

Ситуационные задачи

Остеопатия

medkeys.ru/product/osteopat/

ОСТЕОПАТИЯ



Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в амбулаторно-поликлиническое учреждение к остеопату обратился мужчина 25 лет.

Жалобы

на * тянущие, ноющие боли в области поясницы, усиливающиеся при поворотах туловища, наклонах, при длительных статических нагрузках. Нередко отмечает усиление болей в ночное время, для того, чтоб заснуть, приходится принимать вынужденное положение.

Анамнез заболевания

* Периодические тянущие боли в области поясницы отмечает в течение последних 2-3 лет. Данное обострение около 3 дней назад. Возникновение связывает с подъемом тяжестей в гараже. Вместе с напарником поднимал двигатель, делать это пришлось в наклоне и с поворотом. Боль почувствовал сразу, не смог некоторое время разогнуться, не смог прямо ходить, пока не обвязал себя туго полотенцем. * На следующее утро обратился к неврологу в поликлинику по месту жительства, назначена медикаментозная терапия (НПВС, миорелаксанты центрального действия). На фоне проводимой медикаментозной терапии отмечает незначительную положительную динамику в виде некоторого снижения интенсивности болевого синдрома.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: отрицает; травмы отрицает; оперативные вмешательства: отрицает. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Образ жизни: сидячая работа.

Объективный статус

Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД 118/65 мм.рт.ст., пульс 62 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При проведении обследования остеопат отметил: * Флексионный тест стоя положительный справа (+); * Флексионный тест сидя положительный справа (+++); * При тесте трансляции привлек внимание поясничный отдел; * При тесте трех объемов наиболее ригидный нижнеабдоминальный объем со стороны структуральной составляющей; * Тест пружинения положительный; * В ходе диагностики позвонков поясничного отдела по Ф. Митчелу в нейтральном положении лежа на животе выявлено, что более дорзально расположен поперечный отросток справа L2.

Для подтверждения предполагаемого диагноза и дальнейшего принятия решения о возможности остеопатической коррекции необходимо провести
Результаты обследования

Для верификации соматической дисфункции поясничных позвонков в рамках концепции Ф. Митчела необходимо дополнительно провести

Результаты обследования

Для проверки своих предположений была проведена дополнительная артикуляционная диагностика ПДС L2-L3. Чтобы верифицировать соматическую дисфункцию указанного поясничного позвонка необходимо оценить

Результаты обследования

На основании представленных данных анамнеза и остеопатического осмотра можно предположить острую локальную соматическую дисфункцию

Диагноз

Завершив остеопатический осмотр, врач также диагностировал региональные (регион шеи структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл), регион грудной, структуральная составляющая (1 балл), регион ТМО (2 балла)) и локальные соматические дисфункции (хронические: желудка, грудобрюшной диафрагмы, 1 ребра; острые: ПДС L2-L3)). С учетом данных анамнеза и проведенного осмотра доминирующей дисфункцией у данного пациента будет

- острая локальная соматическая дисфункция ПДС L2-L3
- соматическая дисфункция региона твердой мозговой оболочки
- хроническая локальная соматическая дисфункция 1 ребра
- соматическая дисфункция региона шеи, структуральная составляющая

В процессе обследования была выявлена локальная соматическая дисфункция желудка. При оценке собственной подвижности желудка (экспир и инспир) выявлена большая подвижность желудка в направлении к правому тазобедренному суставу (результатирующий вектор движения). В данной ситуации наиболее вероятной соматической дисфункцией является

- нарушение мотильности желудка (в инспир)
- напряжение желудочно-диафрагмальной связки
- нарушение мотильности желудка (в экспир)
- нарушение мобильности желудка

При проведении остеопатического обследования пациента врач произвел оценку биомеханики первого ребра справа и слева. По результатам тестирования оказалось, амплитуда движения 1 ребра справа вверх (на вдохе) больше, чем вниз (на выдохе) по сравнению с 1 ребром слева. Оценка 1 ребра слева показала равную амплитуду движения как вверх (на вдохе), так и вниз (на выдохе). В данной ситуации наиболее вероятно имеет место соматическая дисфункция 1 ребра

- слева на выдохе
- справа на вдохе

- справа на выдохе
- слева на вдохе

В процессе обследования у пациента была выявлена локальная соматическая дисфункция 1 ребра справа (на вдохе). Перед проведением специфической техники коррекции данной дисфункции необходимо выполнить

- мышечно-энергетическую технику на лестничных мышцах слева
- артикуляцию на ПДС C7-Th1
- мышечно-энергетическую технику на грудиноключичнососцевидной мышце справа
- мышечно-энергетическую технику на лестничных мышцах справа

Перед проведением специфической техники коррекции 1 ребра целесообразно выполнить мышечно-энергетическую технику на лестничные мышцы. С этой целью применяется техника постизометрического расслабления. В процессе выполнения данной техники сила врача

- равна силе пациента
- меньше силы пациента
- меньше силы пациента, но с каждым повторением сила врача увеличивается
- больше силы пациента

У желудка имеется свой связочный аппарат, который способствует его фиксации. Основными связками желудка являются

- желудочно-почечная, желудочно-ободочная, желудочно-селезеночная, желудочно-диафрагмальная
- желудочно-перикардальная, желудочно-реберная, желудочно-диафрагмальная, желудочно-селезеночная связка, желудочно-поджелудочная
- печеночно-желудочная, желудочно-ободочная, желудочно-диафрагмальная, желудочно-ренальная, желудочно-пищеводная
- печеночно-желудочная, желудочно-ободочная, желудочно-диафрагмальная, желудочно-селезеночная, желудочно-поджелудочная

Принято выделять + _____ + опущения желудка (гастроптоза)

- 4 степени
- 3 степени
- 5 степеней
- 2 степени

К атипичным ребрам относятся

- 4 степени
- 3 степени
- 5 степеней
- 2 степени

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в амбулаторно-поликлиническое учреждение к остеопату обратился мужчина 27 лет.

Жалобы

на * тянущие, ноющие боли в области поясницы, усиливающиеся при активных движениях. Боль локальная, без четкой иррадиации, уменьшается в покое.

Анамнез заболевания

* Периодические тянущие боли в области поясницы отмечает в течение последних 2-3 лет. Данное обострение около 2 дней назад. Возникновение связывает с подъемом тяжестей во время занятий спортом. Боль почувствовал сразу, не смог некоторое время разогнуться, не смог прямо ходить. * На следующее утро обратился к неврологу в поликлинику по месту жительства, назначена медикаментозная терапия (НПВС, миорелаксанты центрального действия). На фоне проводимой медикаментозной терапии отмечает незначительную положительную динамику в виде некоторого снижения интенсивности болевого синдрома.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: в детстве – хронический тонзиллит; перенес пневмонию в 5 лет и в 14 лет (стационарное лечение); травмы отрицает; оперативные вмешательства: отрицает. * Аллергологический анамнез: аллергия на новокаин (отек Квинке). * Образ жизни: работает в офисе, увлекается скалолазанием (несколько лет назад были падения с высоты собственного роста на спину, с перехватом дыхания).

Объективный статус

Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД 125/74 мм рт.ст., пульс 68 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При проведении обследования остеопат отметил: * Флексионный тест стоя положительный слева (+). * Флексионный тест сидя положительный слева (+++). * При тесте трансляции привлек внимание поясничный отдел. * При тесте трех объемов наиболее ригидный нижнеабдоминальный объем со стороны структуральной составляющей. * Тест пружинения положительный. * В ходе диагностики позвонков поясничного отдела по Ф. Митчелу в нейтральном положении лежа на животе выявлено, что более дорзально расположен поперечный отросток справа L2.

Для подтверждения предполагаемого диагноза и дальнейшего принятия решения о возможности остеопатической коррекции необходимо провести

- 4 степени
- 3 степени
- 5 степеней
- 2 степени

Результаты обследования

Для верификации соматической дисфункции поясничных позвонков в рамках концепции Ф. Митчела необходимо дополнительно провести

- 4 степени
- 3 степени
- 5 степеней
- 2 степени

Результаты обследования

Для проверки своих предположений была проведена дополнительная артикуляционная диагностика ПДС L2-L3. Чтобы верифицировать соматическую дисфункцию указанного поясничного позвонка необходимо оценить

- 4 степени
- 3 степени
- 5 степеней
- 2 степени

Результаты обследования

На основании представленных данных анамнеза и остеопатического осмотра можно предположить острую локальную соматическую дисфункцию

- 4 степени
- 3 степени
- 5 степеней
- 2 степени

Диагноз

Завершив остеопатический осмотр, врач также диагностировал региональные (регион шеи структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл), регион грудной, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл), регион ТМО (2 балла)) и локальные соматические дисфункции (хронические: желудка, грудобрюшной диафрагмы, лонного сочленения; острые: ПДС L2-L3)). С учетом данных анамнеза и проведенного осмотра доминирующей дисфункцией у данного пациента будет

- соматическая дисфункция региона твердой мозговой оболочки
- острая локальная соматическая дисфункция ПДС L2-L3
- соматическая дисфункция региона шеи, структуральная составляющая
- хроническая локальная соматическая дисфункция 1 ребра

В процессе обследования была выявлена локальная соматическая дисфункция желудка. При оценке собственной подвижности желудка (экспир и инспир) выявлена большая подвижность желудка в направлении к левому плечевому суставу (результатирующий вектор движения). В данной ситуации наиболее вероятной соматической дисфункцией является

- нарушение мотильности желудка (в экспир)
- напряжение желудочно-печеночной связки
- нарушение мотильности желудка (в инспир)
- нарушение мобильности желудка

В процессе обследования была выявлена локальная соматическая дисфункция лонной кости. При оценке позиционных признаков оказалось, что справа ветвь лонной кости находилась несколько вентрально и каудально. При проведении динамического теста – подвижность вперед и вниз свободная, а в обратном направлении ограничена. Ветвь лонной кости с противоположной стороны при проведении динамического теста имела примерно равную амплитуду подвижности. В данной ситуации, с учетом представленных данных, наиболее вероятной соматической дисфункцией является

- компрессия лонного сочленения
- задне-верхнее смещение лонной кости
- передне-нижнее смещение лонной кости
- раскрытие лонного сочленения

Наиболее часто классическая коррекция соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости» техниками мышечных энергий производится в положении пациента лежа на

- спине
- боку, противоположном от стороны дисфункции
- боку, соответствующем стороне дисфункции
- животе

Врач на приеме решил применить следующую технику коррекции соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости справа». Исходное положение пациента: на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, приведены, стопы опираются о кушетку. Врач обхватывает сведённые колени, сопротивляясь попытке пациента развести ноги (3-5 сек). Затем пациент расслабляется, врач разводит его колени (стопы по-прежнему стоят рядом) и вкладывает свое

цефалическое предплечье между коленями пациента, контактируя локтем и основанием ладони. Каудальной рукой врач удерживает стопы больного. Пациент резко и сильно сжимает свои колени и приподнимает таз от стола. Ретестирование. Техника выбрана

- не корректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «компрессия лонного сочленения»
- корректно и выполнена правильно
- не корректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «задне-верхнее смещение лонной кости»
- корректно, но необходимо не менее 3-5 раз повторять описанный маневр за лечебный сеанс

Топографически «связки-ракетки» расположена сзади – на уровне тел позвонков

- D2-D3
- D2-D4
- D4-D6
- D5-D7

Во фронтальной плоскости проходит + _____ + связка купола плевры

- поперечно-плевральная
- грудино-плевральная
- реберно-плевральная
- вертебрально-плевральная

С учетом характера жалоб, данных анамнеза и проведенного осмотра данному пациенту консультация узких специалистов

- поперечно-плевральная
- грудино-плевральная
- реберно-плевральная
- вертебрально-плевральная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился пациент 18 лет.

Жалобы

на * боли в пояснично-крестцовой и тазовой области, преимущественно справа, иногда иррадиируют в правую ногу. Боль ноющая, периодически стреляющая, различной интенсивности, от слабой до умеренной. В положении лежа болевой

синдром слабовыраженный. Болевой синдром усиливается при ходьбе, стоянии. При ходьбе прихрамывает на правую ногу.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, боли беспокоят 8 дней. Катался на скейтборде, при выполнении трюка не удержал равновесие и упал на правую половину ягодиц. В травмпункт не обращался. В последние 3 дня болевой синдром стал интенсивнее.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: хронический тонзиллит с редкими рецидивами. * На диспансерном учете не состоит. * Травмы: многочисленные падения на ягодицы, на боковую поверхность тела. * ЧМТ, переломы костей: отрицает. * Оперативные вмешательства: отрицает. * Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Не работает, студент СПбГУ.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 68 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. *Остеопатический статус.* При остеопатическом осмотре врач отметил: * Флексионный тест стоя слабopоложительный справа (+). * Флексионный тест сидя резко положительный справа (+++). * Правая нижняя конечность в положении лежа на животе удлинена по сравнению с левой. * Крестцово-подвздошная (КПС) бороздка справа углублена. * Грушевидная мышца справа напряжена и болезненна.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным или лабораторным методам исследования относится

- поперечно-плевральная
- грудино-плевральная
- реберно-плевральная
- вертебрально-плевральная

Результаты обследования

Дополнительная информация

По результатам остеопатического осмотра у пациента врач отметил: * Нижняя конечность справа в положении лежа на животе удлинена. * Бороздка КПС справа углублена. * Грушевидная мышца напряжена и болезненна справа. * Флексионный тест стоя слабopоложительный справа (+). * Флексионный тест сидя резко положительный справа (+++).

С целью точной верификации соматической дисфункции целесообразно выполнить тест

- поперечно-плевральная
- грудино-плевральная
- реберно-плевральная
- вертебрально-плевральная

Результаты обследования

Для точной верификации предполагаемой соматической дисфункции пациенту необходимо дополнительно провести

- поперечно-плевральная
- грудино-плевральная
- реберно-плевральная
- вертебрально-плевральная

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной соматической дисфункцией крестца является

- односторонняя флексия справа
- торсия влево по правой оси
- торсия вправо по правой оси
- правосторонняя экстензия

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион поясничный, структуральная составляющая (2 балла); регион ТМО (1 балл)); локальные соматические дисфункции (односторонняя флексия крестца справа (острая), D4-D5 ERS влево (хроническая), переднее смещение таранной кости справа (хроническая), левого коленного сустава (хроническая)). Наиболее корректно состояние пациента отражает вариант остеопатического заключения

- односторонняя флексия справа
- торсия влево по правой оси
- торсия вправо по правой оси
- правосторонняя экстензия

Диагноз

Для выполнения мышечно-энергетической техники коррекции соматической дисфункции «односторонняя флексия крестца справа» пациент находится в исходной позиции лежа на

- левом боку
- спине
- правом боку
- животе

Перед началом выполнения мышечно-энергетической техники коррекции выявленной соматической дисфункции крестца врач, контролируя движение в крестцово-подвздошном сочленении (КПС), придает нижней конечности пациента на стороне дисфункции положение

- приведения и внутренней ротации до закрытия щели КПС
- отведения и наружной ротации до раскрытия щели КПС
- приведения и флексии в коленном суставе
- отведения и внутренней ротации до раскрытия щели КПС

При проведении мышечно-энергетической техники коррекции соматической дисфункции «односторонняя флексия крестца справа» врач областью гипотенара каудальной руки осуществляет плотный контакт с

- основанием крестца
- правым нижнелатеральным углом крестца
- левым нижнелатеральным углом крестца
- правой крестцово-подвздошной бороздой

При выполнении мышечно-энергетической техники коррекции соматической дисфункции «односторонняя флексия крестца справа», с целью увеличения эффективности техники с использованием дыхания пациента, врач во время давления на нижний латеральный угол крестца справа просит пациента

- задержать дыхание на вдохе
- делать резкий глубокий вдох
- покашлять
- задержать дыхание на выдохе

Нутация и контрнутация крестца осуществляется вокруг механической оси, которая проходит через тело + _____ + позвонка

- S1
- S2
- L5
- S3

Специфическим тестом для дифференциальной диагностики физиологической торсии крестца от нефизиологической является

- тест «Магомета»
- определение глубины бороздок КПС
- тест «пружинения»
- определение нижнелатеральных углов крестца

Повторный прием данному пациенту показан через _____ дней

- тест «Магомета»
- определение глубины бороздок КПС
- тест «пружинения»
- определение нижнелатеральных углов крестца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился пациент 28 лет.

Жалобы

на * боли в нижней части спины справа, с иррадиацией в правую нижнюю конечность. Боль возникает при длительной ходьбе, ноющего характера. Купируется отдыхом, преимущественно в позиции лежа.

Анамнез заболевания

Со слов пациента боль возникла 2 недели назад, возможно после того, как оступился на лестнице, не заметил ступеньку, когда спускался. Равновесие удержал, не упал. За медицинской помощью не обращался.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ангина, отит. * Хронические заболевания: отрицает. * Травмы, оперативные вмешательства: отрицает. * На диспансерном учете не состоит. * Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Страховой анамнез: за последний год листков нетрудоспособности не было. * Наследственные заболевания: сахарный диабет у отца. * Образ жизни: занимается фитнесом, вредных привычек нет, питание сбалансированное.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД 115/75 мм рт.ст., пульс 78 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов).

Остеопатический статус. При остеопатическом осмотре врач отметил: * Флексионный тест стоя резко положительный справа (+++). * Флексионный тест сидя слабopоложительный справа (+). * Нижняя конечность справа в положении лежа на спине укорочена по сравнению с левой. В положении лежа передняя верхняя подвздошная ость (ПВПО) справа расположена более цефалически, чем слева. Задняя верхняя подвздошная ость (ЗВПО) справа расположена более цефалически, чем слева.

Учитывая жалобы пациента, данные анамнеза и объективного осмотра, с целью уточнения диагноза, наиболее целесообразно выполнить тест

- тест «Магомета»
- определение глубины бороздок КПС
- тест «пружинения»

- определение нижнелатеральных углов крестца

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции, к инструментальным или лабораторным методам исследования относятся

- тест «Магомета»
- определение глубины бороздок КПС
- тест «пружинения»
- определение нижнелатеральных углов крестца

Результаты обследования

Для более точной верификации предполагаемой соматической дисфункции пациенту необходимо провести дополнительно тест

- тест «Магомета»
- определение глубины бороздок КПС
- тест «пружинения»
- определение нижнелатеральных углов крестца

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной соматической дисфункцией является

- передняя ротация правой подвздошной кости
- задняя ротация правой подвздошной кости
- верхнее смещение правой подвздошной кости
- анатомически короткая нога

При наличии соматической дисфункции правой подвздошной кости в верхнем смещении, происходит напряжение справа

- напрягателя широкой фасции
- квадратной мышцы поясницы
- паховой связки
- крестцово-бугорной связки

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион головы (1 балл), регион шеи, висцеральная составляющая (1 балл), регион твердой мозговой оболочки (1 балл)) и локальные соматические дисфункции (верхнее смещение правой подвздошной кости (острая), акромиально-ключичного сочленения в «закрытии» слева (хроническая)). Наиболее корректно состояние пациента отражает остеопатическое заключение

- напрягателя широкой фасции
- квадратной мышцы поясницы
- паховой связки
- крестцово-бугорной связки

Диагноз

Для коррекции выявленной соматической дисфункции верхнее смещение правой подвздошной кости при использовании мышечно-энергетической техники, сила врача

- меньше силы сопротивления пациента
- больше силы сопротивления пациента
- равна силе сопротивления пациента
- не учитывается в процессе выполнения техники

Наиболее часто техника коррекции соматической дисфункции «верхнее смещение подвздошной кости справа» производится в положении пациента лежа на

- левом боку
- животе
- правом боку
- спине

Исходя из результатов осмотра, врач применяет мышечно-энергетическую технику коррекции локальной соматической дисфункции «верхнее смещение подвздошной кости справа». При подготовке к коррекции врач выводит правую нижнюю конечность в положение

- отведения и внутренней ротации
- приведения и внутренней ротации
- отведения и наружной ротации
- наружной ротации

С учетом характера жалоб, данных анамнеза и проведенного осмотра данному пациенту консультация узких специалистов

- показана с привлечением невролога
- не показана
- показана с привлечением ортопеда
- показана с привлечением травматолога

При выполнении теста «сплетниць» врач оценивает формирование дуг относительно позвонков

- L3, D5
- L2, D6

- L1, D7
- L3, D4

Повторный прием данному пациенту показан через _____ дней

- L3, D5
- L2, D6
- L1, D7
- L3, D4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 27 лет.

Жалобы

на * «стреляющие» боли в поясничном отделе позвоночника, иррадиирующие в надлобковую область, внутреннюю поверхность бедер. Болевой синдром усиливается при ходьбе, подъеме по лестнице.

Анамнез заболевания

Болевой синдром беспокоит в течение последних 10 дней, возник после родов через естественные родовые пути без осложнений. За медицинской помощью не обращалась.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: часто рецидивирующий цистит (последнее обострение во время беременности на 24 недели). * Травмы: отрицает. * Акушерско-гинекологический анамнез: не отягощен. * Роды: первые срочные через естественные родовые пути 14 дней назад. Родился живой доношенный мальчик с массой тела 3890 г. * Оперативные вмешательства: лапароскопическая аппендэктомия в 9 лет. * Лекарственные препараты: не принимает. * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Профессиональные вредности: отрицает.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД 125/75 мм.рт.ст., пульс 78 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с двух сторон *Остеопатический статус.* При остеопатическом осмотре врач отметил: * Флексионный тест стоя резко положительный справа (+++). * Флексионный тест сидя слабоположительный справа (+). * Нижняя конечность справа в положении лежа на спине удлинена по сравнению с левой. Лобковый шип справа расположен краниально и дорсально по сравнению с левой стороной. Паховая связка расслаблена больше справа.

Учитывая жалобы пациента, данные анамнеза и объективного осмотра, с целью уточнения диагноза, наиболее целесообразно выполнить тест

- L3, D5
- L2, D6
- L1, D7
- L3, D4

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и/или лабораторным методам исследования относятся

- L3, D5
- L2, D6
- L1, D7
- L3, D4

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной соматической дисфункцией является

- задне-верхнее смещение лонной кости справа
- передне-нижнее смещение лонной кости
- компрессия лонного сочленения
- передняя ротация подвздошной кости справа

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион таза, висцеральная составляющая (1 балл), регион поясничный, структуральная составляющая (1 балл)) и локальные соматические дисфункции (задне-верхнее смещение лонной кости справа (острая), С3-С4 (хроническая), D6-D7 (хроническая), грудобрюшной диафрагмы (хроническая)). Наиболее корректно состояние пациентки отражает остеопатическое заключение

- задне-верхнее смещение лонной кости справа
- передне-нижнее смещение лонной кости
- компрессия лонного сочленения
- передняя ротация подвздошной кости справа

Диагноз

Для коррекции выявленной соматической дисфункции «задне-верхнее смещение лонной кости справа», используется мышечно-энергетическая техника

- изотоническая
- изолитического расслабления
- постизометрического расслабления
- изокинетическая

Наиболее часто мышечно-энергетическая техника коррекции локальной соматической дисфункции «задне-верхнее смещение лонной кости справа», производится в положении пациента лежа на

- животе
- правом боку
- спине
- левом боку

Исходя из результатов осмотра, врач применяет мышечно-энергетическую технику коррекции локальной соматической дисфункции «задне-верхнее смещение лонной кости справа». При подготовке к коррекции правая нижняя конечность пациента должна быть

- разогнута в коленном и тазобедренном суставе
- спущена за край стола
- приведена к левой нижней конечности
- согнута в коленном и тазобедренном суставе

При выполнении флексионного теста, «убегание» большого пальца в положении стоя и отсутствие «убегания» большого пальца в положении пациента сидя указывает на наличие

- нисходящей дисфункции
- дисфункции позвоночника
- дисфункции крестца
- восходящей дисфункции

Паховая связка представляет собой утолщенный нижний край апоневроза + _____ + мышцы живота

- поперечной
- наружной косой
- внутренней косой
- прямой

Повторный прием данной пациентке показан через + _____ + дней

- 28-30
- 40-45
- 18-29
- 7-10

При обследовании региона таза врач-osteопат нередко прибегает к использованию теста Жилетта. Данный тест позволяет оценить

- подвижность лонного сочленения
- раскрытие сегмента L5-S1
- формирование дуги относительно позвонка L3
- подвижность подвздошных костей относительно крестца

После остеопатического приема данной пациентке показано

- подвижность лонного сочленения
- раскрытие сегмента L5-S1
- формирование дуги относительно позвонка L3
- подвижность подвздошных костей относительно крестца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в санаторно-курортное учреждение обратилась пациентка 27 лет.

Жалобы

на * тянущие боли в пояснично-крестцовой области с иррадиацией в нижние отделы живота, преимущественно в левую подвздошную область.

Анамнез заболевания

* Считает себя больной в течение 3 лет, когда после неполного самопроизвольного выкидыша раннего срока появились периодические тянущие боли в нижних отделах живота и в области крестца, усиливающиеся во время менструации. Отмечает также наличие диспареунии. * В санаторно-курортном учреждении находится на лечении с диагнозом хронический двусторонний сальпингоофорит в стадии ремиссии.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: скарлатина, краснуха, ОРВИ, острый бронхит. * Хронические заболевания: хронический сальпингоофорит с частыми рецидивами, последнее обострение в прошлом году, состоит на диспансерном учете у гинеколога. * Травмы: отрицает. * Оперативные вмешательства: отрицает. * Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 16 лет, регулярные, по 5 дней через 30 дней, умеренные, болезненные. Контрацепция барьерная, диспареуния. Беременность - 1 – в прошлом году закончилась неполным самопроизвольным выкидышем раннего срока, осложнившимся острым метроэндометритом, с последующей операцией выскабливания полости матки (маточный кюретаж). * Гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит с частыми рецидивами, последнее обострение в прошлом году. * Лекарственные препараты в постоянном режиме: не принимает. * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Гемотрансфузии: отрицает. * Страховой анамнез: за последний год

листок нетрудоспособности не было. * Наследственные заболевания: отрицает.
* Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100\65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). *Остеопатический статус.* При обследовании было выявлено:
* При глобальном остеопатическом прослушивании определяется фасциальное натяжение в регион таза. * Флексионный тест стоя отрицательный (-). * Флексионный тест сидя положительный (+) слева. * При выполнении теста трех объемов выявлено ограничение смещаемости (как в вентральном, так и в дорзальном направлении) структурального компонента нижнего абдоминального объема. При выполнении теста трансляции висцеральных масс выявлено некоторое ограничение трансляции висцеральных масс абдоминального региона вправо. * Определяется рестрикция региона твердой мозговой оболочки с фиксацией на уровне C0-C1. * Определяется ограничение мобильности грудобрюшной диафрагмы, фиксация C0-C1. * При тестировании мобильности матки определяется фиксация матки слева с ограничением ее латерального смещения вправо.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относится

- подвижность лонного сочленения
- раскрытие сегмента L5-S1
- формирование дуги относительно позвонка L3
- подвижность подвздошных костей относительно крестца

Результаты инструментального метода обследования

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции лабораторным методам относятся

- подвижность лонного сочленения
- раскрытие сегмента L5-S1
- формирование дуги относительно позвонка L3
- подвижность подвздошных костей относительно крестца

Результаты лабораторного метода обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция

- нарушение мобильности матки – левосторонняя латерофлексия матки
- ПТОЗ матки
- нарушение мобильности сигмовидной кишки
- нарушение мобильности слепой кишки

Соматическую дисфункцию «нарушение мобильности матки – левосторонняя латерофлексия матки» в первую очередь необходимо дифференцировать с соматической дисфункцией

- ретрофлексия матки
- ПТОЗ матки
- нарушение мобильности сигмовидной кишки
- нарушение мобильности матки – ограничение ротации матки вправо

Наиболее корректно с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (регион таза, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл); регион ТМО 1 (балл)) и локальные (С0-С1 справа (хроническая), грудобрюшная диафрагма (хроническая), левосторонняя латерофлексия матки (хроническая)) соматические дисфункции, состояние пациентки отражает следующий вариант остеопатического заключения

- ретрофлексия матки
- ПТОЗ матки
- нарушение мобильности сигмовидной кишки
- нарушение мобильности матки – ограничение ротации матки вправо

Диагноз

Для коррекции выявленной соматической дисфункции врач выбрал следующую технику. Исходное положение пациентки: лежа на боку, противоположном стороне дисфункции. Ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах. Исходное положение врача: со стороны спины пациентки на уровне ее таза. Врач укладывает ладонь одной руки на тыл кисти другой. Второй-пятый пальцы обеих рук устанавливают на внутреннюю поверхность крыла подвздошной кости ниже передней ости. Техника коррекции: медленно продвигать пальцы обеих рук ко дну матки по внутренней поверхности подвздошной кости в вентро-каудальном направлении, растягивая волокна верхней части широкой связки матки. Технику выполнять в ритме тканей пациентки, учитывая высокую рефлексогенность данной зоны. Критерием окончания техники будет являться хорошая подвижность тканей, исчезновение болезненности и появление тепла под руками врача. Прямая техника коррекции соматической дисфункции «нарушение мобильности матки – левосторонняя латерофлексия матки» выбрана

- неверно, так как подходит для коррекции соматической дисфункции «нарушение мобильности левого яичника»
- неверно, так как подходит для коррекции соматической дисфункции «нарушение мобильности матки в ротации»
- неверно, так как подходит для коррекции соматической дисфункции «нарушение мобильности матки – в ретрофлексии»
- верно, так как предназначена для коррекции данной соматической дисфункции

Наиболее часто коррекция соматической дисфункции «нарушение мобильности матки – левосторонняя латерофлексия матки» с использованием прямой фасциальной техники проводится в положении пациента

- сидя на кушетке
- лежа на боку, одноименном соматической дисфункции
- лежа на животе
- лежа на спине

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра пациентке показана консультация

- хирурга
- акушера-гинеколога
- невролога
- уролога

Рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- ограничение физической нагрузки в течение 2-3 дней
- половой покой 1 месяц
- позиционную терапию – сон на животе в течение 10 дней после приема
- ограничение физической нагрузки 1 месяц

Повторный остеопатический прием данной пациентке рекомендован через +_____+

- 5-7 дней
- 10-14 дней
- 18-24 дня
- 2-3 дня

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра дополнительные инструментальные и/или лабораторные методы диагностики

- показаны. Следует назначить анализ крови на гормоны надпочечников

- показаны. Следует назначить анализ крови на гонадотропные гормоны
- не показаны
- показаны. Следует назначить рентгенографическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника

Положение матки в антеверсио обеспечивается преимущественно за счет

- показаны. Следует назначить анализ крови на гормоны надпочечников
- показаны. Следует назначить анализ крови на гонадотропные гормоны
- не показаны
- показаны. Следует назначить рентгенографическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 35 лет.

Жалобы

на * тянущие боли в крестцовой области преимущественно слева, * боли в нижних отделах живота, преимущественно в левой подвздошной области с иррадиацией в паховую область в течение суток, * тошноту, * ноющую головную боль без четкой локализации.

Анамнез заболевания

В течение суток беспокоят боли в крестцовой области, боли в нижних отделах живота, преимущественно в левой подвздошной области, с иррадиацией в паховую область, появившиеся после полового контакта накануне.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко), ангина. * Хронические заболевания: хронический тонзиллит с редкими рецидивами (1-2 раза в год). * На диспансерном учете не состоит. * Травмы: отрицает. * Оперативные вмешательства: кесарево сечение. * Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 15 лет, нерегулярные. Дату последней менструации не помнит. Беременностей - 2: роды путем операции кесарева сечения в экстренном порядке в связи с начавшейся гипоксией плода в 2018 году под общей анестезией. Полный самопроизвольный выкидыш раннего срока в 2016 году. Контрацепцию отрицает. * Гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит с частыми рецидивами, ассоциированный с хламидийно-микоплазменной инфекцией. * Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Страховой анамнез: не работает, в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет. * Наследственные заболевания: сахарный диабет у отца.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 115/70 мм рт. ст. Температура тела 37,0°C. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). *Остеопатический статус.* При обследовании было выявлено: При глобальном остеопатическом прослушивании определяется фасциальное натяжение в регион таза влево. Флексионный тест стоя отрицательный (-). Флексионный тест сидя положительный (+) слева. При выполнении теста трех объемов выявлено ограничение смещаемости структурального и висцерального компонента (как в вентральном, так и в дорсальном направлении) нижнего абдоминального объема. При выполнении теста трансляции висцеральных масс выявлено ограничение трансляции висцеральных масс нижнего абдоминального региона вправо. Отмечается ригидность региона таза с нарушением проведения краниального ритмического импульса в регионе. Определяется рестрикция региона твердой мозговой оболочки с фиксацией на уровне С0-С1, наличие асинхронизма. Определяется ограничение мобильности грудобрюшной диафрагмы. Краниальный ритмический импульс: частота 5-6 в 1 минуту, амплитуда (+), сила (++) , компрессия сфенобазиллярного синхрондрома.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относится

- показаны. Следует назначить анализ крови на гормоны надпочечников
- показаны. Следует назначить анализ крови на гонадотропные гормоны
- не показаны
- показаны. Следует назначить рентгенографическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника

Результаты инструментального метода обследования

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции лабораторным методам относится

- показаны. Следует назначить анализ крови на гормоны надпочечников
- показаны. Следует назначить анализ крови на гонадотропные гормоны
- не показаны
- показаны. Следует назначить рентгенографическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника

Результаты лабораторного метода обследования

По результатам анамнеза и представленных данных осмотра с целью уточнения диагноза показана консультация

- невролога
- акушера-гинеколога
- терапевта
- уролога

Врач акушер-гинеколог на основании жалоб пациентки, данных анамнеза, объективного осмотра и по результатам проведенных в экстренном порядке обследований заподозрил наличие эктопической беременности. Тактика врача остеопата в сложившейся ситуации заключается в

- коррекции выявленных соматических дисфункций
- выполнении флексионного теста сидя с проведением ингибиции
- выполнении специфических тестов для диагностики соматических дисфункций региона таза
- госпитализации пациентки в экстренном порядке сан-транспортом в сопровождении врача

На следующий прием к врачу остеопату пациентка пришла после выписки из стационара, где находилась в течение недели с диагнозом: нарушенная левосторонняя трубная беременность по типу трубного аборта. Экстренная лапароскопическая операция. Левосторонняя тубэктомия. Течение послеоперационного периода без осложнений. Заживление раны первичным натяжением. Выписана на 6 сутки домой. Врач остеопат провел осмотр на 30 сутки послеоперационного периода. Наиболее корректно с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (регион головы (1 балл); регион шеи, висцеральная составляющая (1 балл); регион таза, структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (2 балла); регион ТМО 1 (балл)) и локальные (С0-С1 справа (хроническая), грудобрюшная диафрагма (хроническая)) соматические дисфункции, состояние пациентки отражает следующий вариант остеопатического заключения

- коррекции выявленных соматических дисфункций
- выполнении флексионного теста сидя с проведением ингибиции
- выполнении специфических тестов для диагностики соматических дисфункций региона таза
- госпитализации пациентки в экстренном порядке сан-транспортом в сопровождении врача

Диагноз

Учитывая данные остеопатического заключения и объем перенесенного оперативного вмешательства, обязательной коррекции подлежат соматические дисфункции региона

- шеи
- диафрагмы

- ГОЛОВЫ
- таза

К группе риска по развитию внематочной беременности относятся женщины, у которых в анамнезе имеется наличие

- инсулинзависимого сахарного диабета
- хронических воспалительных заболеваний придатков матки
- злокачественных новообразований любой локализации
- синдрома раздраженного кишечника и гипергомоцистеинемии

Маточные трубы расположены в полости малого таза в верхнем крае

+ _____ + связки матки

- широкой
- воронко-тазовой
- кардинальной
- круглой

Рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- ограничение физической нагрузки в течение 2-3 дней
- ограничение физической нагрузки в течение 6 месяцев
- половой покой в течение 6 месяцев
- позиционную терапию – сон на левом боку

Повторный остеопатический прием данной пациентке рекомендован через

+ _____ + дней

- 10-14
- 18-20
- 5-7
- 28-30

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра после проведенной остеопатической коррекции дополнительные инструментальные и\или лабораторные методы диагностики

- показаны. Следует назначить анализ крови на раковый эмбриональный антиген
- показаны. Следует назначить рентгенографическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника
- не показаны
- показаны. Следует назначить магнитно-резонансную томографию пояснично-крестцового отдела позвоночника

Положение матки в антеверсии обеспечивается преимущественно за счет наличия

- показаны. Следует назначить анализ крови на раковый эмбриональный антиген
- показаны. Следует назначить рентгенографическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника
- не показаны
- показаны. Следует назначить магнитно-резонансную томографию пояснично-крестцового отдела позвоночника

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился пациент 31 года.

Жалобы

на * тянущие боли средней интенсивности в области поясницы, без иррадиации, усиливающиеся при перемене положения тела, поворотах, наклонах.

Анамнез заболевания

Заболел остро 4 дня назад, когда погрузил тяжелый чемодан в багажник машины. Боль появилась внезапно и была настолько интенсивной, что потребовала вынужденного положения в кровати. Обратился за неотложной медицинской помощью, врач «скорой помощи» выполнил инъекцию обезболивающего препарата внутримышечно. На некоторое время интенсивность боли снизилась, однако беспокоит по настоящее время.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония, ангина. * Хронические заболевания: отрицает. * Травмы: сотрясение головного мозга в детстве (амбулаторное лечение). * Оперативные вмешательства: отрицает. * Лекарственные препараты в постоянном режиме: не принимает. * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Гемотрансфузии: отрицает. * Страховой анамнез: за последний год листков нетрудоспособности не было. * Наследственные заболевания: отрицает. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

* Соматический статус. * Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 66 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120\80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). * Остеопатический статус. * При обследовании было выявлено: * При глобальном остеопатическом прослушивании определяется фасциальное натяжение в поясничный регион. * Выполнение активных тестов затруднено в

связи с наличием болевого синдрома. * Флексионный тест стоя отрицательный (-). * Флексионный тест сидя положительный (+++) слева. * При выполнении теста трансляции – ограничение трансляции в поясничном и грудном отделе позвоночника. * При выполнении теста трех объемов отмечается ограничение смещения структурального и висцерального компонентов нижнего абдоминального объема (как в вентральном, так и в дорзальном направлении). * Отмечается ригидность региона твердой мозговой оболочки с уровнем фиксации С0-С1. * При проведении теста «сплетницы» формирование вершины дуги происходит выше уровня L3. * Тест шага вперед – отрицательный.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относится

- показаны. Следует назначить анализ крови на раковый эмбриональный антиген
- показаны. Следует назначить рентгенографическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника
- не показаны
- показаны. Следует назначить магнитно-резонансную томографию пояснично-крестцового отдела позвоночника

Результаты инструментального метода обследования

Специфическими тестами, необходимыми для выявления у данного пациента соматической дисфункции и точного ее определения, являются

- показаны. Следует назначить анализ крови на раковый эмбриональный антиген
- показаны. Следует назначить рентгенографическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника
- не показаны
- показаны. Следует назначить магнитно-резонансную томографию пояснично-крестцового отдела позвоночника

Результаты обследования

Для верификации соматической дисфункции поясничных позвонков в рамках концепции Ф. Митчела необходимо дополнительно провести

- показаны. Следует назначить анализ крови на раковый эмбриональный антиген
- показаны. Следует назначить рентгенографическое исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника
- не показаны
- показаны. Следует назначить магнитно-резонансную томографию пояснично-крестцового отдела позвоночника

Результаты обследования

На основании представленных данных анамнеза и остеопатического осмотра наиболее вероятной является острая локальная соматическая дисфункция

- позвонка L4 ERS влево
- позвонка L4 FRS вправо
- позвонка L4 ERS вправо
- позвонка L4 FRS влево

Наиболее корректно, с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (регион грудной, структуральная составляющая (1 балл); поясничный регион (структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (1 балл), регион ТМО (1балл)) и локальные соматические дисфункции позвонка L4 FRS влево (острая), С0-С1 слева (хроническая), нижнее положение кубовидной кости слева (хроническая) соматические дисфункции, состояние пациентки отражает следующий вариант остеопатического заключения

- позвонка L4 ERS влево
- позвонка L4 FRS вправо
- позвонка L4 ERS вправо
- позвонка L4 FRS влево

Диагноз

Для коррекции выявленной соматической дисфункции позвонка L4 FRS влево используется мышечно-энергетической техника

- изолитического расслабления
- постизометрического расслабления
- изотонического сокращения
- изокинетического сокращения

Техника коррекции соматической дисфункции позвонка L4 FRS влево осуществляется в положении пациента

- лежа на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами
- лежа на животе
- лежа в положении полупрокубитус
- лежа на левом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами

Врач выбрал для коррекции соматической дисфункции позвонка L4 FRS влево следующую технику: *Исходное положение пациента:* лежа на левом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. *Исходное положение врача:* стоя лицом к пациенту. *Подготовка к коррекции:* упираясь своими бедрами в колени пациента, врач, усиливая и уменьшая степень выраженности флексии поясничного отдела позвоночника, локализует пространство L4- L5 цефалической рукой, фиксирует пациента в таком положении. Затем замыкает верхний сегмент в правой ротации: врач выводит правую руку пациента за его спину, осуществляет тягу за левую руку, до прихода движения в пространство L4- L5. *Техника коррекции:* на выдохе пациент опускает правую руку за плоскость спины, врач пассивно сопровождает это движение (действие выполняется трехкратно), пациент фиксирует это положение, захватившись рукой за край стола. Контролируя пространство L4- L5 цефалической рукой, каудальной рукой врач захватывает стопы пациента и выводит голени за пределы стола (колени пациента лежат на каудальном бедре врача). Врач поднимает голени пациента к потолку до начала движения на L5, исключая движение L4. Пациент совершает изометрическое сокращение против сопротивления врача, наклоняя голени к полу в течение 3 секунд с силой 200г, затем следует пауза 3 секунды, врач достигает нового моторного барьера в делатерофлексии (поднимая голени пациента), в деротации (опуская бедра пациента), в экстензии (переводя бедра пациента каудально). Повторить коррекцию трехкратно. Ретестирование. Вышеописанная техника коррекции соматической дисфункции позвонка L4 FRS влево выбрана

- неверно, так как она подходит для коррекции соматической дисфункции L4 FRS вправо
- неверно, так как она подходит для коррекции соматической дисфункции L4 ERS влево
- неверно, так как она подходит для коррекции соматической дисфункции L5 FRS влево
- верно, так как предназначена для коррекции данной соматической дисфункции

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра, консультация узких специалистов

- не требуется
- требуется с привлечением уролога
- требуется с привлечением травматолога
- требуется с привлечением ортопеда

Рекомендации пациенту по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема

- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- сон лежа на левом боку в ближайшие 2-3 дня после приема
- сон лежа на животе в ближайшие 2-3 дня после приема

Повторный остеопатический прием данному пациенту рекомендован через +____+

- 7-10 дней
- 25-30 дней
- 14-20 дней
- 2-3 дня

Дополнительные лабораторные и/ или инструментальные методы исследования после остеопатического приема

- 7-10 дней
- 25-30 дней
- 14-20 дней
- 2-3 дня

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteopatu в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился мужчина 41 года.

Жалобы

на * выраженные тянущие боли в области поясницы, без иррадиации, усиливающиеся при перемене положения тела, поворотах, наклонах.

