MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Остеопатия

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 1 | Вопросов: 12

Сформировано: 21.11.2026, 02:04 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1 Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2 Источник материалов - ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

Официальный сайт fmza.ru ›

3 Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

Открыть репетиционный экзамен ›

4 Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- **medikcase.ru**
- Telegram: @medikcase
- **support@medikcase.ru**

Сайт

Telegram

Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Остеопатия · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

На прием к врачу-остеопату в амбулаторно-поликлиническое учреждение обратилась женщина 28 лет.

1.2. 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.

1.3. 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.

1.4. 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.

1.5. 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 «++» 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 C0-C1, C3-C4, C4-C5. +
При оценке краниосакральной системы определяется асинхронизм в движении затылочной кости и крестца.

1. План обследования

Вопрос 1

Методами исследования, которые целесообразно провести в данной клинической ситуации для уточнения диагноза, являются

1. **дуплексное сканирование сосудов головы и шеи**
2. липидограмма
3. биохимический анализ крови
4. компьютерная томография височных костей
5. **магнитно-резонансная томография головного мозга**
6. электроэнцефалограмма

Правильные ответы:
1 - дуплексное сканирование сосудов головы и шеи
5 - магнитно-резонансная томография головного мозга

ОБОСНОВАНИЕ

У пациентки имеются периодические эпизоды головокружения, беспокоящие ее с детства. Ранее прицельно по данному поводу не обследовалась. В данной ситуации целесообразно рекомендовать консультацию невролога и проведение дообследования – МРТ головного мозга с целью исключить врожденную патологию или аномалию развития головного мозга; дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов – оценка размеров сосудов, геометрии, верификация вертеброгенных влияний.

Остеопатическая диагностика соматических дисфункций. Клинические рекомендации/ Коллектив авторов. — СПб.: «Невский ракурс», 2015. — 90 с. – стр. 35

Основы остеопатии (под ред. Д.Е. Мохова). Учебник для ординаторов. М. Изд. группа: Гэотар, 2020г. – 398с. – стр. 249-250

Неврология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018 – 688с., стр. 186-196

У пациентки имеются периодические эпизоды головокружения, беспокоящие ее с детства. Ранее прицельно по данному поводу не обследовалась. В данной ситуации целесообразно рекомендовать консультацию невролога и проведение дообследования – МРТ головного мозга с целью исключить врожденную патологию или аномалию развития головного мозга; дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов – оценка размеров сосудов, геометрии, верификация вертеброгенных влияний.

Остеопатическая диагностика соматических дисфункций. Клинические рекомендации/ Коллектив авторов. — СПб.: «Невский ракурс», 2015. — 90 с. – стр. 35

Основы остеопатии (под ред. Д.Е. Мохова). Учебник для ординаторов. М. Изд. группа: Гэотар, 2020г. – 398с. – стр. 249-250

Неврология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018 – 688с., стр. 186-196)

3. Результаты обследования

3.1. Магнитно-резонансная томография головного мозга

Вид исследования: МРТ головного мозга.

Описание: в/в контрастирование Омнискан 20 мл – без патологической реакции. +
Зон патологического накопления контрастного вещества не выявлено. +
В белом веществе правой лобной доли головного мозга определяется единичный очаг гиперинтенсивного МР-сигнала на Т2-FLAIR-ВИ, не накапливающий контрастное вещество, размерами – 1×5 мм (вероятнее всего, сосудистого генеза). Серое и белое вещество головного мозга дифференцируется. Срединные структуры головного мозга не смещены. Желудочки мозга типично расположены, не расширены: четвертый желудочек – 12 мм, третий – 3 мм, боковые желудочки симметричны, до 3 мм (индекс 7 - норма). Гипофиз нормальных размеров, с неизмененной интенсивностью МР-сигнала. Цистерны основания симметричны, не расширены. Сильвиевы щели и конвекситальные борозды симметричны, не расширены. Патологических образований в области мостомозжечковых углов не выявлено. Глазные яблоки симметричны, без особенностей. Глазодвигательные мышцы симметричны, МР-сигнал от них не изменен. Зрительные нервы симметричны, нормальных размеров, ретробульбарная клетчатка без особенностей. Хиазма без особенностей. В основании левой гайморовой пазухи кистовидная структура, размерами 16×15×18 мм. Жидкости в пазухах не выявлено.

