвал скорую помощь, так как внезапно у него нарушилось зрение на правом глазу, и возникла слабость и онемение в левых конечностях. К моменту приезда скорой помощи (через 20 минут), жалобы прошли. Пациент рассказал, что это уже третий эпизод за последние полгода. При объективном осмотре: общее состояние удовлетворительное; зрение на оба глаза в норме. В неврологическом статусе: глубокие рефлексы S>=D, другой неврологической симптоматики не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте синдромальный диагноз?
2. Поставьте предположительный клинический диагноз?
3. Требуется ли госпитализация?
4. Какие обследования необходимо провести?

5. Какую тактику лечения можно рекомендовать?
6. Составьте план профилактических мероприятий.
7. Требуется ли проведение экспертизы трудоспособности?

Задача 40.

Студент медицинского университета, по ночам работает медицинским братом в бригаде «скорой помощи», помогает матери-инвалиду воспитывать младшую сестру. Последнее время заметил ослабление памяти, из-за чего стал хуже учиться. Также жалуется на повышенную раздражительность, непостоянную головную боль, плохой сон, плохое настроение, повышенную утомляемость, периодическое сердцебиение. При клиническом и лабораторном обследовании признаков поражения нервной системы и внутренних органов не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Требуется ли госпитализация?
3. Объясните, с чем связаны жалобы пациента?
4. Предложите меры профилактики и тактику лечения. Какие немедикаментозные методы лечения можно предложить?

Задача 41.

Больная 67 лет обратилась в поликлинику с жалобами на нарушение памяти, частые головные боли, головокружение, периодическое поперхивание при еде, иногда испытывает неустойчивость при ходьбе, начала пользоваться палочкой. Данные жалобы появились около 3х лет назад и постепенно прогрессировали. Много лет страдает гипертонической болезнью, лечится нерегулярно. Объективно выявляется легкая дисфония и дизартрия, язык слегка девиирует вправо, атрофий в языке нет. Выраженные симптомы орального автоматизма.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Нужна ли госпитализация?
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Какую тактику лечения можно рекомендовать?

Задача 42.

Дочь привела на осмотр к неврологу свою 78-летнюю мать. Мама жалоб не предъявляет, но дочь рассказала, что последний год мама перестала выполнять обычную повседневную работу по дому, недавно забыла выключить газ на плите, а вчера ушла из дому, никого не предупредив, и была найдена на соседней улице через 2 часа. Со слов дочери нарушения памяти отмечаются в течении 5-6ти лет, она потеряла интерес к окружающему миру. При осмотре врач обнаружил грубые нарушения памяти, признаки псевдобульбарного синдрома и легкие нарушения равновесия.

Вопросы:

1.Поставьте клинический диагноз?
2. Нужна ли госпитализация?
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Какую тактику лечения можно рекомендовать?

Задача 43.

Пациент 74-х лет в течение 20-ти лет страдает гипертонической болезнью. Вечером при просмотре новостной программы по телевизору, появились головокружение, тошнота, слабость и онемение в левых конечностях. Внучка измерила АД — 190/110 мм рт. ст., дала таблетку «от давления». Ночью жалобы продолжали беспокоить, и внучка вызвала

скорую помощь. В приемном отделении больницы врач выявил: общее самочувствие удовлетворительное, ЧСС 72 в 1 мин., ритм синусовый, горизонтальный нистагм, неустойчивость в позе Ромберга, левосторонний центральный гемипарез до 4 баллов. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз?
2. Нужна ли госпитализация?
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Какую тактику лечения можно рекомендовать?
5. План реабилитационных мероприятий и вторичной профилактики?

Задача 44.

Мужчина 64-х лет, утром после сна заметил затруднение в подборе слов, «онемение» в правой руке. Через 1,5 часа пришел участковый врач и определил нарушения речи (пациент понимал все, что ему говорили, выполнял задания, но отвечал с трудом, ошибался в произношении слов), движения в правой руке были неловкие, сила в ней снижена. АД- 130/70 мм.рт.ст. (обычное для пациента). На ЭКГ, выполненной на дому, ЧСС 68 в мин., ритм синусовый, выявлены признаки диффузного кардиосклероза.

Вопросы:

1. Поставьте синдромальный диагноз?
2. Поставьте топический диагноз?
3. Поставьте предположительный клинический диагноз?
4. Нужна ли экстренная госпитализация, если «да» в какое отделение?
5. Какие обследования необходимо провести, как быстро, в какой последовательности, и какова их информативность?
6. Какую тактику лечения можно рекомендовать?

Задание:

Составьте план реабилитационных мероприятий и профилактики инвалидизации.

Задача 45.

Женщина 65 лет, страдает пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, принимает кордарон и дигоксин. Во время прогулки, внезапно почувствовала «перебои» в сердце, не смогла говорить, с трудом понимала обращенную речь, появилась асимметрия лица. Соседи вызвали скорую помощь. В больнице через день сохраняется субтотальная сенсомоторная афазия, центральный парез лицевой мускулатуры справа, акцент глубоких рефлексов справа.

Вопросы:

1. Поставьте топический диагноз?
2. Поставьте клинический диагноз?
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Какую тактику лечения можно рекомендовать?
5. Возможные осложнения и исходы заболевания?

Задание:

Составьте план реабилитационных мероприятий, профилактики инвалидизации и вторичной профилактики инсульта.

Задача 46.

Мужчина 58 лет с ревматическим митральным пороком сердца внезапно утратил сознание, возник генерализованный судорожный припадок. Был госпитализирован. При

осмотре на отделении: несколько заторможен, вял, не помнит, что с ним случилось, речь правильная, но замедленная, левосторонний центральный гемипарез, левосторонняя гемигипестезия. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположительный клинический диагноз?
2. Какие обследования необходимо провести?
3. Какую тактику лечения можно рекомендовать?
4. Может ли возникнуть необходимость в экспертизе трудоспособности?

Задание:

Составьте план реабилитационных мероприятий, профилактики инвалидизации и вторичной профилактики инсульта.

Задача 47.

Пациент 42 лет внезапно почувствовал слабость в левых конечностях, не успел ухватиться за ближайшую опору, упал. Через 40 минут был доставлен в специализированный городской сосудистый центр, где 6 месяцев назад перенес операцию по протезированию митрального клапана сердца. При осмотре выявлено: левосторонняя гемиплегия, игнорирование левой половины тела и пространства. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположительный клинический диагноз?
2. Факторы риска, способствовавшие возникновению заболевания?
3. Какие обследования необходимо провести?
4. Какую тактику лечения можно рекомендовать?
5. Возможные исходы заболевания?
6. Может ли возникнуть необходимость в экспертизе трудоспособности?

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий, профилактики инвалидизации и вторичной профилактики инсульта.