Анамнез заболевания

Заболел остро 3 дня назад, когда поднял и переставил с места на место тяжелый шкаф. Боль появилась внезапно и была настолько интенсивной, что потребовала вынужденного положения мужчины на полу. Обратился за неотложной медицинской помощью, врач «скорой помощи» выполнил инъекцию обезболивающего препарата внутримышечно. На некоторое время интенсивность боли снизилась, однако беспокоит по настоящее время.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония, ангина. * Хронические заболевания: варикозная болезнь вен нижних конечностей, бронхиальная астма легкой степени тяжести аллергического генеза с обострениями в весенний период. Состоит на диспансерном учете у пульмонолога. * Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. Во время приступов удушья использует Сальбутамол однократно. * Травмы: сотрясение головного мозга в детстве (амбулаторное лечение). * Оперативные вмешательства: отрицает. * Аллергологический анамнез: на пыльцу растений, на пыль - удушье. * Эпидемиологический анамнез: неотягощен. * Страховой анамнез: за последний

год листков нетрудоспособности не было. * Наследственные заболевания: отрицает. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Избыточного питания. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. А\Д 125\80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). *Остеопатический статус.* При обследовании было выявлено: * При глобальном остеопатическом прослушивании определяется фасциальное натяжение в поясничную область. * Выполнение активных тестов затруднено в связи с наличием болевого синдрома. * Флексионный тест стоя отрицательный (-). * Флексионный тест сидя положительный (+++) слева. * При выполнении теста трансляции – ограничение трансляции в поясничном и грудном отделе позвоночника. * При выполнении теста трех объемов отмечается ограничение смещаемости структурального и висцерального компонентов нижнего абдоминального объема (как в вентральном, так и в дорзальном направлении). * Отмечается ригидность региона твердой мозговой оболочки с уровнем фиксации С0-С1. * При выполнении теста «кумушки» формирование вершины дуги происходит выше уровня L3. * Тест шага вперед – отрицательный.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относится

- 7-10 дней
- 25-30 дней
- 14-20 дней
- 2-3 дня

Результаты инструментального метода обследования

Специфическими тестами, необходимыми для выявления у данного пациента соматической дисфункции и точного ее определения, являются

- 7-10 дней
- 25-30 дней
- 14-20 дней
- 2-3 дня

Результаты обследования

Для верификации соматической дисфункции поясничных позвонков в рамках концепции Ф. Митчела необходимо дополнительно провести

- 7-10 дней

- 25-30 дней
- 14-20 дней
- 2-3 дня

Результаты обследования

На основании представленных данных анамнеза и остеопатического осмотра наиболее вероятной является острая локальная соматическая дисфункция

- позвонка L4 ERS вправо
- позвонка L4 FRS влево
- позвонка L4 ERS влево
- позвонка L4 FRS вправо

Наиболее корректно, с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (регион грудной, структуральная составляющая (1 балл); поясничный регион (структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (1 балл), регион ТМО (1балл)) и локальные соматические дисфункции позвонка L4 FRS влево (острая), С0-С1 слева (хроническая), нижнее положение кубовидной кости слева (хроническая) соматические дисфункции, состояние пациента отражает следующий вариант остеопатического заключения

- позвонка L4 ERS вправо
- позвонка L4 FRS влево
- позвонка L4 ERS влево
- позвонка L4 FRS вправо

Диагноз

Для коррекции выявленной соматической дисфункции L4 FRS влево используется мышечно-энергетическая техника

- изотонического сокращения
- изокинетического сокращения
- постизометрического расслабления
- изолитического расслабления

Техника коррекции соматической дисфункции L4 FRS влево осуществляется в положении пациента

- лежа на животе
- лежа в положении полупрокубитус
- лежа на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами

- лежа на левом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами

Врач выбрал для коррекции соматической дисфункции L4 FRS влево следующую технику: *Исходное положение пациента:* лежа на левом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. *Исходное положение врача:* стоя лицом к пациенту. *Подготовка к коррекции:* упираясь своими бедрами в колени пациента, врач, усиливая и уменьшая степень выраженности флексии поясничного отдела позвоночника, локализует пространство L4- L5 цефалической рукой, фиксирует пациента в таком положении. Затем замыкает верхний сегмент в правой ротации: врач выводит правую руку пациента за его спину, осуществляет тягу за левую руку, до прихода движения в пространство L4- L5 *Техника коррекции:* на выдохе пациент опускает правую руку за плоскость спины, врач пассивно сопровождает это движение (действие выполняется трехкратно), пациент фиксирует это положение, захватившись рукой за край стола. Контролируя пространство L4- L5 цефалической рукой, каудальной рукой врач захватывает стопы пациента и выводит голени за пределы стола (колени пациента лежат на каудальном бедре врача). Врач поднимает голени пациента к потолку до начала движения на L5, исключая движение L4. Пациент совершает изометрическое сокращение против сопротивления врача, наклоняя голени к полу в течение 3 секунд с силой 200г, затем следует пауза 3 секунды, врач достигает нового моторного барьера в делатерофлексии (поднимая голени пациента), в деротации (опуская бедра пациента), в экстензии (переводя бедра пациента каудально). Повторить коррекцию трехкратно. Ретестирование. Вышеописанная техника коррекции соматической дисфункции L4 FRS влево выбрана

- верно, так как предназначена для коррекции данной соматической дисфункции
- неверно, так как она подходит для коррекции соматической дисфункции L5 FRS влево
- неверно, так как она подходит для коррекции соматической дисфункции L4 ERS влево
- неверно, так как она подходит для коррекции соматической дисфункции L5 FRS влево

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра консультация узких специалистов

- требуется с привлечением нефролога
- требуется с привлечением травматолога
- требуется с привлечением ортопеда
- не требуется

Повторный остеопатический прием данному пациенту рекомендован через +_____+

- 30 дней
- 2-3 дня
- 18-20 дней
- 7-10 дней

Рекомендации пациенту по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- сон лежа на левом боку в ближайшие 2-3 дня после приема
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема
- сон лежа на животе в ближайшие 2-3 дня после приема

Дополнительные лабораторные и/ или инструментальные методы исследования после остеопатического приема

- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- сон лежа на левом боку в ближайшие 2-3 дня после приема
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема
- сон лежа на животе в ближайшие 2-3 дня после приема

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в санаторно-курортное учреждение обратилась пациентка 31 года.

Жалобы

на * интенсивные тянущие боли в области поясницы, без иррадиации, усиливающиеся при перемене положения тела, поворотах, наклонах.

Анамнез заболевания

Начало заболевания связывает с физической нагрузкой. Боль появилась внезапно после того, как резко подняла трехлетнего ребенка на руки на прогулке вчера. Боль была интенсивной и потребовала приема обезболивающих препаратов (Нурофен 400 мг однократно). За медицинской помощью не обращалась.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, эпидемический паротит, ангина. *

Хронические заболевания: вазомоторный ринит. * На диспансерном учете не состоит. * Травмы: отрицает. * Оперативные вмешательства: отрицает. *

Акушерско-гинекологический анамнез: не отягощен (менструации регулярные, безболезненные; беременность -1, закончилась срочными родами через

естественные родовые пути без осложнений, ребенок здоров. *
Гинекологические заболевания отрицает. Контрацепция барьерная. *
Лекарственные препараты в постоянном режиме: не принимает. *
Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Страховой анамнез: за последний год листков нетрудоспособности не было. * Наследственные заболевания: отрицает. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное.
Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 66 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120\80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). *Остеопатический статус.* При обследовании было выявлено:
* При глобальном остеопатическом прослушивании определяется фасциальное натяжение в поясничную область. * Выполнение активных тестов, флекссионных тестов затруднено в связи с наличием болевого синдрома. * Тест «сплетницы» показал формирование вершины дуги выше уровня L3. * Тест шага вперед – отрицательный. * При выполнении теста трансляции – ограничение трансляции в поясничном отделе позвоночника. * При выполнении теста трех объемов отмечается ограничение смещаемости структурного компонента нижнего абдоминального объема (как в вентральном, так и в дорзальном направлении).

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относится

- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- сон лежа на левом боку в ближайшие 2-3 дня после приема
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема
- сон лежа на животе в ближайшие 2-3 дня после приема

Результаты инструментального метода обследования

Специфическими тестами, необходимыми для выявления у данного пациента соматической дисфункции и точного ее определения, являются

- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- сон лежа на левом боку в ближайшие 2-3 дня после приема
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема
- сон лежа на животе в ближайшие 2-3 дня после приема

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является

- соматическая дисфункция NSR L4 влево
- соматическая дисфункция L4 FRS влево
- острая соматическая дисфункция L4 ERS влево
- нефизиологическая торсия крестца вправо по левой оси

Соматическую дисфункцию L4 ERS влево в первую очередь необходимо дифференцировать с

- соматической дисфункцией L4 FRS влево
- нефизиологической торсией крестца влево по правой оси
- соматической дисфункцией NSR L4 влево
- соматической дисфункцией L4 FRS вправо

Наиболее корректно, с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (поясничный регион (структуральная составляющая (1 балл), регион ТМО (2балла)) и локальные (позвонка L4 ERS влево (острая), C0-C1 слева (хроническая), грудобрюшной диафрагмы (хроническая)) соматические дисфункции, состояние пациентки отражает следующий вариант остеопатического заключения

- соматической дисфункцией L4 FRS влево
- нефизиологической торсией крестца влево по правой оси
- соматической дисфункцией NSR L4 влево
- соматической дисфункцией L4 FRS вправо

Диагноз

Для коррекции выявленной соматической дисфункции L4 ERS влево используется мышечно-энергетическая техника

- изокинетического сокращения
- изолитического расслабления
- изотонического сокращения
- постизометрического расслабления

Техника коррекции соматической дисфункции L4 ERS влево проводится в положении пациента

- из полупрокубитуса на левом боку
- на правом боку
- из полупрокубитуса на правом боку
- на левом боку

Врач выбрал для коррекции соматической дисфункции L4 FRS влево технику: *Исходное положение пациента:* лежа на левом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. *Исходное положение врача:* стоя лицом к пациенту. *Подготовка к коррекции:* упираясь своими бедрами в колени пациента, врач, усиливая и уменьшая степень выраженности флексии поясничного отдела позвоночника, локализует пространство L4- L5 цефалической рукой, фиксирует пациента в таком положении. Затем замыкает верхний сегмент в правой ротации: врач выводит правую руку пациента за его спину, осуществляет тягу за левую руку, до прихода движения в пространство L4- L5 *Техника коррекции:* на выдохе пациент опускает правую руку за плоскость спины, врач пассивно сопровождает это движение (действие выполняется трехкратно), пациент фиксирует это положение, захватившись рукой за край стола. Контролируя пространство L4- L5 цефалической рукой, каудальной рукой врач захватывает стопы пациента и выводит голени за пределы стола (колени пациента лежат на каудальном бедре врача). Врач поднимает голени пациента к потолку до начала движения на L5, исключая движение L4. Пациент совершает изометрическое сокращение против сопротивления врача, наклоняя голени к полу в течение 3 секунд с силой 200 г, затем следует пауза 3 секунды, врач достигает нового моторного барьера в делатерофлексии (поднимая голени пациента), в деротации (опуская бедра пациента), в экстензии (переводя бедра пациента каудально). Повторить коррекцию трехкратно. Ретестирование. Вышеописанная техника коррекции соматической дисфункции L4 ERS влево выбрана

- неверно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции L4 ERS вправо
- верно, так как предназначена для коррекции данной соматической дисфункции
- неверно, так как она не предназначена для коррекции данной соматической дисфункции
- верно, но требует повторов 6 раз за один сеанс

Для коррекции соматической дисфункции L4 ERS влево выбрана следующая техника: *Положение пациента:* из полупрокубитуса на боку, соответствующем стороне смещения вентрально поперечного отростка L4 (противоположном ротации), то есть на правом боку. *Исходное положение врача:* стоя лицом к пациенту. *Подготовка к коррекции:* упираясь своими бедрами в колени пациента, врач, усиливая или уменьшая флексию поясничного отдела позвоночника, локализует пространство L4-L5 цефалической рукой (замыкает нижний сегмент). Замыкание верхнего сегмента в правой ротации: врач опускает левую руку пациента за край стола кпереди от него, после глубокого вдоха пациент на выдохе опускает руку в направлении пола, а врач пассивно сопровождает это движение. Повторяет маневр 3 раза до прихода движения к L4. Врач фиксирует положение достигнутой ротации, блокируя заднюю поверхность левой половины грудной клетки пациента своим цефалическим предплечьем.

Коррекция: контролируя пространство L4-L5 цефалической рукой, каудальной рукой врач захватывает стопы пациента и выводит голени за пределы стола, колени пациента располагаются на бедре врача. Врач опускает голени пациента до начала движения на L5, исключая движение L4. Пациент оказывает изометрическое сокращение против сопротивления врача, направляя голени к потолку в течение 3-х секунд с силой 200 г. Затем следует отдых -3 секунды. Врач, опуская голени пациента, достигает нового моторного барьера в делатерофлексии, поднимая бедра пациента – в деротации, переводя бедра пациента цефалически – в дезкстезии. Повторить маневр 3-хкратно. Ретестирование. Вышеописанная техника коррекции соматической дисфункции L4 ERS влево выбрана

- неверно, так как данная техника коррекции предназначена для коррекции соматической дисфункции L4 ERS вправо
- неверно, так как данная техника коррекции предназначена для коррекции соматической дисфункции - нефизиологической торсии крестца влево по правой оси
- неверно, так как данная техника коррекции предназначена для коррекции соматической дисфункции L4 FRS влево
- верно, так как предназначена для коррекции данной соматической дисфункции

В рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема будет включено

- соблюдение диеты с ограничением потребления жидкости (до 1 литра в сутки)
- сон лежа на левом боку в ближайшие 2-3 месяца после приема
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема
- сон лежа на животе в ближайшие 2-3 дня после приема

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через + ____ + дней

- 19-20
- 14-18
- 30
- 7-10

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра дополнительные инструментальные и/или лабораторные методы диагностики

- 19-20
- 14-18
- 30
- 7-10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 24 лет.

Жалобы

на * боли в поясничной области, преимущественно справа, усиливающиеся при ходьбе.

Анамнез заболевания

Появление болей связывает с посещением занятия в студии йоги три дня назад. На занятие выполняла продольный шпагат без предварительной разминки. При выполнении упражнения ощутила «хруст» в области таза с последующим появлением болей при изменении положения тела и во время ходьбы.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ (1-2 раза в год). * Хронические заболевания: хронический тонзиллит с редкими рецидивами (1 раз в год), на диспансерном учете не состоит. * Травмы, оперативные вмешательства: отрицает. * Акушерско-гинекологический анамнез: менструации регулярные, безболезненные. Беременностей не было. Контрацепция – барьерная. Гинекологические заболевания отрицает. * Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. * Аллергологический анамнез: неотягощен. * Эпидемиологический анамнез: неотягощен. * Страховой анамнез: листков нетрудоспособности за последний год не было. * Наследственные заболевания: рак молочной железы у бабушки.

Объективный статус

* Соматический статус. * Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 60 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). * Osteопатический статус. * При обследовании было выявлено: * При глобальном osteопатическом прослушивании фасциальное натяжение в регион таза. * Флексионный тест стоя (+++) справа. * Флексионный тест сидя (+) справа. * Отмечается рестрикция региона твердой мозговой оболочки с фиксацией на уровне C0-C1, ограничение трансляции висцеральных масс региона шеи вправо, нарушение проведения в регионе торакального ритмического импульса. * При измерении длины нижних конечностей в положении лежа на спине правая нижняя конечность длиннее левой. * ПВПО справа расположена дорзально и цефалически по сравнению с ПВПО слева.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности osteопатической коррекции инструментальным методам относятся

- 19-20
- 14-18
- 30
- 7-10

Результаты инструментального метода обследования

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра, дополнительным тестом, необходимым для выявления у данной пациентки дисфункции и точного ее определения, является

- 19-20
- 14-18
- 30
- 7-10

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция

- задняя ротация подвздошной кости справа
- передне-нижнее смещение лонной кости справа
- компрессия лонного сочленения
- задне-верхнее смещение лонной кости справа

Соматическую дисфункцию «заднее-верхнее смещение лонной кости справа» в первую очередь необходимо дифференцировать с соматической дисфункцией

- передняя ротация подвздошной кости справа
- наружная ротация подвздошной кости справа
- задняя ротация подвздошной кости справа
- компрессия лонного сочленения

Наиболее корректно, с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (регион шеи, висцеральная составляющая (1 балл); регион ТМО (1 балл)) и локальные (С0-С1 слева (хроническая), грудобрюшной диафрагмы (хроническая), заднее-верхнее смещение лонной кости справа (острая)) соматические дисфункции, состояние пациентки отражает следующий вариант остеопатического заключения

- передняя ротация подвздошной кости справа
- наружная ротация подвздошной кости справа
- задняя ротация подвздошной кости справа
- компрессия лонного сочленения

Диагноз

Для коррекции выявленной соматической дисфункции задне-верхнее смещение лонной кости используется мышечно-энергетическая техника

- постизометрического расслабления
- изокинетического сокращения
- изолитического расслабления
- изотонического сокращения

Техника коррекции соматической дисфункции «заднее-верхнее смещение лонной кости», как правило, проводится в положении пациента

- лежа на спине
- лежа на боку, противоположном от стороны дисфункции
- лежа на животе в положении нижней конечности отведения и внутренней ротации со стороны дисфункции
- лежа на боку, одноименном стороне дисфункции

Врач выбрал для коррекции соматической дисфункции «задне-верхнее смещение лонной кости» следующую технику: *Исходное положение пациента:* на спине на середине кушетки, нога со стороны дисфункции опущена и отведена. *Исходное положение врача:* врач со стороны дисфункции оказывает давление на нижнюю часть бедра; пациент через сопротивление врача сгибает бедро, сохраняя сгибание голени в коленном суставе под углом 90 градусов, до момента, пока стопа окажется выше уровня стола, затем разгибает голень, приводит ногу к средней линии и опускает ногу на стол. Повторяется трехкратно с последующим увеличением силы пациента. Ретестирование. Вышеописанная техника коррекции соматической дисфункции «задне-верхнее смещение лонной кости» выбрана

- верно, так как предназначена для коррекции данной соматической дисфункции
- верно, но ее необходимо выполнять 6-7 раз за лечебный сеанс без увеличения силы пациента
- неверно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости»
- неверно, так как ее необходимо выполнять с противоположной от выявленной соматической дисфункции стороны

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра консультация узких специалистов

- требуется с привлечением травматолога-ортопеда
- не требуется
- требуется с привлечением акушера-гинеколога

- требуется с привлечением невролога

В рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема необходимо включить

- ночной сон в положении на левом боку
- ограничение физических нагрузок в течение полугода
- позиционную терапию: положение с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах и разведенных нижних конечностях по 15 минут в день ежедневно в течение недели
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через +_____+

- 14-18 дней
- 7-10 дней
- 3-4 дня
- 28-30 дней

Одной из задач, которая ставится перед выполнением мышечно-энергетических техник, является

- 14-18 дней
- 7-10 дней
- 3-4 дня
- 28-30 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 24 лет.

Жалобы

на * тянущие боли в пояснично-крестцовой области, иррадиирующие в левую подвздошную область, максимально проявляющие себя после длительной физической нагрузки (ходьбе на большие расстояния); * периодически беспокоящие головные боли в утреннее время.

Анамнез заболевания

Впервые боли появились через 10 дней после родов, беспокоят пациентку в течение недели. Роды первые, срочные, через естественные родовые пути, без осложнений. Общая продолжительность родов 10 часов. С целью обезболивания родов использовалась эпидуральная анестезия. Родился живой, доношенный мальчик с массой тела 3500 г, 53 см. Течение послеродового периода без особенностей. Выписана на 4 сутки домой с ребенком. Грудью кормит, лактация достаточная.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: острый бронхит, краснуха, острый гайморит. * Хронические заболевания: хроническая орофасциальная герпетическая инфекция с редкими рецидивами (1-2 раза в год), на диспансерном учете не состоит. * Травмы, оперативные вмешательства: отрицает. * Акушерско-гинекологический анамнез: не отягощен. * Гинекологические заболевания отрицает. * Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Страховой анамнез: не работает. * Наследственные заболевания: гипертоническая болезнь у матери.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Молочные железы мягкие, соски чистые. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). *Остеопатический статус.* При обследовании было выявлено: * При выполнении активных тестов выявлено ограничение объема движений в поясничном отделе позвоночника. * При глобальном остеопатическом прослушивании определяется фасциальное натяжение в регион таза. * Флексионный тест стоя (-) отрицательный. * Флексионный тест сидя слева (+) положительный. * При выполнении теста трансляции выявлено ограничение трансляции позвонков L2-L3-L4 влево. * При выполнении теста «трех объемов» выявлено ограничение смещения висцеральной составляющей нижнего абдоминального объема (как вентрально, так и дорзально), ограничение объема экстензии поясничного отдела позвоночника. * Выявлено ограничение подвижности левого купола диафрагмы (на выдохе). * Тест трансляции висцеральных масс: выраженное ограничение смещения вправо висцеральных масс региона таза. Отмечается ригидность региона таза и нарушение проведения в нем эндогенных ритмических импульсов (краниального и торакального), а так же нарушение гидродинамической составляющей в регионе по данным осцилляторного теста. * При прослушивании краниального ритмического импульса выявлено снижение амплитуды (+) при нормальной частоте (6-7 в 1 минуту) и силе (+++) краниального ритмического импульса. * Определяется ригидность региона твердой мозговой оболочки, рестрикция ее с фиксацией на уровне позвонков L2-L3.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции методам обследования относятся

- 14-18 дней
- 7-10 дней
- 3-4 дня
- 28-30 дней

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции лабораторным методам относятся

- 14-18 дней
- 7-10 дней
- 3-4 дня
- 28-30 дней

Результаты лабораторных методов обследования

По результатам анамнеза и представленным данным остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция

- нарушение мобильности матки
- региона таза (висцеральная составляющая)
- нарушение мобильности нисходящей ободочной кишки
- нарушение мобильности сигмовидной кишки

Наиболее корректно, с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (региона головы (1 балл), региона таза, висцеральная составляющая (2 балла); регион ТМО (1балл) и локальные (грудобрюшной диафрагмы (хроническая)) соматические дисфункции, состояние пациентки отражает следующий вариант остеопатического заключения

- нарушение мобильности матки
- региона таза (висцеральная составляющая)
- нарушение мобильности нисходящей ободочной кишки
- нарушение мобильности сигмовидной кишки

Диагноз

Проведя дополнительное тестирование в регионе таза, врач диагностировал наличие соматической дисфункции «птоз подвздошной кишки», техникой коррекции которой будет являться

- раскрытие илеоцекального угла
- ингибция брыжейки тонкой кишки
- мобилизация подвздошной кишки
- индукция мотильности тонкой кишки

Врач выбрал следующую технику коррекции: *Исходное положение пациента:* на спине. *Исходное положение врача:* справа, стоя на уровне таза. Врач кладет руки на область между реберной дугой и подвздошной костью слева, кисти погружаются в ткани ковшом, после чего двигаются,

как бы выбирая из этого пространства петли тощей кишки и осуществляет тракцию всем телом в сторону брыжейки, ощущая под пальцами зоны напряжения. Повторять эти действия до ощущения высвобождения. Затем врач перемещает руки в левую подвздошную область, не захватывая сигму, и осуществляет тракцию в сторону правого плеча. Тонкую кишку из области правого фланга высвободить, отталкивая от себя прямыми руками с упором на 1-е пальцы. Обойдя по векторам всю тонкую кишку, захватить ее целиком в области центра живота и произвести небольшую тракцию и поворот по часовой стрелке 3 раза. Вышеописанная техника коррекции нарушения мобильности подвздошной кишки выбрана

- верно, но требует повторения 6-8 раз за один сеанс
- верно, так как является техникой коррекции при данной соматической дисфункции
- неверно, так как она является техникой коррекции нарушения мотильности подвздошной кишки
- неверно, так как противопоказана к использованию в послеродовом периоде

При остром болевом синдроме, вызванным нарушением положения поясничных позвонков, техникой выбора будет являться

- техника коррекции сбалансированного лигаментозного натяжения
- высокоамплитудная низкоскоростная техника коррекции
- низкоамплитудная высокоскоростная техника коррекции
- мышечно-энергетическая техника - изокинетическая

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра пациентке рекомендована консультация

- невролога
- акушера-гинеколога
- хирурга
- уролога

Рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- ночной сон в положении на левом боку
- исключение физических нагрузок в течение 6 месяцев
- снижение суточного каллоража до 1500 ккал
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через
+_____+

- 10-14 дней

- 3-4 дня
- 21-25 дней
- 5-7 дней

Мышечные пучки поясничной части диафрагмы справа проходят по передней поверхности тел позвонков на уровне

- L1-L4
- L1-L2
- L1-L3
- L2-L3

Мышечные пучки поясничной части диафрагмы слева проходят по передней поверхности тел позвонков на уровне

- L1-L4
- L1-L2
- L1-L3
- L2-L3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторное поликлиническое учреждение обратилась пациентка 25 лет.

Жалобы

на * интенсивные тянущие боли в пояснично-крестцовой области, затрудняющие передвижение пациентки, вынуждающие ее занимать вынужденное положение (на боку с приведенными к животу нижними конечностями).

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3-х суток, когда после обычной еженедельной тренировки в фитнес-клубе при выполнении упражнений, направленных на укрепление мышц спины, появилась резкая боль в пояснично-крестцовой области, вынуждающая женщину прекратить тренировку. Обратилась к спортивному врачу в фитнес-клубе, получила рекомендации по снижению нагрузки во время тренировок. В течение 3-х суток пациентка вынуждена ограничивать свою активность, в том числе взяла отпуск за свой счет на работе.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко), ангина. * Хронические заболевания: хронический пиелонефрит с редкими рецидивами (1 раз в год) последнее обострение в прошлом месяце, мочекаменная болезнь с 2015 года. Состоит на диспансерном учете у нефролога. * Травмы: отрицает. * Оперативные вмешательства: 2018 год – лапароскопическая цистэктомия (дермоидная киста правого яичника). * Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, регулярные. Беременностей - 0. Гинекологические заболевания: киста

правого яичника. Эрозия шейки матки. Специфический (хламидийной этиологии) сальпингоофорит в 2017 году - пролечен с контролем. *

Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. *

Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Страховой анамнез: не работает. * Наследственные заболевания: мочекаменная болезнь у отца.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 76 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 115\70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). *Остеопатический статус.* При обследовании было выявлено: * Сглаженность лордоза поясничного отдела позвоночника. * При глобальном остеопатическом прослушивании определяется фасциальное натяжение в регион таза. * Выполнение активных тестов затруднено в связи с наличием болевого синдрома. * Тест трансляции выявил ограничение трансляции поясничного отдела позвоночника и таза. * При выполнении теста «трех объемов» выявлено ограничение смещения висцеральной и структуральной составляющей нижнего абдоминального объема (как вентрально, так и дорзально). Отмечается ригидность поясничного региона и нарушение проведения в нем эндогенных ритмических импульсов. Отмечается ригидность региона твердой мозговой оболочки, наличие асинхронизма с уровнем фиксации L5-S1. Параметры краниального ритмического импульса изменены: частота 6 в 1 минуту, амплитуда (+), сила (++). При выполнении специфических тестов: * Тест пяти линий – все линии не параллельны друг другу. * Тест «сплетницы» – формирование вершины дуги на уровне L I.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относится

- L1-L4
- L1-L2
- L1-L3
- L2-L3

Результаты инструментального метода обследования

К необходимым специфическим остеопатическим тестам для постановки диагноза и принятия решения об остеопатической коррекции относится

- L1-L4
- L1-L2
- L1-L3
- L2-L3

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция

- FRS L5-S1
- крестца – нефизиологическая
- поясничного региона - висцеральной составляющей
- ERS L5-S1

С целью уточнения вида соматической дисфункции при обследовании крестца необходимо определить

- позиционные признаки позвонка L5
- смещаемость висцеральных масс нижнего абдоминального объема
- позиционные признаки крестца
- ригидность сагиттальных пластин таза

Соматическая дисфункция двусторонняя экстензия крестца характеризуется наличием следующих позиционных признаков

- бороздки КПС справа и слева углублены, нижнелатеральные углы крестца справа и слева расположены вентрально и цефалически, крестцово-бугорные и крестцово-остистые связки расслаблены
- бороздки КПС справа и слева заполнены, нижнелатеральные углы крестца справа и слева проявляются не выражено, крестцово-бугорные и крестцово-остистые связки расслаблены
- бороздки КПС справа и слева заполнены, нижнелатеральные углы крестца справа и слева проявляются не выражено, крестцово-бугорные и крестцово-остистые связки натянуты и болезненны
- бороздки КПС справа и слева углублены, нижнелатеральные углы крестца справа и слева расположены дорзально и каудально, крестцово-бугорные и крестцово-остистые связки расслаблены

Позиционные признаки крестца при его двусторонней экстензии во время выполнения специфических тестов по Митчеллу максимально выражены в положении

- «Магомета»
- нейтральном
- на спине
- «сфинкса»

Наиболее корректно, с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (регион головы (1 балл), поясничный регион (структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл), регион таза (висцеральная

составляющая (1 балл)) и локальные (грудобрюшной диафрагмы (хроническая), двусторонняя экстензия крестца (острая)) соматические дисфункции, состояние пациента отражает следующий вариант остеопатического заключения

- «Магомета»
- нейтральном
- на спине
- «сфинкса»

Диагноз

Коррекция соматической дисфункции «двусторонняя экстензия крестца» осуществляется в положении пациента

- на спине с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах нижними конечностями
- на животе; голова в нейтральном положении с опорой на лоб; стопы свешиваются за край стола
- полупрокубитус
- на животе; голова в нейтральном положении с опорой на лоб; стопы лежат на столе

Врач выбрал для коррекции следующую технику: *Исходное положение пациента:* на животе, голова в нейтральном положении с опорой на лоб, стопы лежат на столе. *Исходное положение врача:* сбоку от пациента на уровне таза. Врач переводит обе нижние конечности пациента в отведение до начала движения на гомолатеральном крестцово-подвздошном сочленении; стопы ротированы кнутри и лежат на столе. *Коррекция:* врач основанием ладони цефалической руки блокирует поясничный отдел позвоночника, II и IV пальцы лежат на бороздках КПС, а III - посередине на уровне пространства L5-S1. Основание ладони разогнутой в локтевом суставе каудальной руки располагается на крестце, выше оси S2, предплечье направлено вентрально и каудально. Пациент делает глубокий вдох с последующим резким, поделенным на три части, прерывистым выдохом. Во время вдоха пациента врач осуществляет сопротивление любому движению на уровне крестца. Во время выдоха врач производит давление на основание крестца в направлении механической флексии каудальной рукой согласно направлению предплечья. Цефалической рукой врач контролирует углубление бороздок КПС. Повторить маневр 3 раза. Ретестирование. Вышеизложенная техника коррекции соматической дисфункции «двусторонняя экстензия крестца» выполнена

- неверно, так как данная техника предназначена для коррекции соматической дисфункции сагитальных пластин таза
- неверно, так как данная техника предназначена для коррекции соматической дисфункции ERS L5 влево

- верно, так как предназначена для коррекции данной соматической дисфункции
- неверно, так как данная техника предназначена для коррекции соматической дисфункции «двусторонняя флексия крестца»

Повторный остеопатический прием данной пациентке рекомендован через +____+

- 18-22 дня
- 7-10 дней
- 3-4 дня
- 1 день

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра консультация узких специалистов в экстренном порядке

- требуется с привлечением акушера-гинеколога
- требуется с привлечением невролога
- требуется с привлечением травматолога
- не требуется

Необходимость в дополнительных лабораторных и/ или инструментальных методах диагностики в настоящее время

- требуется с привлечением акушера-гинеколога
- требуется с привлечением невролога
- требуется с привлечением травматолога
- не требуется

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 30 лет.

Жалобы

на * ноющие боли средней интенсивности в области грудной клетки справа с преимущественной локализацией сбоку от правой молочной железы, усиливающиеся при дыхании, иррадиирующие под правую лопатку.

Анамнез заболевания

* Появление болей связывает с падением на горнолыжном склоне во время катания на сноуборде, при столкновении с горнолыжником. Удар пришелся в правый бок ниже подмышки. В первые сутки принимала Нурофен 400 мг с целью обезболивания. * Температура не повышалась, озноба не было. За медицинской помощью не обращалась.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина, левосторонняя нижнедолевая

пневмония в детском возрасте. * Хронические заболевания: аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз. * Травмы, оперативные вмешательства: отрицает. * Акушерско-гинекологический анамнез: менструации регулярные с 12 лет. Беременностей не было. Контрацепция – барьерная. Гинекологические заболевания отрицает. * Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. * Аллергологический анамнез: неотягощен. * Эпидемиологический анамнез: неотягощен. * Страховой анамнез: листков нетрудоспособности за последний год не было. * Наследственные заболевания: инсулиннезависимый сахарный диабет у отца.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). *Остеопатический статус.* При обследовании было выявлено: * Фасциальное натяжение в грудной регион вправо при выполнении общего остеопатического прослушивания. * Флексионный тест стоя (-) отрицательный, сидя (+++) положительный справа. * При выполнении теста трех объемов определяется ограничение смещения (как вентрально, так и дорзально) висцеральной составляющей торакального объема. * При выполнении теста трансляции шейного отдела позвоночника выявлена фиксация С0-С1 справа, ограничение трансляции С3-С7 позвонков вправо, а также ригидность структуральной составляющей региона шеи и нарушение проведения краниального ритмического импульса в регионе. * При тесте смещаемости висцеральных масс имеется ограничение смещения висцеральных масс грудного региона вправо; также отмечается нарушение проведения в регионе торакального ритмического импульса. * Отмечается ригидность региона твердой мозговой оболочки. При выполнении специфических тестов выявлено: * В средней части грудной клетки справа отмечается ограничение амплитуды вдоха и выдоха. При исследовании позиционных признаков у 6 ребра справа на уровне переднего конца (сочленение костной и хрящевой части) ребро выступает относительно 5 и 7 ребер, отмечается западение ребра по средней подмышечной линии относительно 5 и 7 ребер, а также выстояние заднего угла ребра сзади. Отмечается болезненность при пальпации 6 ребра справа.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и/или лабораторным методам относится

- требуется с привлечением акушера-гинеколога
- требуется с привлечением невролога
- требуется с привлечением травматолога
- не требуется

Результаты обследования

К необходимым для выявления и точного определения у пациентки соматической дисфункции дополнительным тестам относится тест

- требуется с привлечением акушера-гинеколога
- требуется с привлечением невролога
- требуется с привлечением травматолога
- не требуется

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленным данным остеопатического осмотра можно предположить острую соматическую дисфункцию + _____ + 6 ребра справа

- компрессия
- задний подвывих головки
- передний подвывих головки
- дисторсия

Соматическую дисфункцию «дисторсия ребра» в первую очередь необходимо дифференцировать с

- компрессионным переломом Th 5
- соматической дисфункцией «компрессия 6 ребра справа»
- правосторонним пневмотораксом
- соматической дисфункцией ERS Th 5 влево

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (1 балл); грудной регион, висцеральная составляющая (1 балл); регион ТМО (1 балл)) и локальные соматические дисфункции: дисторсия 6 ребра справа (острая). Наиболее корректно отражает состояние пациентки следующий вариант остеопатического заключения

- компрессионным переломом Th 5
- соматической дисфункцией «компрессия 6 ребра справа»
- правосторонним пневмотораксом
- соматической дисфункцией ERS Th 5 влево

Диагноз

Коррекция соматической дисфункции «дисторсия ребра» наиболее часто проводится в положении пациента

- лежа на спине
- лежа на животе

- сидя, спиной к врачу
- лежа на боку, противоположном стороне локализации выявленной соматической дисфункции

Исходя из результатов осмотра врач применил следующую технику коррекции: Пациент сидит на кушетке, врач находится сзади со стороны дисфункции. Руки пациента согнуты в локтевых суставах, кисти рук находятся на противоположных плечах. Ладонь врача устанавливается медиально от заднего угла ребра. Врач берет пациента за противоположный от стороны дисфункции локоть и совершает флексию и внутреннюю ротацию туловища пациента до ощущения движения на корректируемом ребре, локализуя уровень воздействия. Пациент осуществляет давление против сопротивления врача в векторе назад-наружу в течение 3-х секунд. Врач просит пациента расслабиться на 3 секунды, и в это время выигрывает в достижении нового барьера, толкая задний угол ребра кзади и кнаружи. Маневр повторяется 3 раза, выполняется ретестирование. Вышеописанная техника для коррекции соматической дисфункции «дисторсия ребра» выбрана

- корректно, но ее необходимо выполнять в положении пациента лежа на боку
- корректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «дисторсия ребра»
- не корректно, так как не предназначена для коррекции соматической дисфункции «дисторсия ребра»
- корректно, но ее необходимо выполнять в положении пациента лежа на спине

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра консультация узких специалистов

- не требуется
- требуется, с привлечением фтизиатра
- требуется с привлечением травматолога
- требуется с привлечением пульмонолога

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через + _____ + дней

- 15-16
- 3-5
- 7-10
- 19-20

Занятия лечебной физической культурой в ближайшие два-три дня после коррекции соматической дисфункции «дисторсия ребра»

- рекомендованы в виде дыхательной гимнастики
- рекомендованы в виде занятий пилатесом
- рекомендованы в виде аквааэробики
- не рекомендованы, так как показано ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема

Основными мышцами, которые принимают участие в фазе вдоха, являются

- m.intercostales externi m.intercostales interni, pars intercartilaginea
грудобрюшная диафрагма
- m.transversus abdominis, m. rectus abdominis
- m.sternocleidomastoideus, m. latissimus dorsi
- m.m scalini, anterior, posterior, medius

Соматическими дисфункциями ребер, при которых происходит ограничение подвижности ребра на вдохе, являются

- m.intercostales externi m.intercostales interni, pars intercartilaginea
грудобрюшная диафрагма
- m.transversus abdominis, m. rectus abdominis
- m.sternocleidomastoideus, m. latissimus dorsi
- m.m scalini, anterior, posterior, medius

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 24 лет.

Жалобы

на * ноющие боли средней интенсивности в правой половине грудной клетки, с преимущественной локализацией в подлопаточной области, усиливающиеся при глубоком дыхании, иррадиирующие в правую подмышечную область.

Анамнез заболевания

* Появление болей связывает с падением на горном склоне во время катания на санках – «ватрушке» при столкновении с другими катающимися с горы. Упала на правый бок, сверху на нее упал подросток. * Температура не повышалась, озноба не было. За медицинской помощью не обращалась.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ (1-2 раза в год). * Хронические заболевания: хронический тонзиллит с редкими рецидивами (1 раз в год), на диспансерном учете не состоит. Хронический обструктивный бронхит в детском возрасте, с частыми рецидивами до 12 лет, снята с диспансерного учета в 18 лет. * Травмы, оперативные вмешательства: отрицает. * Акушерско-гинекологический анамнез: менструации регулярные с 14 лет. * Беременностей не было. Контрацепция – барьерная. * Гинекологические заболевания отрицает.

* Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. *
Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Страховой анамнез: листков нетрудоспособности за последний год не было. * Наследственные заболевания: рак органов репродуктивной системы у бабушки по женской линии.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110\60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). *Остеопатический статус.* При обследовании было выявлено:
* При выполнении общего остеопатического прослушивания определяется фасциальное натяжение в грудной регион вправо. Выполнение активных тестов ограничено наличием болевого синдрома. * Флексионный тест стоя (-) отрицательный. * Флексионный тест сидя (+++) резко положительный справа. * При выполнении теста трех объемов определяется ограничение смещения висцеральной составляющей торакального объема как в вентральном, так и в дорзальном направлении. При выполнении теста трансляции шейного отдела позвоночника выявлена фиксация С0-С1 справа, ограничение трансляции С3-С6 позвонков влево, а также ригидность структуральной составляющей региона шеи и нарушение проведения торакального ритмического импульса в регионе. * При выполнении теста трансляции висцеральных масс имеется ограничение смещения висцеральных масс грудного региона вправо; так же отмечается нарушение проведения в регионе торакального ритмического импульса. * Отмечается ригидность региона твердой мозговой оболочки и наличие асинхронизма. При выполнении специфических тестов: * В средней части грудной клетки справа отмечается ограничение амплитуды вдоха и выдоха. При исследовании позиционных признаков у 6 ребра справа на уровне переднего конца (сочленение костной и хрящевой части) ребро выступает относительно 5 и 7 ребер, отмечается западение ребра по средней подмышечной линии относительно 5 и 7 ребер, а также выстояние заднего угла ребра сзади. Отмечается болезненность при пальпации ребра.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и/или лабораторным методам относится

- m.intercostales externi m.intercostales interni, pars intercartilaginea грудобрюшная диафрагма
- m.transversus abdominis, m. rectus abdominis
- m.sternocleidomastoideus, m. latissimus dorsi
- m.m scalini, anterior, posterior, medius

Результаты обследования

При обследовании пациентки было выявлено: в средней части грудной клетки справа отмечается ограничение амплитуды вдоха и выдоха. При исследовании позиционных признаков у 6 ребра справа на уровне переднего конца (сочленение костной и хрящевой части) ребро выступает относительно 5 и 7 ребер, отмечается западение ребра по средней подмышечной линии относительно 5 и 7 ребер, а также выстояние заднего угла ребра сзади. Отмечается болезненность при пальпации ребра. Дополнительным тестом, необходимым для исключения травмы зоны хряща является тест

- m.intercostales externi m.intercostales interni, pars intercartilaginea
грудобрюшная диафрагма
- m.transversus abdominis, m. rectus abdominis
- m.sternocleidomastoideus, m. latissimus dorsi
- m.m scalini, anterior, posterior, medius

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленным данным остеопатического осмотра можно предположить острую соматическую дисфункцию + _____ + 6 ребра справа

- вывих головки
- дисторсия
- компрессия
- передний подвывих головки

Соматическую дисфункцию «дисторсия ребра» в первую очередь необходимо дифференцировать с

- соматической дисфункцией FRS Th 6 вправо
- соматической дисфункцией «компрессия 6 ребра справа»
- компрессионным переломом Th 6
- соматической дисфункцией ERS Th 5 влево

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (1 балл), грудной регион, висцеральная составляющая (1 балл); регион ТМО (1 балл)) и локальные соматические дисфункции: дисторсия 6 ребра справа (острая). Наиболее корректно отражает состояние пациентки следующий вариант остеопатического заключения

- соматической дисфункцией FRS Th 6 вправо
- соматической дисфункцией «компрессия 6 ребра справа»
- компрессионным переломом Th 6
- соматической дисфункцией ERS Th 5 влево

Диагноз

Коррекция соматической дисфункции «дисторсия ребра» наиболее часто проводится в положении пациента

- лежа на животе
- лежа на боку, противоположном стороне локализации выявленной соматической дисфункции
- сидя, спиной к врачу
- лежа на спине

Исходя из результатов осмотра врач применил следующую технику коррекции: пациент, сидя на кушетке, укладывает свой кулак на передний угол корректируемого ребра, врач, располагаясь сзади от пациента, в область заднего угла корректируемого ребра кладет подушечку с песком и фиксирует его корпусом (грудиной), а кисти рук укладывает сверху на кулак пациента, тем самым фиксируя пораженное ребро между своими руками и грудиной. Врач просит пациента сделать неглубокий вдох, затем выдох, за которым следует до барьера в движении ребер. Этот барьер врач удерживает, просит пациента вдохнуть, но при этом не дает грудной клетке наполниться воздухом, тем самым провоцируя ребро вернуться в нормальное положение. На фазе выдоха пациента врач вновь выигрывает движение ребер до нового барьера. Повторяет маневр 3 раза, проводит ретестирование. Вышеописанная техника для коррекции соматической дисфункции «дисторсия ребра» выбрана

- не корректно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции «компрессия ребра»
- некорректно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции «задний подвывих головки ребра»
- корректно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции «дисторсия ребра»
- некорректно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции «передний подвывих головки ребра»

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра консультация узких специалистов

- требуется, маммолога
- требуется, пульмонолога
- не требуется
- требуется, травматолога

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через + _____ + дней

- 27-28

- 3-5
- 18-20
- 7-10

По окончании остеопатического приема занятия лечебной физкультурой пациенте

- рекомендованы в виде занятий пилатесом
- рекомендованы в виде занятий в бассейне
- рекомендованы в виде занятий йоги
- не рекомендованы, так как показано ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема

Соматическая дисфункция «дисторсия ребра» не встречается у _____ ребер

- 3 и 4
- 7 и 8
- 8 и 9
- 1 и 2

К атипичным ребрам относятся

- 3 и 4
- 7 и 8
- 8 и 9
- 1 и 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteopatu в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 30 лет.

Жалобы

на * боли в шее, средней интенсивности, с иррадиацией в затылок, усиливающиеся утром после пробуждения, исчезающие в течение дня; * снижение тембра голоса; * ощущение «кома в горле».

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3-х лет. Начало заболевания связывает с переохлаждением и стрессом, когда после перенесенной скарлатины (болела вместе с ребенком) впервые появилась скованность в шее по утрам, а затем и боли при движении (повороте и наклоне головы). Снижение тембра голоса впервые стала отмечать на фоне обострения хронического тонзиллита. Ощущение «кома в горле» возникло на фоне стрессовой ситуации.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, скарлатина, острый

бронхит. * Хронические заболевания: хронический тонзиллит с подросткового возраста, часто рецидивирующий, последнее обострение 6 месяцев назад. Аутоиммунный тиреоидит с прошлого года, эутиреоз при первичном обращении. * Состоит на диспансерном учете у отоларинголога с диагнозом: Хронический тонзиллит, субкомпенсированная форма. * Травмы: отрицает. * Оперативные вмешательства: аденотомия в детстве. * Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, регулярные. Беременность - 1. Роды 1 срочные, через естественные родовые пути, без осложнений, ребенку 6 лет, здоров. Контрацепция - гормональная (комбинированные оральные контрацептивы). * Лекарственные препараты в постоянном режиме: КОК, эпизодически принимает гомеопатические препараты при першении в горле. * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Гемотрансфузии: отрицает. * Страховой анамнез: за последний год листов нетрудоспособности не было. * Наследственные заболевания: отрицает. * Вредные привычки: отрицает. * Профессиональные вредности: учитель начальных классов.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 70 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110\70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). *Остеопатический статус.* При обследовании было выявлено: * При глобальном остеопатическом прослушивании обнаружено фасциальное натяжение в регион шеи вперед. При выполнении активных тестов отмечалось ограничение экстензии в грудном регионе. * Флексионный тест стоя отрицательный (-). * Флексионный тест сидя отрицательный (-). * При выполнении теста трансляции выявлено ограничение трансляции в грудном отделе позвоночника влево, тест трех объемов выявил ограничение смещения структуральной составляющей торакального объема в дорзальном направлении. Отмечается ригидность структуральной составляющей грудного региона. * Тест трансляции шейного отдела позвоночника выявил ограничение трансляции С3-С4-С5 влево. Отмечается ригидность всего региона шеи и нарушение проведения в нем эндогенных ритмов (краниального и торакального). * Тест трансляции висцеральных масс шеи: выраженное ограничение смещения висцеральных масс влево.