Заключение: Острой патологии ЦНС не выявлено. Единичный очаг в правой лобной доле головного мозга, вероятнее всего, сосудистого характера.

3.2. Дуплексное сканирование сосудов головы и шеи

Заключение: +
Сонные артерий (ОСА, ВСА и НСА) нормального размера, без деформации хода. Скоростные показатели в пределах средневозрастных норма.
Внутренние яремные вены не дилатированы, кровоток сохранен. +
Позвоночные артерии (ПА) диаметром: до 3,8 мм слева и до 2,5 мм справа («малая позвоночная артерия»). Непатологическая извитость левой и правой ПА в V1 сегменте С-образная. Лоцировать устья обеих ПА не удалось. +
Непрямолинейность хода обеих ПА в V2 сегменте с умеренно выраженными угловыми деформациями ПА между С3-С4-С5 позвонками и признаками вертеброгенных влияний на данном уровне на обе ПА, без снижения скоростных показателей в V3 сегментах по обеим ПА по сравнению с V1 сегментами. Скоростные показатели по ПА в V2-V3 сегментах в пределах возрастной нормы, без значимой асимметрии. +
Незначительная дилатация позвоночных вен с двух сторон – косвенные признаки венозной дисциркуляции в ВББ. +
Кровоток по подключичным артериям магистрального типа с двух сторон.

Вопрос 2

По результатам остеопатического осмотра у пациентки выявлено укорочение левой нижней конечности. Для дифференциальной диагностики анатомического и функционального укорочения нижней конечности необходимо провести тест

1. Фукуды
2. Жилетта
3. **«5 линий»**
4. «шага вперед»

Правильный ответ:
3 - «5 линий»

ОБОСНОВАНИЕ

На основании данных остеопатического осмотра можно заподозрить у пациентки анатомическое укорочение левой нижней конечности или функциональное ее укорочение. Для дифференциальной диагностики применяется визуальный тест «5 линий». При анатомическом укорочении нижней конечности тест будет положительным, то есть все оцениваемые линии будут параллельны друг другу, но не параллельны полу

«Диагностика и коррекция соматических дисфункций костей таза мышечно-энергетическими техниками». Учебное пособие /А.С. Могельницкий, Д.Б. Мирошниченко, И.Б. Мизонова – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. – 72с., стр. 38-39

5. Результаты обследования

5.1. Тест «5 линий»

В положении стоя все линии не параллельны друг другу и не параллельны полу (тест отрицательный)

5.2. Тест Жилетта

Тест слабо положительный слева

6. Дополнительная информация

При осмотре врач обратил внимание на следующие находки. +
Разнонаправленную ротацию таза и плечевого пояса относительно друг друга. +
Флексионный тест стоя «++» слева. +
Флексионный тест сидя отрицательный с 2х сторон. +
Тест «5 линий» отрицательный. +
Укорочение левой ноги на 1 см. Передняя верхняя подвздошная ость (ПВПО) слева находится вентро-каудальнее, чем справа.

Вопрос 3

Для дополнительного подтверждения предполагаемой соматический дисфункции в положении пациентки лежа на спине можно провести диагностический тест

1. **Даунинга на удлинение нижней конечности слева**
2. Патрика-Фабера
3. Девболовски
4. ригидности крестцово-подвздошных суставов (КПС) через передне-верхние ости подвздошных костей

Правильный ответ:
1 - Даунинга на удлинение нижней конечности слева

ОБОСНОВАНИЕ

По представленным данным у пациентки может иметь место восходящий тип дисфункции. Результаты теста «5 линий» позволили исключить из предполагаемых находок анатомическое укорочение нижней конечности (в данной ситуации слева).

