

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 08.10.2026 12:20:30
Уникальный программный ключ:
d59234ba928aea5c04c54eb9013a367220b6b2ae

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института



/Шестопалов Е.Ю./

«17» июля 2026г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Б1.В.04 Специальные профессиональные навыки и умения

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

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.

1.2. 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 Здоровоохранение универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций

[https://tgmu.ru/sveden/files/ain/31.08.40_Manualynaya_terapiya\(4\).pdf](https://tgmu.ru/sveden/files/ain/31.08.40_Manualynaya_terapiya(4).pdf)

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

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

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

Оценочные средства 1 для текущего контроля.

Оценочное средство 1

1. Боль при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии может носить характер

- 1) ноцицептивный;
- 2) ноцицептивный и нейропатический;+
- 3) ноципластический;
- 4) нейропатический и ноципластический;
- 5) нейропатический.

2. В санаторно-курортное лечение при хронической дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии рекомендуется включать

- 1) тепловые физиотерапевтические 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 утрата коленного 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 нейропатической боли при дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии показано применение

- 1) витамины группы В;+
- 2) толперизон;
- 3) орфенадрин;
- 4) этиорикоксид;

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 опиоидов;
- 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) клиничко-психологический тренинг;
- 2) клиничко-психологическую адаптацию;
- 3) клиничко-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) противосудорожные 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 флюороскопическим 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 содержанию;+

3) патологическое 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 внутривертебрального патологического процесса («хондроза»);+
- 2) стадию формирования грыжи межпозвонкового диска;+
- 3) стадию развития болевых ощущений;
- 4) стадию утраты фиксации 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 Епо 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 течение 1-го месяца;
- 4) поднятие 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 переднебедренные 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 синдромах 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 C5 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 C8 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. Тендиоз – 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-подвздошные 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) «френтное» 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) рассчитать длительность курса нестероидных противовоспалительных препаратов;
- 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 оказания медицинской помощи пациентам с болью в нижней части спины учитывают следующие критерии

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

159. При подострой и хронической скелетно-мышечной боли в нижней части спины лечебная физкультура

- 1) уменьшает интенсивность боли; +
- 2) предотвращает развитие грыжи межпозвонкового диска;
- 3) улучшает функциональную активность; +
- 4) снижает риск дальнейшей хронизации. +

160. При постановке диагноза неспецифической боли в нижней части спины наименее информативными методами исследования являются

- 1) клинический анализ крови; +
- 2) рентгенография поясничного отдела позвоночника;
- 3) биохимический анализ крови; +
- 4) общий анализ мочи. +

161. При радикулопатии 2-го и 3-го поясничных корешков в неврологическом статусе может быть выявлен

- 1) перекрёстный симптом Ласега;
- 2) симптом Мацкевича; +
- 3) симптом Вассермана; +
- 4) симптом Ласега.

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

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

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

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

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

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

165. Радикулопатия обычно проявляется

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

166. Рентгенография поясничного отдела позвоночника рекомендована пациентам

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

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

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

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

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

169. Синонимы боли в нижней части спины

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

170. Скелетно-мышечная (неспецифическая боль) обусловлена

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

171. Хирургическое лечение в виде удаление грыжи межпозвонкового диска

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

172. Хронизации боли в нижней части спины способствует

- 1) длительный постельный режим; +
- 2) «рентное» отношение к болезни; +
- 3) информирование пациента о течении заболевания;
- 4) чрезмерное ограничение физической активности. +

173. Хроническая боль в нижней части спины длится

- 1) от 6 недель и более;
- 2) от 6 месяцев и более;
- 3) от 12 недель и более; +
- 4) от 4-х недель и более.

174. Эффективность лечения хронической неспецифической боли в нижней части спины возрастает при комбинации мануальной терапии

- 1) с ношением корсетов;
- 2) с лечебной физкультурой; +
- 3) с рефлексотерапией; +
- 4) с когнитивно-поведенческой терапией. +

Шкала оценивания

«Отлично» - более 90% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Хорошо» - 80-89% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Удовлетворительно» - 70--79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Неудовлетворительно» - менее 69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации (экзамен)

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

Оценочные средства для промежуточной аттестации.