К необходимому для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции привлечению к осмотру смежных специалистов относится консультация

- 3 и 4
- 7 и 8
- 8 и 9
- 1 и 2

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментально-лабораторным методам относятся

- 3 и 4
- 7 и 8
- 8 и 9
- 1 и 2

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленным данным остеопатического осмотра можно предположить соматическую дисфункцию

- глоточного комплекса
- щитовидной железы
- региона шеи (структуральная и висцеральная составляющие)
- позвонков С3-С5 в правой трансляции

При наличии равноценных по степени выраженности вовлеченности в процесс структуральной и висцеральной составляющих соматической дисфункции региона шеи, врач должен уточнить доминирование одной из составляющих путем выполнения теста

- глотания
- кашлевого толчка
- ингибиции
- смыкания зубного контакта

Наиболее корректно с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (2 балла); регион грудной, структуральная составляющая (1 балл)) соматические дисфункции, состояние пациентки отражает следующий вариант остеопатического заключения

- глотания
- кашлевого толчка
- ингибиции
- смыкания зубного контакта

Диагноз

**Врач выбрал технику коррекции соматической дисфункции С3-С4-С5 в правой трансляции: Исходное положение пациента: лежа на спине
Исходное положение врача: стоя у головного конца кушетки Положение**

правой руки врача: ладонная поверхность 2-го пястно-фалангового сустава располагается на боковых массах позвонков С3-С5. Положение левой руки врача: обхватывает голову пациента по типу колыбельки. Врач создает правую латерофлексию с правой ротацией, добавляет флексию или экстензию, исходя из ограничения движения. Создает небольшой вентральный шифт позвонков. Врач выходит на барьер и совершает сочетанное движение в трех плоскостях по трем осям (циркумдукционное). Ретестирование. Предложенная выше техника коррекции соматической дисфункции позвонков С3-С4-С5 в правой трансляции выбрана

- неверно, в связи с неправильно набранными параметрами коррекции
- верно, так как предназначена для коррекции данной соматической дисфункции
- неверно, в связи с неправильно выбранным положением пациента
- неверно, в связи с неправильно выбранным вектором воздействия

Врач на первичном приеме выбрал технику коррекции соматической дисфункции «ограничение мобильности висцеральных масс шеи» Исходное положение врача: сидя в изголовье, корпус уравновешен. Предплечья опираются на кушетку, создавая фулькрум, первые пальцы врача соприкасаются (ногтевые фаланги наложены одна на другую), над областью воздействия; вторые-пятые захватывают гортанно-глоточный комплекс. Врач оценивает смещаемость гортанно-глоточного комплекса по всем направлениям, набирает параметры движения в сторону более свободного и далее удержать достигнутое положение, сопровождая возникающие движения до точки баланса. После прохождения точки баланса происходит изменение качества движения тканей под руками врача в сторону улучшения. Вышеописанная техника коррекции соматической дисфункции «ограничение мобильности висцеральных масс шеи» выбрана

- верно, так как предназначена для коррекции данной соматической дисфункции
- неверно, так как предназначена только для уравнивания шилоподъязычной связки
- неверно, так как предназначена только для уравнивания лопаточно-подъязычной связки
- неверно, так как предназначена для уравнивания щито-перикардальной связки

Альтернативой непрямой техники коррекции соматических дисфункций гортанно-глоточного комплекса является прямая техника мобилизации гортанно-глоточного комплекса (ГГК): Исходное положение врача: стоя сбоку от пациента, краниальная рука на своде черепа в лобной области, каудальная осторожно охватывает ГГК с боков. Локтевые суставы расслаблены, корпус уравновешен. Техника: осторожно приподнимать ткани ГГК, производя тракцию относительно шейного отдела

позвоночника. Левая кисть контролирует усилие правой руки, которое не должно увеличивать шейный лордоз. Смещать гортанно-глоточный комплекс в сторону ограничения до достижения улучшения качества движения. Вышеописанная техника предложена

- неверно, так как предназначена только для коррекции соматической дисфункции щитовидной железы
- верно, так как используется для коррекции данной соматической дисфункции
- неверно, так как предназначена только для коррекции пластин Шарпи
- неверно, так как предназначена только для коррекции соматической дисфункции мышечно-фасциальных образований

Париетальный листок внутришейной фасции спереди и сбоку сращен с претрахеальной пластинкой собственной фасции и отдает отростки к крупным венам, что препятствует

- скольжению фасций относительно друг друга
- сообщению с грудной полостью
- спадению вен во время вдоха
- продукции тканевой жидкости

К висцеральным структурам шеи относятся

- гортань, трахея, глотка, шейный отдел пищевода, сосуды, нервы и ганглии, органы лимфатической системы, щитовидная и паращитовидные железы
- глотка, гортань, щитовидная и паращитовидные железы, тимус, пищевод на всем протяжении, заднее средостение
- гортань, глотка, пищевод, восходящая часть аорты, блуждающий нерв на всем протяжении, вертеброперикардальная связка, связки купола плевры
- щитовидная железа, гортань, трахея, глотка, верхнее средостение, тимус, щитоперикардальная и верхняя грудинно-перикардальная связки

Основным местом прикрепления фасций шеи на основании черепа является

- сосцевидный отросток височной кости и нижняя челюсть
- глоточный бугорок затылочной кости
- тело и большие крылья клиновидной кости
- сосцевидные и пирамидальные отростки затылочной кости

К подподъязычным мышцам относятся + _____ + мышцы

- сосцевидный отросток височной кости и нижняя челюсть
- глоточный бугорок затылочной кости
- тело и большие крылья клиновидной кости

- сосцевидные и пирамидальные отростки затылочной кости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в санаторно-курортное учреждение, где находится на реабилитации после перенесенной язвенной болезни желудка, обратилась пациентка 35 лет.

Жалобы

на * боли в шее тянущего характера, появившиеся после резких поворотов и высокоамплитудных вращений головой во время выполнения упражнения на занятиях лечебной физкультурой. Боль иррадирует в правую половину головы, максимально выражена утром после пробуждения, беспокоит ограничение движения в шейном отделе позвоночника.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3-х лет. Сначала появилась скованность в области шеи, максимально выраженная в утреннее время. Обращалась к неврологу, было рекомендовано использование местных средств на область шеи (гель «Диклофенак»), которые не принесли желаемого результата. В дальнейшем боли в шее стали появляться при наклонах и поворотах головы.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко), частые ангины. * Хронические заболевания: хронический тонзиллит с частыми рецидивами (1 раз в месяц), хронический гастрит с редкими обострениями, язвенная болезнь желудка - впервые диагностированная два месяца тому назад. Проведен курс лечения, направлена на санаторно-курортное лечение, где находится в настоящее время. * На диспансерном учете состоит у отоларинголога, гастроэнтеролога. * Травмы: отрицает. * Оперативные вмешательства: кесарево сечение. * Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, регулярные. Беременностей - 2: Роды путем операции кесарева сечения в экстренном порядке в связи с начавшейся гипоксией плода в 2017 году (с использованием спинальной анестезии); неполный самопроизвольный выкидыш раннего срока с маточным кюретажем в 2018 году. Контрацепция – барьерная. Гинекологические заболевания отрицает. * Лекарственные препараты в постоянном режиме: гомеопатические препараты «от боли в горле». * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Страховой анамнез: не работает, в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет. * Наследственные заболевания: сахарный диабет у отца.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 115\70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут,

мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). *Остеопатический статус.* При обследовании было выявлено: * При глобальном остеопатическом прослушивании определяется фасциальное натяжение в регион шеи вперед и вправо. * Определяется ригидность региона таза и ограничение его трансляции влево. * Определяется ригидность региона твердой мозговой оболочки и наличие ее фиксации на уровне поясничных позвонков L2-L4. * Тест трансляции шейного отдела позвоночника выявил ограничение трансляции позвонков C3-C4-C5 влево. * При выполнении теста трансляции висцеральных масс шеи: выраженное ограничение смещения висцеральных масс влево. Отмечается ригидность всего региона шеи и нарушение проведения в нем торакального ритмического импульса. * При выполнении теста трансляции висцеральных масс грудного региона определяется ограничение смещения висцеральных масс вправо. * При выполнении теста трансляции висцеральных масс региона таза определяется ограничение смещения висцеральных масс влево.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относится

- сосцевидный отросток височной кости и нижняя челюсть
- глоточный бугорок затылочной кости
- тело и большие крылья клиновидной кости
- сосцевидные и пирамидальные отростки затылочной кости

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая жалобы пациентки и данные анамнеза, с целью уточнения диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции, показана консультация

- сосцевидный отросток височной кости и нижняя челюсть
- глоточный бугорок затылочной кости
- тело и большие крылья клиновидной кости
- сосцевидные и пирамидальные отростки затылочной кости

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной доминирующей является соматическая дисфункция

- затылочно-щитовидной связки
- C3-C5 в правой трансляции
- гортанно-глоточного комплекса
- региона шеи (структуральная и висцеральная составляющие)

При наличии равноценно выраженных структуральной и висцеральной составляющих соматической дисфункции региона шеи врач должен уточнить доминирование одной из составляющих путем выполнения теста

- по Думмеру
- ингибиции
- смыкания зубного контакта
- размыкания зубного контакта

Наиболее корректно с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл); грудной регион, висцеральная составляющая (1 балл), регион таза, висцеральная составляющая (1 балл), регион ТМО 1 (1 балл)) соматические дисфункции, состояние пациентки отражает следующий вариант остеопатического заключения

- по Думмеру
- ингибиции
- смыкания зубного контакта
- размыкания зубного контакта

Диагноз

**Врач выбрал технику коррекции соматической дисфункции С3-С4-С5 в правой трансляции: Исходное положение пациента: лежа на спине
Исходное положение врача: стоя у головного конца кушетки
Положение правой руки врача: ладонная поверхность 2-го пястно-фалангового сустава располагается на боковых массах позвонков С3-С5. Положение левой руки врача: обхватывает голову пациента по типу колыбельки. Врач создает правую латерофлексию с правой ротацией, добавляетфлексию или экстензию, исходя из ограничения движения. Создает небольшой вентральный шифт позвонков. Выходит на барьер и совершает сочетанное движение в трех плоскостях по трем осям (циркумдукционное).**

Предложенная техника коррекции соматической дисфункции С3-С4-С5 в правой трансляции является

- неверной в связи с неправильно выбранным положением пациента
- неверной в связи с неправильно выбранным вектором воздействия
- неверной в связи с неправильно набранными параметрами
- верной для коррекции данной соматической дисфункции

Врач на первичном приеме выбрал технику коррекции соматической дисфункции «ограничение мобильности висцеральных масс шеи» Исходное положение врача: сидя в изголовье, корпус уравновешен. Предплечья опираются на кушетку, создавая фулькрум, первые пальцы врача соприкасаются (ногтевые фаланги наложены одна на другую), над

областью воздействия; вторые-пятые захватывают гортанно-глоточный комплекс. Задача: оценить смещаемость гортанно-глоточного комплекса по всем направлениям. Техника: набрать параметры движения в сторону более свободного и далее удержат достигнутое положение, сопровождая возникающие движения до точки баланса. После прохождения точки баланса пальпируется расслабление и размягчение тканей.

Вышеописанная техника коррекции соматической дисфункции «ограничение мобильности висцеральных масс шеи» выбрана

- неверно, так как предназначена только для уравнивания шилоподъязычной связки
- верно, так как предназначена для коррекции данной соматической дисфункции
- неверно, так как предназначена для уравнивания щито-перикардиальной связки
- неверно, так как предназначена только для уравнивания язычно-подъязычной связки

К основным связкам желудка, которые входят в состав связочного аппарата, обеспечивающего его фиксацию, относятся

+ _____ + **связки**

- желудочно-диафрагмальная, желудочно-селезеночная, печеночно-желудочная, желудочно-ободочная, желудочно-поджелудочная
- желудочно-перикардиальная, желудочно-реберная, желудочно-диафрагмальная, желудочно-селезеночная связка, желудочно-поджелудочная
- печеночно-желудочная, желудочно-ободочная, желудочно-колическая, желудочно-ренальная, желудочно-пищеводная
- желудочно-почечная, желудочно-ободочная, желудочно-селезеночная, желудочно-диафрагмальная

Принято выделять + _____ + опущения желудка (гастроптоза)

- 3 степени
- 4 степени
- 2 степени
- 5 степеней

К висцеральным структурам шеи относятся

- гортань, трахея, глотка, шейный отдел пищевода, сосуды, нервы и ганглии, органы лимфатической системы, щитовидная и паращитовидные железы
- гортань, глотка, восходящая часть аорты, тимус, пищевод на всем протяжении, заднее средостение

- щитовидная железа, гортань, трахея, глотка, верхнее средостение, щитоперикардальная и грудинно-перикардальная связки
- гортань, глотка, пищевод, восходящая часть аорты, блуждающий нерв на всем протяжении, вертеброперикардальная связка, связки купола плевры

Основным местом прикрепления фасций шеи на основании черепа является

- глоточный бугорок затылочной кости и шиловидный отросток затылочной кости
- тело и малые крылья клиновидной кости
- сосцевидный отросток височной кости и нижняя челюсть
- глоточный бугорок затылочной кости

К подподъязычным мышцам относятся

+ _____ + **мышцы**

- глоточный бугорок затылочной кости и шиловидный отросток затылочной кости
- тело и малые крылья клиновидной кости
- сосцевидный отросток височной кости и нижняя челюсть
- глоточный бугорок затылочной кости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу остеопату в амбулаторно–поликлиническое учреждение обратился пациент 25 лет.

Жалобы

на * тянущие боли в паховой области справа с иррадиацией в правый тазобедренный сустав. Боли усиливаются при ходьбе и подъеме тяжестей.

Анамнез заболевания

Со слов пациента боль появилась несколько месяцев назад. Интенсивность боли была незначительная, боль локализовалась в паховой области справа. За медицинской помощью не обращался. За последние два месяца интенсивность боли увеличилась, появились тянущие боли в мягких тканях внутренней поверхности правого бедра с иррадиацией в правый тазобедренный сустав.

Анамнез жизни

* С детства занимается спортом, в настоящее время играет в футбол в команде учреждения, где работает. * Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко). * Хронические заболевания: отрицает. * Травмы: отрицает. * Оперативные вмешательства: отрицает. * Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Страховой анамнез: за последний год листков нетрудоспособности не было. * Наследственные заболевания: гипертоническая болезнь у матери.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. А\Д 120\65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). ***Остеопатический статус.*** * Флексионный тест стоя положительный (+++) справа. * Флексионный тест сидя отрицательный (-). * В положении лежа нижняя конечность удлинена справа (в сравнении с левой). * Тест Даунинга на укорочение справа положительный. * Передняя верхняя подвздошная ость справа расположена более цефалически и дорзально. * При выполнении статического теста на положение лонных костей отмечалось положение лонного шипа справа цефалически и дорзально. * При динамическом обследовании (подошвенная и тыльная флексия стоп) выявлена тенденции в движении краниально и дорзально правой верхней ветви лонной кости.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относятся

- глоточный бугорок затылочной кости и шиловидный отросток затылочной кости
- тело и малые крылья клиновидной кости
- сосцевидный отросток височной кости и нижняя челюсть
- глоточный бугорок затылочной кости

Результаты инструментального метода обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция

- лонной кости справа в задневерхнем положении
- подвздошной кости справа в переднем положении
- подвздошной кости справа в заднем положении
- лонной кости справа в передненижнем положении.

При выявлении данной соматической дисфункции необходимо исследовать мышечный тонус

- грушевидной мышцы справа
- портняжной мышцы слева
- мышц задней поверхности бедра
- прямых и косых мышц передней брюшной стенки

Наиболее корректно с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (грудного региона

(висцеральная составляющая (1 балл), поясничного региона (структуральная составляющая (1 балл), региона таза, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл)) и локальные (грудинно-ключичного сочленения слева (хроническая), таранной кости справа (хроническая)) соматические дисфункции, состояние пациента отражает следующий вариант остеопатического заключения

- |===== | *Уровень\Нарушение* | *Биомеханическое* *1бл /2 бл / 3бл* | *Ритмогенное* *1 бл / 2бл /3бл* | *Нейродинамическое* *1 бл / 2бл /3бл* | *Глобальный* | 1 2 3 | Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3 | ПВС: 1 2* *3 Постурал. 1 2 3 | Региональный 2+^ | *Регион: **сома висцера* Головы 1 2 3 1 2 3 Шеи 1 2 3 1 2 3 Верх. конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 *1* 2 3 Поясничный * 1* 2 3 1 2 3 Таза 1* **2* 3 *1* 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3 | *ВС СВ* Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 – Th4 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3 | Локальный 3+^ | локальные соматические дисфункции ГКС слева и таранной кости справа 4+^ | Доминирующая соматическая дисфункция: поясничного региона, структуральная составляющая |=====
- |===== | *Уровень\Нарушение* | *Биомеханическое* *1бл /2 бл / 3бл* | *Ритмогенное* *1 бл / 2бл /3бл* | *Нейродинамическое* *1 бл / 2бл /3бл* | *Глобальный* | 1 2 3 | Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3 | ПВС: 1 2* *3 Постурал. 1 2 3 | Региональный 2+^ | *Регион: **сома висцера* Головы 1 2 3 1 2 3 Шеи 1 2 3 1 2 3 Верх. конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 *1* 2 3 Поясничный * 1* 2 3 1 2 3 Таза * 1* **2* 3 *1* 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3 | *ВС СВ* Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 – Th4 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3 | Локальный 3+^ | Хронические соматические дисфункции: локальные соматические дисфункции ГКС слева и таранной кости справа 4+^ | Доминирующая соматическая дисфункция: грудного региона, висцеральная составляющая |=====
- |===== | *Уровень\Нарушение* | *Биомеханическое* *1бл /2 бл / 3бл* | *Ритмогенное* *1 бл / 2бл /3бл* | *Нейродинамическое* *1 бл / 2бл /3бл* | *Глобальный* | 1 2 3 | Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3 | ПВС: 1 2* *3 Постурал. 1 2 3 | Региональный 2+^ | *Регион: **сома висцера* Головы 1 2 3 1 2 3 Шеи 1 2 3 1 2 3 Верх. конеч . 1 2 3 Грудной 1 2 3 *1* 2 3 Поясничный *1* 2 3 1 2 3 Таза 1 *2* 3 *1* 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3 | *ВС СВ* Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 – Th4 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3 | Локальный 3+^ | Хронические соматические дисфункции: локальные соматические дисфункции ГКС слева и таранной кости справа 4+^ | Доминирующая соматическая дисфункция региона таза, структуральная составляющая |=====
- |===== | *Уровень\Нарушение* | *Биомеханическое* *1бл /2 бл / 3бл* | *Ритмогенное* *1 бл / 2бл /3бл* | *Нейродинамическое* *1 бл / 2бл /3бл* | *Глобальный* | 1 2 3 | Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3 |

ПВС: 1 2* *3 Постурал. 1 2 3 | Региональный 2+^ | *Регион: **сома
висцера* Головы 1 2 3 1 2 3 Шей 1 2 3 1 2 3 Верх. конеч. 1 2 3 Грудной 1
2 3 *1* 2 3 Поясничный * 1* 2 3 1 2 3 Таза 1 *2* 3 *1 *2 3 Нижн. конечн. 1
2 3 ТМО 1 2 3 | *ВС СВ* Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 -
Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 – Th4 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1
2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3 | Локальный 3+^ | Хронические соматические
дисфункции: локальные соматические дисфункции ГКС слева и таранной
кости справа 4+^ | Доминирующая соматическая дисфункция: лонной
кости справа в задневерхнем положении |====

Для проведения коррекции выявленной соматической дисфункции лонной кости в задне-верхнем положении используется + _____ + тип мышечно-энергетической техники

- изотонический
- изокинетический
- изолитический
- изометрический

Коррекция соматической дисфункции лонной кости в задне-верхнем положении проводится в положении пациента

- лежа на боку, противоположном стороне дисфункции
- лежа на спине
- лежа на животе
- сидя на кушетке

Исходя из результатов осмотра, врач применил следующую технику коррекции: Подготовка к коррекции. Пациент лежит на спине у правого края стола, удерживаясь левой рукой за другой его край. Правая нижняя конечность свешивается за край стола. Врач стоит справа от пациента и левой рукой контролирует ПВПО справа. Врач правой рукой опускает правое бедро пациента до начала движения ПВПО справа. Коррекция. Пациент старается поднимать правое колено к потолку с силой против сопротивления врача, при этом сила врача меньше силы пациента. После того, как стопа достигнет уровня кушетки, пациент разгибает ногу в коленном суставе и уже выпрямленную ногу укладывает на кушетку. Далее врач, контролируя движение ПВПО, снова опускает правое бедро пациента и достигает нового двигательного барьера. Повторить маневр 2-3 раза, при этом с каждым разом сила сопротивления врача несколько увеличивается. Ретестирование. Вышеописанная техника коррекции данной соматической дисфункции выбрана

- корректно, но ее необходимо выполнять с противоположной от выявленной соматической дисфункции стороны
- корректно, но ее необходимо выполнять не менее 5-6 раз на данном приеме

- корректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции лонной кости в задне-верхнем положении
- не корректно, так как не предназначена для коррекции данной соматической дисфункции

После завершения коррекции соматической дисфункции лонной кости необходимо выполнить технику сбалансированного лигаментозного натяжения на группе мышц

- внутренней поверхности левого бедра
- задней поверхности правого бедра
- входящих в состав диафрагмы таза
- задней поверхности левого бедра

Иррадиация болей в область тазобедренного сустава и по медиальной поверхности бедра при дисфункции лонной кости в задне-верхнем положении возможна по причине

- компрессии ветвей запирающего нерва
- укорочения пояснично-подвздошной мышцы
- укорочения четырехглавой мышцы бедра
- компрессии ветвей бедренного нерва

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра консультация узких специалистов

- требуется с привлечением уролога
- требуется с привлечением хирурга
- не требуется
- требуется с привлечением травматолога

Рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- занятие лечебной физкультурой в ближайшие 3 дня
- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема
- сон лежа на правом боку в ближайшие 2-3 дня после приема

Повторный остеопатический прием данному пациенту показан через + _____ + дня/дней

- занятие лечебной физкультурой в ближайшие 3 дня
- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема

- сон лежа на правом боку в ближайшие 2-3 дня после приема

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в санаторно-курортное учреждение обратилась пациентка 35 лет.

Жалобы

на * тянущие боли в пояснично-крестцовой области с иррадиацией в «кости таза» и в правую подвздошную область.

Анамнез заболевания

Тянущие боли в пояснично-крестцовой области беспокоят пациентку в течение длительного периода времени. Максимально выражены после длительной физической нагрузки (ходьба на большие расстояния). В настоящее время находится на санаторно-курортном лечении с диагнозом: «Миома матки, аденомиоз».

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко), ангина. * Хронические заболевания: хронический цистит с частыми рецидивами (1 раз в 3-4 месяца). На диспансерном учете состоит у уролога. * Варикозная болезнь вен нижних конечностей. * Травмы: отрицает. * Оперативные вмешательства: 2018 год - лапароскопическая аппендэктомия без осложнений; 2015 г., 2017 г. - кесарево сечение. * Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, регулярные, безболезненные. * Беременностей - 2: Роды I срочные путем операции кесарева сечения в экстренном порядке в связи с начавшейся гипоксией плода в 2015 году; роды II срочные путем операции кесарева сечения в плановом порядке в 39 недель беременности (крупный плод, наличие рубца на матке) в 2017 году. Интраоперационное анестезиологическое пособие – спинальная анестезия. * Гинекологические заболевания: миома матки - узловатая форма, аденомиоз. * Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Страховой анамнез: не работает, в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет. * Наследственные заболевания: варикозная болезнь вен нижних конечностей у матери.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Температура тела 36,6гр. Пульс 66 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. А\Д 120\70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). *Остеопатический статус.* При обследовании было выявлено: * Увеличены физиологические изгибы позвоночника. * При глобальном остеопатическом прослушивании фасциальное натяжение в регион таза. *

Флексионный тест стоя (-) отрицательный. * Флексионный тест сидя (+) положительный справа. * При выполнении теста трансляции выявлено ограничение трансляции грудного отдела позвоночника. * При выполнении теста трех объемов ограничение смещения структурального и висцерального компонентов (как вентрально, так и дорзально) нижнего абдоминального объема, ограничение смещения в вентральном направлении структурального компонента торакального объема. * Отмечается ригидность поясничного региона и региона таза, нарушение в них гидродинамической составляющей, нарушение проведения в них эндогенных ритмических импульсов. Отмечается ригидность региона твердой мозговой оболочки, наличие асинхронизма с уровнем фиксации L5-S1. Показатели краниального ритмического импульса изменены: частота 6-7 в 1 минуту, амплитуда (+), сила (++). При выполнении специфических тестов: * Тест пяти линий – все линии не параллельны друг другу. * Тест «сплетницы» – формирование вершины дуги происходит на уровне L I.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и/или лабораторным методам относятся

- занятие лечебной физкультурой в ближайшие 3 дня
- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема
- сон лежа на правом боку в ближайшие 2-3 дня после приема

Результаты обследования

После исключения противопоказаний для проведения остеопатической коррекции, при наличии данных за нисходящую соматическую дисфункцию, ригидность региона таза и нарушения проведения в нем эндогенных ритмических импульсов с целью уточнения характера соматической дисфункции и определения дальнейшей тактики, целесообразно выполнить специфической тест

- занятие лечебной физкультурой в ближайшие 3 дня
- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема
- сон лежа на правом боку в ближайшие 2-3 дня после приема

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция

- крестца (физиологическая)
- нарушение мотильности слепой кишки

- поясничного региона (висцеральная составляющая)
- FRS L5

С целью уточнения вида соматической дисфункции при обследовании крестца необходимо определить

- ригидность сагиттальных пластин таза
- позиционные признаки крестца
- положение копчика
- позиционные признаки позвонков L4-L5

Соматическая дисфункция «двусторонняя флексия крестца» характеризуется наличием следующих признаков

- бороздки КПС справа и слева углублены, нижнелатеральные углы справа и слева занимают заднее положение, крестцово-бугорные связки с обеих сторон напряжены и болезненны
- бороздки КПС справа и слева углублены, нижнелатеральные углы справа и слева занимают заднее положение, крестцово-бугорные связки с обеих сторон расслаблены
- бороздки КПС справа и слева заполнены, нижнелатеральные углы справа и слева занимают заднее положение, крестцово-бугорные связки с обеих сторон напряжены и болезненны
- бороздки КПС справа и слева углублены, нижнелатеральные углы справа и слева дорзально и каудально, крестцово-бугорные связки с обеих сторон напряжены и болезненны

Позиционные признаки крестца при его двусторонней флексии во время выполнения специфических тестов по Митчеллу максимально выражены в положении

- «Магомета»
- «сфинкса»
- полупрокубитус
- нейтральном

Наиболее корректно с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (региона головы (1 балл), региона твердой мозговой оболочки (1 балл), грудного региона (структуральная составляющая (1 балл), поясничного региона (структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл), региона таза, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (3 балла)) и локальные (грудобрюшной диафрагмы (хроническая), двусторонняя флексия крестца (хроническая)) соматические дисфункции, состояние пациентки отражает следующий вариант остеопатического заключения

- «Магомета»
- «сфинкса»
- полупрокубитус
- нейтральном

Диагноз

Врач выбрал для коррекции следующую технику. Исходное положение пациента: на животе, голова в нейтральном положении с опорой на лоб, стопы лежат на столе. Исходное положение врача: сбоку от пациента на уровне таза. Врач переводит обе нижние конечности пациента в отведение до начала движения на гомолатеральном крестцово-подвздошном сочленении; стопы ротированы кнутри и лежат на столе. Коррекция: врач основанием ладони цефалической руки блокирует поясничный отдел позвоночника, II и IV пальцы лежат на бороздках КПС, а III - посередине на уровне пространства L5-S1. Основание ладони разогнутой в локтевом суставе каудальной руки располагается на крестце, ниже оси S2 на нижнелатеральных углах крестца, предплечье направлено косо вентрально и цефалически. Пациент делает резкий прерывистый вдох носом в 3 приема, затем делает продолжительный выдох. Во время вдоха врач производит давление на нижнелатеральные углы крестца каудальной рукой, согласно направлению предплечья. Во время выдоха врач каудальной рукой оказывает сопротивление любому движению на уровне крестца. Цефалической рукой, расположенной в бороздках КПС, врач контролирует их заполнение. Повторить маневр 3 раза. Ретестирование. Вышеизложенная техника коррекции соматической дисфункции «двусторонняя флексия крестца» выбрана

- верно, так как предназначена для коррекции данной соматической дисфункции
- неверно, так как данная техника предназначена для коррекции соматической дисфункции «двусторонняя экстензия крестца»
- неверно, так как некорректна постановка рук и вектор воздействия врача
- неверно, так как данная техника предназначена для коррекции соматической дисфункции ERS L5 влево

Повторный остеопатический прием данной пациентке рекомендован через + ____ + дня/дней

- 30
- 3-4
- 10-14
- 18-20

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра рекомендована консультация

- невролога
- хирурга
- акушера-гинеколога
- нефролога

Сагиттальные пластины таза у женщин представляют собой

- лонно-пузырно-маточно-прямокишечно-крестцовые связки
- лонно-пузырно-маточные связки
- пузырно-маточно-копчиковые связки
- маточно-прямокишечно-копчиковые связки

Чувствительные нервы, идущие к наружным половым органам, берут начало из

- лонно-пузырно-маточно-прямокишечно-крестцовые связки
- лонно-пузырно-маточные связки
- пузырно-маточно-копчиковые связки
- маточно-прямокишечно-копчиковые связки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу остеопату в амбулаторно–поликлиническое учреждение обратился пациент 17 лет с отцом.

Жалобы

на * ноющие боли в поясничном отделе спины и в правом тазобедренном суставе, с иррадиацией по передней поверхности правого бедра, усиливающиеся при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

* Появление болей пациент связывает с резким увеличением роста (за год вырос на 15 см). * Со слов пациента боли беспокоят в течении года.

Анамнез жизни

* Родился доношенным, рос и развивался по возрасту. * Перенесенные заболевания: ОРВИ редко. * Хронические заболевания: хронический обструктивный бронхит с частыми рецидивами (с детского возраста), требующий лечения антибактериальными и бронхолитическими препаратами короткого действия. Системной терапии препаратами из группы глюкокортикоидов не получает. * Хронический аллергический ринит (на пыльцу растений). * Состоит на диспансерном учете у аллерголога с детского возраста. * Аллергия на пыльцу растений и мед. * Лекарственные препараты в настоящий момент не принимает. * Операции, травмы отрицает. * Эпидемиологический анамнез не отягощен. * Наследственность отягощена: у матери бронхиальная астма аллергического генеза. * Посещает плавательный бассейн 2 раза в неделю.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 65 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. А\Д 125\80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). ***Остеопатический статус.*** При обследовании было выявлено: *** При осмотре кожных покровов на спине, на уровне Th12-L3 позвонков отмечается гиперпигментация кожных покровов, латерофлексия вправо туловища пациента, правый коленный сустав слегка флексирован. Реберная дуга слева несколько выше правой. * При глобальном остеопатическом прослушивании определяется фасциальное натяжение в грудной регион вперед и влево. * Флексионный тест стоя (-) отрицательный. * Флексионный тест сидя (+) положительный слева. * При выполнении теста трансляции выявлено ограничение трансляции грудного отдела позвоночника вправо. * При выполнении теста трех объемов определяется ограничение смещения висцерального компонентов (как в вентральном, так и в дорзальном направлении) верхнего абдоминального объема, ограничение смещения структурального компонента в вентральном направлении нижнего абдоминального объема. Отмечается ригидность грудного региона и нарушение проведения в нем торакального ритмического импульса. Асинхронное включение в акт вдоха торакального и абдоминального регионов. * При дальнейшем осмотре выявлено: ригидность КПС справа, ограничение смещения висцеральных масс грудной клетки вправо, при форсированном дыхании сохраняется разный уровень реберных дуг.**

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции консультациям узких специалистов относится осмотр и заключение врача

- лонно-пузырно-маточно-прямокишечно-крестцовые связки
- лонно-пузырно-маточные связки
- пузырно-маточно-копчиковые связки
- маточно-прямокишечно-копчиковые связки

Результаты обследования

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра, для постановки диагноза и принятия решения об остеопатической коррекции, необходимым специфическим тестом будет являться

- лонно-пузырно-маточно-прямокишечно-крестцовые связки
- лонно-пузырно-маточные связки
- пузырно-маточно-копчиковые связки
- маточно-прямокишечно-копчиковые связки

Результаты обследования

Жалобы пациента на боли в поясничной области и в правом тазобедренном суставе (с учетом данных анамнеза и осмотра) наиболее вероятно имеют связь с наличием дисфункции + _____ + мышцы справа

- лонно-пузырно-маточно-прямокишечно-крестцовые связки
- лонно-пузырно-маточные связки
- пузырно-маточно-копчиковые связки
- маточно-прямокишечно-копчиковые связки

Результаты обследования

С целью верификации соматической дисфункции большой поясничной мышцы выполняется тест

- лонно-пузырно-маточно-прямокишечно-крестцовые связки
- лонно-пузырно-маточные связки
- пузырно-маточно-копчиковые связки
- маточно-прямокишечно-копчиковые связки

Результаты обследования

Наиболее корректно, с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (грудной регион, структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (2 балла); поясничный регион (структуральная составляющая (1балл)), регион таза (структуральная составляющая (1 балл)) и локальные (верхнее положение кубовидной кости справа (хроническая)) соматические дисфункции, состояние пациентки отражает следующий вариант остеопатического заключения

- лонно-пузырно-маточно-прямокишечно-крестцовые связки
- лонно-пузырно-маточные связки
- пузырно-маточно-копчиковые связки
- маточно-прямокишечно-копчиковые связки

Диагноз

Коррекция соматической дисфункции грудобрюшной диафрагмы – ингибция правой ножки врач провел следующим образом: Пациент в положении сидя. Врач осуществляет правую латерофлексию и правую ротацию туловища пациента, находит треугольник Гринфельта -Лесгафта, затем сопровождает пациента в исходное положение, и в его проекции искомого треугольника осуществляет ингибцию мышечной части ножки диафрагмы. Вышеописанная техника коррекции проведена

- верно, так как предназначена для коррекции данной соматической дисфункции
- неверно. Коррекцию необходимо провести следующим образом. Пациент в положении лежа на левом боку. Врач осуществляет правую латерофлексию и правую ротацию туловища пациента, находит треугольник Гринфельта Лесгафта, и в его проекции осуществляет ингибицию мышечной части ножки диафрагмы
- неверно. Коррекцию необходимо провести следующим образом. Пациент в положении сидя. Врач осуществляет левую латерофлексию и левую ротацию туловища пациента, находит треугольник Гринфельта -Лесгафта, и в его проекции осуществляет ингибицию мышечной части ножки диафрагмы
- неверно. Коррекцию необходимо провести следующим образом. Пациент в положении сидя. Врач осуществляет правую латерофлексию и правую ротацию туловища пациента, находит треугольник Пти-Барбансона, и в его проекции осуществляет ингибицию мышечной части ножки диафрагмы

Для расслабления гипертоничной (укороченной) *m. Psoas* используется _____ тип мышечно-энергетической техники

- изотонический
- изолитический
- изометрический
- изокинетический

**Врач выбрал следующую технику для расслабления *m. Psoas*:
Положение пациента на спине у края стола справа. Правая нижняя конечность свободно свисает со стола. Врач располагается с правой стороны. Латеральная рука врача - на дистальной части бедра, медиальная - на противоположной передне-верхней ости подвздошной кости пациента. Пациент давит бедром вверх в течении 3-х секунд. После трех секунд расслабления врач выходит на новый мышечный барьер, повторяя действия 3-4 раза. Ретестирование. Вышеописанная техника коррекции данной соматической дисфункции выбрана**

- верно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции *m. Psoas*
- неверно. Для коррекции соматической дисфункции *m. Psoas* необходимо выполнить следующую технику Пациент лежит на спине у правого края стола, удерживаясь левой рукой за другой край стола. Правая нижняя конечность свешивается за край стола. Врач стоит со стороны дисфункции (справа).левой рукой врач контролирует SIAS справа или слева. Врач правой рукой опускает правое бедро пациента до начала движения SIAS. Пациент поднимает нижнюю конечность, согнутую в коленном суставе к потолку против сопротивления врача до уровня кушетки, затем разгибает ногу в коленном суставе и опускает её

на стол. Техника выполняется с одинаковой скоростью, сила сопротивления врача каждый раз больше. Отдых 3 секунды. Повторить маневр 3 раза. Ретестирование

- неверно. Для коррекции соматической дисфункции m. Psoas необходимо выполнить следующую технику: Пациент лежа на животе. Правая нижняя конечность согнута в коленном суставе. Врач каудальной рукой захватывает голень пациента, цефалическая рука фиксирует гребень подвздошной кости. Врач осуществляет флексию в коленном суставе пациента, а пациент разгибает нижнюю конечность и укладывает ее на плечо врача. Врач достигает новый барьер сгибая ногу в коленном суставе. Повторяет маневр 3-4 раза. Ретестирование
- неверно. Для коррекции соматической дисфункции m. Psoas необходимо выполнить следующую технику Исходное положение пациента: на спине на середине кушетки, нога опущена со стола и отведена. Врач со стороны дисфункции оказывает давление на нижнюю треть бедра пациента, пациент через сопротивление врача сгибает нижнюю конечность в тазобедренном и коленном суставе, под углом 90 до того момента, пока стопа будет выше уровня стола, затем разгибает голень, приводит нижнюю конечность к средней линии и опускает ее на стол. Повторяется техника 3 раза, причем каждый последующий раз усилие пациента увеличивается. Ретестирование

Повторный остеопатический прием данному пациенту показан через + _____ + дня/дней

- 10-14
- 5-6
- 19-20
- 2-3

Рекомендации пациенту по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- сон лежа на животе в ближайшие 2-3 дня после приема
- посещение бассейна в ближайшие сутки
- использование поясничного пояс-корсета на ближайшие 7 дней
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема

Правая медиальная ножка грудобрюшной диафрагмы начинается на передней поверхности тел + _____ + поясничных позвонков

- I, II, III, IV
- I, II
- II, III
- III, IV, V

Диафрагмальные нервы формируются + _____ + корешками шейного сплетения

- I, II, III, IV
- I, II
- II, III
- III, IV, V

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился мужчина 45 лет.

Жалобы

на * боли в спине, чуть ниже уровня лопаток, преимущественно справа. Боль носит ноющий характер, более выражена с утра, при подъеме с постели. В течении дня интенсивность болей несколько уменьшается; * периодически беспокоящие приступы тошноты после употребления в пищу фаст-фуда или алкоголя.

Анамнез заболевания

Со слов пациента болевой синдром беспокоит периодически в течение нескольких лет. Неоднократно проходил лечение у невролога с диагнозом: «Распространенный остеохондроз позвоночника». На фоне лечения наблюдались ремиссии до 6-ти месяцев. В данном случае боли вновь появились месяц назад. Неоднократно проходил обследование МРТ поясничного и грудного отделов. Последнее обследование 6 месяцев назад (МРТ картина дегенеративно-дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника. Протрузии дисков L2-L4. МРТ картина дегенеративных изменений грудного отдела позвоночника. Усиление кифоза).

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко), острый бронхит месяц тому назад с антибактериальной терапией. * Хронические заболевания: Распространенный остеохондроз позвоночника. На диспансерном учете состоит у невролога. * Травмы: отрицает. * Оперативные вмешательства: отрицает. * Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Страховой анамнез: работает руководителем строительной организации, за последний год листков нетрудоспособности не было. * Профессиональные вредности: частые командировки.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное. Крепкого телосложения, повышенного питания. Выражен лордоз поясничного отдела позвоночника. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 78 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Физиологические отправления в норме (со слов). *Остеопатический статус.*
При обследовании было выявлено: * При глобальном остеопатическом прослушивании определяется фасциальное натяжение вправо в поддиафрагмальный регион. * При выполнении теста трансляции выявлено ограничение трансляции влево нижнего грудного отдела позвоночника. При выполнении теста трех объемов, выявлено ограничение смещения висцерального компонента (как в вентральном, так и в дорзальном направлении) верхнего абдоминального объема, ограничение смещения в вентральном направлении структурального компонента торакального объема. При осмотре пациента лежа выявлены: ригидность крестцово-подвздошного сустава справа. Определяется ограничение смещения висцеральных масс поясничного региона влево. При прослушивании торакального и абдоминального регионов на вдохе и выдохе отмечается асинхронность включения в дыхание регионов.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относится

- I, II, III, IV
- I, II
- II, III
- III, IV, V

Результаты инструментального метода обследования

Основываясь на данных объективного осмотра, с целью дообследования грудного региона необходимо провести специфический тест определения

- I, II, III, IV
- I, II
- II, III
- III, IV, V

Результаты обследования

Дифференциальную диагностику между соматической дисфункцией печени и соматической дисфункцией грудобрюшной диафрагмы при одновременном их выявлении следует проводить, используя метод

- ингибиции (связок печени относительно грудобрюшной диафрагмы)
- расслабления правой ножки диафрагмы
- расслабления круглой связки печени
- расслабления левой ножки диафрагмы

Наиболее корректно с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (регион грудной, структуральная составляющая (1 балл), висцеральная составляющая (2

балла), регион поясничный, висцеральная составляющая (1 балл) и структуральная составляющая (1 балл), регион ТМО (1 балл)) и локальные (соматическую дисфункцию правого лучезапястного сустава (хроническую), С0-С1 (фиксация слева, хроническая), С3-С4 (трансляция вправо, хроническая)) соматические дисфункции, состояние пациента отражает следующий вариант остеопатического заключения

- ингибиции (связок печени относительно грудобрюшной диафрагмы)
- расслабления правой ножки диафрагмы
- расслабления круглой связки печени
- расслабления левой ножки диафрагмы

Диагноз

При обследовании мобильности печени пациента в положении сидя выявлено ограничение мобильности печени в векторах вниз и влево. Необходимо произвести коррекцию дисфункций

- венечной и правой треугольной связок печени
- серповидной связки
- гепатодуоденальной связки
- левой треугольной связки

Врач выбрал следующую технику коррекции дисфункции венечной связки печени: ИПП: сидя на кушетке. ИПВ: стоя за спиной пациента. Левая стопа врача на столе, голень и бедро плотно прижаты к боку пациента. Правая рука врача перехватывает через правое плечо пациента, левая рука врача под плечом пациента слева. Локтевая сторона кистей с запасом кожи погружается в подреберье. Чтобы глубже войти в ткани врач наклоняет пациента чуть вперед. Затем переводит пациента в нейтральное положение. Производит левую трансляцию и правую ротацию, создав натяжение связки до физиологического барьера. Далее следует либо фасциальный релиз с выходом на новый физиологический барьер, либо выполнение техники «рекойл» на вдохе. По мере расслабления увеличивает только ротацию тела пациента. Ретестирование. Вышеописанная техника выбрана

- не корректно, так как ее не выполняют на первичном приеме
- не корректно, так как не предназначена для коррекции венечной связки печени
- не корректно, так как исходное положение пациента - лежа на левом боку
- корректно, так как предназначена для коррекции дисфункции венечной связки

Врач выбрал следующую технику коррекции нарушения мотильности печени. ИПП: лежа. ИПВ: сидит или стоит справа от кушетки. Оценив мотильность печени, врач сопровождает превалирующее движение до

«точки покоя». Релаксация. Вышеописанная техника коррекции мотильности выбрана

- верно
- неверно, так как выполняется в положение пациента на правом боку
- неверно, так как выполняется в положение пациента сидя
- неверно, так как выполняется в положение пациента на левом боку

По отношению к брюшине печень расположена

- забрюшинно
- интраперитонеально
- мезоперитонеально
- экстраперитонеально

Мотильность печени зависит от

- перистальтики кишечника
- состояния обменных процессов в клетках печени
- тонуса мышц передней брюшной стенки
- движения грудобрюшной диафрагмы

Противопоказанием для коррекции мотильности печени является

- диафрагмальная грыжа
- алкогольный абстинентный синдром
- дискинезия желчевыводящих путей
- последняя стадия цирроза печени

По окончании остеопатического приема пациенту рекомендована консультация

- инфекциониста
- невролога
- нарколога
- гастроэнтеролога

Повторный остеопатический прием данному пациенту показан через + ____ + день/дней

- инфекциониста
- невролога
- нарколога
- гастроэнтеролога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился мужчина 45 лет.

Жалобы

на * ощущение онемения пальцев правой руки, чувство жжения ладони, боль в мышцах плеча и шеи, особенно по ночам и во время поездок на велосипеде.

Анамнез заболевания

* Со слов пациента ощущение онемения пальцев правой руки появилось около месяца назад. * Последние два месяца занимается ремонтно-строительными работами у себя дома. * Много трудится физически, поднимает тяжести. * В прошлом месяце во время поездки с велосипеда упал, со слов, не травмировался, поэтому за медицинской помощью не обращался.

Анамнез жизни

* На протяжении последних пяти лет не болел. * Ранее к врачу обращался только в связи с простудными заболеваниями. * Активно занимается спортом, посещает спортзал, на работу предпочитает ездить на велосипеде. * Травмы, оперативные вмешательства: отрицает. * Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: не отягощен. * Страховой анамнез: за последний год листков нетрудоспособности не было. * Наследственные заболевания: отрицает.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное. Крепкого телосложения. Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. А\Д 130/80 мм. рт. ст., пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов).