Укорочение нижней конечности может быть при соматической дисфункции подвздошной кости (укорочение при соматической дисфункции подвздошной кости в задней ротации), при соматической дисфункции лонной кости (передне-нижнее смещение). В данной ситуации у нас имеет место несовпадение положения левой подвздошной кости и длины левой нижней конечности. Можно подозревать наличие соматической дисфункции лонной кости.

В рамках обследования пациента (в положении лежа на спине) при наличии укорочения нижней конечности и подозрении на дисфункцию подвздошной кости / лонной кости используется тест на функциональное удлинение /укорочение нижней конечности.

«Диагностика и коррекция соматических дисфункций костей таза мышечно-энергетическими техниками». Учебное пособие /А.С. Могельницкий, Д.Б. Мирошниченко, И.Б. Мизонова – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. – 72с., стр. 40-41

8. Результаты обследования

8.1. Тест Даунинга на удлинение нижней конечности слева

Тест отрицательный – удлинения конечности не отмечается

8.3. Тест ригидности крестцово-подвздошных суставов (КПС) через передне-верхние ости подвздошных костей

Справа КПС более жесткий, чем слева

2. Диагноз

Вопрос 4

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

1. подвздошной кости в передней ротации
2. подвздошной кости в задней ротации
3. **лонной кости в переднее-нижнем положении**
4. лонной кости в заднее-верхнем положении

Правильный ответ:
3 - лонной кости в переднее-нижнем положении

ОБОСНОВАНИЕ

Флексионный тест «++» слева в положении стоя и отрицательный в положении сидя свидетельствует о наличии восходящей дисфункции. А совокупность факторов в виде вентро-каудального положения ПВПО слева, укорочения левой ноги, отрицательного теста Даунинга на удлинение конечности свидетельствуют об изменении положения лонной кости в переднее-нижнем положении.

«Диагностика и коррекция соматических дисфункций костей таза мышечно-энергетическими техниками». Учебное пособие /А.С. Могельницкий, Д.Б. Мирошниченко, И.Б. Мизонова – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. – 72с. , стр. 53-54

10. 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.

Вопрос 5

Наиболее корректно состояние пациентки отражает остеопатическое заключение

1.
2.
3.
4.

Правильный ответ:
вариант 2

ОБОСНОВАНИЕ

Выставление доминирующей соматической дисфункции подчиняется общим принципам, когда глобальные нарушения преобладают над региональными, а региональные – над локальными. Исключение из данной системы возможно в случае наличия острой локальной соматической дисфункции. В последнем случает острая локальная соматическая дисфункция может быть вынесена в доминирующую даже при наличии у пациента соматических дисфункций глобального и регионального уровней. +
В данной ситуации по результатам осмотра глобальных соматических дисфункций и острых локальных соматических дисфункций у пациентки не выявлено, значит в доминирующую выносится одна из региональных дисфункций, наиболее выраженная на данный момент. +
Наиболее выраженным оказалось региональное биомеханическое нарушение, регион твердой мозговой оболочки.

Методология клинического остеопатического обследования. Учебное пособие / Д.Е. Мохов, В.О. Белаш – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. – 80 с. – стр. 71-72.

Основы остеопатии (под ред. Д.Е. Мохова). Учебник для ординаторов. М. Изд. группа: Гэотар, 2020г. – 398с. – стр. 180

12. Остеопатическое заключение

<table>
<tr><th>Уровень\Нарушение</th><th>Биомеханическое
1бл /2 бл / 3бл</th><th>Ритмогенное
1 бл / 2бл /3бл</th><th>Нейродинамическое
1 бл / 2бл /3бл</th></tr>
<tr><td>Глобальный</td><td>1 2 3</td><td>Краниал. 1 2 3
Кардиал. 1 2 3
Дыхательн. 1 2 3</td><td>ПВС: 1 2 3
Постурал. 1 2 3</td></tr>
<tr><td>Региональный</td><td>Регион: сома
Головы 12 3
Шеи 1 23
Верх.конеч . 1 2 3
Грудной 1 2 3
Поясничный 1 2 3
Таза 1 2 3
Нижн. конечн. 1 2 3
ТМО 1 2 3</td><td>висцера