Оценочное средство 1

Идентично оценочному средству 1, используемому для текущего контроля.

Оценочное средство 2

Задание 1

Амбулаторный прием пациента в кабинете врача-мануального терапевта.

К Вам на прием пришел пациент. Задача продемонстрировать и озвучить технику проведения лечебных процедур для конкретной ситуации, предусмотренной сценарием. Ваша задача – имитировать лечебную технику без приложения силы к «пациенту». Вам

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

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

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

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

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

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

Общая оценка: _____

Шкала оценивания

«Отлично» - 19-22 балла

«Хорошо» - 17-18 баллов

«Удовлетворительно» - 15-16 баллов

«Неудовлетворительно» - менее 15 баллов

Оценочное средство 3

Контрольные вопросы к зачету.

1. Функциональный блок. Определение. Механизм возникновения.
2. Шейный отдел позвоночника. Функциональная анатомия, биомеханика. Диагностика дисфункций в сегменте C0 – C1. Лечебная техника устранения дисфункций в сегменте C0 – C1.
3. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Диагностическое исследование таза.
4. Укороченные и расслабленные мышцы. Определение, механизм возникновения. Тестирование укороченных мышц.
5. Шейный отдел позвоночника. Функциональная анатомия и биомеханика. Диагностика дисфункций в сегментах C2 – C7. Лечебная техника устранения дисфункций по типу FRS в сегментах C2 – C7.
6. Шейный отдел позвоночника. Функциональная анатомия и биомеханика. Диагностика дисфункций в сегменте C2 – C1. Лечебная техника устранения дисфункции.
7. Поясничный отдел позвоночника. Функциональная анатомия и биомеханика. Мануальное тестирование. Диагностика травматических дисфункций. Мышечно-энергетическая техника, применяемая при дисфункциях ERS.
8. Мышечно-энергетические техники. Нейрофизиологические принципы.
9. Поясничный отдел позвоночника. Функциональная анатомия. Биомеханика. Диагностика травматических дисфункций. Мануальное тестирование. Мышечно-энергетическая техника, применяемая при дисфункциях FRS.
10. Грудной отдел позвоночника. Функциональная анатомия. Биомеханика. Мануальное тестирование. Мышечно-энергетическая техника, используемая при ERS в нижнегрудном отделе позвоночника.
11. Поясничный отдел позвоночника. Функциональная анатомия. Биомеханика. Мануальное тестирование. Диагностика и лечение компенсаторных дисфункций.
12. Грудной отдел позвоночника. Функциональная анатомия. Биомеханика. Мануальное тестирование. Диагностика и лечение компенсаторных дисфункций.
13. Мышечный гипертонус. Виды. Механизм возникновения. Тактика лечения.
14. Показания и противопоказания к мануальной терапии.
15. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Лонное сочленение. Виды дисфункций. Патобиомеханика. Диагностика дисфункций лонного сочленения. Лечебные техники при дисфункциях лонного сочленения.
16. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Подвздошная кость. Виды дисфункций, патобиомеханика, диагностика, лечебные техники.
17. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Крестец. Виды дисфункций, патобиомеханика, диагностика, лечебные техники.
18. Таз. Функциональная анатомия и биомеханика. Унилатеральные дисфункции крестца, патобиомеханика, диагностика, лечебные техники.
19. Кранио-вертебральный переход. Функциональная анатомия, биомеханика. Клинические феномены дисфункции кранио-вертебрального перехода. Диагностика и лечебные техники дисфункций в сегменте C0 – C1.
20. Мануальная терапия в комплексе реабилитационных мероприятий.
21. Болевой синдром с точки зрения мануальной терапии.
22. Таз. Функциональная анатомия, биомеханика. Торсионные дисфункции крестца, патобиомеханика, диагностика, лечебные техники.

5. Критерии оценивания результатов обучения

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

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

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

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