Остеопатический статус. * При остеопатическом осмотре врач отметил напряжение мягких тканей шейно-воротниковой зоны, пациент стоит с легким наклоном головы вправо. * Сглажен поясничный лордоз. * Выполнение активных тестов не ограничено. * Флексионный тест стоя (-) отрицательный. * Флексионный тест сидя (+) положительный справа. * При выполнении теста трех объемов выявлено ограничение смещения в вентральном направлении структурального компонента торакального и нижнего абдоминального объема. * При выполнении теста трансляции определяется ограничение трансляции грудного отдела позвоночника влево. * При выполнении теста трансляции шейного отдела позвоночника выявилось наличие трансляции влево группы позвонков С3-С6, ригидность всего региона шеи, нарушение его гидродинамической составляющей и ограничение проведения в нем торакального ритмического импульса. * В положении лежа определяется ригидность крестцово-подвздошного сочленения справа, ригидность грудинно-ключичного сочленения справа. * Локальная дисфункция подтаранного сустава справа.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относятся

- инфекциониста
- невролога
- нарколога
- гастроэнтеролога

Результаты инструментального метода обследования

Необходимым для постановки диагноза и определения дальнейшей тактики лечения дополнительными остеопатическими тестами являются

- инфекциониста
- невролога
- нарколога
- гастроэнтеролога

Результаты обследования

Дифференциальную диагностику между соматической дисфункцией региона шеи и соматической дисфункцией поясничного региона при одновременном их выявлении следует проводить, используя метод

- миофасциального расслабления передней поверхности брюшной стенки
- миофасциального расслабления тораколумбального апоневроза
- ингибиции
- миофасциального расслабления задней поверхности шеи

Наиболее корректно с учетом результатов остеопатического осмотра, во время которого врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (2 балла), регион грудной, структуральная составляющая (1 балл), регион поясничный, структуральная составляющая (1 балл), регион таза, структуральная составляющая (1 балл)) и локальную (передне-внутреннее смещение таранной кости справа (хроническая)) соматические дисфункции, состояние пациента отражает следующий вариант остеопатического заключения

- |===| *Уровень\Нарушение* | *Биомеханическое* *1бл /2 бл / 3бл* | *Ритмогенное* *1 бл / 2бл /3бл* | *Нейродинамическое* *1 бл / 2бл /3бл* | *Глобальный* | 1 2 3 | Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3 | ПВС: 1 2* *3 Постурал. 1 2 3 | Региональный 2+^| *Регион: **сома висцера* Головы 1 2 3 1 2 3 Шеи 1* **2* 3 1* *2* *3 Верх. конеч . 1 2 3 Грудной *1* 2 3 1 2 3 Поясничной *1* 2 3 1 2 3 Таза *1* 2 3 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3 | *ВС СВ* Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 – Th4 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 –

L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3 | Локальный 3+^| передне-внутреннее смещение таранной кости справа (хроническая) 4+^| Доминирующая соматическая дисфункция: передне-внутреннее смещение таранной кости справа |=====

- |===== | *Уровень\Нарушение* | *Биомеханическое* *1бл /2 бл / 3бл* | *Ритмогенное* *1 бл / 2бл /3бл* | *Нейродинамическое* *1 бл / 2бл /3бл* | *Глобальный* | 1 2 3 | Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3 | ПВС: 1 2* *3 Постурал. 1 2 3 | Региональный 2+^| *Регион: **сома висцера* Головы 1 2 3 1 2 3 Шеи 1 *2* *3 1 2 3 Верх. конеч. 1 2 3 Грудной *1* 2 3 1 2 3 Поясничной *1* *2* *3 1 2 3 Таза * **1* 2 3 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3 | *ВС СВ* Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 – Th4 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3 | Локальный 3+^| Хронические соматические дисфункции: передне-внутреннее смещение таранной кости справа 4+^| Доминирующая соматическая дисфункция: поясничного региона, структуральная составляющая |=====
- |===== | *Уровень\Нарушение* | *Биомеханическое* *1бл /2 бл / 3бл* | *Ритмогенное* *1 бл / 2бл /3бл* | *Нейродинамическое* *1 бл / 2бл /3бл* | *Глобальный* | 1 2 3 | Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3 | ПВС: 1 2* *3 Постурал. 1 2 3 | Региональный 2+^| *Регион: **сома висцера* Головы 1 2 3 1 2 3 Шеи 1 *2* *3 1 2 3 Верх. конеч. 1 2 3 Грудной *1* 2 3 1 2 3 Поясничной *1* 2 3 1 2 3 Таза *1* 2 3 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3 | *ВС СВ* Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 – Th4 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3 | Локальный 3+^| Хронические соматические дисфункции: передне-внутреннее смещение таранной кости справа 4+^| Доминирующая соматическая дисфункция: региона шеи, структуральная составляющая |=====
- |===== | *Уровень\Нарушение* | *Биомеханическое* *1бл /2 бл / 3бл* | *Ритмогенное* *1 бл / 2бл /3бл* | *Нейродинамическое* *1 бл / 2бл /3бл* | *Глобальный* | 1 2 3 | Краниал. 1 2 3 Кардиал. 1 2 3 Дыхательн. 1 2 3 | ПВС: 1 2* *3 Постурал. 1 2 3 | Региональный 2+^| *Регион: **сома висцера* Головы 1 2 3 1 2 3 Шеи 1 *2* *3 1 2 3 Верх. конеч. 1 2 3 Грудной *1* *2* *3 1 2 3 Поясничной *1* 2 3 *1* 2 3 Таза *1* 2 3 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 2 3 | *ВС СВ* Cr 1 2 3 C1 - C3 1 2 3 1 2 3 C4 - C6 1 2 3 1 2 3 C7 - Th1 1 2 3 1 2 3 Th2 – Th4 1 2 3 1 2 3 Th6 - Th9 1 2 3 1 2 3 Th10 – L1 1 2 3 1 2 3 L2 – L5 1 2 3 1 2 3 | Локальный 3+^| Хронические соматические дисфункции: передне-внутреннее смещение таранной кости справа 4+^| Доминирующая соматическая дисфункция грудного региона, структуральная составляющая |=====

У пациента группа позвонков С3-С6 находится в трансляции влево. Для изменения позиции данной группы позвонков необходимо провести коррекцию дисфункции группы мышц

- m.m. scalene anterior et posterior справа
- m.longus capitis справа

- m.m. scalene anterior et posterior слева
- m.sternocleidomastoideus справа

Для коррекции соматической дисфункции «укорочение» лестничных мышц необходимо использовать + _____ + тип мышечно-энергетической техники

- изотонический
- изолитический
- изокинетический
- изометрический

Врач, занимая исходное положение, с целью коррекции соматической дисфункции укорочение лестничных мышц справа расположил одну руку в проекции прикрепления лестничных мышц

- изотонический
- изолитический
- изокинетический
- изометрический

Врач с целью коррекции соматической дисфункции лестничных мышц справа выбрал технику:

Для выхода на барьер врачу необходимо: установить ладонь правой руки в проекции прикрепления лестничных мышц в области ключицы и первого ребра справа. А левой рукой латерофлексировать голову пациента влево с ротацией в эту же сторону. При выходе на барьер пациент с небольшим усилием давит головой вправо, врач удерживает давление и через 3 секунды выходит на новый мышечный барьер, увеличивая латерофлексию влево. Маневр повторяют 3-4 раза. Ретестирование.

Вышеописанная техника коррекции выбрана

- неверно. При выполнении техники расслабления лестничных мышц справа, для выхода на барьер, врачу, необходимо: установить ладонь правой руки в проекции прикрепления лестничных мышц в области ключицы и первого ребра справа А левой рукой осуществить флексию головы пациента. При выходе на барьер пациент с небольшим усилием давит головой назад, врач удерживает давление и чрез 3 секунды выводит голову пациента на новый барьер, увеличивая флексию головы. Маневр повторяют 3-4 раза
- неверно. При выполнении техники расслабления лестничных мышц справа, для выхода на барьер врачу необходимо: установить ладонь правой руки в проекции прикрепления лестничных мышц в области ключицы и первого ребра справа. А левой рукой латерофлексировать голову пациента вправо. При выходе на барьер пациент с небольшим усилием давит головой влево, врач удерживает давление и чрез 3 секунды

выводит голову пациента на новый барьер, увеличивая латерофлексию вправо. Маневр повторяют 3-4 раза

- верно
- неверно. При выполнении техники расслабления лестничных мышц справа, для выхода на барьер врачу необходимо: установить ладонь левой руки в проекции прикрепления лестничных мышц в области ключицы и первого ребра слева. А правой рукой латерофлексировать голову пациента влево. При выходе на барьер пациент с небольшим усилием давит головой вправо, врач удерживает давление и чрез 3 секунды выводит голову пациента на новый барьер, увеличивая латерофлексию влево. Маневр повторяют 3-4 раза. Ретестирование

При наличии соматической дисфункции NSR вправо C3-C7 после выполнения техники постизометрического расслабления лестничных мышц необходимо выполнить технику

- коррекции соматической дисфункции NSR вправо C3-C7
- технику по расслаблению позвоночно-перикардиальной связки
- трастовую технику на первом ребре справа
- технику «лифт затылочной кости»

При наличии соматической дисфункции лестничных мышц возможны такие симптомы, как чувство онемения, боль, чувство холода в руке вследствие

- компрессии плечевого нервного сплетения из-за уменьшения размера межлестничного промежутка
- сдавления а. Vertebralis вследствие повышения тонуса лестничных мышц с одноименной стороны
- укорочения позвоночно-плевральных связок из-за напряжения лестничных мышц с противоположной стороны
- смещения висцеральных масс шеи вправо и фиксацией пластин Шарпи

С учетом характера жалоб, данных анамнеза и проведенного осмотра данному пациенту показана консультация

- ревматолога
- невролога
- травматолога
- терапевта

Повторный остеопатический прием данному пациенту рекомендован через + _____ + дней

- ревматолога
- невролога
- травматолога

- терапевта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился пациент 28 лет.

Жалобы

на * боли в пояснично-крестцовой области, больше справа, ноющая, иррадиирующая в правое бедро; * острую боль в правом голеностопном суставе при ходьбе и опоре на правую ногу. Боль в пояснично-крестцовом отделе усиливается при физических нагрузках резких движениях.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, боли появились несколько дней назад. При этом, боль в правом голеностопном суставе была не выражена, больше чувствовалась поясница. Последние два дня боль в правом голеностопном суставе усилилась, что и послужило мотивом консультации.

Анамнез жизни

* Периодически ноющие боли в спине беспокоят на протяжении 4 лет, особенно после физической нагрузки. После разминки болевой синдром прекращается. * Боли в голеностопном суставе возникли впервые. * Пациент активно занимается парашютным спортом. Последний прыжок с парашютом был около 10 дней назад, неудачно приземлился на правую ногу. В анамнезе были приземления с парашютом с падением на спину с перехватом дыхания. * ДТП отрицает. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 76 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). При остеопатическом осмотре врач отметил: * При визуальном осмотре: пациент опирается на левую ногу. * Флексионный тест стоя резко положительный справа (+++). * Флексионный тест сидя слабopоложительный справа (+) * Тест ригидности КПС через переднюю верхнюю подвздошную ости (ПВПО) положительный справа. * Тест ригидности суставов нижней конечности положительный на уровне нижней трети правой голени. * Правая нижняя конечность в положении лежа на спине укорочена. * Тест Даунинга на удлинение отрицательный справа.

Для подтверждения предполагаемого диагноза и дальнейшего принятия решения о возможности остеопатической коррекции необходимо провести

- ревматолога
- невролога

- травматолога
- терапевта

Результаты обследования

Для выявления у данного пациента дисфункции и точного ее определения целесообразно дополнительно провести тест

- ревматолога
- невролога
- травматолога
- терапевта

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра можно предположить соматическую дисфункцию

- правого голеностопного сустава, переднее смещение таранной кости
- подтаранного сустава, передне-внутреннее смещение таранной кости
- правого голеностопного сустава, переднее смещение «берцовой» вилки
- правого подтаранного сустава, задне-наружное смещение таранной кости

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион поясничный, структуральная составляющая (2 балл), висцеральная составляющая (1 балл); регион правой нижней конечности (1 балл), регион таза, структуральная составляющая (1 балл), регион твердой мозговой оболочки (2 балла) и локальные соматические дисфункции (голеностопный сустав справа (острая), правого коленного сустава (хроническая), слепой кишки (хроническая), L3-L4 (хроническая)). Наиболее корректно состояние пациента отражает остеопатическое заключение

- правого голеностопного сустава, переднее смещение таранной кости
- подтаранного сустава, передне-внутреннее смещение таранной кости
- правого голеностопного сустава, переднее смещение «берцовой» вилки
- правого подтаранного сустава, задне-наружное смещение таранной кости

Диагноз

В процессе обследования была выявлена локальная соматическая дисфункция правого коленного сустава. При оценки объема пассивных движений была выявлена большая амплитуда движения большеберцовой кости вперед и ограничение амплитуды движения назад по сравнению с противоположным суставом, где амплитуда движений вентрально и дорзально была примерно равной. В данной ситуации наиболее вероятно

имеет место локальная соматическая дисфункция правого коленного сустава: + _____ + большеберцовой кости

- заднее смещение
- приведение
- переднее смещение
- отведение

Наиболее часто коррекция локальной соматической дисфункции голеностопного сустава «переднее смещение таранной кости» производится в положении пациента

- лежа на боку
- лежа на спине
- стоя
- сидя

Для коррекции локальной соматической дисфункции правого голеностопного сустава «переднее смещение таранной кости» врач применил технику. Положение пациента: лежа на спине, ноги вытянуты. Под нижнюю треть голени помещается небольшой валик. Положение врача: стоя у стоп пациента. Положение рук врача: третий палец одной руки прижат к третьему пальцу другой руки. Врач скользит третьими пальцами по гребню большеберцовой кости по направлению к стопе, достигая шейки таранной кости. Первые пальцы укладываются на подошвенную часть стопы, остальные пальцы укладываются произвольно. Коррекция: Врач создает тыльную флексию стопы, заводя таранную кость в берцовую «вилку». После чего, отклоняя корпус назад, совершает тракцию, открывая голеностопный сустав. Сохраняя тракцию, врач приподнимает стопу над столом, после чего резко опускает стопу на стол (слаг), увеличивая одновременно с этим тыльную флексию. Техника выбрана

- правильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «переднее смещение таранной кости»
- правильно, но необходимо повторить описанный маневр не менее 3 раз за прием
- неправильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «переднее смещение берцовой вилки»
- не правильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «заднее смещение таранной кости»

С учетом характера жалоб, данных анамнеза и проведенного осмотра данному пациенту консультация узких специалистов

- не показана
- показана с привлечением терапевта

- показана с привлечением невролога
- показана с привлечением хирурга

В голеностопном суставе основные активные движения это

- отведение и приведение
- флексия и экстензия
- наружная и внутренняя ротация
- наружная и внутренняя трансляция

При наличии у пациента локальной соматической дисфункции голеностопного сустава «переднее смещение таранной кости» будут ограничены активные движения

- во флексии и супинации
- во флексии и пронации
- в экстензия и супинации
- в экстензии и пронации

Повторный прием данному пациенту показан через + _____ + дней

- 7-10
- 25-30
- 3-5
- 50-60

В процессе обследования была выявлена локальная соматическая дисфункция правого коленного сустава. В коленном суставе ограничивает заднее скольжение + _____ + связка

- 7-10
- 25-30
- 3-5
- 50-60

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился пациент 45 лет.

Жалобы

на * боли в нижней части спины. Боль острая, ноющая, иррадирует в обе ягодицы, больше выражена при наклонах вперед, при переворотах во время сна, при вставании.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, боль появилась 4 дня назад после того, как положил чемодан

на верхнюю полку в поезде. Н удачно опустился и ударился о выступающий поручень нижней частью спины. При этом боль сразу приобрела острый характер. На следующее утро боль стала иррадиировать в ягодицы и доходить до верхней трети бедра.

Анамнез жизни

* Периодически тупые, ноющие боли в спине беспокоят на протяжении 5 лет после физической нагрузки. Острых приступов не было. * Состоит на учете у невролога с диагнозом: «ДДЗП. Распространенный остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника». * В анамнезе были падения на спину с перехватом дыхания.

Объективный статус

* Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД 133/86 мм рт. ст., пульс 75 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При остеопатическом осмотре врач отметил: * Флексионный тест стоя резко положительный справа (+++). * Флексионный тест сидя слабоположительный справа (+). * Резкое ограничение в выполнении активных тестов флексии и латерофлексии. * Левая нижняя конечность удлинена в положении лежа на животе. При выполнении дополнительных локальных тестов: * Тест «пружинения» отрицательный. * Крестцово-подвздошная бороздка углублена слева. * Нижнелатеральный угол крестца справа расположен каудо-дорзально.

Для подтверждения предполагаемого диагноза и дальнейшего принятия решения о возможности остеопатической коррекции целесообразно выполнить

- 7-10
- 25-30
- 3-5
- 50-60

Результаты обследования

Для выявления у данного пациента дисфункции и точного ее определения целесообразно дополнительно провести тест

- 7-10
- 25-30
- 3-5
- 50-60

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной соматической дисфункцией является

- торсия крестца вправо по левой оси

- двусторонняя флексия крестца
- торсия крестца влево по правой оси
- односторонняя флексия крестца

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион поясничный, структуральная составляющая (2 балл), висцеральная составляющая (1 балл); регион грудной, структуральная составляющая (1 балл); регион головы (1балл), регион таза, структуральная составляющая (2 балла) и локальные соматические дисфункции: крестец (острая), левый плечевой сустав (хроническая), слепая кишка (хроническая)). Наиболее корректно состояние пациента отражает остеопатическое заключение

- торсия крестца вправо по левой оси
- двусторонняя флексия крестца
- торсия крестца влево по правой оси
- односторонняя флексия крестца

Диагноз

При оценки объема пассивных движений была выявлена большая амплитуда движения головки левой плечевой кости вперед (вентрально) и значительное ограничение амплитуды движения назад (дорзально) по сравнению с противоположным суставом, где амплитуда движений вентрально и дорзально была примерно равной. В данной ситуации наиболее вероятно имеет место локальная соматическая дисфункция + _____ + смещение головки левой плечевой кости

- переднее
- верхнее
- заднее
- нижнее

Для коррекции выявленной острой локальной соматической дисфункции «нефизиологическая торсия крестца» наиболее оптимально использовать _____ технику

- мышечно-энергетическую
- фасциальную
- жидкостную
- трастовую

Коррекция острой локальной соматической дисфункции «нефизиологическая торсия крестца вправо по левой оси» мышечно-энергетическими техниками производится в положении пациента

- лежа в положении «полупрокубитус»

- лежа на боку
- стоя
- сидя

Для коррекции выявленной соматической дисфункции «нефизиологическая торсия крестца вправо по левой оси» применяется + _____ + мышечно-энергетическая техника

- изотоническая
- изокинетическая
- изометрическая
- изолитическая

С учетом характера жалоб, данных анамнеза и проведенного осмотра данному пациенту консультация узких специалистов

- показана с привлечением уролога
- не показана
- показана с привлечением невролога
- показана с привлечением хирурга

У крестца принято выделять + ___ + горизонтальных оси (осей) движения

- 5
- 3
- 4
- 2

Рекомендации пациенту по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- соблюдение диеты с ограничением легко усваиваемых углеводов
- занятия физкультурой для укрепления мышечного корсета
- использование пояснично-крестцового пояса-корсета
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра, дополнительные инструментальные методы диагностики данному пациенту

- соблюдение диеты с ограничением легко усваиваемых углеводов
- занятия физкультурой для укрепления мышечного корсета
- использование пояснично-крестцового пояса-корсета
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился мужчина 52 лет.

Жалобы

на * тянуще-ноющую боль в верхне-наружном отделе правого плеча. Характер боли меняется на острую при резком или неожиданном поднятии руки. Отмечает усиление болевого синдрома при отведении руки в сторону. Ночью старается спать в положении на спине, на правом боку спать не может, и при случайном повороте на правый бок во время сна – испытывает острую боль, из-за чего просыпается.

Анамнез заболевания

Появилась нечетко локализованная боль в области правого плеча около 3-х недель назад, после неудачного падения на правый бок. К врачу не обращался, интенсивность боли снизилась через 5 дней после ежедневной аппликации согревающих мазей на область правого плеча и приемом анальгетиков. После прекращения приема обезболивающих препаратов вновь стал испытывать боли в верхне-наружном отделе плеча при определенных движениях, особенно при работе с высоко поднятыми руками. Интенсивность болевого синдрома нарастала, и пациент обратился к терапевту, который поставил диагноз «плече-лопаточный периартрит справа». Назначил прием нестероидных противовоспалительных препаратов («Целекоксиб» по 200 мг в сутки, курсом 7 дней), массаж правой плече-лопаточной области, физиотерапевтическое лечение и обращение к врачу лечебной физкультуры. Назначения пациент выполнял не полностью, ограничившись только приемом нестероидных противовоспалительных препаратов. На массаж, физиотерапию, лечебную физкультуру не ходил, сославшись на нехватку времени из-за работы. Таким образом, болевой синдром продолжил его беспокоить, что и послужило поводом для обращения к остеопату.

Анамнез жизни

* По профессии автомеханик, часто приходится работать с вытянутыми руками под автомобилями, ремонтируя их. Спортом не занимается. * Крепкими алкогольными напитками не злоупотребляет, не курит. Серьезные травмы отрицает. * Отмечает падение на правое плечо около 3 недель назад. * Операций и гемотрансфузий не было. * Туберкулез, венерические болезни, сахарный диабет отрицает. * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 125/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). *Остеопатический статус.* При остеопатическом осмотре врач отметил: * Гиперлордоз шейного отдела позвоночника. * Таз в положении

задней ротации. Стопы уплощены и несколько ротированы кнаружи. * Правое надплечье выше левого. Определяется выстояние правого плеча больше кпереди, чем левого. Форма ключиц не изменена. Деформаций акромиально-ключичных и грудино-ключичных суставов не наблюдаются. * Треугольник талии слева больше сглажен. * Грудная клетка расширена и находится в состоянии относительного вдоха, диафрагма опущена.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и/или лабораторным методам относятся

- соблюдение диеты с ограничением легко усваиваемых углеводов
- занятия физкультурой для укрепления мышечного корсета
- использование пояснично-крестцового пояса-корсета
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня

Результаты обследования

При оценки объема пассивных движений была выявлена большая амплитуда движения головки правой плечевой кости вверх и значительное ограничение амплитуды движения вниз по сравнению с противоположным суставом, где амплитуда движений вентрально и дорзально была примерно равной. В данной ситуации наиболее вероятно имеет место локальная соматическая дисфункция + _____ + смещение головки правой плечевой кости

- переднее
- верхнее
- заднее
- нижнее

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (2 балла), регион грудной, висцеральная составляющая (1 балл)) и локальную соматическую дисфункцию: верхнее смещение головки плечевой кости справа (острая). Наиболее корректно отражает состояние пациента вариант остеопатического заключения

- переднее
- верхнее
- заднее
- нижнее

Диагноз

Наиболее часто трактовая коррекция соматической дисфункции «верхнее смещение головки плечевой кости» производится в положении пациента

- лежа на боку, противоположном от стороны дисфункции
- сидя на кушетке
- лежа на животе
- лежа на спине

Исходя из результатов осмотра, врач применил следующую технику коррекции соматической дисфункции «верхнее смещение головки правой плечевой кости»: Подготовка к коррекции. Пациент сидит на столе, рука на стороне коррекции согнута в локте, ладонь на шее или надплечье. Врач стоит сзади в плотном контакте с лопаткой пациента; обеими руками удерживает локоть пациента. Коррекция. Врач совершает приведение-отведение, флексию-экстензию для поиска нейтральной для плеча точки. Усиливает давление по оси плечевой кости до введения в напряжение капсулы сустава. Выполняем корректирующий трастовый толчок по оси плеча. Ретестирование. Вышеописанная техника выполнена

- не корректно, так как не предназначена для коррекции верхнего смещения плечевой кости
- корректно, но ее необходимо выполнять не менее 4-5 раз за лечебный сеанс
- корректно, так как предназначена для коррекции верхнего смещения плечевой кости
- не корректно, так как использование прямых техник противопоказано в данной ситуации

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра консультация узких специалистов данному пациенту

- не требуется
- требуется с привлечением ревматолога
- требуется с привлечением невролога
- требуется с привлечением ортопеда-травматолога

Рекомендации пациенту по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- использование фиксатора плечевого сустава на ближайшие 7 дней
- сон лежа на спине в ближайшие 2-3 дня после приема
- активные физические упражнения на правый плечевой сустав
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема

Повторный остеопатический прием данному пациенту показан через + _____ + дней

- 25-30
- 40-45
- 7-10

- 15-20

В состав «плечевого сустава» входит 3 истинных и + ____ + физиологических сустава/ов

- 4
- 5
- 3
- 2

Гленохумеральный сустав является + _____ + суставом

- мышечковым
- шаровидным
- седловидным
- плоским

В состав вращательной манжеты плеча («манжета ротаторов») входят мышцы

- надостная, подостная, малая круглая и большая круглая мышцы
- надостная, подостная, малая круглая и ромбовидные мышцы
- надостная, подостная, малая круглая мышцы и мышца, поднимающая лопатку
- надостная, подостная, малая круглая и подлопаточная

В своей практике остеопаты при осмотре пациента часто используют тест «шага вперед», который позволяет оценить

- надостная, подостная, малая круглая и большая круглая мышцы
- надостная, подостная, малая круглая и ромбовидные мышцы
- надостная, подостная, малая круглая мышцы и мышца, поднимающая лопатку
- надостная, подостная, малая круглая и подлопаточная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к остеопату в амбулаторно-поликлиническое отделение обратилась пациентка 22 лет.

Жалобы

Жалобы на головокружение, появляющееся при резких поворотах головы вправо и при изменении положения тела в пространстве (переходе из горизонтального в вертикальное положение). Периодически беспокоит неустойчивость при ходьбе.

Анамнез заболевания

Впервые ощущение головокружения появилось 2 недели назад во время репетиции танца. Отмечает, что в процессе танца она резко повернула голову в направлении вправо и вверх, после чего потеряла равновесие и чуть не упала, но ее вовремя поддержал партнер по танцу. Пыталась продолжить тренировку, но при поворотах головы вправо вновь стала испытывать головокружение, в связи с чем была вынуждена прекратить занятие. После того случая появилась описанная выше симптоматика, и пациентка прекратила тренировки из-за боязни падения при повторении приступа.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: частые ангины с детства Хронические заболевания: миопия средней степени на оба глаза с младшего школьного возраста (8-9 лет), с постепенным медленным прогрессированием. В настоящее время для коррекции зрения использует контактные линзы с диоптриями OD – 2.5, OS – 3.5. На диспансерном учете состоит у офтальмолога Травмы: падение с качелей в возрасте 10 лет, в результате чего получила удар по голове, со слов сознание не теряла. Оперативные вмешательства: отрицает Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен: менструации с 13 лет, регулярные, безболезненные. Беременностей не было. Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: не отягощен. Страховой анамнез: не работает, студентка. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Обращает на себя внимание более бледный участок кожи на спине на уровне шейно-грудного перехода, с изменением трофики, усилением сосудистого рисунка Пульс 74 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 125/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). Остеопатический статус. При обследовании было выявлено: Преимущественно передний тип осанки (по Дж. М. Литтлджону). В сагиттальной плоскости отмечается сглаженность шейного и поясничного лордозов, грудного кифоза. На уровне шейно-грудного перехода отмечается локальный кифоз. Во фронтальной плоскости обращает на себя внимание ассиметричное положение головы с небольшим наклоном влево и ротацией вправо. Левое надплечье выше правого. Проведённый визуальный отвес через центральную линию гравитации, прошел через центры тела S1, L3, D3, но мышечки затылочной кости оказались справа от линии. При пальпации было выявлено: Кожа в области шейно-грудного перехода грубая, холодная, сухая. Кожа под затылком влажная, горячая. Отчётливо пальпируются болезненные боковые массы атланта справа. Пальпация субокципитального треугольника выявила отечность, спазм и болезненность мышц, преимущественно слева. Вдоль шейного (начиная с позвонка C3) и на уровне верхне-грудного отделов

позвоночника пальпируются паравертебральные мышцы в повышенном тоне. Также выявлено напряжение трапециевидной, грудино-ключично-сосцевидной и лестничных мышц слева, а также отечность и болезненность надключичной ямки слева. При проведении активных тестов выявлено: При выполнении теста флексии в шейном отделе обнаружено, что в начальной стадии отсутствует кивательное движение в верхне-шейном отделе позвоночника и наклон сразу начинается с флексии в средне-шейном отделе. Выявлено ограничение движения в шейном отделе позвоночника в правый боковой наклон и правую ротацию.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и\или лабораторным методам относятся

- надостная, подостная, малая круглая и большая круглая мышцы
- надостная, подостная, малая круглая и ромбовидные мышцы
- надостная, подостная, малая круглая мышцы и мышца, поднимающая лопатку
- надостная, подостная, малая круглая и подлопаточная

Результаты обследования

К дополнительным тестам, позволяющим точно определить предполагаемую соматическую дисфункцию шейного отдела позвоночника в данной клинической ситуации, относится оценка

- надостная, подостная, малая круглая и большая круглая мышцы
- надостная, подостная, малая круглая и ромбовидные мышцы
- надостная, подостная, малая круглая мышцы и мышца, поднимающая лопатку
- надостная, подостная, малая круглая и подлопаточная

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра можно предположить наличие острой локальной соматической дисфункции

- C0 FR лев. S прав., C1 R прав
- C0 ER прав. S лев., C1 R прав
- C0 FR прав. S лев., C1 R прав
- C0 ER лев. S прав., C1 R прав

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл); регион ТМО (1балл)) и локальные соматические дисфункции: C0-C1-C2 (острая), I ребра слева (хроническая), C7-Th1

(хроническая), ВНЧС справа (хроническая). Доминирующей в данном случае будет являться соматическая дисфункция

- C0 FR лев. S прав., C1 R прав
- C0 ER прав. S лев., C1 R прав
- C0 FR прав. S лев., C1 R прав
- C0 ER лев. S прав., C1 R прав

Диагноз

В процессе обследования было выявлено ограничение подвижности I ребра слева на выдохе. На основании данного признака можно заподозрить наличие локальной соматической дисфункции I ребра слева

- на выдохе
- в дисторсии
- на вдохе
- в компрессии

У пациента выявлены локальные соматические дисфункции C0-C1-C2: «C0 ER прав. S лев., C1 R прав». Коррекцию данного вида дисфункций целесообразно начать с

- наиболее болезненного при пальпации позвонка
- C0-C1
- C1
- C2

Наиболее часто коррекция соматических дисфункции C0-C1-C2 мышечно-энергетическими техниками проводится в положении пациента

- лежа на боку, противоположном от стороны дисфункции
- лежа на животе
- лежа на спине
- сидя на кушетке спиной к врачу

Врач на приеме решил применить следующую технику коррекции соматической дисфункции «C0 ER прав. S лев». Положение больного – лежа на спине. Положение врача: сидя или стоя у головного конца стола. Положение рук врача: правая рука захватывает затылок так, что второй, третий, четвертый и пятый пальцы направлены влево, 2-е метакарпо-фалангеальное сочленение контактирует с затылочной костью, а первый палец над правым ухом ложится на височную кость пациентки. II и III пальцами левой руки обхватывает подбородок, ладонь и дистальная часть предплечья покрывают левую половину головы пациентки. Параметры коррекции: флексия, трансляция влево, ротация влево. Коррекция: больной производит экстензию головы с силой 10-20 гр. против

сопротивления врача в течении 3 секунд. После 3 секунд расслабления врач достигает нового моторного барьера согласно параметрам коррекции. Повторяет коррекцию 2-3 раза. Ретестирование. Вышеописанная техника выполнена

- корректно, но ее необходимо выполнять с противоположной стороны
- корректно, но необходимо не менее 7 раз повторить описанный маневр для ее эффективности
- не корректно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции «C0 ER лев. S прав»
- корректно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции «C0 ER прав. S лев»

Согласно второму закону Фрайетта, в положении контакта суставных фасеток, чтобы вызвать латерофлексию позвоночника, тела позвонков должны совершить ротацию в ту же сторону, что и будущая латерофлексия. При этом

- ротация и латерофлексия происходят одновременно
- латерофлексия предшествует ротации
- латерофлексия более выражена, чем ротация
- ротация предшествует латерофлексии

Ребрами, форма и толщина которых не позволяют осуществиться их дисторсии, являются

- V-VI
- I и II
- IV-V
- VI-VII

На основании первого и второго законов Фрайетт дисфункции позвонков подразделяются на две степени. Дисфункции I степени (соответствуют второму закону Фрайетт) - это физиологические соматические дисфункции во флексии или экстензии. В случае дисфункции ERS причина ограничения кинетики лежит в невозможности

- покрытия вышележащей фасеткой нижележащей фасетки, при этом причина расположена со стороны, противоположной дисфункции
- раскрытия нижележащей фасетки вышележащей фасеткой, при этом причина располагается со стороны, противоположной дисфункции
- покрытия вышележащей фасеткой нижележащей фасетки, при этом причина расположена с противоположной стороны от наиболее свободной ротации (стороны дисфункции)
- раскрытия нижележащей фасетки вышележащей фасеткой, при этом причина располагается со стороны дисфункции

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через + _____ + дней

- покрытия вышележащей фасеткой нижележащей фасетки, при этом причина расположена со стороны, противоположной дисфункции
- раскрытия нижележащей фасетки вышележащей фасеткой, при этом причина располагается со стороны, противоположной дисфункции
- покрытия вышележащей фасеткой нижележащей фасетки, при этом причина расположена с противоположной стороны от наиболее свободной ротации (стороны дисфункции)
- раскрытия нижележащей фасетки вышележащей фасеткой, при этом причина располагается со стороны дисфункции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась мама с ребенком 12 лет.

Жалобы

У ребенка частые головные боли, преимущественно в лобно-теменной области, двусторонние, стягивающего и ноющего характера, чаще во второй половине дня. Беспокоит быстрая утомляемость, неусидчивость, слабая концентрацию внимания и плохая успеваемость в школе.

Анамнез заболевания

Головные боли беспокоят около полугода. Ребенок осмотрен педиатром. Проведен курс массажа волосистой части головы и шейно-воротниковой зоны. После курса массажа девочка отмечает незначительное улучшение самочувствия.

Анамнез жизни

Ребенок от второй беременности, протекавшей без осложнений на фоне наличия рубца на матке после кесарева сечения, вторых срочных родов в 38 недель беременности путем операции кесарева сечения в плановом порядке. Родилась доношенной с массой тела 2900г, длиной 49 см; с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложена в 1 сутки после рождения. Период новорожденности протекал без особенностей. Выписана домой на 5 сутки. Вакцинирована по возрасту, осложнений не было. Росла и развивалась по возрасту. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз Хронические заболевания: миопия слабой степени D

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Нормостенического телосложения, избыточного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 105/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов).

Остеопатический статус. При обследовании было выявлено: Плоско-вальгусная установка голени и стоп. Общее повышение тонуса паравертебральных мышц шеи, напряжение и болезненность субокципитальных мышц Флекссионный тест стоя справа (++) Флекссионный тест сидя справа (+) В положении лёжа на спине длина правой нижней конечности примерно на 0,7см больше длины левой нижней конечности, передняя верхняя подвздошная ость (ПВПО) справа расположена более вентрально и каудально, чем слева. При проведении динамического теста (исходное положение пациента – лежа на спине) отмечается ограничение подвижности правой подвздошной кости назад по сравнению с левой подвздошной костью, у которой подвижность вперед и назад выражены одинаково.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и\или лабораторным методам относятся

- покрытия вышележащей фасеткой нижележащей фасетки, при этом причина расположена со стороны, противоположной дисфункции
- раскрытия нижележащей фасетки вышележащей фасеткой, при этом причина располагается со стороны, противоположной дисфункции
- покрытия вышележащей фасеткой нижележащей фасетки, при этом причина расположена с противоположной стороны от наиболее свободной ротации (стороны дисфункции)
- раскрытия нижележащей фасетки вышележащей фасеткой, при этом причина располагается со стороны дисфункции

Результаты обследования

Для выявления у данной пациентки дисфункции и точного ее определения целесообразно дополнительно провести тест

- покрытия вышележащей фасеткой нижележащей фасетки, при этом причина расположена со стороны, противоположной дисфункции
- раскрытия нижележащей фасетки вышележащей фасеткой, при этом причина располагается со стороны, противоположной дисфункции
- покрытия вышележащей фасеткой нижележащей фасетки, при этом причина расположена с противоположной стороны от наиболее свободной ротации (стороны дисфункции)
- раскрытия нижележащей фасетки вышележащей фасеткой, при этом причина располагается со стороны дисфункции

Результаты обследования

На основании представленных данных анамнеза и остеопатического осмотра можно предположить локальную соматическую дисфункцию

- левой подвздошной кости в передней ротации
- крестцово-подвздошного сочленения
- лонного сочленения в компрессии
- правой подвздошной кости в передней ротации

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (2 балла), регион грудной, висцеральная составляющая (1 балл)); регион ТМО (1 балл) и локальные соматические

дисфункции (правой подвздошной кости (хроническая)). Наиболее корректно состояние пациентки отражает вариант остеопатического заключения

- левой подвздошной кости в передней ротации
- крестцово-подвздошного сочленения
- лонного сочленения в компрессии
- правой подвздошной кости в передней ротации

Диагноз

Для коррекции выявленной соматической дисфункции подвздошной кости в передней ротации используется + _____ + мышечно-энергетическая техника

- изметрическая
- изокинетическая
- изолитическая
- изотоническая

Наиболее часто коррекция соматической дисфункции подвздошной кости в передней ротации мышечно-энергетическими техниками проводится в положении пациента

- изметрическая
- изокинетическая
- изолитическая
- изотоническая

Вышеописанная техника выбрана

- неправильно и предназначена для коррекции дисфункции правой подвздошной кости задней ротации
- правильно, но ее необходимо выполнять с противоположной от выявленной соматической дисфункции стороны
- правильно, но ее необходимо выполнять не менее 5 раз за лечебный сеанс
- правильно и предназначена для коррекции дисфункции правой подвздошной кости в передней ротации

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра консультация узких специалистов данной пациентке

- не требуется
- требуется с привлечением гинеколога
- требуется с привлечением хирурга
- требуется с привлечением ортопеда

Рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- сон лежа на левом боку в ближайшие 2-3 дня
- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня
- использование воротника Шанца в ближайшие 7 дней

В клинической практике врачи-osteопаты для выявления восходящей и/или нисходящей дисфункции нередко используют

- тест Жилетта
- тест на диадохокинез
- флексионный тест
- общее остеопатическое прослушивание

В клинической практике врачи-osteопаты не редко используют тест «шага в перед». Данный тест позволяет оценить

- раскрытие сегмента L5-S1
- подвижность крестца относительно подвздошных костей
- формирование дуги относительно тела L3
- подвижность лонного сочленения

Объем активной флексии в шейном отделе позвоночника в норме у взрослого человека составляет + ____ + градусов

- раскрытие сегмента L5-S1
- подвижность крестца относительно подвздошных костей
- формирование дуги относительно тела L3
- подвижность лонного сочленения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 34 лет.

Жалобы

Боли в нижней части спины справа. Боль ноющая, иррадирует в правую ягодицу и в паховую область. Боль больше выражена в положении стоя и сидя и уменьшается в положении лежа.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, боль появилась несколько месяцев назад при занятиях фитнесом (поднятие тяжелого веса). Ранее прицельно по данному поводу не обследовалась и не лечилась.

Анамнез жизни

Спортом занимается со школьного возраста. 3 года назад были тяжелые роды. Во время беременности набрала более 20 кг веса. За последний год похудела на 32 кг. У смежных специалистов не наблюдается. Работает инструктором по фитнесу, иные травмы, операции отрицает.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 62 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110 /70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). Osteопатический статус. При обследовании было выявлено: Общее остеопатическое прослушивание – натяжение в

область поясничного региона, висцеральная составляющая. Флексионный тест стоя слабо положительный справа (+). Флексионный тест сидя положительный справа (++). Оценка мобильности висцеральных масс верхнего и среднего этажа брюшной полости: ограничение смещаемости влево.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и/или лабораторным методам исследования относятся

- раскрытие сегмента L5-S1
- подвижность крестца относительно подвздошных костей
- формирование дуги относительно тела L3
- подвижность лонного сочленения

Результаты обследования

Для подтверждения выявленных изменений, с целью оценки подвижности висцеральных масс в сагиттальной плоскости данной пациентке дополнительно можно провести тест

- раскрытие сегмента L5-S1
- подвижность крестца относительно подвздошных костей
- формирование дуги относительно тела L3
- подвижность лонного сочленения

Результаты обследования

Наиболее вероятным предварительным диагнозом, с учетом данных анамнеза, жалоб и выполненных обследований, в данной клинической ситуации является

- желчекаменная болезнь
- нефроптоз справа
- хронический панкреатит
- хронический пиелонефрит

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (1 балла), регион грудной, структуральная составляющая (1 балл); регион поясницы структуральная составляющая (1 балл) висцеральная составляющая (2 балла) и локальные соматические дисфункции (ГКС слева (хроническая)). Наиболее корректно состояние пациентки отражает следующий вариант остеопатического заключения

- желчекаменная болезнь
- нефроптоз справа
- хронический панкреатит
- хронический пиелонефрит

Диагноз

В данной ситуации остеопатическая коррекция пациентке

- противопоказана
- показана, только после консультации профильного специалиста
- показана

- показана после дообследования (компьютерная томография почек и мочевыводящих путей)

Наиболее часто классическая техника коррекция соматической дисфункции «птоз правой почки» производится в положении пациента лежа на

- спине с выпрямленными ногами
- животе с выпрямленными ногами
- боку со стороны дисфункции с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами
- спине с согнутой в коленном и тазобедренном суставе ногой

Исходя из результатов осмотра врач применил следующую технику коррекции соматической дисфункции «опущение правой почки». Подготовка к коррекции. Пациент лежит на спине с согнутой правой ногой в коленном суставе. Врач стоит справа от пациента, правая рука врача в проекции правой почки со стороны брюшной стенки, левая рука врача в проекции правой почки со стороны спины. Руки врача входят в контакт с правой почкой. Локоть правой руки врача упирается в правое колено пациента. Коррекция. Пациент давит в локоть врача на вдохе, на выдохе врач сопровождает правую почку к месту ее физиологического расположения. Повторить маневр 2-3 раза, при этом с каждым разом сила сопротивления врача несколько увеличивается. Ретестирование. Техника выбрана и выполнена

- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции правой почки в нарушении ее мотильности («экспир»)
- корректно, но необходимо использовать валик под поясницу
- корректно и правильно
- корректно, но необходимо повторять маневр не менее 5 раз в ходе выполнения техники

С учетом характера жалоб, данных анамнеза и проведенного осмотра данной пациентке консультация узких специалистов

- показана с привлечением нефролога
- не показана
- показана с привлечением гинеколога
- показана с привлечением уролога

Повторный прием данной пациентке показан через + _____ + дней

- 40-45
- 7-10
- 18-20
- 28-30

Принято выделять + _____ + степени (степеней) опущения почки

- четыре
- пять
- две
- три

Примерные размеры почек (длина x ширина x толщина) составляют

+ _____ + см

- 8,5 - 9,5 x 4 - 5 x 2- 3
- 9 – 10 x 3 – 4 x 2 - 3
- 11,5 - 12,5 x 5 - 6 x 3 - 4
- 11,5 - 12,5 x 6 - 7 x 2-3

Нормальная, физиологическая подвижность почки при переходе человека из горизонтального в вертикальное положение составляет + _____ + см

- 8,5 - 9,5 x 4 - 5 x 2- 3
- 9 – 10 x 3 – 4 x 2 - 3
- 11,5 - 12,5 x 5 - 6 x 3 - 4
- 11,5 - 12,5 x 6 - 7 x 2-3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 37 лет.

Жалобы

На тянущие боли в области крестца, с иррадиацией в нижние отделы живота. Непроизвольные мочеиспускания при физическом напряжении, при кашле.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, боль появилась год назад, после рождения ребенка. Роды физиологические, срочные, стремительные, крупным плодом (4300г). После родов также появилось непроизвольное мочеиспускание. Последний месяц отмечает ухудшение самочувствия.

Анамнез жизни

Вредных привычек нет. Работает бухгалтером. Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко). Хронические заболевания: отрицает. На диспансерном учете не состоит. Травмы: отрицает. Оперативные вмешательства: отрицает. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, регулярные. Беременностей -1: Роды I срочные, стремительные через естественные родовые пути, крупным плодом. Перинеотомия. Лактация до 6 месяцев. Гинекологические заболевания: отрицает. Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: не отягощен. Страховой анамнез: не работает, в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет. Наследственные заболевания: сахарный диабет у отца.