1 2 3

1 2 3
1 2 3
12 3</td><td>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 - Th5 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</td></tr>
<tr><td>Локальный</td><td colspan="3">Указываются отдельные соматические дисфункции (хронические): ВНЧС справа, связки печени, C0-C1, C3-C4, C4-C5, лонная кость слева</td></tr>
<tr><td colspan="4">Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция, регион твердой мозговой оболочки</td></tr>
</table>

Text

3. Лечение

Вопрос 6

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

1. **боку, приведя согнутые в коленях ноги к груди и наклонив голову к коленям**
2. животе так, чтобы стопы свисали за край стола
3. боку в положении «полупрокубитас»
4. боку с выпрямленными ногами и выравненной спиной в одну линию

Правильный ответ:
1 - боку, приведя согнутые в коленях ноги к груди и наклонив голову к коленям

ОБОСНОВАНИЕ

В таком положении максимально открываются межостистые промежутки и натягивается твердая мозговая оболочка, что облегчает выполнение техники.

Анатомо-физиологические особенности твердой мозговой оболочки и гемоликвородинамики. Остеопатический подход к диагностике и коррекции соматических дисфункции ТМО. Учебное пособие / Е. Е. Ширяева, К. А. Строганова, И. Г. Юшманов – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. – 40 с., стр. 30-38

14. Дополнительная информация

Врач проводит коррекцию соматической дисфункции твердой мозговой оболочки (в виде фиксации на уровне соответствующего позвоночно-двигательного сегмента). Укладывает пациентку на бок, просит её привести согнутые в коленях ноги к груди и наклонить голову к коленям. Захватывает цефалической рукой остистый отросток L2, а каудальную руку продольно кладет на крестец.

Вопрос 7

Далее врач просит сделать глубокий

1. выдох, а затем глубокий вдох в три этапа
2. вдох, а на выдохе задержать дыхание на максимально возможное время
3. выдох, затем глубокий выдох и присесть на кушетке
4. **вдох, а на выдохе покашлять**

Правильный ответ:
4 - вдох, а на выдохе покашлять

ОБОСНОВАНИЕ

Момент кашля создает напряжение между крестцом и Th12 для создания максимального растяжения на уровне фиксации ТМО.

Анатомо-физиологические особенности твердой мозговой оболочки и гемоликвородинамики. Остеопатический подход к диагностике и коррекции соматических дисфункции ТМО. Учебное пособие / Е. Е. Ширяева, К. А. Строганова, И. Г. Юшманов – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. – 40 с, стр. 30-38

Вопрос 8

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

1. сидя на кушетке
2. **лежа на спине**
3. лежа на боку, противоположном от стороны дисфункции
4. лежа на животе

Правильный ответ:
2 - лежа на спине

ОБОСНОВАНИЕ

В положении лежа на спине можно выйти на оптимальные параметры коррекции данной соматической дисфункции с применением мышечно-энергетических техник.

«Диагностика и коррекция соматических дисфункций костей таза мышечно-энергетическими техниками». Учебное пособие /А.С. Могельницкий, Д.Б. Мирошниченко, И.Б. Мизонова – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. – 72с., стр. 53-54

Вопрос 9

При коррекции соматической дисфункции «передне-нижнее смещение лонной кости» применяется _____ мышечно-энергетическая техника

1. изолитическая
2. изотоническая
3. изокинетическая
4. **постизометрическая**

Правильный ответ:
4 - постизометрическая

ОБОСНОВАНИЕ

В данном случае нам необходимо расслабить группу мышц, что позволит лонной кости занять свое нормальное физиологическое положение. Для этих целей наиболее оптимально подходит техника постизометрического расслабления.

«Диагностика и коррекция соматических дисфункций костей таза мышечно-энергетическими техниками». Учебное пособие /А.С. Могельницкий, Д.Б. Мирошниченко, И.Б. Мизонова – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. – 72с. , стр. 43-44, 53-54

4. Вариатив

Вопрос 10

Для пациентки с эпидуральной анестезией в анамнезе наиболее полезным будет являться упражнение с

1. ротацией в поясничном отделе
2. наклонами головы в стороны
3. **выгибанием спины**
4. прогибанием спины

Правильный ответ:
3 - выгибанием спины

ОБОСНОВАНИЕ

Данном случае происходит расхождение остистых отростков и растяжение твердой мозговой оболочки по всей длине.

Анатомо-физиологические особенности твердой мозговой оболочки и гемоликвородинамики. Остеопатический подход к диагностике и коррекции соматических дисфункции ТМО. Учебное пособие / Е.Е. Ширяева, К.А. Строганова, И.Г. Юшманов – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019. – 40 с, стр. 12, 30-38

Вопрос 11

Височно-нижнечелюстной сустав является

1. плоским
2. шаровидным
3. **мыщелковым**
4. чашеобразным

Правильный ответ:
3 - мыщелковым

ОБОСНОВАНИЕ

Височно-нижнечелюстной сустав является мыщелковым комбинированным суставом.

Гайворонский И.В. Нормальная анатомия человека. Т.I. 7-е изд. перераб. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2011, Т1, стр.141-142

Вопрос 12

Натянута в сагиттальной плоскости между диафрагмой и выпуклой поверхностью печени _____ связка

1. круглая
2. **серповидная**
3. левая треугольная
4. правая треугольная

Правильный ответ:
2 - серповидная

ОБОСНОВАНИЕ

В местах перехода брюшины с печени на диафрагму образовались связки: серповидная, венечная, правая и левая треугольные. Серповидная связка ориентирована в сагиттальной плоскости.

Гайворонский И.В. Нормальная анатомия человека. Т.I. 7-е изд. перераб. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2011, Т1, стр.359

<table>
<tr><th>Уровень\Нарушение</th><th>Биомеханическое
1бл /2 бл / 3бл</th><th>Ритмогенное
1 бл / 2бл /3бл</th><th>Нейродинамическое
1 бл / 2бл /3бл</th></tr>
<tr><td>Глобальный</td><td>1 2 3</td><td>Краниал. 1 2 3
Кардиал. 1 2 3
Дыхательн. 1 2 3</td><td>ПВС: 1 2 3
Постурал. 1 2 3</td></tr>
<tr><td>Региональный</td><td>Регион: сома висцера
Головы 12 3
Шеи 1 23 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</td><td>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 - Th5 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</td></tr>
<tr><td>Локальный</td><td colspan="2">Указываются отдельные соматические дисфункции (хронические): ВНЧС справа, связки печени, C0-C1, C3-C4, C4-C5, лонная кость слева</td></tr>
<tr><td colspan="3">Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция, регион грудной, структуральная составляющая</td></tr>
</table>

Text

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	Регион: сома Головы 12 3 Шеи 1 23 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной **1** 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 **2** 3	висцера 1 2 3 1 2 3 **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 - Th5 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	Указываются отдельные соматические дисфункции (хронические): ВНЧС справа, связки печени, C0-C1, C3-C4, C4-C5, лонная кость слева		
Доминирующая соматическая дисфункция: региональная соматическая дисфункция, регион таза, висцеральная составляющая			

Text

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	Регион: сома Головы 12 3 Шеи 1 23 Верх.конеч . 1 2 3 Грудной **1** 2 3 Поясничный 1 2 3 Таза 1 2 3 Нижн. конечн. 1 2 3 ТМО 1 **2** 3	висцера 1 2 3 1 2 3 **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 - Th5 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	Указываются отдельные соматические дисфункции (хронические): ВНЧС справа, связки печени, C0-C1, C3-C4, C4-C5, лонная кость слева		
Доминирующая соматическая дисфункция: локальная соматическая дисфункция лонной кости слева (передне-нижнее смещение)			

Text