Объективный статус

Соматический статус. Нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД 110/72 мм рт. ст., пульс 68 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме (со слов). Osteопатический статус. При osteопатическом осмотре врач отметил: Отмечается некоторое усиление поясничного лордоза в положении стоя. Умеренное напряжение поясничной мышцы справа. Флексионный тест стоя слабо положительный справа (+) Флексионный тест сидя слабо положительный справа(+) Тест трех объемов При выполнении теста трех объемов выявлено ограничение смещаемости висцеральной составляющей (как «выкатывания», так и «закатывания») нижнего абдоминального объема. Торсия крестца влево по левой косой оси. Правая нижняя конечность в положении лежа на спине длиннее по сравнению с левой. ПВПО справа

расположено более цефалически чем слева. Дисфункция компрессии лонного сочленения. Пальпация запирающего отверстия с обеих сторон болезненна Дисфункция диафрагмы тазового дна Краниосакральный ритм 8 в 1 минуту, амплитуда ++, частота ++

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относится

- 8,5 - 9,5 x 4 - 5 x 2- 3
- 9 – 10 x 3 – 4 x 2 - 3
- 11,5 - 12,5 x 5 - 6 x 3 - 4
- 11,5 - 12,5 x 6 - 7 x 2-3

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции лабораторным методам относится

- 8,5 - 9,5 x 4 - 5 x 2- 3
- 9 – 10 x 3 – 4 x 2 - 3
- 11,5 - 12,5 x 5 - 6 x 3 - 4
- 11,5 - 12,5 x 6 - 7 x 2-3

Результаты лабораторного метода обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной соматической дисфункцией является

- передняя ротация правой подвздошной кости
- задняя ротация правой подвздошной кости
- антефлексия матки
- нарушение мобильности мочевого пузыря и уретры

Соматическую дисфункцию «нарушение мобильности мочевого пузыря» в первую очередь необходимо дифференцировать с нарушением мобильности

- матки (птоз)
- почек
- слепой кишки
- сигмовидной кишки

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион таза, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (3 балл); регион ТМО (1балл)) и локальные соматические дисфункции (нарушение мобильности печени (хроническая), дисфункция грудобрюшной диафрагмы(хроническая)) Наиболее корректно отражает состояние пациента вариант остеопатического заключения

- матки (птоз)
- почек
- слепой кишки
- сигмовидной кишки

Диагноз

В данной клинической ситуации с учетом полученных результатов остеопатического осмотра, перед выполнением техники коррекции соматической дисфункции «нарушение мобильности мочевого пузыря», целесообразно выполнить технику

- декомпрессии лонного сочленения
- мобилизации большой поясничной мышцы
- коррекции физиологической торсии крестца S/S
- коррекции дисфункции правой подвздошной кости

Перед проведением техники коррекции лонно-пузырных связок, учитывая наличие доминирующей соматической дисфункции регионального уровня (региона таза), целесообразно сперва выполнить

- коррекцию соматической дисфункции правой подвздошной кости в передней ротации
- релиз тазовой диафрагмы
- релиз твердой мозговой оболочки
- мобилизацию квадратной мышцы поясницы справа

Для устранения соматической дисфункции мочевого пузыря и уретры у данной пациентки, с учетом наличия жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра, техникой выбора является

- мобилизация слепой кишки
- мобилизация сигмовидной кишки
- коррекция лонно-пузырных связок
- коррекция связок матки

С учетом данных анамнеза и объективного обследования, пациентке показана консультация

- гастроэнтеролога
- терапевта
- уролога
- невролога

Рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- соблюдение диеты №10
- сон лежа на животе в ближайшие 2-3 дня после приема
- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки) и соли (не более 2 г/сут)
- ограничение физических нагрузок (бег, прыжки) в течении 3 дней после приема. Избегать переполнения мочевого пузыря

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через + _____ + дней (дня)

- 10-14
- 30-35
- 2-3

- 18-20

С целью профилактики формирования соматических дисфункций у данной пациентки, ей необходимо рекомендовать упражнения для

- 10-14
- 30-35
- 2-3
- 18-20

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась мама с ребенком 6 лет.

Жалобы

На головные боли давящего, иногда распирающего характера в височно- теменных областях. Боль чаще появляется ночью. При натуживании и кашле отмечают усиление интенсивности головной боли.

Анамнез заболевания

Со слов мамы, боли беспокоят на протяжении последнего года, постоянные головные боли появились полгода назад. Других жалоб не предъявляет. В младенчестве также отмечала, что ребенок часто кричал по ночам, при нейросонографическом исследовании определялось расширение желудочков мозга.

Анамнез жизни

Ребенок от третьей беременности (предыдущие закончились двумя полными самопроизвольными выкидышами раннего срока), протекавшей без осложнений, первых срочных родов при сроке беременности 39 недель через естественные родовые пути в переднем виде затылочного предлежания, протекавших без осложнений. Общая продолжительность родов 20 часов. Ранее излитие светлых околоплодных вод. Обвития пуповины не было. Пособия в родах – эпизиотомия. Масса тела при рождении 3500г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу. К груди приложен в родильном зале. Период новорожденности протекал без осложнений. Выписан на 4 сутки домой в удовлетворительном состоянии. Вакцинация в родильном доме -БЦЖ, Энджерикс В - без осложнений. В дальнейшем вакцинация проводилась согласно установленному календарю прививок. Находился на естественном вскармливании до 1 года. Наблюдается педиатром детской поликлиники по месту жительства. Перенесенные заболевания: ОРВИ, краснуха. Состоит на диспансерном учете у невролога детской поликлиники с диагнозом: «Синдром ликворной внутричерепной гипертензии». Обследован, неоднократно делали нейросонографию - признаки ликворной дистензии. Около 1 месяца назад выполнена МРТ головного мозга - вариант нормы. Операции: отрицает. Травмы: в возрасте 1 года падение с дивана, удар головой, за медицинской помощью не обращались. Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Ребенок нормостенического телосложения, умеренного питания. Пропорции тела и головы не нарушены. Рост 120, вес 22 кг. Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД 90/60 мм. рт. ст., пульс 92 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов мамы). При остеопатическом осмотре врач отметил: Глобальное остеопатическое прослушивание указывает на напряжение

мембран в регионе головы. Флексионный тест стоя положительный справа (+)
Флексионный тест сидя положительный справа (++) При выполнении теста трех объемов определяется ограничение смещаемости висцерального компонента («закатывания») нижнего абдоминального объема Дисфункция C0-C1 справа. При кранио-сакральном тестировании определяется асинхронизм с фиксацией твердой мозговой оболочки на уровне C0-C1. Показатели краниального ритмического импульса: частота 2, амплитуда «+», сила «+». Пальпаторно при тестировании региона головы: симптом "шара для боулинга".

По результатам проведенного остеопатического осмотра врач-osteopat отметил снижение частоты, силы и амплитуды краниального ритмического импульса. Для дифференциальной диагностики между глобальным ритмогенным нарушением (нарушение выработки краниального ритмического импульса) и региональными соматическими дисфункциями необходимо провести тест

- 10-14
- 30-35
- 2-3
- 18-20

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной соматической дисфункцией является

- правосторонняя латерофлексия с ротацией (SBR)
- вертикальный стрейн
- латеральный стрейн
- компрессия сфенобазиллярного синхондроза

Соматическую дисфункцию «компрессия сфенобазиллярного синхондроза» в первую очередь необходимо дифференцировать с соматической дисфункцией сфенобазиллярного синхондроза (СБС), к которой относится

- боковой наклон с ротацией
- торсия сфенобазиллярного синхондроза
- C0-C1
- латеральный стрейн

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион головы (3 балла), регион ТМО (2балла)) и локальные соматические дисфункции (нарушение мобильности слепой кишки (хроническая), C0-C1 (хроническая)). Наиболее точно состояние ребенка отражает вариант остеопатического заключения

- боковой наклон с ротацией
- торсия сфенобазиллярного синхондроза
- C0-C1
- латеральный стрейн

Диагноз

Приоритетной техникой коррекции выявленной соматической дисфункции региона головы является техника

- «гнезда и ветки»
- декомпрессии сфенобазиллярного синхрондроза
- релиза твердой мозговой оболочки
- рекоил на груди

Техника «дренаж венозных синусов», которая также может быть показана в данной клинической ситуации этому ребенку, выполняется в несколько этапов. Первым этапом этой техники является

- мобилизация шейного отдела позвоночника
- коррекция имеющихся соматических дисфункций диафрагм с последующим их уравниванием
- коррекция соматических дисфункций грудного отдела позвоночника и средостения
- мобилизация крестца

Техника «дренаж венозных синусов», которая показана данному ребенку, выполняется в несколько этапов. Следующим за уравниванием диафрагм этапом этой техники является

- коррекция кавернозного синуса
- коррекция дисфункции C0-C1
- коррекция прямого синуса
- лифт теменных костей

Завершить остеопатический сеанс у данного ребенка целесообразно техникой

- лифта лобной и теменных костей
- уравнивания краниосакральной системы
- коррекции слепой кишки
- коррекции дисфункции метопического шва

С учетом характера жалоб, данных анамнеза и проведенного осмотра данному пациенту консультация узких специалистов

- не показана
- показана с привлечением травматолога
- показана с привлечением невролога
- показана с привлечением нейрохирурга

Рекомендации ребенку по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема
- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- сон лежа на высокой подушке в ближайшие 2-3 дня после приема
- использование утягивающей повязки вокруг головы на ближайшие 7 дней

Повторный остеопатический прием ребенку показан через + ____ + дней

- 35-40
- 18-20

- 7-10
- 25-30

В процессе окостенения черепа большой родничок обычно полностью закрывается к +_____+ месяцам

- 35-40
- 18-20
- 7-10
- 25-30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился мужчина 36 лет.

Жалобы

На ноющую боль в правом колене, появление отека мягких тканей правого колена после физической нагрузки и в вечернее время. Беспокоит ощущение хруста при движении в суставе.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, боль появилась 2 недели назад, во время тренировки по бразильскому джиу-джитсу, на которой его правую ногу взяли в болевой прием. После этого появилась постоянная боль, к вечеру в области коленного сустава появился небольшой отек.

Обращался к травматологу, обследован (выполнено рентгенографическое и ультразвуковое исследование правого коленного сустава). Данных за острую костно-травматическую патологию не получено.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко). Хронические заболевания: отрицает.

Оперативные вмешательства: отрицает. Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: не отягощен. Страховой анамнез: работает менеджером в крупной компании, за последний год листков нетрудоспособности не было. Вредных привычек нет.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. __ Кожные покровы и видимые слизистые чистые, влажные. Рост 174 см, вес 70 кг. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120/72 мм. рт. ст., пульс 78 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). St.loc.: Правый коленный сустав несколько увеличен в размерах по сравнению с левым. При остеопатическом осмотре врач отметил: Флексионный тест стоя резко положительный справа (+++) Флексионный тест сидя слабоположительный справа (+) Правая нижняя конечность в положении лежа на спине укорочена по сравнению с левой. Тест Даунинга на удлинение справа положительный. Лобковый шип справа выступает кпереди и книзу (вентрально и каудально). Тест «подвижности» лонного сочленения положительный. При проведении активных и пассивных тестов на выявление дисфункции правого коленного сустава - объём движений полный, отмечается незначительная болезненность при выполнении максимальной флексии в правом коленном суставе. Симптом баллотирования надколенника отрицательный. Тест "переднего выдвигающего ящика" отрицательный. Тест "заднего выдвигающего ящика" отрицательный. Тест «переднего скольжения» правого коленного сустава положительный.

С целью дообследования пациента, уточнения диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции целесообразно рекомендовать пациенту выполнить

- 35-40
- 18-20
- 7-10
- 25-30

Результаты обследования

Перед проведением специфической техники коррекции соматической дисфункции правого коленного сустава целесообразно дополнительно провести

- 35-40
- 18-20
- 7-10
- 25-30

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной соматической дисфункцией является

- приведение большеберцовой кости
- переднее смещение проксимального конца большеберцовой кости
- заднее смещение проксимального конца большеберцовой кости
- отведение большеберцовой кости

На недостаточность передней крестообразной связки, повлекшей за собой соматическую дисфункцию «переднее смещение проксимального конца большеберцовой кости», указывает тест

- «заднего выдвигающего ящика»
- «переднего скольжения»
- Жилетта
- «приведения / отведения большеберцовой кости»

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл); регион грудной, структуральная составляющая (1 балл); регион таза, структуральная составляющая (2 балла)) и локальные соматические дисфункции: (переднее смещение проксимального конца большеберцовой кости (острая), задне-наружное смещение таранной кости справа (хроническая)). Наиболее корректно отражает состояние пациента вариант остеопатического заключения

- «заднего выдвигающего ящика»
- «переднего скольжения»
- Жилетта
- «приведения / отведения большеберцовой кости»

Диагноз

Наиболее часто прямая высокоскоростная техника коррекция соматической дисфункции «переднее смещение проксимального конца большеберцовой кости» проводится в положении пациента

- лежа на животе, ноги выпрямлены, валик под дистальным концом бедра
- сидя на кушетке с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах нижними конечностями
- лежа на спине, ноги выпрямлены, валик под дистальным концом бедра
- лежа на боку, противоположном выявленной соматической дисфункции

Подготовительным этапом перед началом коррекции соматической дисфункции «переднее смещение проксимального конца большеберцовой кости» может являться

- артикуляция голеностопного и тазобедренного суставов
- расслабление мышц задней группы голени и бедра
- техника декомпрессии лонного сочленения
- расслабление мышц передней поверхности бедра

С целью коррекции соматической дисфункции «переднее смещение проксимального конца большеберцовой кости» врач выбрал следующую технику. Исходное положение пациента: лежа на спине, ноги выпрямлены, под дистальным концом бедра расположен валик. Исходное положение врача: со стороны дисфункции. Стопы врача на ширине плеч. Положение рук врача: каудальная рука обхватывает голень в области ахиллова сухожилия. Проксимальная рука областью возвышения мизинца укладывается на бугристость большеберцовой кости. Коррекция: врач смещает вес тела каудально, одновременно производя тракцию нижней конечности пациента. Затем возвращается в исходное положение, руки располагаются перпендикулярно оси голени. Далее врач производит движение плечевым поясом и выполняет слаг (цефалическая рука движется от себя, каудальная – на себя). Ретестирование. Вышеописанная техника коррекции данной соматической дисфункции выбрана

- неверно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции большеберцовой кости в наружной трансляции
- неверно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции большеберцовой кости во внутренней трансляции
- верно, так как предназначена для коррекции данной соматической дисфункции
- неверно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции «заднее смещение проксимального конца большеберцовой кости»

С учетом характера жалоб, данных анамнеза и проведенного осмотра данному пациенту консультация узких специалистов

- не показана
- показана с привлечением терапевта
- показана с привлечением невролога
- показана с привлечением хирурга

Рекомендации пациенту по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой поваренной соли (до 1,0 грамма в сутки)
- оперативное лечение в плановом порядке
- использование эластического бинтования правой нижней конечности на ближайшие 7 дней
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема

Повторный остеопатический прием данному пациенту рекомендован через + _____ + дней

- 7-10
- 18-20
- 28-20
- 20-25

Коленный сустав является двухосным + _____ + суставом

- 7-10
- 18-20
- 28-20
- 20-25

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteopatu в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился пациент 34 лет.

Жалобы

На ноющие боли в нижней части спины, преимущественно справа. Боль острая, иррадирующая в правую ягодицу. Боль больше выражена при наклонах вперед, при переворотах во время сна, при смене положения тела.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, боль появилась 3 дня назад после того, как на даче вскопал участок земли лопатой. Боль в спине появилась внезапно. Факт травмы отрицает. На следующее утро боль стала иррадиировать в правую ягодицу и верхнюю треть бедра.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко), ангина, острый уретрит. Хронические заболевания: отрицает. На диспансерном учете не состоит. Травмы: отрицает. Оперативные вмешательства: отрицает. Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: не отягощен. Страховой анамнез: за последний год листков нетрудоспособности не имел. Профессиональные вредности: водитель такси. Наследственные заболевания: инфаркт миокарда у отца в возрасте 40 лет.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД 125/80 мм рт. ст., пульс 70 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов).

Остеопатический статус. При остеопатическом осмотре врач отметил: Флексионный тест стоя положительный слева (++) . Флексионный тест сидя положительный слева (pass:[+++]). Резкое ограничение в выполнении активных тестов флексии и

латерофлексии. При выполнении дополнительных тестов: Тест «пружинения» отрицательный. Крестцово-подвздошная бороздка углублена справа. Нижне-латеральный угол крестца слева расположен каудо-дорзально.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и\или лабораторным методам относится

- 7-10
- 18-20
- 28-20
- 20-25

Результаты обследования

Для выявления у данного пациента дисфункции и точного ее определения целесообразно дополнительно провести тест

- 7-10
- 18-20
- 28-20
- 20-25

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной соматической дисфункцией является

- двусторонняя флексия крестца
- нефизиологическая торсия крестца влево по правой кривой оси
- физиологическая торсия крестца влево по левой кривой оси
- односторонняя экстензия крестца

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион поясничный, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл)); регион грудной, структуральная составляющая (1 балл); регион головы (1 балл) и локальные соматические дисфункции : нефизиологическая торсия крестца влево по правой кривой оси (острая), левого плечевого сустава (хроническая), ограничение мобильности слепой кишки (хроническая). Наиболее корректно состояние пациентки отражает остеопатическое заключение

- двусторонняя флексия крестца
- нефизиологическая торсия крестца влево по правой кривой оси
- физиологическая торсия крестца влево по левой кривой оси
- односторонняя экстензия крестца

Диагноз

Для коррекции выявленной острой локальной соматической дисфункции «нефизиологическая торсия крестца» наиболее оптимально использовать + _____ + технику

- фасциальную
- высокоскоростную низкоамплитудную

- жидкостную
- мышечно-энергетическую

Коррекция острой локальной соматической дисфункции «нефизиологическая торсия крестца» с использованием мышечно-энергетических техник производится в положении пациента

- лежа на правом боку
- лежа на левом боку
- лежа на животе
- «полупрокубитус»

Для коррекции выявленной соматической дисфункции «нефизиологическая торсия крестца» применяется + _____ + мышечно-энергетическая техника

- изолитическая
- изокинетическая
- изометрическая
- изотоническая

По форме суставных поверхностей плечелопаточный сустав

- шаровидный
- блоковидный
- колесовидный
- эллипсоидный

С учетом характера жалоб, данных анамнеза и проведенного осмотра данному пациенту консультация узких специалистов

- не показана
- показана с привлечением хирурга
- показана с привлечением невролога
- показана с привлечением уролога

У крестца существует + ___ + горизонтальных оси (осей) движения

- 3
- 6
- 2
- 5

После остеопатического приема пациенту следует рекомендовать

- использовать поясничный пояс-корсет на ближайшие 7 дней
- занятия физкультурой для укрепления мышечного корсета
- спать лежа на спине в ближайшие 2-3 дня после приема
- ограничение физических нагрузок и скручивающих движений на ближайшие 2-3 дня после приема

Дополнительные инструментальные методы диагностики данному пациенту

- использовать поясничный пояс-корсет на ближайшие 7 дней
- занятия физкультурой для укрепления мышечного корсета
- спать лежа на спине в ближайшие 2-3 дня после приема
- ограничение физических нагрузок и скручивающих движений на ближайшие 2-3 дня после приема

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился пациент 39 лет.

Жалобы

На наличие ноющей боли в нижней части шеи. Боль острая, иррадирующая в надлопаточную область справа. Боль больше выражена при наклонах головы вперед, поворотах вправо, при переворотах во время сна.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, боль появилась внезапно 5 дней назад после того, как посадил своего пятилетнего ребенка на плечи и прошел с ним около 15 минут. На следующее утро боль стала иррадиировать в надлопаточную область и правое плечо. Периодические тянущие, ноющие боли после физической нагрузки в шее беспокоят на протяжении 10 лет. Острых приступов не было.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко), ангина. Хронические заболевания: хронический тонзиллит с редкими рецидивами. На диспансерном учете состоит у невролога с диагнозом: «ДДЗП. Распространенный остеохондроз шейного отдела позвоночника». Травмы: неоднократные жесткие падения на маты во время занятий спортивной борьбой в юности. Оперативные вмешательства: отрицает. Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: не отягощен. Страховой анамнез: за последний год листков нетрудоспособности не было. Наследственные заболевания: сахарный диабет у отца.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 70 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). Остеопатический статус. При остеопатическом осмотре врач отметил: Флексионный тест стоя отрицательный (-) Флексионный тест сидя положительный справа (+++) Флексионный тест с ингибацией шейного отдела положительный справа (+) Выраженное ограничение объема активных движений в шейном отделе позвоночника при выполнении активных тестов флексии, латерофлексии и ротации.

Для выявления у данного пациента дисфункции и точного ее определения

целесообразно дополнительно провести тест + _____ + шейного отдела позвоночника

- использовать поясничный пояс-корсет на ближайшие 7 дней
- занятия физкультурой для укрепления мышечного корсета
- спать лежа на спине в ближайшие 2-3 дня после приема
- ограничение физических нагрузок и скручивающих движений на ближайшие 2-3 дня после приема

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной соматической дисфункцией является

- ERS вправо C5
- FRS вправо C5
- NSR вправо C5
- ERS влево C5

Соматическую дисфункцию C5 «ERS вправо» в первую очередь необходимо дифференцировать с

- нарушением мобильности подъязычной кости
- укорочением лестничных мышц справа
- рестрикцией пластин Шарпи
- дисфункцией FRS вправо C5

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл); регион грудной, структуральная составляющая (2 балла); регион таза, структуральная составляющая (1 балл) и локальные соматические дисфункции: C5 ERS вправо (острая), правый плечевой сустав (хроническая) Наиболее корректно состояние пациента отражает остеопатическое заключение

- нарушением мобильности подъязычной кости
- укорочением лестничных мышц справа
- рестрикцией пластин Шарпи
- дисфункцией FRS вправо C5

Диагноз

В данной клинической ситуации, для коррекции выявленной острой локальной соматической дисфункции C5 ERS вправо наиболее оптимально использовать + _____ + технику

- мышечно-энергетическую
- жидкостную
- высокоскоростную высокоамплитудную
- низкоскоростную низкоамплитудную

Коррекция острой локальной соматической дисфункции C5 ERS вправо мышечно-энергетическими техниками наиболее часто производится в положении пациента

- лежа на животе
- лежа на спине
- лежа на боку
- стоя с упором на предплечья

Для коррекции выявленной соматической дисфункции C5 ERS вправо применяется + _____ + мышечно-энергетическая техника

- изотоническая
- изолитическая

- изокинетическая
- изометрическая

С учетом характера жалоб, данных анамнеза и проведенного осмотра данному пациенту консультация узких специалистов

- показана с привлечением травматолога
- не показана
- показана с привлечением хирурга
- показана с привлечением терапевта

Повторный остеопатический прием данному пациенту рекомендован через + _____ + дней

- 35-40
- 25-30
- 18-20
- 7-10

Рекомендации пациенту по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- использование воротника Шанца на ближайшие 3-4 недели
- самостоятельное выполнение маневра Эпли
- занятия физкультурой для укрепления мышечного корсета
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня

Дополнительные инструментальные методы диагностики данному пациенту

- показаны с выполнением рентгенологического исследования правого плечевого сустава
- не показаны
- показаны с выполнением магнитно-резонансной томографии шейного отдела позвоночника
- показаны с выполнением магнитно-резонансной томографии головного мозга

При выполнении пассивных тестов в норме объем флексии в шейном отделе позвоночника у взрослого человека составляет + _____ + градусов

- показаны с выполнением рентгенологического исследования правого плечевого сустава
- не показаны
- показаны с выполнением магнитно-резонансной томографии шейного отдела позвоночника
- показаны с выполнением магнитно-резонансной томографии головного мозга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратились родители с ребенком 1,5 месячного возраста.

Жалобы

Родители отмечают установку головки ребенка вправо (в положении лежа на спине головка ребенка постоянно повернута направо).

Анамнез заболевания

Со слов, впервые обратили на это внимание сразу после выписки из родильного дома.

Анамнез жизни

Ребенок от первой беременности, протекавшей без осложнений, первых срочных родов через естественные родовые пути в переднем виде затылочного вставления, протекавших без осложнений. Общая продолжительность родов 6 часов 30 минут. Ранее излитие светлых околоплодных вод. Обвития пуповины не было. Масса тела при рождении 3400г, длина тела 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу. К груди приложен в родильном зале. Вакцинация в родильном доме -БЦЖ, без осложнений. Период новорожденности протекал без осложнений. Выписан на 4 сутки домой в удовлетворительном состоянии. Находится на естественном вскармливании. Не болел. Наблюдается педиатром детской поликлиники по месту жительства. Обследован, осмотрен офтальмологом, отоларингологом, ортопедом, неврологом -здоров.

Объективный статус

Соматический статус. На момент осмотра ребенок активен, в полуфлексорной позе, имеет достаточную спонтанную двигательную активность. Фиксирует взгляд на предмете на непродолжительное время. Реагирует на громкие звуки. Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные.

Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Пульс 135 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов родителей).

Остеопатический статус. При остеопатическом осмотре врач отметил: Лежа на спине позиционное положение головки с ротацией вправо. На руках у родителей ребенок поворачивает головку самостоятельно в обе стороны без ограничений. Деформация костей черепа со сглаженностью затылка справа и выступанием лобного бугра справа. При пассивных тестах голова ротируется в обе стороны, с легким ограничением ротации налево. Пальпация региона шеи безболезненная. Пальпаторно кивательные мышцы имеют одинаковый объём и тонус, безболезненны.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и\или лабораторным методам относятся

- показаны с выполнением рентгенологического исследования правого плечевого сустава
- не показаны
- показаны с выполнением магнитно-резонансной томографии шейного отдела позвоночника
- показаны с выполнением магнитно-резонансной томографии головного мозга

Результаты обследования

Для выявления у данного пациента дисфункции и точного ее определения можно рекомендовать дополнительно выполнить тест

- показаны с выполнением рентгенологического исследования правого плечевого сустава
- не показаны
- показаны с выполнением магнитно-резонансной томографии шейного отдела позвоночника
- показаны с выполнением магнитно-резонансной томографии головного мозга

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной соматической дисфункцией является

- показаны с выполнением рентгенологического исследования правого плечевого сустава
- не показаны
- показаны с выполнением магнитно-резонансной томографии шейного отдела позвоночника
- показаны с выполнением магнитно-резонансной томографии головного мозга

Диагноз

Для коррекции соматической дисфункции региона головы «правый латеральный стрейн» используются техники

- трастовой коррекции
- прямой и не прямой коррекции
- компрессии и декомпрессии
- моделирования черепа

Принцип прямой техники коррекции выявленной соматической дисфункции «правый латеральный стрейн» заключается в

- уравнивании фасциальных натяжений региона головы
- введении в напряжение тканей региона головы в сторону левого латерального стрейна
- введении в напряжение тканей региона головы в сторону правого латерального стрейна
- проведении декомпрессии черепа

Принцип не прямой техники коррекции выявленной соматической дисфункции «правый латеральный стрейн» заключается в

- проведении компрессии черепа
- создании продольной компрессии тканей региона головы по оси затылок-крестец
- введении в напряжение тканей региона головы в сторону правого латерального стрейна
- чередовании компрессии и декомпрессии региона головы

При коррекции паттерна «правый латеральный стрейн» прямой техникой руки врача-osteopata должны контактировать с головой пациента подходом по

- В.Г. Сатерленду
- Д. Джелосу
- Г. Мэгуну
- Р. Беккеру

При коррекции паттерна «правый латеральный стрейн» прямой техникой воздействие пальцев врача-osteopata направлено

- справа налево для второго пальца правой руки и слева направо для пятого пальца левой руки
- каудально вторым пальцем правой руки и цефалически пятым пальцем левой руки
- медиально для второго пальца правой руки и каудально для пятого пальца левой руки
- каудально обеими руками

Региональная соматическая дисфункция (регион головы) – паттерн «правый латеральный стрейн» заключается в смещении тела клиновидной кости

- цефалически относительно основания затылочной кости с одновременной ротацией обеих костей по часовой стрелке
- каудально относительно основания затылочной кости
- направо относительно основания затылочной кости с одновременной ротацией обеих костей против часовой стрелки
- налево относительно основания затылочной кости

В случае наличия нефизиологического паттерна «латеральный стрейн» голова пациента

- приобретает форму параллелограмма
- приобретает вытянутую форму в цефало-каудальном направлении
- теряет эластичность, что всегда сопровождается резким снижением показателей ПДМ в регионе головы
- приобретает вытянутую форму в вентро-дорсальном направлении

В процессе окостенения черепа малый (задний) родничок обычно закрывается не позднее + _____ + недели после рождения

- 12-15
- 8-10
- 10-12
- 4-8

В данной клинической ситуации, после выполнения коррекции соматической дисфункции региона головы, целесообразно дать родителям рекомендации по

- 12-15
- 8-10
- 10-12
- 4-8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 18 лет.

Жалобы

на выраженные простреливающие боли в области грудной клетки справа с преимущественной локализацией ниже уровня правой молочной железы, усиливающиеся при дыхании, иррадиирующие под правую лопатку.

Анамнез заболевания

Появление боли связывает с падением во время соревнований по конькобежному спорту, на высокой скорости упала на лед, ударилась о бортик правым боком. По окончании соревнования осмотрена спортивным врачом, патологии (со слов) не обнаружено. В первые сутки принимала Нурофен 800 мг с целью обезболивания.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ (1-2 раза в год). + Хронические заболевания: хроническая герпетическая инфекция с редкими рецидивами (1 раз в год), на диспансерном учете не состоит. + Травмы, оперативные вмешательства: отрицает. В анамнезе многочисленные падения на лед во время тренировок по конькобежному спорту. + Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 15 лет, регулярные, сегодня 10 день менструального цикла. Беременностей не было. Контрацепция – барьерная. Гинекологические заболевания отрицает. + Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. + Аллергологический анамнез: неотягощен. + Эпидемиологический анамнез: неотягощен. + Страховой анамнез: листков нетрудоспособности за последний год не было. + Наследственные заболевания: заболевание щитовидной железы у бабушки.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 115/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). Osteopathic статус. При обследовании было выявлено: + При глобальном остеопатическом прослушивании – фасциальная тяга в грудной регион вправо. Выполнение активных тестов ограничено наличием болевого синдрома. + Флексионный тест стоя (-) отрицательный. + Флексионный тест сидя (++++) резко положительный справа. При выполнении теста трансляции выявлено ограничение трансляции региона таза. При выполнении теста трех объемов выявлено ограничение как «выкатывания», так и «закатывания» структурального компонента нижнего абдоминального объема. При выполнении теста трансляции шейного отдела позвоночника выявлена фиксация C0-C1 справа, трансляция C3-C4 позвонков влево. Имеется ограничение мобильности правого купола грудобрюшной диафрагмы. Отмечается ригидность региона твердой мозговой оболочки. В средней части грудной клетки справа отмечается ограничение амплитуды вдоха и выдоха. При исследовании позиционных признаков у 5 ребра справа на уровне переднего конца (сочленение костной и хрящевой части) ребро выступает относительно 4 и 6 ребер, отмечается западение ребра по средней подмышечной линии относительно 4 и 6 ребер, а также выстояние заднего угла ребра сзади. Отмечается болезненность при пальпации ребра.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и/или лабораторным методам относятся

- 12-15
- 8-10
- 10-12
- 4-8

Результаты обследования

Дополнительным тестом, необходимым для выявления у данной пациентки дисфункции и точного ее определения, является тест

- 12-15
- 8-10
- 10-12
- 4-8

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленным данным остеопатического осмотра можно предположить острую соматическую дисфункцию + _____ + 5 ребра справа

- компрессия
- дисторсия
- передний подвывих головки
- задний подвывих головки

Соматическую дисфункцию «дисторсия ребра» в первую очередь необходимо дифференцировать с

- компрессия
- дисторсия
- передний подвывих головки
- задний подвывих головки

Наиболее корректно отражает состояние пациентки следующий вариант остеопатического заключения

- компрессия
- дисторсия
- передний подвывих головки
- задний подвывих головки

Диагноз

Коррекция соматической дисфункции «дисторсия ребра» наиболее часто проводится в положении пациента

- компрессия
- дисторсия
- передний подвывих головки
- задний подвывих головки

Вышеописанная техника коррекции соматической дисфункции «дисторсия ребра» выбрана

- корректно, но ее необходимо выполнять в положении пациента лежа на спине
- корректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «дисторсия ребра»
- корректно, но ее необходимо выполнять в положении пациента лежа на боку

- некорректно

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра консультация узких специалистов

- требуется, врача лечебной физкультуры
- не требуется
- требуется, невролога
- требуется, травматолога

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через + ____ + дней

- 14-15
- 29-30
- 7-10
- 19-20

По окончании остеопатического приема занятия лечебной физкультурой пациентке

- рекомендованы в виде дыхательной гимнастики
- рекомендованы в виде занятий йогой
- рекомендованы в виде занятий пилатесом
- не рекомендованы, так как показано ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема

Основными мышцами, которые принимают участие в фазе вдоха, являются

- M.intercostales externi; M.intercostales interni, pars intercartilaginea; грудобрюшная диафрагма
- M.sternocleidomastoideus, M. latissimus dorsi
- M.m scalini, anterior, posterior, medius
- M.transversus abdominis, M. rectus abdominis

Соматическими дисфункциями ребер, при которых происходит ограничение подвижности ребра на вдохе, является

- M.intercostales externi; M.intercostales interni, pars intercartilaginea; грудобрюшная диафрагма
- M.sternocleidomastoideus, M. latissimus dorsi
- M.m scalini, anterior, posterior, medius
- M.transversus abdominis, M. rectus abdominis

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился мужчина 25 лет.

Жалобы

на боли средней интенсивности в области грудной клетки справа, усиливающиеся при дыхании, изменении положения тела, иррадиирующие в правую подмышечную область и под правую лопатку.

Анамнез заболевания

Появление боли связывает с падением на лед во время игры в «любительский» хоккей в результате столкновения с партнером по игре 5 дней тому назад. В первые сутки принимал таблетки «Кетанов» 400 мг с целью обезболивания, так как боли беспокоили и в ночное время. Температура не повышалась, озноба не было. За медицинской помощью в 1 сутки после падения обращался к спортивному врачу, травм не зарегистрировано.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина, острый бронхит. + Хронические заболевания: хронический тонзиллит с частыми рецидивами, последнее обострение три месяца назад. + На диспансерном учете не состоит. + Травмы: отрицает. + Оперативные вмешательства: аппендэктомия в детстве. + Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. + Аллергологический анамнез: не отягощен. + Эпидемиологический анамнез: не отягощен. + Страховой анамнез: листков нетрудоспособности за последний год не было. + Наследственные заболевания: отрицает.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 66 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 120/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах.

Физиологические отправления в норме (со слов). Остеопатический статус. + При глобальном остеопатическом прослушивании – фасциальная тяга в грудной регион вправо. Выполнение активных тестов ограничено наличием болевого синдрома. Флексионный тест стоя (-) отрицательный, сидя (++++) положительный справа. + При выполнении теста трех объемов определяется ограничение подвижности висцеральной составляющей нижнего абдоминального объема как в вентральном, так и в дорсальном направлении. При выполнении теста трансляции шейного отдела позвоночника выявлена фиксация С0-С1 справа. Отмечается ограничение смещения висцеральных масс шеи вправо, ригидность висцеральной составляющей региона шеи и нарушение проведения краниального ритмического импульса в регионе. При выполнении теста трансляции висцеральных масс региона таза имеется ограничение смещения висцеральных масс вправо; так же отмечается нарушение проведения в регионе торакального ритмического импульса. Отмечается ригидность региона твердой мозговой оболочки. + При выполнении специфических тестов: + правая половина грудной клетки ограничена в дыхательных движениях на уровне 5,6 ребер, на уровне задних углов 6 ребро выступает («бугорок»), на уровне передних углов (место сочленения костной и хрящевой частей) 6 ребро западает («ямка»), по средней подмышечной области 6 ребро немного западает по сравнению с 5 и 7 ребрами.

К необходимому для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и/или лабораторным методам относится

- M.intercostales externi; M.intercostales interni, pars intercartilaginea; грудобрюшная диафрагма
- M.sternocleidomastoideus, M. latissimus dorsi
- M.m scalini, anterior, posterior, medius
- M.transversus abdominis, M. rectus abdominis

Результаты обследования

Необходимым для выявления и уточнения соматической дисфункции у данного пациента является дополнительный тест

- M.intercostales externi; M.intercostales interni, pars intercartilaginea; грудобрюшная диафрагма
- M.sternocleidomastoideus, M. latissimus dorsi
- M.m scalini, anterior, posterior, medius
- M.transversus abdominis, M. rectus abdominis

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция + _____ + 6 ребра справа

- дисфункция «выдоха»
- задний подвывих головки
- компрессия
- передний подвывих головки

Соматическую дисфункцию «задний подвывих головки ребра» в первую очередь необходимо дифференцировать с

- дисфункция «выдоха»
- задний подвывих головки
- компрессия
- передний подвывих головки

Наиболее корректно отражает состояние пациента вариант остеопатического заключения

- дисфункция «выдоха»
- задний подвывих головки
- компрессия
- передний подвывих головки

Диагноз

Наиболее часто коррекция соматической дисфункции «задний подвывих головки ребра» проводится в положении пациента

- дисфункция «выдоха»
- задний подвывих головки
- компрессия
- передний подвывих головки

Вышеописанная техника для коррекции соматической дисфункции «задний подвывих головки ребра» выбрана

- некорректно и не предназначена для коррекции соматической дисфункции «задний подвывих головки ребра»

- корректно, но необходимо ее выполнять с противоположной от выявленной соматической дисфункции стороны
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «компрессии ребра»
- корректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «задний подвывих головки ребра»

Мышцами, принимающими участие в активном (форсированном) выдохе, являются

- mm. intercostales interni (pars intercartilaginea), m. transversus abdominis, m. serratus anterior inferior
- mm. intercostales interni (кроме pars intercartilaginea), m. rectus abdominis, m. transversus abdominis, mm. obliquus abdominis externus et internus, m. quadratus lumborum, m. serratus posterior inferior
- {nbsp}m. sternocleidomastoideus, m. transversus abdominis, m. serratus posterior superior, m. serratus anterior inferior
- {nbsp}m. serratus posterior inferior; mm. intercostales interni, pars intercartilaginea, грудобрюшная диафрагма, лестничные мышцы, грудино-ключично-сосцевидные мышцы

В данном случае с учетом данных анамнеза и объективного осмотра по окончании остеопатического приема пациенту

- требуется консультация узкого специалиста - врача-хирурга
- консультация узких специалистов не требуется
- требуется консультация узкого специалиста - врача-кардиолога
- требуется консультация узкого специалиста - врача-невролога

Необходимость в дополнительных методах диагностики в настоящее время

- имеется, следует выполнить магнитно-резонансную томографию грудного отдела позвоночника
- имеется, следует выполнить ультразвуковое исследование почек
- отсутствует
- имеется, следует выполнить ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря

Повторный остеопатический прием данному пациенту рекомендован через + _____ + дней

- 40
- 28-30
- 7-10
- 2-5

Атипичными являются + _____ + рёбра

- 40
- 28-30
- 7-10
- 2-5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился пациент 20 лет.

Жалобы

На тянущие боли средней интенсивности в области грудной клетки справа, усиливающиеся при дыхании, движении, иррадиирующие в межлопаточную область.

Анамнез заболевания

Появление болей связывает с падением во время соревнований по акробатическому рок-н-ролу. Во время исполнения поддержки партнерша ударила его коленом в грудную клетку. По окончании соревнования был осмотрен спортивным врачом, патологии (со слов) не обнаружено. В первые сутки использовал Нурофен 1000 мг с целью обезболивания.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ (1-2 раза в год), ангина. + Хронические заболевания: хроническая герпетическая инфекция с редкими рецидивами (1 раз в год), на диспансерном учете не состоит. + Травмы: многочисленные сотрясения головного мозга легкой степени (амбулаторное лечение), последнее в прошлом году. + Оперативные вмешательства: отрицает. + Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. + Аллергологический анамнез: не отягощен. + Эпидемиологический анамнез: не отягощен. + Страховой анамнез: листков нетрудоспособности за последний год не было. + Наследственные заболевания: гипертоническая болезнь у родителей.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 66 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 115/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). + Остеопатический статус. + При обследовании было выявлено: + При глобальном остеопатическом прослушивании – фасциальная тяга в грудной регион вправо. Выполнение активных тестов ограничено наличием болевого синдрома. + Флексионный тест стоя (-) отрицательный, сидя (+) резко положительный справа. Правая половина грудной клетки ограничена в дыхательных движениях на уровне 5,6 ребер, на уровне задних углов 6 ребро выступает («бугорок»), на уровне передних углов (место сочленения костной и хрящевой частей) 6 ребро западает («ямка»), по средней подмышечной области 6 ребро немного западает по сравнению с 5 и 7 ребрами. Имеется фиксация С0-С1 слева, С3-С3 справа, передне-верхнее смещение ГКС слева, ограничена подвижность правого купола грудобрюшной диафрагмы на выдохе, переднее смещение таранной кости справа. Ограничение трансляции висцеральных масс шеи вправо, их ригидность, нарушение проведения краниального и дыхательного ритмического импульсов в данном регионе. Выявлена рестрикция твердой мозговой оболочки на уровне С0-С1-С2 и наличие асинхронизма. Изменены характеристики краниального ритмического импульса в виде снижения амплитуды (+) и частоты (5-6 в 1 минуту) при наличии силы (+).

К необходимому для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и/или лабораторным методам относится

- 40
- 28-30

- 7-10
- 2-5

Результаты обследования

Необходимым для выявления и точного определения у данного пациента соматической дисфункции является дополнительный тест

- 40
- 28-30
- 7-10
- 2-5

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция + _____ + 6 ребра справа

- задний подвывих головки
- дисфункция «выдоха»
- компрессия
- передний подвывих головки

Соматическую дисфункцию «задний подвывих головки ребра» в первую очередь необходимо дифференцировать с

- задний подвывих головки
- дисфункция «выдоха»
- компрессия
- передний подвывих головки

Наиболее корректно отражает состояние пациента вариант остеопатического заключения

- задний подвывих головки
- дисфункция «выдоха»
- компрессия
- передний подвывих головки

Диагноз

Наиболее часто коррекция соматической дисфункции «задний подвывих головки ребра» проводится в положении пациента

- задний подвывих головки
- дисфункция «выдоха»
- компрессия
- передний подвывих головки

Вышеописанная техника для коррекции соматической дисфункции «задний подвывих головки ребра» выбрана

- корректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «задний подвывих головки ребра»
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «компрессии ребра»
- некорректно, так как не предназначена для коррекции соматической дисфункции «задний подвывих головки ребра»
- корректно, но необходимо ее выполнять с противоположной от выявленной соматической дисфункции стороны

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра пациенту

- не требуется консультация узких специалистов
- требуется консультация узкого специалиста - врача-кардиолога
- требуется консультация узкого специалиста - врача-невролога
- требуется консультация узкого специалиста - врача-пульмонолога

Необходимость в дополнительных методах диагностики в настоящее время

- имеется, следует выполнить компьютерную томографию легких
- имеется, следует выполнить эхокардиографическое исследование
- имеется, следует выполнить остеоденситометрическое исследование (грудины и ребер)
- отсутствует

Повторный остеопатический прием данному пациенту рекомендован через + _____ + дней/день

- 14-17
- 7-10
- 3-5
- 18-21

Мышцами, принимающими участие в активном (форсированном) выдохе, являются

- {nbsp}m. serratus posterior inferior, грудобрюшная диафрагма
- {nbsp}m. rectus abdominis, mm. obliquus abdominis externus et internus, m. transversus abdominis, m. quadratus lumborum, m. serratus posterior inferior
- {nbsp}m. sternocleidomastoideus, m. transversus abdominis
- mm. intercostales interni (pars intercartilaginea), m. transversus abdominis, лестничные мышцы, грудино-ключично-сосцевидные мышцы

Атипичными ребрами являются

- {nbsp}m. serratus posterior inferior, грудобрюшная диафрагма
- {nbsp}m. rectus abdominis, mm. obliquus abdominis externus et internus, m. transversus abdominis, m. quadratus lumborum, m. serratus posterior inferior
- {nbsp}m. sternocleidomastoideus, m. transversus abdominis
- mm. intercostales interni (pars intercartilaginea), m. transversus abdominis, лестничные мышцы, грудино-ключично-сосцевидные мышцы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 28 лет.

Жалобы

на выраженные ноющие боли в области грудной клетки справа с преимущественной локализацией в подлопаточной области, усиливающиеся при дыхании, иррадиирующие в правую подмышечную область и правую молочную железу.

Анамнез заболевания

Считает себя больной со вчерашнего дня, когда появилась боль после игры в пляжный волейбол. Во время борьбы за мяч получила удар в спину от партнера по игре. За медицинской помощью не обращалась сразу после получения травмы, но учитывая, что не спала ночью в связи с наличием болевого синдрома, обратилась к врачу в настоящее время.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко), острый цистит, инфекционный мононуклеоз в прошлом году. + Хронические заболевания: хронический гастродуоденит с редкими рецидивами (1 раз в год). Дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу. Миопия средней степени. + На диспансерном учете состоит у офтальмолога. + Травмы: отрицает. + Оперативные вмешательства: лазерная коррекция зрения в прошлом году. + Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, регулярные. Беременностей не было. Гинекологические заболевания отрицает. + Лекарственные препараты: принимает комбинированные оральные контрацептивы на протяжении 5 лет. + Аллергологический анамнез: не отягощен. + Эпидемиологический анамнез: не отягощен. + Страховой анамнез: листков нетрудоспособности за последний год не было. + Наследственные заболевания: заболевание молочной железы у бабушки.

Объективный статус

Соматический статус. + Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 100/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах.

Физиологические отправления в норме (со слов). Остеопатический статус. + При обследовании было выявлено: + При глобальном остеопатическом прослушивании – фасциальная тяга в грудной регион вправо. Выполнение активных тестов ограничено наличием болевого синдрома. Флексионный тест стоя (-) отрицательный. + Флексионный тест сидя ({plus} {plus} {plus}) резко положительный справа. В средней части грудной клетки справа отмечается ограничение амплитуды вдоха и выдоха. При исследовании позиционных признаков у 6 ребра справа на уровне переднего конца (сочленение костной и хрящевой части) ребро выступает относительно 5 и 7 ребер, отмечается западение ребра по средней подмышечной линии относительно 5 и 7 ребер, а также выстояние заднего угла ребра сзади. Отмечается болезненность при пальпации ребра. Диагностирована дисфункция С3-С4 вправо. Выявлено ограничение подвижности правого купола грудобрюшной диафрагмы, ограничение мобильности печени и двенадцатиперстной кишки, ригидность области малого сальника, нарушение мобильности и мотильности желудка, а также нарушение проведения торакального ритмического импульса в данном регионе.

К необходимому для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и/или лабораторным методам относится

- {nbsp}m. serratus posterior inferior, грудобрюшная диафрагма
- {nbsp}m. rectus abdominis, mm. obliquus abdominis externus et internus, m. transversus abdominis, m. quadratus lumborum, m. serratus posterior inferior
- {nbsp}m. sternocleidomastoideus, m. transversus abdominis
- mm. intercostales interni (pars intercartilaginea), m. transversus abdominis, лестничные мышцы, грудино-ключично-сосцевидные мышцы

Результаты обследования

Необходимым дополнительным тестом для выявления и точного определения у данной пациентки соматической дисфункции является тест

- {nbsp}m. serratus posterior inferior, грудобрюшная диафрагма
- {nbsp}m. rectus abdominis, mm. obliquus abdominis externus et internus, m. transversus abdominis, m. quadratus lumborum, m. serratus posterior inferior
- {nbsp}m. sternocleidomastoideus, m. transversus abdominis
- mm. intercostales interni (pars intercartilaginea), m. transversus abdominis, лестничные мышцы, грудино-ключично-сосцевидные мышцы

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция + _____ + 6 ребра справа

- дисфункция «вдоха»
- дисфункция «выдоха»
- задний подвывих головки
- передний подвывих головки

Соматическую дисфункцию «задний подвывих головки ребра» в первую очередь необходимо дифференцировать с

- дисфункция «вдоха»
- дисфункция «выдоха»
- задний подвывих головки
- передний подвывих головки

Наиболее корректно отражает состояние пациентки вариант остеопатического заключения

- дисфункция «вдоха»
- дисфункция «выдоха»
- задний подвывих головки
- передний подвывих головки

Диагноз

Наиболее часто коррекция соматической дисфункции «задний подвывих головки ребра» проводится в положении пациента

- дисфункция «вдоха»
- дисфункция «выдоха»

- задний подвывих головки
- передний подвывих головки

Вышеописанная техника для коррекции соматической дисфункции «задний подвывих головки ребра» выбрана

- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «дисторсии ребра»
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «компрессии ребра»
- корректно
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «передний подвывих головки ребра»

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра по окончании остеопатического приема пациентке

- требуется консультация узкого специалиста - врача-маммолога
- требуется консультация узкого специалиста - врача-пульмонолога
- консультация узких специалистов не требуется
- требуется консультация узкого специалиста - врача-травматолога

Необходимость в дополнительных методах диагностики в настоящее время

- имеется, необходимо выполнить ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- имеется, необходимо выполнить флюорографическое исследование
- отсутствует
- имеется, необходимо выполнить компьютерную томографию легких и органов средостения

Повторный остеопатический прием данной пациентке рекомендован через

- 2-5 дней
- 7-10 дней
- 18-21 день
- 20-24 дня

Атипичными ребрами являются

- I, XI, XII
- II, III
- II, XI, XII
- X, XI

Мышцами, принимающими участие в активном (форсированном) выдохе, являются

- I, XI, XII
- II, III
- II, XI, XII
- X, XI

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 24 лет.

Жалобы

На постоянные ноющие боли средней интенсивности в области лобка, усиливающиеся при ходьбе и перемене положения тела, в том числе и при поворотах во время сна, ограничивающие физическую активность женщины.

Анамнез заболевания

Впервые боли в области костей таза появились во время беременности, с 36 недели, имели слабую интенсивность, без четкой локализации и иррадиации, не требовали приема обезболивающих препаратов. Усиление интенсивности болей произошло после родов крупным плодом (масса тела при рождении 4200 г) через естественные родовые пути без осложнений 10 дней тому назад. Температура не повышалась, озноба не было. Осмотрена акушером-гинекологом – патологии не выявлено.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина, скарлатина, краснуха. + Хронические заболевания: хронический цистит с частыми обострениями, последний рецидив 2 месяца назад. + Травмы, оперативные вмешательства: отрицает. + Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, регулярные. + Беременность -1, Роды-1 без осложнений. + Гинекологические заболевания отрицает. + Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. + Аллергологический анамнез: не отягощен. + Эпидемиологический анамнез: не отягощен. + Страховой анамнез: имеет листок нетрудоспособности по беременности и родам. + Наследственные заболевания: гипертоническая болезнь у матери.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 115/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах.

Физиологические отправления в норме (со слов). Osteопатический статус. + При обследовании было выявлено: + При глобальном osteопатическом прослушивании – фасциальное натяжение в регион таза. + Флексионный тест стоя положительный ({plus} {plus}) слева. + Флексионный тест сидя отрицательный (-). + Определяется ограничение трансляции таза. + При выполнении теста трех объемов отмечается ограничение подвижности висцеральных масс ниже-абдоминального региона. + При тестировании региона твердой мозговой оболочки выявлено наличие асинхронизма, а также обнаружено снижение амплитуды краниального ритмического импульса ({plus}) при нормальной частоте (7-8 в 1 минуту) и силе ({plus} {plus} {plus}). + Левая нижняя конечность в положении на спине укорочена. + Тест Даунинга на удлинение слева положительный. + ПВПО слева расположена более вентрокаудально, чем справа + Отмечается компрессия ГКС слева.

К необходимому для постановки диагноза и принятия решения о возможности osteопатической коррекции инструментальным и/или лабораторным методам относятся

- I, XI, XII
- II, III

- II, XI, XII
- X, XI

Результаты обследования

Необходимым дополнительным тестом для определения у данной пациентки соматической дисфункции является

- I, XI, XII
- II, III
- II, XI, XII
- X, XI

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция

- нефизиологическая торсия крестца вправо по левой оси
- компрессия лонного сочленения
- верхнее смещение левой подвздошной кости
- двусторонняя экстензия крестца

Соматическую дисфункцию «компрессия лонного сочленения» в первую очередь необходимо дифференцировать с соматической дисфункцией

- нефизиологическая торсия крестца вправо по левой оси
- компрессия лонного сочленения
- верхнее смещение левой подвздошной кости
- двусторонняя экстензия крестца

Наиболее корректно отражает состояние пациентки вариант остеопатического заключения

- нефизиологическая торсия крестца вправо по левой оси
- компрессия лонного сочленения
- верхнее смещение левой подвздошной кости
- двусторонняя экстензия крестца

Диагноз

Наиболее частым видом мышечно-энергетической техники для коррекции выявленной соматической дисфункции «компрессия лонного сочленения» является

- изокинетическая техника
- техника постизометрического расслабления
- изотоническая техника
- техника изолитического расслабления

Наиболее частым положением пациента, в котором проводится техника коррекции соматической дисфункции «компрессия лонного сочленения», является положение

- изокинетическая техника

- техника постизометрического расслабления
- изотоническая техника
- техника изолитического расслабления

Вышеописанная техника для коррекции соматической дисфункции «компрессия лонного сочленения» выбрана

- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «двусторонняя экстензия крестца»
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «задневерхнее смещение лонной кости»
- корректно
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «двусторонняя флексия крестца»

В настоящее время после остеопатического приема пациентке показана консультация

- травматолога
- врача общей практики
- акушера-гинеколога
- ортопеда

Рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- использование поясничного пояс-корсета на ближайшие 7 дней
- ограничение употребления питьевой воды до 1,0 литра в сутки в течение 7-10 дней
- сон только в положении лежа на спине в течение 1 месяца
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через + ____ + дней

- 3-5
- 30-40
- 18-20
- 7-10

Учитывая данные анамнеза и наличие лактации в настоящее время, после остеопатического приема грудное вскармливание рекомендовано

- 3-5
- 30-40
- 18-20
- 7-10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 28 лет.

Жалобы

На периодические тянущие боли средней интенсивности в надлобковой области, усиливающиеся при ходьбе и перемене положения тела.

Анамнез заболевания

Впервые боли в области лонного сочленения появились после занятий в фитнес клубе 10 дней тому назад. Пациентка выполняла упражнения на укрепление мышц передней брюшной стенки и мышц нижних конечностей.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко), ангина, острый бронхит, пневмония в 2010 году. + Хронические заболевания: миопия средней степени, хронический тонзиллит с частыми обострениями (последнее 2 месяца назад). + На диспансерном учете состоит у офтальмолога и оториноларинголога. + Травмы: отрицает. + Оперативные вмешательства: лазерная коррекция зрения в 2018 году. + Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 15 лет, регулярные. + Беременностей - 2: правосторонняя трубная беременность в 2017 году - лапароскопическая правосторонняя тубэктомия; роды 1 срочные в 2018 году через естественные родовые пути без осложнений. Контрацепция – барьерная. + Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки - диатермоэксцизия в 2016 году, без осложнений. + Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. + Аллергологический анамнез: не отягощен. + Эпидемиологический анамнез: не отягощен. + Страховой анамнез: не работает. + Наследственные заболевания: миома матки у матери и у бабушки.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 105/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах.

Физиологические отправления в норме (со слов). Остеопатический статус. + При обследовании было выявлено: + При глобальном остеопатическом прослушивании выявляется фасциальная тяга в регион таза. + Флексионный тест стоя положительный (plus) слева. + Флексионный тест сидя отрицательный (-). При выполнении теста трех объемов выявлено ограничение смещения висцерального компонента торакального объема. При тесте трансляции висцеральных масс: ограничение смещаемости висцеральных масс грудного региона вправо, ограничение смещения висцеральных масс региона шеи влево. В данных регионах отмечается ригидность тканей и нарушение проведения торакального и кардиального ритмического импульса. + Левая нижняя конечность в положении на спине укорочена. Тест Даунинга на удлинение слева положительный. + ПВПО слева расположена более вентрокаудально, чем справа. + Имеется фиксация С0-С1 справа, дисфункция на уровне шейно-грудного перехода, ограничение мобильность грудобрюшной диафрагмы (ограничение движения левого купола диафрагмы во время торакального вдоха).

К необходимому для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным и\или лабораторным методам относится

- 3-5
- 30-40
- 18-20
- 7-10

Результаты обследования

Необходимым дополнительным тестом для установления у данной пациентки соматической дисфункции является тест

- 3-5
- 30-40
- 18-20
- 7-10

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция

- верхнее смещение левой подвздошной кости
- двусторонняя экстензия крестца
- компрессия лонного сочленения
- двусторонняя флексия крестца

Соматическую дисфункцию «компрессия лонного сочленения» в первую очередь необходимо дифференцировать с соматической дисфункцией

- верхнее смещение левой подвздошной кости
- двусторонняя экстензия крестца
- компрессия лонного сочленения
- двусторонняя флексия крестца

Наиболее корректно отражает состояние пациентки вариант остеопатического заключения

- верхнее смещение левой подвздошной кости
- двусторонняя экстензия крестца
- компрессия лонного сочленения
- двусторонняя флексия крестца

Диагноз

Наиболее частым типом мышечно-энергетической техники для коррекции выявленной соматической дисфункции «компрессия лонного сочленения» является техника

- изокинетическая
- изолитического расслабления
- постизометрического расслабления
- изотоническая

Наиболее частым положением пациента, в котором проводится техника коррекции соматической дисфункции «компрессия лонного сочленения», является положение пациента

- изокинетическая
- изолитического расслабления
- постизометрического расслабления

- изотоническая

Описанная выше техника для коррекции соматической дисфункции «компрессия лонного сочленения» выбрана

- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «задневерхнее смещение лонной кости»
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «двусторонняя экстензия крестца»
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «двусторонняя флексия крестца»
- правильно

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра после остеопатического приема пациентке

- показана консультация ортопеда
- консультация узких специалистов не показана
- показана консультация терапевта
- показана консультация уролога

Рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- ограничение употребления питьевой воды до 1,0 литра в сутки в течение 7-10 дней
- использование поясничного пояса-корсета на ближайшие 7 дней
- сон только в положении лежа на животе в течение 10 дней
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через + _____ + дней

- 28-30
- 18-20
- 7-10
- 2-5

К приводящим мышцам бедра относятся

- 28-30
- 18-20
- 7-10
- 2-5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась мама с ребенком 5 лет.

Жалобы

на болезненность при надавливании на область затылка слева, ноющую боль в области шеи и правого надплечья.

Анамнез заболевания

Со слов мамы, вчера на детской площадке ребенок получил удар качелями сбоку по затылку. Сознания не терял, после непродолжительного плача продолжил игру. По возвращении домой на месте удара в левой затылочной области родители обнаружили небольшой отек. Приложили холод. Через несколько часов отек значительно уменьшился. В состоянии и поведении ребенка ничего не изменилось. Вечером этого же дня ребенок пожаловался на то, что ему больно трогать затылок слева, больно мыть голову. Это послужило причиной для обращения к врачу-osteопату.

Анамнез жизни

Ребенок от первой беременности, протекавшей без осложнений, первых срочных родов через естественные родовые пути в головном предлежании, протекавших без осложнений. Общая продолжительность родов 10 часов. Ранее излитие светлых околоплодных вод. Обвития пуповины не было. + Масса тела при рождении – 3400 г, длина тела – 50 см. + Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. + Закричал сразу. К груди приложен в родильном зале. + Период новорожденности протекал без осложнений. + Выписан на 4 сутки домой в удовлетворительном состоянии. + На естественном вскармливании до 1 года. + Наблюдается педиатром детской поликлиники по месту жительства. + Вакцинация проводилась согласно календарю прививок, без осложнений. + Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, острый левосторонний отит в 3 года. + Хронические заболевания – отрицает. + Мальчик посещает детское дошкольное учреждение. + На диспансерном учете у врачей-специалистов не состоит.

Объективный статус

На момент осмотра сознание ребенка ясное, речь связная. Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, без хрипов. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Пульс 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул регулярный, оформленный; мочеиспускание свободное (со слов родителей). При остеопатическом осмотре врач отметил: При осмотре стоя отмечается наклон головы направо и разворот налево. Правое плечо выше левого. При пальпации волосистой части головы в левой затылочной области отмечается пастозность тканей. Пальпация этой зоны умеренно болезненна. Пальпация мягких тканей шеи умеренно болезненная в области заднебоковой поверхности справа. Отмечается напряжение и легкая болезненность мышцы правого надплечья. При активных тестах пациент жалуется на боль в шее при разгибании. Отмечается ограничение активного бокового наклона головы налево и ограничение активного разгибания шеи. Тест трансляции шейного отдела позвоночника обнаруживает ограничение трансляции позвонков С4-С5 вправо.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относятся

- 28-30
- 18-20
- 7-10
- 2-5

Результаты обследования

Для уточнения диагноза и исключения противопоказаний для остеопатического лечения необходима консультация

- 28-30
- 18-20
- 7-10

- 2-5

Результаты обследования

Дополнительными тестами, необходимыми для выявления дисфункции и точного ее определения, являются

- активный тест паттернов черепа
- тест «прослушивания» региона головы
- позиционная диагностика дисфункций позвонков С6-С7
- тест «прослушивания» краниосакральной системы
- артикуляционная диагностика соматических дисфункций шейных позвонков

С учетом механизма полученной травмы и на основании дополнительного теста оценки региона головы, можно предположить наличие у пациента

- левой торсии
- левого латерального стрейна
- правой торсии
- правого латерального стрейна

Для коррекции соматической дисфункции региона головы (левый латеральный стрейн) у данного пациента, с учетом жалоб и данных анамнеза, оптимально использовать + _____ + технику коррекции

- непрямую
- прямую
- декомпрессионную
- моделирующую

После коррекции соматической дисфункции региона головы (левый латеральный стрейн) врач-osteopat при выполнении ретестирования обнаружил локальную соматическую дисфункцию затылочной кости в положении

- экстензии
- наружной ротации
- внутренней ротации
- флексии

После проведения коррекции региональной (региона головы) и локальной (затылочной кости) соматических дисфункций врач-osteopat должен выполнить технику

- декомпрессии черепа
- «уравновешивания» краниосакральной системы
- моделирования черепа
- уравновешивания височных костей

Данные анамнеза и общего остеопатического осмотра позволяют выявить у данного пациента локальную соматическую дисфункцию С4-С5 в положении

- флексии

- правой трансляции
- левой трансляции
- экстензии

Для проведения коррекции локальной соматической дисфункции позвонков C4-C5 оптимальной для данного пациента является техника

- высокоскоростная низкоамплитудная
- сбалансированного лигаментозного натяжения (БЛТ)
- мышечно-энергетическая
- артикуляционная

После проведения техники коррекции соматической дисфункции позвонков C4-C5 необходимо выполнить технику, направленную на улучшение кровообращения мышечно-фасциальных образований шеи, устранения отека в области пораженных мышц и нормализацию фасциальных натяжений региона шеи, заключающуюся в

- уравнивании гортанно-глоточного комплекса
- высокоскоростных низкоамплитудных манипуляциях
- мышечно-фасциальном релизе
- артикуляционных манипуляциях

Непрямая техника коррекции региональной соматической дисфункции региона головы «левый латеральный стрейн» предполагает введение

- тканей региона головы в напряжение в сторону дисфункции, т.е. в сторону свободного движения тканей
- тканей региона головы в напряжение в сторону ограничения движения
- в компрессию тканей региона головы в медиальном направлении
- в декомпрессию всего черепа

Рекомендации пациенту по окончании приема будут включать

- тканей региона головы в напряжение в сторону дисфункции, т.е. в сторону свободного движения тканей
- тканей региона головы в напряжение в сторону ограничения движения
- в компрессию тканей региона головы в медиальном направлении
- в декомпрессию всего черепа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в амбулаторно-поликлиническое учреждение к остеопату обратился мужчина 42 лет.

Жалобы

На тянущие, ноющие боли в области поясницы, усиливающиеся при поворотах туловища, наклонах, при длительных статических нагрузках. Нередко отмечает усиление болей в ночное время, для того, чтоб заснуть, приходится принимать вынужденное положение.

Анамнез заболевания

Периодические тянущие боли в области поясницы отмечает в течение последних 2-3 лет. Данное обострение около 5 дней назад. Возникновение связывает с подъемом тяжестей в

гараже. Вместе с напарником поднимал двигатель, делать это пришлось в наклоне и с поворотом. Боль почувствовал сразу, не смог некоторое время разогнуться, не мог прямо ходить, пока не обвязал себя туго полотенцем. На следующее утро обратился к неврологу в поликлинику по месту жительства, назначена медикаментозная терапия (НПВС, миорелаксанты центрального действия). На фоне проводимой медикаментозной терапии отмечает незначительную положительную динамику в виде некоторого снижения интенсивности болевого синдрома.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: гипертоническая болезнь 1 ст.; травмы отрицает; оперативные вмешательства: в 16 лет по поводу варикоцеле. Аллергологический анамнез неотягощен. Образ жизни: работает механиком в гараже, посещает бассейн 1 раз в неделю.

Объективный статус

Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД – 128/75 мм рт.ст., пульс – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При проведении обследования остеопат отметил: - Флексионный тест стоя не проведен из-за болевого синдрома. - Флексионный тест сидя положительный слева ($\{plus\}\{plus\}\{plus\}$). - При тесте трансляции привлёк внимание поясничный отдел. - При тесте трех объемов наиболее ригидный нижеабдоминальный объем со стороны структуральной составляющей. - Тест пружинения положительный. - В ходе диагностики позвонков поясничного отдела по Ф. Митчелу в нейтральном положении лежа на животе выявлен постеризированный поперечный отросток слева L5.

Для подтверждения предполагаемого диагноза и дальнейшего принятия решения о возможности остеопатической коррекции необходимо провести

- тканей региона головы в напряжение в сторону дисфункции, т.е. в сторону свободного движения тканей
- тканей региона головы в напряжение в сторону ограничения движения
- в компрессию тканей региона головы в медиальном направлении
- в декомпрессию всего черепа

Результаты обследования

Для верификации соматической дисфункции поясничных позвонков в рамках концепции Ф. Митчела необходимо дополнительно провести

- тканей региона головы в напряжение в сторону дисфункции, т.е. в сторону свободного движения тканей
- тканей региона головы в напряжение в сторону ограничения движения
- в компрессию тканей региона головы в медиальном направлении
- в декомпрессию всего черепа

Результаты обследования

Для проверки своих предположений была проведена дополнительная артикуляционная диагностика ПДС L5-S1. Чтобы верифицировать соматическую дисфункцию указанного поясничного позвонка необходимо оценить

- тканей региона головы в напряжение в сторону дисфункции, т.е. в сторону свободного движения тканей
- тканей региона головы в напряжение в сторону ограничения движения
- в компрессию тканей региона головы в медиальном направлении

- в декомпрессию всего черепа

Результаты обследования

На основании представленных данных анамнеза и остеопатического осмотра можно предположить острую локальную соматическую дисфункцию

- L5 FRS влево
- L5 NS влево R вправо
- L5 NS вправо R влево
- L5 ERS влево

При локальной соматической дисфункции ERS причина нарушения нормальной биомеханики позвоночно-двигательного сегмента заключается в блоке суставных фасеток

- L5 FRS влево
- L5 NS влево R вправо
- L5 NS вправо R влево
- L5 ERS влево

Наиболее корректно состояние пациента отражает остеопатическое заключение

- L5 FRS влево
- L5 NS влево R вправо
- L5 NS вправо R влево
- L5 ERS влево

Диагноз

Для коррекции выявленной соматической дисфункции L5 ERS влево используется мышечно-энергетическая техника

- изолитического расслабления
- постизометрического расслабления
- изокинетическая
- изотоническая

Наиболее часто классическая коррекция техниками мышечных энергий соматической дисфункции «ERS» для поясничных позвонков производится в положении пациента

- сидя
- лежа на боку, противоположном стороне ротации позвонка
- «полупрокубитус»
- лежа на боку, соответствующем стороне ротации позвонка.

В процессе остеопатического обследования у пациента была выявлена локальная соматическая дисфункция верхней перикардиально-грудинной связки. Для ее коррекции врач решил применить технику рекоил. + Исходное положение пациента: лежа на спине. + Исходное положение врача: стоя у головы пациента. + Положение

рук: устанавливаем медиальную кисть основанием на рукоятку грудины, предплечье под 45 гр. В процессе выполнения техники врач просит пациента

- покашлять и в момент максимального выраженного кашлевого толчка, производит рекойл
- задержать дыхание, в момент максимального напряжения грудной клетки, когда уже нет возможности сдерживать дыхание, производит рекойл
- сделать глубокий вдох, в момент максимального напряжения грудной клетки на вдохе, производит рекойл
- сделать глубокий выдох, в момент максимального напряжения грудной клетки на выходе, производит рекойл

Перикардально-verteбральная связка имеет области прикрепления от задневерхней части перикарда к передней поверхности тел позвонков от

- C6 до D5
- C7 до D2
- C7 до D4
- C5 до D2

В диафрагме принято выделять + _____ + части

- перикардальную, печеночную, реберную
- грудную, поясничную, мечевидную
- печеночную, реберную и грудинную
- поясничную, реберную и грудинную

В процессе обследования таза и поясничного отдела позвоночника врачи-osteопаты нередко используют тест «шага вперед». Данный тест направлен на оценку раскрытия

- перикардальную, печеночную, реберную
- грудную, поясничную, мечевидную
- печеночную, реберную и грудинную
- поясничную, реберную и грудинную

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в амбулаторно-поликлиническое учреждение к врачу-osteопату обратился мужчина 42 лет.

Жалобы

на тянущие, ноющие боли в области поясницы, усиливающиеся при поворотах туловища, наклонах, при длительных статических нагрузках. Не редко отмечает усиление болей в ночное время, для того, чтоб заснуть, приходится принимать вынужденное положение.

Анамнез заболевания

Периодические тянущие боли в области поясницы отмечает в течение последних 2-3 лет. Данное обострение около 5 дней назад. Возникновение связывает с подъемом тяжестей во время переезда. Боль почувствовал сразу, не смог некоторое время разогнуться. К врачу не обращался. По совету друга обратился к врачу-osteопату.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: гипертоническая болезнь 1 ст.; травмы отрицает; оперативные вмешательства: в 16 лет по поводу варикоцеле. + Аллергологический анамнез не отягощен. + Образ жизни: работает на стройке, посещает бассейн 1 раз в неделю.

Объективный статус

Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД – 128/75 мм рт.ст., пульс – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При проведении обследования остеопат отметил: + - Флексионный тест стоя не проведен из-за болевого синдрома + - Флексионный тест сидя положительный слева ({{plus}}{plus}}{plus}} + - При тесте трансляции привлёк внимание поясничный отдел + - При тесте трех объемов наиболее ригидный нижеабдоминальный объем со стороны структуральной составляющей + - Тест пружинения положительный + - В ходе диагностики позвонков поясничного отдела по Ф. Митчелу в нейтральном положении лежа на животе выявлен постеризированный поперечный отросток слева L3

Для подтверждения предполагаемого диагноза и дальнейшего принятия решения о возможности остеопатической коррекции необходимо провести

- перикардальную, печеночную, реберную
- грудную, поясничную, мечевидную
- печеночную, реберную и грудинную
- поясничную, реберную и грудинную

Результаты обследования

Для верификации соматической дисфункции поясничных позвонков в рамках концепции Ф. Митчела необходимо дополнительно провести

- перикардальную, печеночную, реберную
- грудную, поясничную, мечевидную
- печеночную, реберную и грудинную
- поясничную, реберную и грудинную

Результаты обследования

Для проверки своих предположений была проведена дополнительная артикуляционная диагностика ПДС L3-L4. Чтобы верифицировать соматическую дисфункцию указанного поясничного позвонка необходимо оценить

- перикардальную, печеночную, реберную
- грудную, поясничную, мечевидную
- печеночную, реберную и грудинную
- поясничную, реберную и грудинную

Результаты обследования

На основании представленных данных анамнеза и остеопатического осмотра можно предположить острую локальную соматическую дисфункцию

- L3 NS влево R вправо
- L3 FRS влево
- L3 ERS влево
- L4 ERS влево

При локальной соматической дисфункции ERS причина нарушения нормальной биомеханики позвоночно-двигательного сегмента заключается в блоке суставных фасеток

- L3 NS влево R вправо
- L3 FRS влево
- L3 ERS влево
- L4 ERS влево

С учетом данных анамнеза и проведенного осмотра доминирующей дисфункцией у данного пациента будет

- соматическая дисфункция региона твердой мозговой оболочки
- соматическая дисфункция региона шеи, висцеральная составляющая
- соматическая дисфункция региона шеи, структуральная составляющая
- острая локальная соматическая дисфункция ПДС L3-L4

Для коррекции выявленной соматической дисфункции L3 ERS влево используется мышечно-энергетическая техника

- постизометрического расслабления
- изокинетическая
- изотоническая
- изолитического расслабления

В процессе обследования у пациента была выявлена локальная соматическая дисфункция нижней перикардиально-грудинной связки. Наиболее часто коррекция данной соматической дисфункции производится в положении пациента

- лежа на боку
- лежа на животе
- лежа на спине
- сидя спиной к врачу

Для проведения специфической техники коррекции локальной соматической дисфункции нижней перикардиально-грудинной связки врач устанавливает медиальную кисть + _____ + . Другая кисть укрепляет контакт.

- основанием на область мечевидного отростка, предплечье и плечо врача располагаются параллельно плоскости кушетки
- областью гороховидной кости на область мечевидного отростка
- основанием на область мечевидного отростка, предплечье и плечо врача вертикальны
- ребром на область мечевидного отростка, предплечье и плечо врача вертикальны

Перикардиально-verteбральная связка имеет области прикрепления от задневерхней части перикарда к передней поверхности тел позвонков от

- C6 до D5
- C7 до D4
- C7 до D2

- C5 до D2

Сигмовидная кишка покрыта брюшиной

- интраперитонеально
- ретроперитонеально
- мезоперитонеально
- экстраперитонеально

В процессе обследования таза и поясничного отдела позвоночника врачи-остеопаты нередко используют тест «шага вперед». Данный тест направлен на оценку раскрытия

- интраперитонеально
- ретроперитонеально
- мезоперитонеально
- экстраперитонеально

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в амбулаторно-поликлиническое учреждение к остеопату обратился мужчина 28 лет.

Жалобы

на тянущие, ноющие боли в области поясницы, усиливающиеся при поворотах туловища, наклонах, при длительных статических нагрузках. Не редко отмечает усиление болей в ночное время, для того, чтоб заснуть, приходится принимать вынужденное положение.

Анамнез заболевания

Периодические тянущие боли в области поясницы отмечает в течение последних 2-3 лет. Данное обострение около 5 дней назад. Возникновение связывает с подъемом тяжестей во время занятий в зале. Боль почувствовал сразу, не смог некоторое время разогнуться, не мог прямо ходить, пока не обвязал себя туго полотенцем. На следующее утро обратился к неврологу в поликлинику по месту жительства, назначена медикаментозная терапия (НПВС, миорелаксанты центрального действия). На фоне проводимой медикаментозной терапии отмечает незначительную положительную динамику в виде некоторого снижения интенсивности болевого синдрома.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: отрицает; травмы отрицает; оперативные вмешательства: отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Образ жизни: сидячая работа.

Объективный статус

Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД – 118/65 мм рт.ст., пульс 66 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При проведении обследования остеопат отметил: + - Флексионный тест стоя не проведен из-за болевого синдрома + - Флексионный тест сидя положительный слева ({{plus}}{plus}}{plus}) + - При тесте трансляции привлек внимание поясничный отдел + - При тесте трех объемов наиболее ригидный нижеабдоминальный объем со стороны структуральной составляющей + - Тест пружинения положительный + - В ходе диагностики позвонков поясничного отдела по Ф. Митчелу в нейтральном положении лежа на животе выявлен постеризированный поперечный отросток справа L3.

Для подтверждения предполагаемого диагноза и дальнейшего принятия решения о возможности остеопатической коррекции необходимо провести

- интраперитонеально
- ретроперитонеально
- мезоперитонеально
- экстраперитонеально

Результаты обследования

Для верификации соматической дисфункции поясничных позвонков в рамках концепции Ф. Митчела необходимо дополнительно провести

- интраперитонеально
- ретроперитонеально
- мезоперитонеально
- экстраперитонеально

Результаты обследования

Для проверки своих предположений была проведена дополнительная артикуляционная диагностика ПДС L3-L4. Чтобы верифицировать соматическую дисфункцию указанного поясничного позвонка необходимо оценить

- интраперитонеально
- ретроперитонеально
- мезоперитонеально
- экстраперитонеально

Результаты обследования

На основании представленных данных анамнеза и остеопатического осмотра можно предположить острую локальную соматическую дисфункцию

- L3 ERS влево
- L3 FRS вправо
- L3 NS вправо R влево
- L3 ERS вправо

При локальной соматической дисфункции ERS причина нарушения нормальной биомеханики позвоночно-двигательного сегмента заключается в блоке суставных фасеток

- L3 ERS влево
- L3 FRS вправо
- L3 NS вправо R влево
- L3 ERS вправо

С учетом данных анамнеза и проведенного осмотра доминирующей дисфункцией у данного пациента будет

- соматическая дисфункция региона шеи, структуральная составляющая
- хроническая локальная соматическая дисфункция связок перикарда

- соматическая дисфункция региона твердой мозговой оболочки
- острая локальная соматическая дисфункция ПДС L3-L4

В процессе обследования была выявлена локальная соматическая дисфункция правого плечевого сустава. При оценке объема пассивных движений была выявлена большая амплитуда движения головки правой плечевой кости вперед (вентрально) и значительное ограничение амплитуды движения назад (дорсально) по сравнению с противоположным суставом, где амплитуда движений вентрально и дорсально была примерно равной. + В данной ситуации наиболее вероятно имеет место + _____ + смещение головки правой плечевой кости (локальная соматическая дисфункция).

- верхнее
- переднее
- заднее
- нижнее

В процессе обследования у пациента была выявлена локальная соматическая дисфункция верхней перикардиально-грудинной связки. Наиболее часто коррекция данной соматической дисфункции производится в положении пациента

- лежа на спине
- лежа на левом боку
- лежа на правом боку
- сидя спиной к врачу

Для проведения специфической техники коррекции локальной соматической дисфункции верхней перикардиально-грудинной связки врач устанавливает медиальную кисть

- основанием на рукоятку грудины, предплечье под углом в 90 градусов
- основанием на область мечевидного отростка, предплечье и плечо врача вертикальны
- основанием на рукоятку грудины, предплечье под углом в 45 градусов
- ребром на рукоятку грудины, предплечье под углом в 45 градусов

В состав вращательной манжеты плеча («манжета ротаторов») входят

- надостная, подостная, малая круглая и подлопаточная мышцы
- надостная, подостная, малая круглая и большая круглая мышцы
- надостная, подостная, малая круглая мышцы и мышца, поднимающая лопатку
- надостная, подостная, малая круглая и ромбовидные мышцы

Сигмовидная кишка покрыта брюшиной

- интраперитонеально
- экстраперитонеально
- мезоперитонеально
- ретроперитонеально

Дополнительные инструментальные методы диагностики данному пациенту

- интраперитонеально
- экстраперитонеально
- мезоперитонеально
- ретроперитонеально

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в амбулаторно-поликлиническое учреждение к остеопату обратилась женщина 26 лет.

Жалобы

на ноющие боли в области поясницы, усиливающиеся при длительных статических нагрузках, при резком повороте туловища. Лежа отмечает кратковременное уменьшение интенсивности болевого синдрома, однако через некоторое время боль снова возвращается.

Анамнез заболевания

Боли в пояснице отмечает длительное время. Ранее прицельно по данному поводу не обследовалась и лечения не получала. Данное обострение около 3 дней назад.

Возникновение связывает с профессиональной деятельностью – неудачно повернулась во время занятий танцами.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: отрицает; травмы отрицает; оперативные вмешательства: отрицает. Аллергологический анамнез: пищевая аллергия на цитрусовые. Образ жизни: инструктор по танцам, увлекается велоспортом.

Объективный статус

Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД – 120/80 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При проведении обследования остеопат отметил: + - Флексионный тест стоя положительный справа (+) + - Флексионный тест сидя положительный справа (+) (+) (+) + - При тесте трансляции привлек внимание поясничный отдел + - При тесте трех объемов наиболее ригидный нижнеабдоминальный объем со стороны структуральной составляющей + - Тест пружинения положительный. + - В ходе диагностики позвонков поясничного отдела по Ф. Митчелу в нейтральном положении лежа на животе выявлен постеризированный поперечный отросток справа L1

Для верификации соматической дисфункции поясничных позвонков в рамках концепции Ф. Митчела необходимо дополнительно провести

- интраперитонеально
- экстраперитонеально
- мезоперитонеально
- ретроперитонеально

Результаты обследования

Для проверки своих предположений была проведена дополнительная артикуляционная диагностика ПДС L1-L2. Чтобы верифицировать соматическую дисфункцию указанного поясничного позвонка необходимо оценить

- интраперитонеально
- экстраперитонеально

- мезоперитонеально
- ретроперитонеально

Результаты обследования

На основании представленных данных анамнеза и остеопатического осмотра можно предположить острую локальную соматическую дисфункцию

- интраперитонеально
- экстраперитонеально
- мезоперитонеально
- ретроперитонеально

Наиболее корректно состояние пациентки отражает остеопатическое заключение

- интраперитонеально
- экстраперитонеально
- мезоперитонеально
- ретроперитонеально

Диагноз

На основании представленных данных можно заподозрить локальную соматическую дисфункцию правого коленного сустава в

- переднем смещении головки правой большеберцовой кости
- заднем смещении головки правой большеберцовой кости
- отведении
- приведении

При обследовании мобильности печени пациентки в положении сидя выявлено ограничение трансляции печени вниз и влево. С учетом полученных данных необходимо произвести коррекцию дисфункций + _____ + печени

- гепато-дуоденальной связки
- венечной и правой треугольной связок
- левой треугольной и печеночно-диафрагмальной связок
- серповидной связки

Наиболее часто классическая коррекция техниками мышечных энергий соматической дисфункции «ERS» для поясничных позвонков производится в положении пациента

- лежа на спине
- «полупрокубитус»
- лежа на боку, противоположном стороне ротации позвонка
- лежа на боку, соответствующем стороне ротации позвонка

В процессе остеопатического обследования у пациентки была выявлена локальная соматическая дисфункция правого коленного сустава – переднее смещение головки

правой большеберцовой кости. + Наиболее часто коррекция данной соматической дисфункции производится в положении пациента

- лежа на спине
- «полупрокубитус»
- лежа на боку, противоположном стороне ротации позвонка
- лежа на боку, соответствующем стороне ротации позвонка

Вышеописанная техника выполнена

- корректно, но необходимо не менее трех повторений за сеанс
- корректно и предназначена для коррекции дисфункции венечной связки
- некорректно, так как должна выполняться в положении пациента лежа на левом боку
- некорректно, так как не предназначена для коррекции венечной связки печени

Коленный сустав является комплексным и состоит из + _____ + суставов

- 3
- 2
- 5
- 4

В ходе обследования коленного сустава перед проведением специфических остеопатических тестов врач-osteopat проводит ортопедические тесты. Один из таких тестов – тест «переднего выдвигающего ящика» направлен на выявление хронической недостаточности + _____ + связки

- поперечной
- передней крестообразной
- задней крестообразной
- коллатеральной

В процессе обследования таза и поясничного отдела позвоночника врачи-osteopatы нередко используют тест «шага вперед». Данный тест направлен на оценку раскрытия

- поперечной
- передней крестообразной
- задней крестообразной
- коллатеральной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в амбулаторно-поликлиническое учреждение к остеопату обратилась женщина 30 лет.

Жалобы

на ноющие боли в области поясницы, усиливающиеся при длительных статических нагрузках, при резком повороте туловища. Лежа отмечает кратковременное уменьшение

интенсивности болевого синдрома, однако через некоторое время боль снова возвращается.

Анамнез заболевания

Боли в пояснице отмечает длительное время. Ранее прицельно по данному поводу не обследовалась и лечения не получала. Данное обострение около 3 дней назад.

Возникновение связывает с профессиональной деятельностью – неудачно повернулась во время занятий танцами.

Анамнез жизни

Из анамнеза: Хронические заболевания: отрицает; травмы отрицает; оперативные вмешательства: отрицает. Аллергологический анамнез: пищевая аллергия на цитрусовые.

Образ жизни: инструктор по танцам, увлекается велоспортом.

Объективный статус

Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные.

Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД – 120/80 мм рт.ст., пульс – 70 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов).

При проведении обследования остеопат отметил: + - Флексионный тест стоя положительный справа (+) + - Флексионный тест сидя положительный справа (+) (+) (+) + - При тесте трансляции привлек внимание поясничный отдел + -

При тесте трех объемов наиболее ригидный нижеабдоминальный объем со стороны структуральной составляющей + - Тест пружинения положительный. + - В ходе

диагностики позвонков поясничного отдела по Ф. Митчелу в нейтральном положении лежа на животе выявлен постеризированный поперечный отросток справа L1

Для верификации соматической дисфункции поясничных позвонков в рамках

концепции Ф. Митчела необходимо дополнительно провести

- поперечной
- передней крестообразной
- задней крестообразной
- коллатеральной

Результаты обследования

Для проверки своих предположений была проведена дополнительная артикуляционная диагностика ПДС L1-L2. Чтобы верифицировать соматическую дисфункцию указанного поясничного позвонка необходимо оценить

- поперечной
- передней крестообразной
- задней крестообразной
- коллатеральной

Результаты обследования

На основании представленных данных анамнеза и остеопатического осмотра можно предположить острую локальную соматическую дисфункцию

- поперечной
- передней крестообразной
- задней крестообразной
- коллатеральной

Дополнительная информация

Завершив остеопатический осмотр, врач также диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (1 балл), регион грудной, структуральная составляющая (1 балл), регион ТМО (2 балла)) и локальные соматические дисфункции (связок печени, правого коленного сустава).

Наиболее корректно состояние пациентки отражает остеопатическое заключение

- поперечной
- передней крестообразной
- задней крестообразной
- коллатеральной

Диагноз

Дополнительная информация

В процессе обследования была выявлена локальная соматическая дисфункция правого коленного сустава. При оценке объема пассивных движений была выявлена большая амплитуда движения правой большеберцовой кости кзади (по отношению к бедренной кости) и некоторое ограничение движения вперед (вентрально). В левом коленном суставе амплитуда движений вперед и назад была сопоставимой и каких-либо ограничений не отмечалось.

На основании представленных данных можно заподозрить локальную соматическую дисфункцию правого коленного сустава в

- приведении
- переднем смещении головки правой большеберцовой кости
- заднем смещении головки правой большеберцовой кости
- компрессии

При обследовании мобильности печени пациентки в положении сидя выявлено ограничение трансляции печени вниз и вправо. + Необходимо произвести коррекцию дисфункций

- правого купола диафрагмы
- венечной и левой треугольной связок печени
- правой треугольной связки
- серповидной связки

Наиболее часто классическая коррекция техниками мышечных энергий соматической дисфункции «ERS» для поясничных позвонков производится в положении пациента

- правого купола диафрагмы
- венечной и левой треугольной связок печени
- правой треугольной связки
- серповидной связки

Дополнительная информация

В процессе остеопатического обследования у пациентки была выявлена локальная соматическая дисфункция правого коленного сустава- заднее смещение головки правой большеберцовой кости. Для коррекции данной дисфункции врач выбрал технику «кузнеца»: + Положение пациента: стоя, слегка опираясь на край стола. + Положение

врача: со стороны дисфункции сзади. + Коррекция: врач подходит, сгибает ногу пациента в колене, удерживает ее согнутую в коленном суставе наружной рукой, колено смотрит вниз. Свою «медиальную» голень врач помещает в подколенную ямку и весом своего тела и движением наружной руки вводит в напряжение проксимальную часть голени к полу. Затем врач делает слаг за счет приседания на опорной ноге.

Данная техника проведена

- корректно, но необходимо не менее трех повторений за сеанс
- некорректно, так как проводится в положении пациента стоя
- некорректно и предназначена для устранения соматической дисфункции «переднее смещение головки большеберцовой кости»
- корректно и предназначена для устранения соматической дисфункции «заднее смещение головки большеберцовой кости»

По форме суставных поверхностей коленный сустав относится к

- шаровидному
- седловидному
- эллипсоидному
- мышцелковому

В ходе обследования коленного сустава перед проведением специфических остеопатических тестов врач-osteопат проводит ортопедические тесты. + Один из таких тестов – тест «переднего выдвигающего ящика» направлен на выявление хронической недостаточности + _____ + связки

- поперечной
- передней крестообразной
- коллатеральной
- задней крестообразной

В процессе проведения остеопатического обследования врачи-osteопаты нередко используют тест Томаса. Данный тест направлен на выявление дисфункций

- крестцово-подвздошного сочленения
- крестцово-подвздошной и крестцово-бугорной связок
- пояса нижних конечностей
- лонного сочленения

При оценке мотильности печени в экспир суммарное направление результирующей оси направлено к

- крестцово-подвздошного сочленения
- крестцово-подвздошной и крестцово-бугорной связок
- пояса нижних конечностей
- лонного сочленения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в амбулаторно-поликлиническое учреждение к остеопату обратилась женщина 32 лет.

Жалобы

на ноющие боли в области поясницы, усиливающиеся при длительных статических нагрузках, при резком повороте туловища. Лежа отмечает кратковременное уменьшение интенсивности болевого синдрома, однако через некоторое время боль снова возвращается.

Анамнез заболевания

Боли в пояснице отмечает длительное время. Ранее прицельно по данному поводу не обследовалась и лечения не получала. Данное обострение около 3 дней назад.

Возникновение связывает с профессиональной деятельностью – неудачно повернулась во время занятий танцами.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: отрицает; травмы отрицает; оперативные вмешательства: отрицает. Аллергологический анамнез: пищевая аллергия на цитрусовые. Образ жизни: инструктор по танцам, увлекается велоспортом.

Объективный статус

Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД – 115/68 мм рт.ст., пульс – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При проведении обследования остеопат отметил: + - Флексионный тест стоя положительный справа ({plus}) + - Флексионный тест сидя положительный справа ({plus}{plus}{plus}) + - При тесте трансляции привлек внимание поясничный отдел + - При тесте трех объемов наиболее ригидный нижнеабдоминальный объем со стороны структуральной составляющей + - Тест пружинения положительный. + - В ходе диагностики позвонков поясничного отдела по Ф. Митчелу в нейтральном положении лежа на животе выявлен постеризированный поперечный отросток справа L1

Для верификации соматической дисфункции поясничных позвонков в рамках концепции Ф. Митчела необходимо дополнительно провести

- крестцово-подвздошного сочленения
- крестцово-подвздошной и крестцово-бугорной связок
- пояса нижних конечностей
- лонного сочленения

Результаты обследования

Для проверки своих предположений была проведена дополнительная артикуляционная диагностика ПДС L1-L2. Чтобы верифицировать соматическую дисфункцию указанного поясничного позвонка необходимо оценить

- крестцово-подвздошного сочленения
- крестцово-подвздошной и крестцово-бугорной связок
- пояса нижних конечностей
- лонного сочленения

Результаты обследования

На основании представленных данных анамнеза и остеопатического осмотра можно предположить острую локальную соматическую дисфункцию

- крестцово-подвздошного сочленения

- крестцово-подвздошной и крестцово-бугорной связок
- пояса нижних конечностей
- лонного сочленения

Наиболее корректно состояние пациентки отражает остеопатическое заключение

- крестцово-подвздошного сочленения
- крестцово-подвздошной и крестцово-бугорной связок
- пояса нижних конечностей
- лонного сочленения

Диагноз

На основании представленных данных можно заподозрить локальную соматическую дисфункцию правого коленного сустава в

- заднем смещении головки правой большеберцовой кости
- переднем смещении головки правой большеберцовой кости
- наружной ротации
- внутренней ротации

При обследовании мобильности печени пациентки в положении сидя выявлено ограничение трансляции печени вниз и влево. С учетом полученных данных необходимо произвести коррекцию дисфункций + _____ + печени

- левой треугольной и печеночно-диафрагмальной связок
- гепато-дуоденальной связки
- венечной и правой треугольной связок
- серповидной связки

В процессе остеопатического обследования у пациентки была выявлена локальная соматическая дисфункция правого коленного сустава – переднее смещение головки правой большеберцовой кости. + Наиболее часто коррекция данной соматической дисфункции производится в положении пациента лежа на

- левой треугольной и печеночно-диафрагмальной связок
- гепато-дуоденальной связки
- венечной и правой треугольной связок
- серповидной связки

Данная техника проведена

- левой треугольной и печеночно-диафрагмальной связок
- гепато-дуоденальной связки
- венечной и правой треугольной связок
- серповидной связки

Вышеописанная техника выполнена

- некорректно, так как должна выполняться в положении пациента лежа на левом боку

- некорректно, так как не предназначена для коррекции венечной связки печени
- корректно, но необходимо не менее трех повторений за сеанс
- корректно и предназначена для коррекции дисфункции венечной связки

По функции коленный сустав относится к

- одноосным
- двуосным
- трехосным
- многоосным

В процессе проведения остеопатического обследования врачи-osteопаты нередко используют тест Томаса. Данный тест позволяет выявить соматические дисфункции

- прямой мышцы бедра, напрягателя широкой фасции бедра, подвздошно-поясничной мышцы
- полусухожильной и полуперепончатой мышц
- квадратной мышцы поясницы, четырехглавой мышцы бедра, портняжной мышцы
- подвздошно-поясничной и четырехглавой мышц

При оценке мотильности печени в инспир суммарное направление результирующей оси направлено к

- прямой мышцы бедра, напрягателя широкой фасции бедра, подвздошно-поясничной мышцы
- полусухожильной и полуперепончатой мышц
- квадратной мышцы поясницы, четырехглавой мышцы бедра, портняжной мышцы
- подвздошно-поясничной и четырехглавой мышц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в амбулаторно-поликлиническое учреждение к врачу-osteопату обратилась женщина 25 лет.

Жалобы

на ноющие боли в области поясницы, усиливающиеся при длительных статических нагрузках, при резком повороте туловища. Лежа отмечает кратковременное уменьшение интенсивности болевого синдрома, однако через некоторое время боль снова возвращается.

Анамнез заболевания

Боли в пояснице отмечает длительное время. Ранее прицельно по данному поводу не обследовалась и лечения не получала. Данное обострение около 2 дней назад. Возникновение связывает с профессиональной деятельностью – неудачно повернулась во время занятий танцами.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: отрицает; травмы отрицает; оперативные вмешательства: отрицает. Аллергологический анамнез: пищевая аллергия на цитрусовые. Образ жизни: инструктор по танцам, увлекается велоспортом.

Объективный статус

Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД – 120/80 мм рт.ст., пульс – 70

ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При проведении обследования остеопат отметил: + - Флексионный тест стоя положительный справа ({plus}) + - Флексионный тест сидя положительный справа ({plus}{plus}{plus}) + - При тесте трансляции привлек внимание поясничный отдел + - При тесте трех объемов наиболее ригидный нижеабдоминальный объем со стороны структуральной составляющей + - Тест пружинения положительный + - В ходе диагностики позвонков поясничного отдела по Ф. Митчелу в нейтральном положении лежа на животе выявлен постеризированный поперечный отросток справа L1

Для верификации соматической дисфункции поясничных позвонков в рамках концепции Ф. Митчела необходимо дополнительно провести

- прямой мышцы бедра, напрягателя широкой фасции бедра, подвздошно-поясничной мышцы
- полусухожильной и полуперепончатой мышц
- квадратной мышцы поясницы, четырехглавой мышцы бедра, портняжной мышцы
- подвздошно-поясничной и четырехглавой мышц

Результаты обследования

Для проверки своих предположений была проведена дополнительная артикуляционная диагностика ПДС L1-L2. Чтобы верифицировать соматическую дисфункцию указанного поясничного позвонка необходимо оценить

- прямой мышцы бедра, напрягателя широкой фасции бедра, подвздошно-поясничной мышцы
- полусухожильной и полуперепончатой мышц
- квадратной мышцы поясницы, четырехглавой мышцы бедра, портняжной мышцы
- подвздошно-поясничной и четырехглавой мышц

Результаты обследования

На основании представленных данных анамнеза и остеопатического осмотра можно предположить острую локальную соматическую дисфункцию

- прямой мышцы бедра, напрягателя широкой фасции бедра, подвздошно-поясничной мышцы
- полусухожильной и полуперепончатой мышц
- квадратной мышцы поясницы, четырехглавой мышцы бедра, портняжной мышцы
- подвздошно-поясничной и четырехглавой мышц

С учетом данных анамнеза и проведенного осмотра доминирующей дисфункцией у данной пациентки будет

- прямой мышцы бедра, напрягателя широкой фасции бедра, подвздошно-поясничной мышцы
- полусухожильной и полуперепончатой мышц
- квадратной мышцы поясницы, четырехглавой мышцы бедра, портняжной мышцы
- подвздошно-поясничной и четырехглавой мышц

На основании представленных данных можно заподозрить локальную соматическую дисфункцию правого коленного сустава в

- переднем смещении головки правой большеберцовой кости.
- дисторсии
- заднем смещении головки правой большеберцовой кости
- компрессии

При обследовании мобильности печени пациентки в положении сидя выявлено ограничение трансляции печени вниз и вправо. + Необходимо произвести коррекцию дисфункций

- правой треугольной связки
- серповидной связки
- гепатодуоденальной связки
- венечной и левой треугольной связок печени

Врач осуществил коррекцию выявленной соматической дисфункции связок печени недифференцированной техникой релаксации связок печени с применением рекойла. При этом исходные положения врача и пациентки были следующими: + ИПП: лежа на спине, ноги выпрямлены; + ИПВ: стоя справа от пациентки на уровне ее таза. В данной ситуации указанные параметры подобраны

- неправильно со стороны врача – необходимо, чтобы врач сидел рядом на кушетке
- неправильно как со стороны врача, так и пациентки
- правильно, как со стороны врача, так и пациентки
- неправильно со стороны пациентки – необходимо, чтобы ноги были согнуты в коленных суставах

В процессе остеопатического обследования у пациентки была выявлена локальная соматическая дисфункция правого коленного сустава – заднее смещение головки правой большеберцовой кости. + Для коррекции данной дисфункции врач выбрал технику «кузнеца». + Положение пациентки: стоя, слегка опираясь на край стола. + Положение врача: со стороны дисфункции сзади. + Коррекция: врач подходит, сгибает ногу пациентки в колене, удерживает ее согнутую в коленном суставе наружной рукой, колено смотрит вниз. Свою «медиальную» голень врач помещает в подколенную ямку и весом своего тела и движением наружной руки вводит в напряжение проксимальную часть голени к полу. Затем врач делает слаг за счет приседания на опорной ноге. Данная техника проведена

- некорректно, так как проводится в положении пациента стоя
- корректно, но необходимо не менее трех повторений за сеанс
- некорректно и предназначена для устранения соматической дисфункции «переднее смещение головки большеберцовой кости»
- корректно и предназначена для устранения соматической дисфункции «заднее смещение головки большеберцовой кости»

К фиксирующему аппарату печени относятся + _____ + связки

- серповидная, венечная, левая и правая треугольные
- серповидная, Трейтца, венечная
- серповидная, левая и правая треугольные, печеночно-почечная
- серповидная, венечная, печёночно-двенадцатиперстная

В процессе проведения остеопатического обследования врачи-osteопаты нередко используют тест Томаса. Данный тест направлен на выявление дисфункций

- лонного сочленения
- пояса нижних конечностей
- крестцово-подвздошного сочленения
- крестцово-подвздошной и крестцово-бугорной связок

Напрягатель широкой фасции бедра (лат. *Musculus tensor fasciae latae*) начинается на

- внутренней губе подвздошного гребня
- наружной губе подвздошного гребня
- нижней ветви лонного сочленения
- верхней ветви лонного сочленения

С учетом характера жалоб, данных анамнеза и проведенного осмотра данной пациентке консультация узких специалистов

- внутренней губе подвздошного гребня
- наружной губе подвздошного гребня
- нижней ветви лонного сочленения
- верхней ветви лонного сочленения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в амбулаторно-поликлиническое учреждение к остеопату обратился мужчина 37 лет.

Жалобы

на тянущие, ноющие боли в области поясницы, усиливающиеся при поворотах туловища, наклонах, при длительных статических нагрузках. + Не редко отмечает усиление болей в ночное время, для того, чтоб заснуть, приходится принимать вынужденное положение.

Анамнез заболевания

Периодические тянущие боли в области поясницы отмечает в течение последних 2-3 лет. Данное обострение около 5 дней назад. Возникновение связывает с подъемом тяжестей в гараже. На следующее утро обратился к неврологу в поликлинику по месту жительства, рекомендации по приему лекарственных средств не стал выполнять и обратился на прием к врачу-osteопату.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: гипертоническая болезнь 1 ст.; травмы отрицает; оперативные вмешательства: в 16 лет по поводу варикоцеле. Аллергологический анамнез не отягощен. Образ жизни: работает охранником в гаражном кооперативе, часто работает в своем гараже (подъем тяжестей).

Объективный статус

Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД – 125/72 мм рт.ст., пульс – 74 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При проведении обследования остеопат отметил: + - Флексионный тест стоя не проведен из-за болевого синдрома + - Флексионный тест сидя положительный слева ({{plus}}{plus}}{plus}}) + - При тесте трансляции привлек внимание поясничный отдел + - При тесте трех объемов наиболее ригидный нижеабдоминальный объем со стороны

структуральной составляющей + - Тест пружинения положительный + - В ходе диагностики позвонков поясничного отдела по Ф. Митчелу в нейтральном положении лежа на животе выявлен постеризированный поперечный отросток слева L3

Для подтверждения предполагаемого диагноза и дальнейшего принятия решения о возможности остеопатической коррекции необходимо провести

- внутренней губе подвздошного гребня
- наружной губе подвздошного гребня
- нижней ветви лонного сочленения
- верхней ветви лонного сочленения

Результаты обследования

Для верификации соматической дисфункции поясничных позвонков в рамках концепции Ф. Митчела необходимо дополнительно провести

- внутренней губе подвздошного гребня
- наружной губе подвздошного гребня
- нижней ветви лонного сочленения
- верхней ветви лонного сочленения

Результаты обследования

Для проверки своих предположений была проведена дополнительная артикуляционная диагностика ПДС L3-L4. Чтобы верифицировать соматическую дисфункцию указанного поясничного позвонка необходимо оценить

- внутренней губе подвздошного гребня
- наружной губе подвздошного гребня
- нижней ветви лонного сочленения
- верхней ветви лонного сочленения

Результаты обследования

На основании представленных данных анамнеза и остеопатического осмотра можно предположить острую локальную соматическую дисфункцию

- внутренней губе подвздошного гребня
- наружной губе подвздошного гребня
- нижней ветви лонного сочленения
- верхней ветви лонного сочленения

С учетом данных анамнеза и проведенного осмотра доминирующей дисфункцией у данного пациента будет

- соматическая дисфункция региона шеи, структуральная составляющая
- соматическая дисфункция региона шеи, висцеральная составляющая
- острая локальная соматическая дисфункция ПДС L3-L4
- соматическая дисфункция региона твердой мозговой оболочки

Для коррекции выявленной соматической дисфункции L3 ERS влево используется мышечно-энергетическая техника

- изокинетическая
- изолитического расслабления
- изотоническая
- постизометрического расслабления

Коррекция соматических дисфункций связок перикарда проводится в положении пациента

- изокинетическая
- изолитического расслабления
- изотоническая
- постизометрического расслабления

У пациента была выявлена локальная соматическая дисфункция грудобрюшной диафрагмы. + Коррекцию соматической дисфункции грудобрюшной диафрагмы – ингибицию правой ножки врач провел следующим образом. + Пациент в положении сидя. Врач осуществляет правую латерофлексию и правую ротацию туловища пациента, находит треугольник Гринфельта -Лесгафта, затем выводит пациента в исходное положение и в его проекции осуществляет ингибицию мышечной части ножки диафрагмы. Вышеописанная техника коррекции проведена

- неверно. Коррекцию необходимо провести следующим образом. + Пациент в положении сидя. Врач осуществляет левую латерофлексию и левую ротацию туловища пациента, находит треугольник Гринфельта -Лесгафта, и в его проекции осуществляет ингибицию мышечной части ножки диафрагмы.
- неверно. Коррекцию необходимо провести следующим образом. + Пациент в положении сидя. Врач осуществляет правую латерофлексию и правую ротацию туловища пациента, находит треугольник Пти, и в его проекции осуществляет ингибицию мышечной части ножки диафрагмы.
- неверно. Коррекцию необходимо провести следующим образом. + Пациент в положении лежа на левом боку. Врач осуществляет правую латерофлексию и правую ротацию туловища пациента, находит треугольник Гринфельта Лесгафта, и в его проекции осуществляет ингибицию мышечной части ножки диафрагмы.
- верно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции грудобрюшной диафрагмы – ингибиции правой ножки

Перикардально-verteбральная связка имеет области прикрепления от задневерхней части перикарда к передней поверхности тел позвонков от

- C5 до D2
- C6 до D5
- C7 до D4
- C7 до D2

Аортальное отверстие находится в задней части диафрагмы. Через данное отверстие проходят

- аорта, грудной лимфатический проток, нижняя полая вена
- аорта, парная вена, пищевод
- аорта, нижняя полая вена, возвратный нерв
- аорта, непарная вена и грудной лимфатический проток

Сигмовидная кишка по отношению к брюшине расположена

- ретроперитонеально
- экстраперитонеально
- интраперитонеально
- мезоперитонеально

Данному пациенту дополнительные лабораторные и/или инструментальные методы диагностики

- ретроперитонеально
- экстраперитонеально
- интраперитонеально
- мезоперитонеально

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в санаторно-курортное учреждение обратилась пациентка 36 лет.

Жалобы

на периодические тянущие боли в нижних отделах живота с преимущественной локализацией в области лонного симфиза, без иррадиации, усиливающиеся во время наступления очередной менструации и при переполнении мочевого пузыря.

Анамнез заболевания

Появление болей в нижних отделах живота женщина связывает с многочисленными попытками ЭКО (8 протоколов в течение последних 1,5 лет) в связи с наличием бесплодия в браке в течение 7 лет. Следующий цикл использования вспомогательных репродуктивных технологий планируется через 3 месяца.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина, краснуха. Хронические заболевания: хронический пиелонефрит с детского возраста, последнее обострение 2 года назад, хронический цистит с 18 лет, часто рецидивирующий, последнее обострение 6 месяцев назад Травмы: сотрясение головного мозга в детстве (амбулаторное лечение).

Оперативные вмешательства: 2018 год – диагностическая лапароскопия – уточнение причины бесплодия. Обнаружено: наружный генитальный эндометриоз 2 ст. Выполнена коагуляция очагов эндометриоза. Санация и дренирование брюшной полости. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации регулярные, сегодня 10 день менструального цикла. Беременность в анамнезе 1 – медицинский аборт до 12 недель, осложнившейся метроэндометритом – стационарное лечение в 2010 году. Лекарственные препараты в постоянном режиме: поливитамины. Аллергологический анамнез: не отягощен.

Эпидемиологический анамнез: не отягощен. Гемотрансфузии: отрицает. Страховой анамнез: за последний год было 3 листка нетрудоспособности по 5 дней, выданные гинекологом в связи с циклами ЭКО. Наследственные заболевания: бронхиальная астма у матери. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 66 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 120/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает

участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). Остеопатический статус. При обследовании было выявлено: При глобальном остеопатическом прослушивании – фасциальная тяга в регион таза. При выполнении активных тестов выявлено ограничение флексии и латерофлексии влево в грудном отделе позвоночника, отмечается ограничение проведения краниального ритмического импульса. Ограничение мобильности грудобрюшной диафрагмы. При выполнении теста трансляции выявлено ограничение трансляции региона таза влево и грудного региона влево, а также ригидность обоих регионов. Флексионный тест стоя отрицательный (-) Флексионный тест сидя положительный (+) справа. Тест трех объемов указал на наличие ограничения подвижности как структуральной, так и висцеральной составляющей нижнего абдоминального региона. Тест трансляции висцеральных масс: ограничение смещения висцеральных масс нижнего абдоминального региона влево. При тестировании мобильности мочевого пузыря выявлено ограничение его смещения влево. Отмечается фиксация С0-С1 справа. Ригидность региона ТМО и наличие слабо выраженного асинхронизма с уровнем фиксации С0-С1.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции лабораторным методам относятся

- ретроперитонеально
- экстраперитонеально
- интраперитонеально
- мезоперитонеально

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относятся

- ретроперитонеально
- экстраперитонеально
- интраперитонеально
- мезоперитонеально

Результаты инструментальных методов обследования

С целью уточнения диагноза и исключения острой патологии перед началом остеопатического лечения пациентке необходимо рекомендовать консультацию

- ретроперитонеально
- экстраперитонеально
- интраперитонеально
- мезоперитонеально

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция

- нарушение мобильности сигмовидной кишки
- нарушение мобильности слепой кишки
- компрессия лонного сочленения
- нарушение мобильности мочевого пузыря: фиксация лонно-пузырных связок

Соматическую дисфункцию «нарушение мобильности мочевого пузыря: рестрикция лонно-пузырных связок» в первую очередь необходимо дифференцировать с соматической дисфункцией

- нарушение мобильности сигмовидной кишки
- нарушение мобильности слепой кишки
- компрессия лонного сочленения
- нарушение мобильности мочевого пузыря: фиксация лонно-пузырных связок

Наиболее корректно отражающий состояние пациентки вариант остеопатического заключения

- нарушение мобильности сигмовидной кишки
- нарушение мобильности слепой кишки
- компрессия лонного сочленения
- нарушение мобильности мочевого пузыря: фиксация лонно-пузырных связок

Диагноз

Вышеописанная техника для коррекции соматической дисфункции «нарушение мобильности мочевого пузыря: рестрикция лонно-пузырных связок» выбрана

- правильно
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «задневерхнего смещения лонной кости»
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «нарушение мобильности матки»
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции саггитальных пластин таза

Рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- своевременное опорожнение мочевого пузыря (при наличии первых позывов к мочеиспусканию)
- исключение использования методов вспомогательных репродуктивных технологий
- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- ограничение физической нагрузки, половой покой в течение 1 месяца

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через + ____ + дней

- 10-14
- 3-5
- 28-35
- 18-20

Необходимым дополнительным методом лабораторной диагностики для данной пациентки, с учетом ее репродуктивных планов, является

- анализ крови биохимический – уровень С-реактивного белка в плазме крови
- бактериологическое исследование мочи

- анализ крови – определение кортизола в суточной моче
- серологический анализ крови – определение антител к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа

К связкам мочевого пузыря у женщин относятся

- лонно-пузырные, пузырно-маточные, медианные пупочные связки
- лонно-пузырные связки и пузырно-пупочная связка
- лонно-пузырные, пузырно-маточные, медианные пупочные связки и пузырно-пупочная связка
- лонно-пузырные и пузырно-маточные связки

Основными артериями, через которые осуществляется кровоснабжение мочевого пузыря, являются

- лонно-пузырные, пузырно-маточные, медианные пупочные связки
- лонно-пузырные связки и пузырно-пупочная связка
- лонно-пузырные, пузырно-маточные, медианные пупочные связки и пузырно-пупочная связка
- лонно-пузырные и пузырно-маточные связки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в санаторно-курортное учреждение обратилась пациентка 24 лет.

Жалобы

на периодические тянущие боли в нижних отделах живота с преимущественной локализацией над лоном, без иррадиации, усиливающиеся при переполнении мочевого пузыря.

Анамнез заболевания

Появление болей в нижних отделах живота женщина связывает с проведенным обследованием – диагностической цистоскопией 3 месяца тому назад по поводу подозрения на наличие полипа стенки мочевого пузыря на фоне хронического цистита.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко), ангина. Хронические заболевания: хронический тонзиллит с редкими рецидивами (1-2 раза в год), хронический цистит с частыми рецидивами (1 раз в 3-4 месяца). На диспансерном учете состоит у уролога. Травмы: отрицает. Оперативные вмешательства: кесарево сечение. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, регулярные, умеренные, безболезненные. Беременностей - 2: роды путем операции кесарева сечения в экстренном порядке в связи с начавшейся гипоксией плода в 2017 году (спинальная анестезия); неполный самопроизвольный выкидыш раннего срока с маточным кюретажом в 2018 году (внутривенная анестезия). Контрацепция – барьерная. Гинекологические заболевания отрицает. Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. Аллергологический анамнез: неотягощен. Эпидемиологический анамнез: неотягощен. Страховой анамнез: не работает, в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет. Наследственные заболевания: сахарный диабет у отца.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного

наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 115/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). Остеопатический статус. При обследовании было выявлено: При глобальном остеопатическом прослушивании – фасциальная тяга в регион твердой мозговой оболочки. Флексионный тест стоя (-) отрицательный. Флексионный тест сидя ({plus}) слабopоложительный. Тест трансляции выявил ограничение трансляции таза, при выполнении теста трех объемов обнаружено ограничение смещаемости структурального компонента нижнего абдоминального региона вентрально и незначительное ограничение смещаемости висцерального компонента в дорсальном направлении нижнего абдоминального региона. Так же было обнаружено ограничение смещаемости висцеральных масс нижнего абдоминального региона вправо. Ограничение смещаемости мочевого пузыря вправо. Обнаружена рестрикция твердой мозговой оболочки и наличие асинхронизма (уровень фиксации - L3). Отмечено снижение параметров краниального ритмического импульса (частота 5-6 в 1 минуту, амплитуда ({plus} {plus}), сила ({plus} {plus})).

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции лабораторным методам относятся

- лонно-пузырные, пузырно-маточные, медианные пупочные связки
- лонно-пузырные связки и пузырно-пупочная связка
- лонно-пузырные, пузырно-маточные, медианные пупочные связки и пузырно-пупочная связка
- лонно-пузырные и пузырно-маточные связки

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относится

- лонно-пузырные, пузырно-маточные, медианные пупочные связки
- лонно-пузырные связки и пузырно-пупочная связка
- лонно-пузырные, пузырно-маточные, медианные пупочные связки и пузырно-пупочная связка
- лонно-пузырные и пузырно-маточные связки

Результаты инструментального метода обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция

- компрессия лонного сочленения
- нарушение мобильности сигмовидной кишки
- нарушение мобильности слепой кишки
- нарушение мобильности мочевого пузыря: фиксация лонно-пузырных связок

Соматическую дисфункцию «нарушение мобильности мочевого пузыря: рестрикция лонно-пузырных связок» в первую очередь необходимо дифференцировать с соматической дисфункцией

- компрессия лонного сочленения
- нарушение мобильности сигмовидной кишки

- нарушение мобильности слепой кишки
- нарушение мобильности мочевого пузыря: фиксация лонно-пузырных связок

Наиболее корректно отражает состояние пациентки вариант остеопатического заключения

- компрессия лонного сочленения
- нарушение мобильности сигмовидной кишки
- нарушение мобильности слепой кишки
- нарушение мобильности мочевого пузыря: фиксация лонно-пузырных связок

Диагноз

Выполнение техники коррекции соматической дисфункции «нарушение мобильности мочевого пузыря: рестрикция лонно-пузырных связок» проводится в положении пациента лежа на спине, а также в положении пациента

- компрессия лонного сочленения
- нарушение мобильности сигмовидной кишки
- нарушение мобильности слепой кишки
- нарушение мобильности мочевого пузыря: фиксация лонно-пузырных связок

Описанная выше техника для коррекции соматической дисфункции «нарушение мобильности мочевого пузыря: рестрикция лонно-пузырных связок» выбрана

- правильно
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции сагиттальных пластин таза
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «задневерхнего смещения лонной кости»
- некорректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «нарушение мобильности матки»

Рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- своевременное опорожнение мочевого пузыря (при наличии первых позывов к мочеиспусканию)
- ограничение физической нагрузки, половой покой в течение 1 месяца
- исключение использования внутриматочных методов контрацепции

Необходимость в дополнительных методах диагностики в настоящее время

- имеется, показано микробиологическое исследование анализа мочи
- имеется, показано выполнение внутривенной урографии
- имеется, показано проведение компьютерной томографии органов малого таза
- отсутствует

Повторный остеопатический прием данной пациентке рекомендован через + ____ + дней

- 18-19
- 17-18
- 7-10
- 3-5

К связкам мочевого пузыря у женщин относятся

- пузырно-маточные, медианные пупочные и круглая
- лонно-пузырные и пузырно-прямокишечные
- лонно-пузырные и пузырно-печеночная
- лонно-пузырные, пузырно-маточные, медианные пупочные и пузырно-пупочная

Основными артериями, через которые осуществляется кровоснабжение мочевого пузыря, являются

- пузырно-маточные, медианные пупочные и круглая
- лонно-пузырные и пузырно-прямокишечные
- лонно-пузырные и пузырно-печеночная
- лонно-пузырные, пузырно-маточные, медианные пупочные и пузырно-пупочная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторное поликлиническое учреждение обратилась пациентка 28 лет.

Жалобы

На ноющие боли в пояснично-крестцовой области, преимущественно слева, иррадиирующие в левую подвздошную область, усиливающиеся при длительной ходьбе.

Анамнез заболевания

Появление болей связывает с увеличением срока беременности. На момент обращения срок беременности составил 35 недель, боли в пояснично-крестцовой области беспокоят в течение 2-х месяцев. Состоит на диспансерном учете у акушера-гинеколога в женской консультации по месту жительства.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, острый бронхит, острый гайморит в детстве.
Хронические заболевания: хронический тонзиллит с подросткового возраста, последнее обострение в 13 недель беременности - лечение у оториноларинголога. Травмы: закрытый перелом лучевой кости без смещения в 13 лет. Оперативные вмешательства: отрицает.
Акушерско-гинекологический анамнез: неотягощен. Беременность первая.
Лекарственные препараты в постоянном режиме: поливитамины. Аллергологический анамнез: неотягощен. Эпидемиологический анамнез: неотягощен. Гемотрансфузии: отрицает. Страховой анамнез: в настоящее время имеет листок нетрудоспособности по беременности и родам. Наследственные заболевания: отрицает. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 115/75 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов).

Остеопатический статус. При обследовании было выявлено: Флексионный тест стоя положительный слева (+) Флексионный тест сидя отрицательный (-) При выполнении теста трансляции отмечалось ограничение трансляции грудного отдела позвоночника влево, а поясничного - вправо. При выполнении теста трех объемов отмечалось ограничение смещаемости структуральной составляющей торакального и верхнего абдоминального объемов в дорсальном направлении. Ригидность грудного и поясничного регионов. При выполнении специфических тестов обнаружено: Тест Жилетта отрицательный. Тест шага вперед отрицательный. При измерении длины нижних конечностей в положении лежа на спине: левая нижняя конечность короче правой. Передняя верхняя подвздошная ость слева расположена вентро-каудально по сравнению с передней верхней подвздошной остью справа. Динамический тест на наличие соматической дисфункции «компрессия лона» - не выявлено ограничение подвижности лонного сочленения.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относится

- пузырно-маточные, медианные пупочные и круглая
- лонно-пузырные и пузырно-прямокишечные
- лонно-пузырные и пузырно-печеночная
- лонно-пузырные, пузырно-маточные, медианные пупочные и пузырно-пупочная

Результаты обследования

Дополнительным тестом, необходимым для выявления у данной пациентки дисфункции и точного ее определения, является тест

- пузырно-маточные, медианные пупочные и круглая
- лонно-пузырные и пузырно-прямокишечные
- лонно-пузырные и пузырно-печеночная
- лонно-пузырные, пузырно-маточные, медианные пупочные и пузырно-пупочная

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра можно предположить соматическую дисфункцию

- компрессия лонного сочленения
- передняя ротация подвздошной кости слева
- задне-верхнее смещение лонной кости слева
- передне-нижнее смещение лонной кости слева

В первую очередь соматическую дисфункцию «передне-нижнее смещение лонной кости» необходимо дифференцировать с соматической дисфункцией

- компрессия лонного сочленения
- передняя ротация подвздошной кости слева
- задне-верхнее смещение лонной кости слева
- передне-нижнее смещение лонной кости слева

Состояние пациентки наиболее корректно отражает вариант остеопатического заключения

- компрессия лонного сочленения
- передняя ротация подвздошной кости слева
- задне-верхнее смещение лонной кости слева
- передне-нижнее смещение лонной кости слева

Диагноз

Наиболее частым видом мышечно-энергетической техники для коррекции соматической дисфункции «передне-нижнее смещение» лонной кости является техника

- изотоническая
- постизометрического расслабления
- изокинетическая
- изолитического расслабления

Техника коррекция соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости» чаще всего проводится в положении пациента

- изотоническая
- постизометрического расслабления
- изокинетическая
- изолитического расслабления

Вышеизложенная техника для коррекции соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости» выбрана

- корректно, но необходимо ее выполнять с противоположной от выявленной соматической дисфункции стороны
- корректно, но необходимо ее выполнять не менее 6-7 раз за лечебный сеанс
- некорректно и не предназначена для коррекции соматической дисфункции «задне-верхнее смещение лонной кости»
- корректно и предназначена для коррекции передне-нижнего смещения лонной кости

После остеопатического приема пациентке

- показана консультация узкого специалиста – врача - травматолога-ортопеда
- показана консультация узкого специалиста – врача-невролога
- не требуется консультация узких специалистов
- показана консультация узкого специалиста – врача-физиотерапевта

В рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема должно быть включено

- позиционная терапия: коленно-локтевое положение по 15 минут в день ежедневно в течение недели
- использование компрессионного трикотажа 1 функционального класса (колготки для беременных)
- ночной сон в положении на правом боку
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через + ____ + дней

- 10-14
- 2-5
- 28-30
- 18-20

Задачами, которые ставятся при выполнении мышечно-энергетических техник, являются

- 10-14
- 2-5
- 28-30
- 18-20

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторное поликлиническое учреждение обратилась пациентка 25 лет.

Жалобы

На тянущие боли в пояснично-крестцовой области, преимущественно слева, иррадиирующие в левую подвздошную область, усиливающиеся при ходьбе, изменении положения тела.

Анамнез заболевания

Боли появились на 7 сутки после родов и беспокоят в течение недели. Роды первые, запоздалые на 42 неделе беременности, крупным плодом (масса тела новорожденного 4150 г). Общая продолжительность родов составила 15 часов, использовалась родостимулирующая терапия. Выписана домой с ребенком на 5 сутки после родов. Грудью кормит, лактация достаточная. Температура не повышалась, озноба не было.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, острый бронхит, острый гайморит в детстве. Хронические заболевания: хронический тонзиллит с подросткового возраста, последнее обострение в прошлом году. Травмы: сотрясение головного мозга в детстве легкой степени (амбулаторное лечение). Оперативные вмешательства: отрицает. Акушерско-гинекологический анамнез: не отягощен. Беременность - 1. Лекарственные препараты в постоянном режиме: поливитамины. Аллергологический анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: не отягощен. Гемотрансфузии: отрицает. Страховой анамнез: в настоящее время имеет листок нетрудоспособности по беременности и родам. Наследственные заболевания: отрицает. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 100/65 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). Остеопатический статус. При обследовании было выявлено: Глобальное остеопатическое прослушивание - фасциальная тяга в регион таза. Флексионный тест стоя положительный слева ({plus} {plus}) Флексионный тест сидя отрицательный (-) Ограничение смещаемости висцеральных масс шеи вправо, фиксация С0-С1 слева. Нарушение проведения

торакального ритмического импульса в регионе шеи, а также ригидность этого региона. Специфические тесты: Тест Жилетта отрицательный Тест шага вперед отрицательный При измерении длины нижних конечностей в положении лежа на спине: левая нижняя конечность короче правой. Передняя верхняя подвздошная ость слева расположена вентро-каудально по сравнению с передней верхней подвздошнойостью справа.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относится

- 10-14
- 2-5
- 28-30
- 18-20

Результаты обследования

Дополнительным тестом, необходимым для выявления у данной пациентки дисфункции и точного ее определения, является тест

- 10-14
- 2-5
- 28-30
- 18-20

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра можно предположить соматическую дисфункцию

- передне-нижнее смещение лонной кости слева
- задне-верхнее смещение лонной кости слева
- передняя ротация подвздошной кости слева
- компрессия лонного сочленения

В первую очередь соматическую дисфункцию «передне-нижнее смещение лонной кости» необходимо дифференцировать с соматической дисфункцией

- передне-нижнее смещение лонной кости слева
- задне-верхнее смещение лонной кости слева
- передняя ротация подвздошной кости слева
- компрессия лонного сочленения

Состояние пациентки наиболее корректно отражает вариант остеопатического заключения

- передне-нижнее смещение лонной кости слева
- задне-верхнее смещение лонной кости слева
- передняя ротация подвздошной кости слева
- компрессия лонного сочленения

Диагноз

Наиболее частым видом мышечно-энергетической техники для коррекции соматической дисфункции «передне-нижнее смещение» лонной кости является техника

- постизометрического расслабления
- изокинетическая
- изотоническая
- изолитического расслабления

Техника коррекция соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости» чаще всего проводится в положении пациента

- постизометрического расслабления
- изокинетическая
- изотоническая
- изолитического расслабления

Вышеизложенная техника для коррекции соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости» выбрана

- корректно, но необходимо ее выполнять не менее 6-7 раз за лечебный сеанс
- корректно, но необходимо ее выполнять с противоположной от выявленной соматической дисфункции стороны
- корректно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости»
- некорректно, техника не предназначена для коррекции соматической дисфункции «задне-верхнее смещение лонной кости»

После остеопатического приема пациентке

- требуется консультация узкого специалиста – врача-уролога
- требуется консультация узкого специалиста – врача-невролога
- консультация узких специалистов не требуется, рекомендовано продолжить наблюдение у врача - акушера-гинеколога
- требуется консультация узкого специалиста – врача - травматолога-ортопеда

В рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема должно быть включено

- ночной сон в положении на правом боку
- использование компрессионного трикотажа 1 функционального класса (колготки)
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема
- позиционная терапия: коленно-локтевое положение по 15 минут в день ежедневно в течение недели

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через + ____ + дней

- 3-5
- 20
- 10-14
- 4-6

Задачами, которые ставятся при выполнении мышечно-энергетических техник, являются

- 3-5
- 20
- 10-14
- 4-6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась женщина 27 лет.

Жалобы

На приступообразные головокружения, периодический шум в ушах. Данные жалобы появляются, как при изменении положения тела, так и в покое. В течение последнего года стали беспокоить тянущие боли в области шеи, преимущественно после длительных статических нагрузок. В последнее время появился хруст в области височно-нижнечелюстного сустава справа.

Анамнез заболевания

Со слов, указанные жалобы отмечает с подросткового возраста. Ранее прицельно по данному поводу не обследовалась и не лечилась. В детстве были выраженные головные боли, которые иногда сопровождались тошнотой.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает; травмы – отрицает. Оперативные вмешательства – кесарево сечение (эпидуральная анестезия); 3 месяца назад – постановка имплантов. Акушерско-гинекологический анамнез – Ме с 15 лет; беременность – 1, роды – 1. Аллергологический анамнез неотягощен. Образ жизни – сидячая работа, занятия в бассейне не регулярно.

Объективный статус

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД – 120/65 мм рт.ст., пульс – 68 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При остеопатическом осмотре врач отметил: + Разнонаправленную ротацию таза и плечевого пояса относительно друг друга. + Флексионный тест стоя «{plus} {plus}» слева. + Флексионный тест сидя отрицательный с 2-х сторон. + Укорочение левой ноги на 1 см. Передняя верхняя подвздошная ость (ПВПО) слева находится вентро-каудальнее, чем справа. + Ограничена мобильность висцеральных масс нижнего этажа брюшной полости при смещении справа налево. + При тестировании шейного отдела позвоночника определяется ограничение движения в позвоночно-двигательных сегментах С0-С1, С3-С4, С4-С5. + При оценке краниосакральной системы определяется асинхронизм в движении затылка и крестца. Для уточнения диагноза в данной ситуации целесообразно провести следующие лабораторные и/или инструментальные методы исследования

- 3-5
- 20
- 10-14
- 4-6

Результаты обследования

По результатам остеопатического осмотра у пациентки выявлено укорочение левой нижней конечности. Для дифференциальной диагностики анатомического и функционального укорочения нижней конечности необходимо провести тест

- 3-5
- 20
- 10-14
- 4-6

Результаты обследования

Дополнительная информация

При осмотре врач обратил внимание на следующие находки. + Разнонаправленную ротацию таза и плечевого пояса относительно друг друга. Флексионный тест стоя «{plus} {plus}» слева. Флексионный тест сидя отрицательный с 2-х сторон. Тест «5 линий» отрицательный. Укорочение левой ноги на 1 см. Передняя верхняя подвздошная ость (ПВПО) слева находится вентро-каудальнее, чем справа.

Для дополнительного подтверждения предполагаемой соматической дисфункции в положении пациентки лежа на спине можно провести диагностический тест

- 3-5
- 20
- 10-14
- 4-6

Результаты обследования

С целью исключения локальной соматической дисфункции «компрессия лонного сочленения» необходимо провести тест

- 3-5
- 20
- 10-14
- 4-6

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра можно предположить локальную соматическую дисфункцию левой

- 3-5
- 20
- 10-14
- 4-6

Дополнительная информация

Завершив остеопатический осмотр, врач также диагностировал региональные (регион грудной, структуральная составляющая (1 балл); регион таза, висцеральная составляющая (1 балл); регион ТМО (2 балла)) и локальные соматические дисфункции хронические: ВНЧС справа, связок печени, С0-С1, С3-С4, С4-С5.

Наиболее корректно состояние пациентки отражает остеопатическое заключение

- 3-5

- 20
- 10-14
- 4-6

Диагноз

Дополнительная информация

По результатам остеопатического осмотра у пациентки была выявлена в том числе и дисфункция региона грудного, структуральная составляющая (региональное биомеханическое нарушение). В данном регионе выявлена дисфункция правого купола диафрагмы: амплитуда выхода была больше, чем амплитуда вдоха по сравнению с левым куполом. При дальнейшем дообследовании обнаружено значительное повышение тонуса ножки диафрагмы с левой стороны.

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра можно предположить локальную

- «выдоховую» дисфункцию правого купола диафрагмы
- «вдоховую» дисфункцию левой ножки диафрагмы
- «вдоховую» дисфункцию правого купола диафрагмы
- «выдоховую» дисфункцию левой ножки диафрагмы

По результатам дообследования врач выявил у пациентки наличие фиксации твердой мозговой оболочки на уровне L2-L1. При коррекции соматической дисфункции региона твердой мозговой оболочки (в виде фиксации на уровне соответствующего позвоночно-двигательного сегмента) необходимо предать положение пациентке лежа на

- «выдоховую» дисфункцию правого купола диафрагмы
- «вдоховую» дисфункцию левой ножки диафрагмы
- «вдоховую» дисфункцию правого купола диафрагмы
- «выдоховую» дисфункцию левой ножки диафрагмы

Дополнительная информация

Для коррекции соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости» врач применил следующую технику. + Исходное положение пациентки лежа на спине. Исходное положение врача со стороны дисфункции. + Врач сгибает ногу в коленном и тазобедренном суставах, осуществляет аддукцию и небольшую внутреннюю ротацию до барьера. Достигнув барьера, врач упирает согнутую ногу пациентки себе в подмышечную область или плечо, а рукой фиксирует SIAS. Второй рукой обхватывает седалищный бугор на стороне дисфункции и смещает его краниально до барьера. + 1 фаза - пациентка давит ногой каудально против сопротивления врача, пытаясь осуществить экстензию в ТБС. + 2 фаза - расслабление, врач усиливает краниальное смещение седалищного бугра, следуя за расслаблением до следующего барьера. + Фазы повторяются 3 раза. Ретест.

Техника выбрана

- правильно, но необходимо не менее 5 раз повторить описанный маневр за прием
- неправильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «компрессия лонного сочленения»
- неправильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «задне-верхнее смещение лонной кости»
- правильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости»

Для пациентки с эпидуральной анестезией в анамнезе наиболее полезным упражнением будет являться упражнение с

- выгибанием спины
- прогибанием спины
- ротацией в поясничном отделе
- наклонами головы в стороны

Около височно-нижнечелюстного сустава выделяют + _____ + связки, которые определяют границы движения нижней челюсти

- большую медиальную, шилососцевидную, клиновидно-верхнечелюстную
- большую и малую латеральные, клиновидно-чешуйчатую, шиловыхнечелюстную
- большую и малую медиальные, шилонижнечелюстную, клиновидно-решетчатую
- большую латеральную, клиновидно-челюстную и шилонижнечелюстную

Натянута между нижней поверхностью диафрагмы и выпуклой поверхностью левой доли печени + _____ + связка

- большую медиальную, шилососцевидную, клиновидно-верхнечелюстную
- большую и малую латеральные, клиновидно-чешуйчатую, шиловыхнечелюстную
- большую и малую медиальные, шилонижнечелюстную, клиновидно-решетчатую
- большую латеральную, клиновидно-челюстную и шилонижнечелюстную

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась женщина 31 года.

Жалобы

На частые головокружения, появляющиеся, как при изменении положения тела, так и в покое; периодические тянущие боли по задней поверхности шеи.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, эпизоды головокружения беспокоят с детства. Наиболее выраженные обострения были в 6, 9 и 13 лет. Обращались к неврологу в поликлинику по месту жительства, установлен диагноз «вегето-сосудистая дистония». Какое проводили лечение не помнит. После 18 лет головокружения практически прекратились. Данные жалобы вновь появились в течение последних 6 месяцев, так же стала отмечать ноющие боли в шее. По данному поводу к врачу уже не обращалась и самостоятельно сделала МРТ шейного отдела позвоночника. На серии полученных МР-томограмм шейного отдела позвоночника, взвешенных по T1 ВИ и T2 ВИ в двух взаимно перпендикулярных проекциях, лордоз выпрямлен. + Ликвородинамика не нарушена. + Определяется умеренное уплотнение задней продольной связки. + Высота межпозвонковых дисков исследуемой зоны сохранена, сигналы от них по T2 ВИ неравномерно снижены. + На данных МР-томограммах определяется дорзальная правосторонняя фораминальная протрузия диска C2/C3, размером до 0,3 см, распространяющаяся в межпозвонковое отверстие с правой стороны с его сужением и деформацией дурального мешка. + На данных МР-томограммах определяется дорзальная диффузная протрузия диска C5/C6, размером до 0,2 см, распространяющаяся в межпозвонковые отверстия с обеих сторон с их сужением и деформацией дурального мешка. + Просвет позвоночного канала сужен на уровне выявленных изменений. + Сигнал от структур спинного мозга (по T1 ВИ и T2 ВИ)

не изменён, контуры его ровные, четкие, структура однородная. + Вдоль замыкающих поверхностей тел С3-С7 позвонков имеются умеренно выраженные краевые смежные остеофиты, форма и размеры тел остальных позвонков обычные. + Сигнал от костного мозга позвонков с признаками дистрофии. + *Заключение:* МР-картина дегенеративно-дистрофических изменений шейного отдела позвоночника. Протрузии межпозвонковых дисков С2/С3, С5/С6.

Анамнез жизни

В течение жизни регулярно занимается йогой, пилатесом и гимнастикой. Последние 1,5 года спортом не занималась в связи с беременностью и родами. Роды 9 месяцев назад (беременность первая), плановое кесарево сечение на 39-й неделе с эпидуральной анестезией. Хронические заболевания отрицает, травмы отрицает, иные операции, кроме кесарева сечения, отрицает.

Объективный статус

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД – 110/62 мм рт.ст., пульс – 68 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При остеопатическом осмотре врач отметил: + Разнонаправленную ротацию таза и плечевого пояса относительно друг друга. + Флексионный тест стоя «{plus} {plus}» слева. + Флексионный тест сидя отрицательный с 2-х сторон. + Тест «5 линий» отрицательный. + Укорочение левой ноги на 1 см. Передняя верхняя подвздошная ость (ПВПО) слева находится вентро-каудальнее, чем справа. + Ограничена мобильность висцеральных масс нижнего этажа брюшной полости в обоих направлениях, более выражено справа налево. + При тестировании шейного отдела позвоночника определяется ограничение движения С0 относительно С1. + При оценке краниосакральной системы определяется асинхронизм в движении затылка и крестца. **Для уточнения диагноза в данной ситуации целесообразно провести следующие лабораторные и/или инструментальные методы исследования**

- большую медиальную, шилососцевидную, клиновидно-верхнечелюстную
- большую и малую латеральные, клиновидно-чешуйчатую, шиловыхнечелюстную
- большую и малую медиальные, шилонижнечелюстную, клиновидно-решетчатую
- большую латеральную, клиновидно-челюстную и шилонижнечелюстную

Результаты обследования

Для дополнительного подтверждения предполагаемой соматической дисфункции в положении пациентки лежа на спине можно провести диагностический тест

- большую медиальную, шилососцевидную, клиновидно-верхнечелюстную
- большую и малую латеральные, клиновидно-чешуйчатую, шиловыхнечелюстную
- большую и малую медиальные, шилонижнечелюстную, клиновидно-решетчатую
- большую латеральную, клиновидно-челюстную и шилонижнечелюстную

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра можно предположить локальную соматическую дисфункцию левой

- большую медиальную, шилососцевидную, клиновидно-верхнечелюстную
- большую и малую латеральные, клиновидно-чешуйчатую, шиловыхнечелюстную
- большую и малую медиальные, шилонижнечелюстную, клиновидно-решетчатую
- большую латеральную, клиновидно-челюстную и шилонижнечелюстную

После завершения остеопатического осмотра и проведения всех необходимых тестов, врач сформулировал остеопатическое заключение (см. выше). Доминирующей в данной ситуации будет являться соматическая дисфункция

- большую медиальную, шилососцевидную, клиновидно-верхнечелюстную
- большую и малую латеральные, клиновидно-чешуйчатую, шиловыхнечелюстную
- большую и малую медиальные, шилонижнечелюстную, клиновидно-решетчатую
- большую латеральную, клиновидно-челюстную и шилонижнечелюстную

На основании представленных данных можно заподозрить локальную соматическую дисфункцию 1 ребра

- слева на вдохе
- слева на выдохе
- справа на вдохе
- справа на выдохе

По результатам дообследования врач выявил у пациентки наличие фиксации твердой мозговой оболочки на уровне Th12. При коррекции соматической дисфункции региона твердой мозговой оболочки (в виде фиксации на уровне соответствующего позвоночно-двигательного сегмента) необходимо предать положение пациентке

- слева на вдохе
- слева на выдохе
- справа на вдохе
- справа на выдохе

Далее врач просит сделать глубокий

- выдох, затем глубокий выдох и выпрямиться на кушетке в одну линию
- выдох, а затем глубокий вдох в три этапа
- вдох, а на выдохе задержать дыхание на максимально возможное время
- вдох, а на выдохе покашлять

Наиболее часто классическая коррекция соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости» техниками мышечных энергий производится в положении пациента

- лежа на спине
- лежа на животе
- сидя на кушетке
- лежа на боку, противоположном от стороны дисфункции

При коррекции соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости» применяется + _____ + мышечно-энергетическая техника

- изотоническая
- изолитическая
- постизометрическая
- изокинетическая

У данной пациентки при выполнении коррекции соматической дисфункции региона таза, висцеральная составляющая, в первую очередь необходимо улучшить мобильность

- сигмовидной кишки
- тканей вокруг рубца
- матки
- слепой кишки

Для пациентки с эпидуральной анестезией в анамнезе наиболее полезным упражнением будет являться упражнение с

- прогибанием спины
- наклонами головы в стороны
- выгибанием спины
- ротацией в поясничном отделе

Пациентка обратилась на прием к врачу-osteопату впервые. В данной ситуации целесообразно назначить повторный визит через + _____ + дней

- прогибанием спины
- наклонами головы в стороны
- выгибанием спины
- ротацией в поясничном отделе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился мужчина 28 лет

Жалобы

на боли в области правого плечевого сустава, ограничение движение в нем.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, позавчера поскользнулся на улице и упал на правый бок. Рефлекторно отставил правую руку, согнутую в локте, от тела и приземлился на нее. После падения болевого синдрома не отмечал. К вечеру того дня появились тянущие боль в области плечевого сустава и невозможность поднять руку вверх. Боли нарастают по интенсивности, что и послужило причиной обращения. К другим специалистам не обращался, не обследовался.

Анамнез жизни

Ведет относительно подвижный образ жизни. 1-2 раза в неделю посещает фитнес клуб. + Ранее однократно обращался к остеопату с эпизодом болей в спине на фоне физической перегрузки. + Хронических заболеваний нет. + Травмы, оперативные вмешательства отрицает. + Аллергический анамнез спокойный. + На учете у специалистов не состоит.

Объективный статус

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД – 120/65 мм рт.ст., пульс – 62 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При остеопатическом обследовании врач отметил: + Справа надплечье выше, легкий наклон головы вправо. + Ограничение отведения правой верхней конечности - может поднять правую руку на 45 градусов, далее появляется боль.

+ Небольшая ротация в грудном отделе позвоночника влево. + Определяется разность трансляций грудного отдела позвоночника – ограничение влево. + Ограничение трансляции шейного отдела позвоночника вправо. + Ригидность правого плечевого сустава и менее выраженная ригидность правого акромиально-ключичного сочленения. **Для подтверждения предполагаемого диагноза и дальнейшего принятия решения о возможности остеопатической коррекции необходимо провести инструментальные методы диагностики**

- прогибанием спины
- наклонами головы в стороны
- выгибанием спины
- ротацией в поясничном отделе

Результаты обследования

До начала остеопатического лечения данному пациенту показана консультация

- прогибанием спины
- наклонами головы в стороны
- выгибанием спины
- ротацией в поясничном отделе

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза и проведенного остеопатического осмотра, можно предположить у пациента наличие острой локальной соматической дисфункции правого

- прогибанием спины
- наклонами головы в стороны
- выгибанием спины
- ротацией в поясничном отделе

После завершения остеопатического осмотра и проведения всех необходимых тестов врач сформулировал остеопатическое заключение (см. выше). Доминирующей в данной ситуации будет являться соматическая дисфункция

- прогибанием спины
- наклонами головы в стороны
- выгибанием спины
- ротацией в поясничном отделе

Исходя из дополнительной информации, можно заподозрить соматическую дисфункцию головки правой плечевой кости в + _____ + положении

- заднем
- нижнем
- переднем
- верхнем

В данной клинической ситуации проведение остеопатической коррекции пациенту

- заднем
- нижнем
- переднем
- верхнем

Техника выбрана

- неправильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «нижнее положение головки» правого плечевого сустава
- правильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «верхнее положение головки» правого плечевого сустава
- неправильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «переднее положение головки» правого плечевого сустава
- неправильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции «заднее положение головки» правого плечевого сустава

После проведенного сеанса целесообразно рекомендовать пациенту на ближайшие 7-10 дней

- ограничить повседневную физическую активность, связанную с пораженным плечевым суставом
- соблюдать диету с повышенным содержанием кальция и магния
- занятия в бассейне, плавание стилем «баттерфляй»
- увеличить нагрузку на правый плечевой сустав с целью укрепления мышечного корсета

Плечелопаточный сустав является

- эллипсоидным
- блоковидным
- шаровидным
- плоским

Объем отведения в плечевом суставе, соответствующий исключительно движению головки плечевой кости в нем, составляет + _____ + градусов

- от 0 до 150
- от 0 до 120
- от 0 до 60
- от 0 до 90

Основными мышцами, выполняющими сгибание в плечевом суставе, являются

- подостная, малая круглая, большая круглая, подлопаточная
- грудинно-ключично-сосцевидная, подключичная, подлопаточная, большая грудная
- дельтовидная, большая круглая, подлопаточная, большая грудная
- широчайшая спины, большая круглая, подлопаточная, большая грудная

У пациента была выявлена соматическая дисфункция региона твердой мозговой оболочки. Основные места плотного прикрепления твердой мозговой оболочки

- подостная, малая круглая, большая круглая, подлопаточная

- грудинно-ключично-сосцевидная, подключичная, подлопаточная, большая грудная
- дельтовидная, большая круглая, подлопаточная, большая грудная
- широчайшая спины, большая круглая, подлопаточная, большая грудная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-osteопату в амбулаторное поликлиническое учреждение обратился пациент 43 лет.

Жалобы

на чувство тяжести и тянущие боли невысокой интенсивности в правом подреберье, отрыжку, тошноту после приема жирной пищи в течение 12 часов.

Анамнез заболевания

Боль и диспептические явления имеют хронический характер, усилилась накануне вечером после ужина. Точное время появления данных симптомов пациент указать не может, ориентировочно считает себя больным в течение года. За медицинской помощью не обращался, не обследовался.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, гепатит А в детском возрасте. Хронические заболевания: отрицает. На диспансерном учете не состоит. Травмы: сотрясение головного мозга в детстве (амбулаторное лечение). Оперативные вмешательства: лапаротомия, аппендэктомия в детстве. Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: не отягощен. Гемотрансфузии: отрицает. Страховой анамнез: за последний год листов нетрудоспособности не было. Наследственные заболевания: варикозная болезнь у матери. Вредные привычки: курение с 14 лет по 1 пачке сигарет с фильтром.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. + Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. + Пульс – 70 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 120/80 мм рт.ст. + Дыхание везикулярное, хрипов нет. + Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. + Мочеиспускание свободное, безболезненное. Склонность к запорам. Osteопатический статус. + При обследовании было выявлено: + При глобальном osteопатическом прослушивании определяется фасциальное натяжение в поддиафрагмальную область вправо. + Флексионный тест стоя отрицательный (-) + Флексионный тест сидя отрицательный (-) + При выполнении теста трансляции выявлено ограничение трансляции грудного отдела позвоночника. + При выполнении теста трех объемов выявлено наличие ограничения смещаемости в вентральном направлении висцеральной составляющей верхнего абдоминального объема, ограничение смещаемости в вентральном направлении висцеральной составляющей нижнего абдоминального объема. + Ограничение трансляции висцеральных масс брюшной полости влево на уровне поддиафрагмальной области. Определяется ригидность поясничного региона, нарушение проведения в нем торакального ритмического импульса, и нарушение гидродинамических характеристик региона.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности osteопатической коррекции методам исследования относится

- подостная, малая круглая, большая круглая, подлопаточная
- грудинно-ключично-сосцевидная, подключичная, подлопаточная, большая грудная

- дельтовидная, большая круглая, подлопаточная, большая грудная
- широчайшая спины, большая круглая, подлопаточная, большая грудная

Результаты обследования

Учитывая жалобы пациента и данные анамнеза, с целью исключения противопоказаний к остеопатической коррекции перед ее проведением необходима консультация

- подостная, малая круглая, большая круглая, подлопаточная
- грудинно-ключично-сосцевидная, подключичная, подлопаточная, большая грудная
- дельтовидная, большая круглая, подлопаточная, большая грудная
- широчайшая спины, большая круглая, подлопаточная, большая грудная

Результаты консультации

При определении общей мобильности органов брюшной полости врач-osteopat обнаружил ограничение мобильности органов, расположенных в правом верхнем квадранте живота; специфическим методом, необходимым для точного определения соматической дисфункции у данного пациента, является тестирование мобильности

- подостная, малая круглая, большая круглая, подлопаточная
- грудинно-ключично-сосцевидная, подключичная, подлопаточная, большая грудная
- дельтовидная, большая круглая, подлопаточная, большая грудная
- широчайшая спины, большая круглая, подлопаточная, большая грудная

Результаты обследования

Наиболее корректно отражает состояние пациента вариант остеопатического заключения

- подостная, малая круглая, большая круглая, подлопаточная
- грудинно-ключично-сосцевидная, подключичная, подлопаточная, большая грудная
- дельтовидная, большая круглая, подлопаточная, большая грудная
- широчайшая спины, большая круглая, подлопаточная, большая грудная

Диагноз

Необходимым условием, которое должно быть создано до начала коррекции соматических дисфункции желчевыводящих путей, является обеспечение

- подостная, малая круглая, большая круглая, подлопаточная
- грудинно-ключично-сосцевидная, подключичная, подлопаточная, большая грудная
- дельтовидная, большая круглая, подлопаточная, большая грудная
- широчайшая спины, большая круглая, подлопаточная, большая грудная

Данная техника выбрана

- подостная, малая круглая, большая круглая, подлопаточная
- грудинно-ключично-сосцевидная, подключичная, подлопаточная, большая грудная
- дельтовидная, большая круглая, подлопаточная, большая грудная
- широчайшая спины, большая круглая, подлопаточная, большая грудная

Данная техника коррекции выбрана

- правильно, так как предназначена для мобилизации холедоха
- некорректно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции сфинктера Одди
- некорректно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции серповидной связки печени
- некорректно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции сфинктера желчного пузыря

По окончании остеопатического приема с целью определения дальнейшей тактики ведения пациента совместно со смежными специалистами пациенту показана консультация

- врача-онколога
- врача-флеболога
- врача-гастроэнтеролога
- врача по лечебной физкультуре

Повторный остеопатический прием данному пациенту рекомендован через + _____ + дней

- 30
- 19-20
- 5-7
- 10-14

Ось флексии печени проходит через

- печеночно-двенадцатиперстную связку
- треугольные связки печени
- нижнюю полую вену
- портальную вену

При тестировании мобильности печени результирующей будет являться ось, вектор которой направлен к

- мечевидному отростку грудины
- пупку
- правому тазобедренному суставу
- левому тазобедренному суставу

По отношению к брюшине печень расположена

- мечевидному отростку грудины
- пупку
- правому тазобедренному суставу
- левому тазобедренному суставу

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-остеопату в амбулаторное поликлиническое учреждение обратился пациент 35 лет.

Жалобы

на изжогу и отрыжку воздухом после приема пищи, кратковременные (от нескольких секунд до минуты) приступы боли в грудной клетке, выраженной интенсивности («как будто сводит судорогой») преимущественно в за грудиной области, без иррадиации

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение года. Начало заболевания связывает со стрессом. Во время праздничного ужина мужчина заметил, что 10-летний ребенок упал в водоем, пациент резко наклонился и поднял упавшего ребенка. Тогда впервые появилась острая боль в грудной клетке. Боль была резкой, кратковременной, исчезла после того, как мужчина выпил стакан теплой воды. В дальнейшем боль и изжога появлялись после еды, физической нагрузки, при кашле, в положении лежа; уменьшение или исчезновение болей было после отрыжки; усиление болей при наклоне вперед.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, дизентерия, иерсиниоз. Хронические заболевания: хронический гастродуоденит с подросткового возраста, часто рецидивирующий, последнее обострение 6 месяцев назад. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога с диагнозом: Гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Хронический гастродуоденит. Травмы: сотрясение головного мозга в детстве (амбулаторное лечение). Оперативные вмешательства: лапаротомия, аппендэктомия в детстве. Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает, эпизодически принимает антацидные препараты для купирования приступов изжоги. Аллергологический анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: не отягощен. Страховой анамнез: за последний год листков нетрудоспособности не было. Наследственные заболевания: гипертоническая болезнь у матери. Вредные привычки: периодически употребляет алкоголь в умеренном количестве

Объективный статус

Соматический статус. + Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Избыточного питания. + Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. + Пульс – 66 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 120/80 мм рт.ст. + Дыхание везикулярное, хрипов нет. + Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. + Физиологические отправления в норме (со слов).
Остеопатический статус. + При обследовании было выявлено: + При глобальном остеопатическом прослушивании определялась фасциальное натяжение в грудной регион влево вперед + Флексионный тест стоя отрицательный (-) + Флексионный тест сидя положительный (+) слева + При выполнении теста трех объемов выявлено наличие ограничения смещаемости в вентральном направлении висцеральной составляющей верхнего абдоминального объема; тест трансляции – ограничение экстензии в грудном отделе позвоночника. + Тест трансляции висцеральных масс: ограничение смещения висцеральных масс торакального региона вправо. Определяется ригидность грудного региона и нарушение проведения в нем торакального ритмического импульса. + При тестировании мобильности желудка выявлено ограничение его смещения вниз (ограничение флексии)

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции методам исследования относятся

- мечевидному отростку грудины

- пупку
- правому тазобедренному суставу
- левому тазобедренному суставу

Результаты обследования

Учитывая жалобы пациента, с целью исключения острой патологии перед началом остеопатической коррекции необходима консультация специалистов: хирурга и

- мечевидному отростку грудины
- пупку
- правому тазобедренному суставу
- левому тазобедренному суставу

Результаты осмотра

По результатам анамнеза и представленным данным остеопатического осмотра можно предположить соматическую дисфункцию + _____ + желудка

- мечевидному отростку грудины
- пупку
- правому тазобедренному суставу
- левому тазобедренному суставу

Наиболее корректно отражает состояние пациента следующий вариант остеопатического заключения

- мечевидному отростку грудины
- пупку
- правому тазобедренному суставу
- левому тазобедренному суставу

Диагноз

Вышеописанная техника выполнена

- корректно, так как предназначена для коррекции локальной соматической дисфункции «нарушение мобильности желудка»
- некорректно, так как данная техника предназначена для коррекции соматической дисфункции «птоза желудка»
- некорректно, так как данная техника предназначена для коррекции соматической дисфункции пилорического сфинктера
- некорректно, так как данная техника предназначена для коррекции соматической дисфункции малого сальника

Рекомендации по образу жизни пациенту после остеопатического приема должны включать

- соблюдение диеты с умеренным ограничением каллоража (не более 1200 ккал в сутки)
- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)

- дробное питание 5-6 раз в сутки, объем воды не менее 1,5 литров в сутки, тщательное пережевывание пищи
- ограничение физической нагрузки на 2 месяца

Повторный остеопатический прием данному пациенту рекомендован через + _____ + дней

- 4-6
- 29-30
- 3-5
- 10-14

Желудок по отношению к брюшине расположен

- мезоперитонеально
- интраперитонеально
- ретроперитонеально
- экстраперитонеально

Возникновение боли в зоне проекции пищевого отверстия диафрагмы во время наклона пациента вперед и вниз носит название симптома

- Щеткина-Блюмберга
- Бабинского
- «шнурка»
- Лассега

Ось флексии желудка проходит через

- два сфинктера желудка
- привратник
- пилорический сфинктер желудка
- дно желудка

Основными артериальными магистралями, осуществляющими кровоснабжение желудка, являются + _____ + артерии

- верхняя брыжеечная, желудочно-сальниковая
- общая почечная, диафрагмальная, гепатocolическая, ободочная, сигмоидальная, венечная
- общая печеночная, желудочные, желудочно-двенадцатиперстная и желудочно-сальниковая
- желудочно-двенадцатиперстная, ободочная, мезентериальная, колическая

К связочному аппарату желудка относятся

- верхняя брыжеечная, желудочно-сальниковая
- общая почечная, диафрагмальная, гепатocolическая, ободочная, сигмоидальная, венечная
- общая печеночная, желудочные, желудочно-двенадцатиперстная и желудочно-сальниковая
- желудочно-двенадцатиперстная, ободочная, мезентериальная, колическая

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась женщина 28 лет.

Жалобы

на приступообразные головокружения, периодический шум в ушах. Данные жалобы появляются, как при изменении положения тела, так и в покое. В течение последнего года стали беспокоить тянущие боли в области шеи, преимущественно после длительных статических нагрузок. В последнее время появился хруст в области височно-нижнечелюстного сустава справа.

Анамнез заболевания

Со слов, указанные жалобы отмечает с подросткового возраста. Ранее прицельно по данному поводу не обследовалась и не лечилась. В детстве были выраженные головные боли, которые иногда сопровождались тошнотой.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает; травмы – отрицает. + Оперативные вмешательства – кесарево сечение (эпидуральная анестезия); 3 месяца назад – постановка имплантов. + Акушерско-гинекологический анамнез – месячные с 15 лет; беременность – 1, роды – 1. + Аллергологический анамнез не отягощен. + Образ жизни – сидячая работа, занятия в бассейне нерегулярные.

Объективный статус

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД – 112/65 мм рт.ст., пульс – 78 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При остеопатическом осмотре врач отметил: + Разнонаправленную ротацию таза и плечевого пояса относительно друг друга. + Флексионный тест стоя «{plus} {plus}» слева. + Флексионный тест сидя отрицательный с 2-х сторон. + Укорочение левой ноги на 1 см. Передняя верхняя подвздошная ость (ПВПО) слева находится вентро-каудальнее, чем справа. + Ограничена мобильность висцеральных масс нижнего этажа брюшной полости при смещении справа налево. + При тестировании шейного отдела позвоночника определяется ограничение движения в позвоночно-двигательных сегментах С0-С1, С3-С4, С4-С5. + При оценке краниосакральной системы определяется асинхронизм в движении затылочной кости и крестца.

Методами исследования, которые целесообразно провести в данной клинической ситуации для уточнения диагноза, являются

- верхняя брыжеечная, желудочно-сальниковая
- общая почечная, диафрагмальная, гепатоколическая, ободочная, сигмоидальная, венечная
- общая печеночная, желудочные, желудочно-двенадцатиперстная и желудочно-сальниковая
- желудочно-двенадцатиперстная, ободочная, мезентериальная, колическая

Результаты обследования

По результатам остеопатического осмотра у пациентки выявлено укорочение левой нижней конечности. Для дифференциальной диагностики анатомического и функционального укорочения нижней конечности необходимо провести тест

- верхняя брыжеечная, желудочно-сальниковая
- общая почечная, диафрагмальная, гепатоколическая, ободочная, сигмоидальная, венечная
- общая печеночная, желудочные, желудочно-двенадцатиперстная и желудочно-сальниковая
- желудочно-двенадцатиперстная, ободочная, мезентериальная, колическая

Результаты обследования

Для дополнительного подтверждения предполагаемой соматической дисфункции в положении пациентки лежа на спине можно провести диагностический тест

- верхняя брыжеечная, желудочно-сальниковая
- общая почечная, диафрагмальная, гепатоколическая, ободочная, сигмоидальная, венечная
- общая печеночная, желудочные, желудочно-двенадцатиперстная и желудочно-сальниковая
- желудочно-двенадцатиперстная, ободочная, мезентериальная, колическая

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра можно предположить локальную соматическую дисфункцию левой

- верхняя брыжеечная, желудочно-сальниковая
- общая почечная, диафрагмальная, гепатоколическая, ободочная, сигмоидальная, венечная
- общая печеночная, желудочные, желудочно-двенадцатиперстная и желудочно-сальниковая
- желудочно-двенадцатиперстная, ободочная, мезентериальная, колическая

Наиболее корректно состояние пациентки отражает остеопатическое заключение

- верхняя брыжеечная, желудочно-сальниковая
- общая почечная, диафрагмальная, гепатоколическая, ободочная, сигмоидальная, венечная
- общая печеночная, желудочные, желудочно-двенадцатиперстная и желудочно-сальниковая
- желудочно-двенадцатиперстная, ободочная, мезентериальная, колическая

Остеопатическое заключение

По результатам дообследования врач выявил у пациентки наличие фиксации твердой мозговой оболочки на уровне L2-L1. При коррекции соматической дисфункции региона твердой мозговой оболочки (в виде фиксации на уровне соответствующего позвоночно-двигательного сегмента) необходимо предать положение пациентке лежа на

- верхняя брыжеечная, желудочно-сальниковая
- общая почечная, диафрагмальная, гепатоколическая, ободочная, сигмоидальная, венечная
- общая печеночная, желудочные, желудочно-двенадцатиперстная и желудочно-сальниковая

- желудочно-двенадцатиперстная, ободочная, мезентериальная, колическая

Далее врач просит сделать глубокий

- выдох, а затем глубокий вдох в три этапа
- выдох, затем глубокий выдох и присесть на кушетке
- вдох, а на выдохе задержать дыхание на максимально возможное время
- вдох, а на выдохе покашлять

Наиболее часто классическая коррекция соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости» техниками мышечных энергий производится в положении пациента

- лежа на боку, противоположном от стороны дисфункции
- лежа на спине
- лежа на животе
- сидя на кушетке

При коррекции соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости» применяется + _____ + мышечно-энергетическая техника

- изолитическая
- изокинетическая
- постизометрическая
- изотоническая

Для пациентки с эпидуральной анестезией в анамнезе наиболее полезным будет являться упражнение с

- прогибанием спины
- выгибанием спины
- ротацией в поясничном отделе
- наклонами головы в стороны

Височно-нижнечелюстной сустав является

- плоским
- мыщелковым
- шаровидным
- чашеобразным

Натянута в сагиттальной плоскости между диафрагмой и выпуклой поверхностью печени + _____ + связка

- плоским
- мыщелковым
- шаровидным
- чашеобразным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в санаторно-курортное учреждение обратился мужчина 37 лет.

Жалобы

На периодическое ощущение дискомфорта в правой половине грудной клетки на уровне правой лопатки, чувство нехватки воздуха при физической нагрузке, снижение работоспособности в течение нескольких месяцев

Анамнез заболевания

Начало заболевания связывает с перенесенным 5 месяцев назад воспалением легких.

Представлен выписной эпикриз из стационара, диагноз: «Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония (*Str.pneumoniae*) VI, IX, X сс, тяжелое течение. Осложнения: Экссудативный плеврит. Дыхательная недостаточность II степени.» После выписки чувствовал себя удовлетворительно, проходил курс физиотерапевтического, санаторно-курортного лечения. Вышеописанные жалобы беспокоили пациента периодически. Обследован терапевтом, установлен диагноз: «Астенический синдром после перенесенной пневмонии».

Анамнез жизни

Работает менеджером по продажам в торговом центре. Живет в отдельной квартире, социально благополучен. Вредные привычки отрицает. Контакты с инфекционными больными в течение 2 месяцев отрицает. Перенесенные заболевания: ангина, острый гайморит, пневмония (2019 г.). Хронические заболевания: отрицает. На диспансерном учете состоит у пульмонолога. Травмы: перелом лучевой кости в детстве. Оперативные вмешательства: отрицает. Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: не отягощен. Страховой анамнез: листок нетрудоспособности в связи с перенесенным заболеванием (пневмонией) закрыт, признан трудоспособным. Наследственные заболевания: сахарный диабет у отца.

Объективный статус

Соматический статус: Пациент в сознании, на вопросы отвечает правильно, ориентирован в пространстве и во времени. Эмоционально стабилен. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, температуры, влажности, эластичности. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, влажные. Доступные пальпации периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание свободное, над легкими везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Пульс – 72 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 126/74 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика активная. Физиологические отправления в норме (со слов). Остеопатический статус: При обследовании было выявлено: Правое надплечье и нижний угол правой лопатки расположен ниже, чем слева. Экскурсия грудной клетки несколько ограничена справа в нижних отделах. Отведение правой верхней конечности ограничено до 145°. При выполнении теста трансляции выявлено ограничение трансляции в грудном отделе позвоночника. При выполнении теста «трех объемов» выявлено ограничение смещаемости структурного и висцерального компонентов торакального объема как в вентральном, так и в дорсальном направлении. Отмечается нарушение проведения в грудном регионе торакального ритмического импульса и ригидность региона. Ограничение движения 6, 7, 8, 9 ребер справа на вдохе при отсутствии изменения позиционных признаков ребер. При исследовании краниального ритмического импульса: частота 5-6 в 1 минуту, амплитуда {plus} {plus}, сила {plus} {plus}. При тестировании региона твердой мозговой оболочки выявлено наличие асинхронизма, уровень фиксации – кранио-цервикальный переход.

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методам относятся

- плоским
- мышцелковым
- шаровидным
- чашеобразным

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции лабораторным методам относится

- плоским
- мышцелковым
- шаровидным
- чашеобразным

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра наиболее вероятной является соматическая дисфункция

- плоским
- мышцелковым
- шаровидным
- чашеобразным

Диагноз

Ограничение отведения правой верхней конечности до 145° в данном случае (при отсутствии жалоб пациента) можно объяснить

- мышечно-фасциальным напряжением боковой поверхности грудной клетки, мышц задней и боковой поверхности грудной клетки
- наличием остеохондроза шейного и грудного отдела позвоночника
- наличием артрита плечевого сустава
- синдромом лестничных и трапециевидных мышц

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион головы (1 балл), грудной регион, структуральная составляющая (2 балла), висцеральная составляющая (1 балл), регион ТМО (1балл)) и локальные соматические дисфункции: внутренняя ротация подвздошной кости справа (хроническая). Наиболее корректно отражает состояние пациента вариант остеопатического заключения

- мышечно-фасциальным напряжением боковой поверхности грудной клетки, мышц задней и боковой поверхности грудной клетки
- наличием остеохондроза шейного и грудного отдела позвоночника
- наличием артрита плечевого сустава
- синдромом лестничных и трапециевидных мышц

Вышеописанная техника коррекции данной соматической дисфункции выбрана

- неверно, так как техникой коррекции является следующая: + «Исходное положение пациента: лежа на здоровом боку. + Исходное положение врача: стоя за головой

пациента. + Врач каудальной рукой фиксирует ребра. Цефалической рукой подхватывает снизу «верхнее» плечо пациента. На вдохе врач фиксирует каудальную руку. На выдохе пациент совершает серию кашлевых толчков, после чего, задерживает дыхание, а врач совершает цефалическую тракцию плеча от фиксированных ребер. Маневр повторяется несколько раз. Ретестирование.»

- неверно, так как предложенная техника используется с целью коррекции соматической дисфункции «задний подвывих головки ребра»
- неверно, так как предложенная техника используется с целью коррекции соматической дисфункции ребер на вдохе
- верно, так как предназначена для коррекции соматической дисфункции VI, VII, VIII, IX ребер на выдохе

К основным причинам развития соматической дисфункции ребер на выдохе относят

- инфаркт паренхиматозных органов
- поражение ребер на фоне туберкулиновой инфекции
- первичное поражение ребер в результате травмы, вторичное поражение ребер в результате повреждения опорно-двигательного аппарата или внутренних органов
- отравления, инфекционные и аутоиммунные заболевания

Противопоказаниями для проведения остеопатической коррекции соматической дисфункции ребра на выдохе являются

- * хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии, + * бронхиальная астма аллергического генеза в стадии ремиссии, + * бронхоэктатическая болезнь вне обострения
- * изменение показателей внешнего дыхания, + * снижение объема жизненной емкости легких, + * частые обострения хронического обструктивного бронхита, + * дегенеративно-дистрофическое заболевание грудного отдела позвоночника, осложненное грыжеобразованием (грыжи Шморля)
- * острые травмы, сопровождающиеся кровотечением, переломами ребер, повреждением кожных покровов и внутренних органов, + * острые заболевания (инфекционного или неинфекционного происхождения), + * обострение течения любого хронического заболевания внутренних органов
- * хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии, + * туберкулез легких (открытая форма) в анамнезе, + * лобэктомия в анамнезе по поводу абсцесса доли легкого

Биомеханика движения ребра зависит от

- наличия соединения с грудиной
- расположения поперечного отростка позвонка, с которым соединяется ребро
- наличия гребешка на суставной поверхности головки ребра
- расположения по отношению к вышележащему ребру

Атипичными ребрами являются

- I, II, III
- X, XI, XII
- VIII, IX, X
- I, XI, XII

К соматическим дисфункциям ребер, сопровождающимся ограничением только вдоха, относят

- «задний подвывих головки ребра» и «дисфункция ребра на выдохе»
- «дисфункция ребра на вдохе»
- «дисторсия ребра» и «компрессия ребра»
- «передний подвывих головки ребра»

Соединения ребра с позвонками функционируют как единый комбинированный сустав, ось вращения которого проходит

- «задний подвывих головки ребра» и «дисфункция ребра на выдохе»
- «дисфункция ребра на вдохе»
- «дисторсия ребра» и «компрессия ребра»
- «передний подвывих головки ребра»

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась пациентка 35 лет.

Жалобы

на ноющие боли средней интенсивности с преимущественной локализацией в межлопаточной области с иррадиацией в правую переднюю поверхность грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе и во время физической нагрузки.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки боли появились 4 дня назад. Накануне отдыхала с семьей на пляже, активно плавала, играла в бадминтон и волейбол. Утром следующего дня почувствовала болезненность в межлопаточной области, больше справа. За амбулаторной помощью не обращалась.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРЗ (редко), последнее заболевание более 3-х лет назад.

Хронические заболевания: Остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника.

Последнее обследование МРТ 3 месяца назад (Картина дегенеративно-дистрофических изменений шейного и грудного отделов позвоночника. Протрузии дисков С4-С7.

Протрузии дисков Th3-Th4, Th7-Th8, Th8-Th10, Th11-Th12. Умеренно выраженный спондилез.). На диспансерном учете состоит у невролога. Травмы: отрицает. Оперативные вмешательства: отрицает. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные. Контрацепция барьерная. Беременностей – 1, роды – 1 срочные в 2016 году, без осложнений. Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки – консервативное лечение. Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает.

Аллергологический анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: не отягощен.

Страховой анамнез: работает мастером маникюра, листов нетрудоспособности за последний год не было. Наследственные заболевания: инфаркт миокарда у матери.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 115/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах.

Физиологические отправления в норме (со слов). При остеопатическом осмотре: Флексионный тест стоя отрицательный (-) + Флексионный тест положительный сидя справа (++) + При трансляции грудного отдела позвоночника в положении сидя выявлено ограничение трансляции влево. При выполнении теста трех объемов ограничено смещение висцерального компонента верхнего абдоминального объема дорсально, и выявлено ограничение смещаемости структурального компонента торакального объема как в вентральном, так и в дорсальном направлении. + При дальнейшем обследовании пациентки выявлена трансляция С3-С5 влево, ригидность региона шеи и нарушение проведения в нем торакального ритмического импульса. Ригидность крестцово-подвздошного сочленения справа. При форсированном дыхании выявлено ограничение амплитуды выдоха в правой половине грудной клетки.

Необходимым для постановки диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методом является

- «задний подвывих головки ребра» и «дисфункция ребра на выдохе»
- «дисфункция ребра на вдохе»
- «дисторсия ребра» и «компрессия ребра»
- «передний подвывих головки ребра»

Результаты обследования

Учитывая жалобы пациентки, данные анамнеза и объективного осмотра, с целью уточнения остеопатического статуса и определения тактики лечения, необходимо провести дополнительные специфические тесты в

- «задний подвывих головки ребра» и «дисфункция ребра на выдохе»
- «дисфункция ребра на вдохе»
- «дисторсия ребра» и «компрессия ребра»
- «передний подвывих головки ребра»

Результаты обследования

Завершив остеопатический осмотр, врач диагностировал региональные (регион шеи, структуральная составляющая (1 балл), регион грудной, структуральная составляющая (2 балла), регион поясничный, висцеральная составляющая (1 балл), регион таза, структуральная составляющая (1 балл)) соматические дисфункции и локальную (острую) дисфункцию R5 справа (передний подвывих головки ребра). Наиболее корректно отражает состояние пациентки вариант остеопатического заключения

- «задний подвывих головки ребра» и «дисфункция ребра на выдохе»
- «дисфункция ребра на вдохе»
- «дисторсия ребра» и «компрессия ребра»
- «передний подвывих головки ребра»

Диагноз

Для коррекции выявленной соматической дисфункции переднего подвывиха R5 справа необходимо использовать + _____ + тип мышечно-энергетической техники

- изотонический
- изокинетический

- изолитический
- изометрический

Техника коррекции соматической дисфункции «передний подвывих головки ребра» осуществляется в положении пациента

- лежа на левом боку
- лежа на животе
- лежа на спине
- сидя на кушетке

При выполнении техники коррекции переднего подвывиха головки ребра R5 справа для выхода на мышечный барьер требуется посадить пациента. Используя правую верхнюю конечность пациента, врач набирает параметры для выхода на мышечный барьер. Первый палец правой руки в контакте с внутренним отделом заднего угла R5. Левая рука врача поддерживает правый локоть пациента. Врач добавляет легкое движение ротации до ощущения движения на ребре. Врач просит пациента толкать локоть + _____ + 3 секунды против сопротивления врача, а врач выигрывает в достижении нового барьера, толкая угол ребра латерально через 3 секунды, повторяя действия 3-4 раза. Ретестирование.

- вверх и кнутри
- вниз и кнаружи
- медиально (внутрь и книзу)
- латерально (кнаружи и вверх)

При коррекции соматической дисфункции переднего подвывиха головки ребра для корректного выхода на барьер необходимо также совершить + _____ + в грудном отделе позвоночника до уровня дисфункционального ребра и ротацию в + _____ + сторону

- флексию; в свою
- флексию; противоположную
- экстензию; противоположную
- экстензию; в свою

Соматическими дисфункциями ребер, при которых происходит ограничение подвижности ребра только на выдохе, являются соматические дисфункции

- ребра на выдохе и задний подвывих головки ребра
- «дисторсия ребра» и «компрессия ребра»
- «компрессия ребра» и передний подвывих головки ребра
- I, XI, XII ребер

С учетом данных анамнеза и объективного осмотра пациентке

- требуется консультация узкого специалиста – травматолога
- не требуется консультация узких специалистов
- требуется консультация узкого специалиста – терапевта
- требуется консультация узкого специалиста – невролога

Рекомендации пациентке по образу жизни после остеопатического приема будут включать

- обязательное посещение плавательного бассейна ежедневно
- ограничение физических нагрузок на ближайшие 2-3 дня после приема
- соблюдение диеты с умеренным ограничением потребляемой жидкости (до 1 литра в сутки)
- сон лежа на животе в ближайшие 2-3 дня после приема

Повторный остеопатический прием данной пациентке показан через + ____ + дней

- 2-5
- 30-40
- 18-20
- 7-10

Мышечно-энергетические техники относятся к + _____ + техникам коррекции соматических дисфункций

- 2-5
- 30-40
- 18-20
- 7-10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-osteопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился пациент 29 лет.

Жалобы

На ноющие боли правом голеностопном суставе, усиливающиеся при ходьбе.

Анамнез заболевания

Появились боли после падения с велосипеда 5 дней назад, неловко подвернул ногу.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ (1-2 раза в год), ангина. Хронические заболевания: хроническая герпетическая инфекция с локализацией в наружном слуховом проходе с редкими рецидивами (1 раз в год), на диспансерном учете не состоит. Травмы, оперативные вмешательства: отрицает. Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: не отягощен. Страховой анамнез: листков нетрудоспособности за последний год не было. Наследственные заболевания: отрицает.

Объективный статус

Соматический статус. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 120/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, равномерно принимает участие в акте дыхания, не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме (со слов). Остеопатический статус. При обследовании было выявлено: Флексионный тест стоя (+) положительный. Флексионный тест сидя (-) отрицательный. Тест ригидности суставов нижних конечностей: ограничение

подвижности в правом голеностопном суставе (латеральной лодыжки), ограничение подвижности межкостной мембраны правой голени, ограничение объема движения в правом тазобедренном суставе.

Необходимым для подтверждения предполагаемого диагноза и дальнейшего принятия решения о возможности остеопатической коррекции инструментальным методом исследования является

- 2-5
- 30-40
- 18-20
- 7-10

Результаты обследования

Необходимым для уточнения предполагаемого диагноза и принятия решения о возможности остеопатической коррекции лабораторным исследованием является

- 2-5
- 30-40
- 18-20
- 7-10

Результаты обследования

Для выявления у данного пациента дисфункции и точного ее определения целесообразно дополнительно провести тест

- 2-5
- 30-40
- 18-20
- 7-10

Результаты обследования

По результатам анамнеза и представленных данных остеопатического осмотра можно предположить локальную соматическую дисфункцию

- переднее смещение головки правой малоберцовой кости
- заднее смещение головки правой малоберцовой кости
- переднее смещение наружной лодыжки справа – острая
- заднее смещение наружной лодыжки справа – острая

Данную соматическую дисфункцию в первую очередь необходимо дифференцировать с

- переднее смещение головки правой малоберцовой кости
- заднее смещение головки правой малоберцовой кости
- переднее смещение наружной лодыжки справа – острая
- заднее смещение наружной лодыжки справа – острая

Техника выбрана

- неправильно и предназначена для коррекции дисфункции «заднее смещение наружной лодыжки»
- правильно и предназначена для коррекции дисфункции «переднее смещение наружной лодыжки»
- правильно, но необходимо не менее 5 раз повторять описанный маневр
- неправильно и предназначена для коррекции дисфункции «переднее смещение таранной кости»

При выполнении коррекции соматической дисфункции «переднее смещение наружной лодыжки» критерием эффективного проведения техники будет появление

- свободы движения в вентральном направлении
- ощущения тепла и кожной реакции в виде гиперемии
- «щелчка» в суставе
- свободы движения в дорзальном направлении

После приема данному пациенту целесообразно рекомендовать

- полноценное функциональное использование голеностопного сустава
- использовать при ходьбе жесткий фиксатор на голеностопный сустав
- ограничение физических нагрузок на голеностопный сустав
- занятия спортом не более 1 раза в неделю

Повторный прием данному пациенту показан через + _____ + дней

- 7-10
- 25-30
- 40-45
- 3-5

Выделяют соматические дисфункции тазобедренного сустава + _____ + бедренной кости

- наружная и внутренняя ротация головки
- наружная и внутренняя трансляция
- компрессия и дистракция головки
- переднее и заднее смещение головки

В связке головки бедра (лат. *ligamentum capitis femoris*), находящейся внутри суставной капсулы, проходят + _____ + головки бедренной кости

- гаустры
- мышечные волокна
- нервы
- сосуды

В рамках обследования тазобедренного сустава применяется ортопедический тест «F.A.B.E.R.E». Данный тест является положительным в случае

- гаустры
- мышечные волокна
- нервы

- сосуды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратился мужчина 40 лет.

Жалобы

На боли в области грудины и ключицы справа, ощущение онемения в этой области.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, два дня назад он упал при катании на горных лыжах. Упал на лыжную палку. При падении палка попала под дистальную часть ключицы. С этого момента беспокоят боли в области грудины и ключицы справа.

Анамнез жизни

Регулярно занимается спортом в течении последних 10 лет, в основном в фитнес-клубе. Эпизодически беспокоят боли разной локализации, связывает их с тем, что нарушает режим тренировок и берет «вес» больший, чем необходимо. Боли проходят самостоятельно в течение 2-3 дней на фоне местного применения обезболивающих мазей. Не обследовался, за медицинской помощью не обращался. Перенесенные заболевания: ОРВИ (1-2 раза в год). Хронические заболевания: отрицает. Лекарственные препараты в постоянном режиме не принимает. Аллергологический анамнез: не отягощен. Эпидемиологический анамнез: не отягощен. Страховой анамнез: листков нетрудоспособности за последний год не было. Наследственные заболевания: инфаркт миокарда у бабушки

Объективный статус

Кожные покровы чистые, влажные. Видимые слизистые оболочки чистые, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов на момент осмотра нет. АД – 120/72 мм рт.ст., пульс – 78 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме (со слов). При остеопатическом осмотре врач отметил: + Разнонаправленную ротацию таза и плечевого пояса относительно друг друга. + Флексионный тест стоя (-) отрицательный. + Флексионный тест сидя (+) положительный справа. + Ригидность сочленений таза. + Ограничение смещаемости висцеральных масс нижнего этажа брюшной полости вправо. + Выраженную ригидность грудинно-ключичного и акромиально-ключичного сочленений справа. + Ограничение трансляции в шейном отделе позвоночника влево. + Ограничение трансляции висцерального ложа шеи влево. + Снижение амплитуды движения затылочной кости.

Для уточнения предполагаемого диагноза и дальнейшего принятия решения о возможности остеопатической коррекции необходимо провести

- гаустры
- мышечные волокна
- нервы
- сосуды

Результаты обследования

Для уточнения диагноза пациенту показана консультация

- гаустры
- мышечные волокна
- нервы

- сосуды

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза и проведенного остеопатического осмотра, можно предположить у пациента наличие острой локальной соматической дисфункции

- гаустры
- мышечные волокна
- нервы
- сосуды

После осмотра пациента и проведения необходимых диагностических тестов врач сформулировал остеопатическое заключение (изображение 1). + Доминирующей в данной ситуации будет являться соматическая дисфункция

- гаустры
- мышечные волокна
- нервы
- сосуды

Диагноз

При проведении специфической диагностики было выявлено более дорсальное положение проксимального конца правой ключицы относительно левой. По данным динамического теста - ограничение подвижности проксимального конца правой ключицы в цефалическом направлении. Это может свидетельствовать о соматической дисфункции ключицы в + _____ + положении

- нижнем
- верхнем
- задней
- переднем

Учитывая наличие у пациента болевых ощущений в области ключицы, наиболее целесообразно провести коррекцию выявленной соматической дисфункции ключицы в нижнем положении с использованием + _____ + техники

- мягкотканной мобилизационной
- артикуляционной
- трастовой
- мышечно-энергетической

При коррекции соматической дисфункции ключицы в нижнем положении используется мышечно-энергетическая + _____ + техника

- изотоническая
- постизометрическая
- изолитическая
- изокинетическая

Для коррекции соматической дисфункции ключицы в нижнем положении врач разместит пациента на кушетке

- лежа на спине
- лежа боку
- лежа на животе
- сидя

Врач выполнил следующую технику для коррекции соматической дисфункции ключицы в нижнем положении. + Пациент: лежит на спине у края стола со стороны коррекции. + Врач: стоит лицом к голове пациента. + Медиальная рука врача гороховидной костью контактирует с ГКС, пальцы в надключичном пространстве. Предплечье расположено спереди-назад и изнутри-кнаружи. Латеральная рука врача: кисть расположена под плечом, на лопатке. Вся рука плотно фиксирует руку пациента. Его предплечье между головой и плечом врача. Техника: за счет экстензии своего тела врач переводит плечо пациента в флексию, пациент старается опустить плечо на стол, врач создает противоупор на лопатке, упор на ГКС назад и кнаружи (3 сек). Далее пауза с расслаблением, врач набирает параметры и повторяет маневр трехкратно. Техника выбрана

- правильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции ключицы в нижнем положении
- неправильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции ключицы в заднем положении
- неправильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции ключицы в верхнем положении
- неправильно и предназначена для коррекции соматической дисфункции ключицы в переднем положении

Грудинно-ключичный сустав является

- шаровидным
- блоковидным
- плоским
- седловидным

Движение в грудинно-ключичном суставе возможно вокруг + _____ + осей

- вертикальной, сагиттальной и горизонтальной
- вертикальной, сагиттальной и продольной
- горизонтальной и сагиттальной
- вертикальной и горизонтальной

Наилучшим образом провести диагностику мышечно-связочного аппарата сустава при инструментальном исследовании возможно при помощи

- компьютерной томографии
- рентгенографии
- ультразвукового исследования
- магнитно-резонансной томографии

