

# ТЕСТЫ ПО СКОЛИОЗАМ

Выберите один правильный ответ:

1. Определение второй степени сколиоза в классификации Чаплина:

а) Градус дуги достигает  $169^\circ - 150^\circ$  (соответствует  $11^\circ - 30^\circ$  по Коббу). В положении лежа у пациента со сколиозом дуга (дуги) полностью не расправляются. У больного имеется незначительный реберный горб, а также дополнительная дуга-компенсатор.

б) Позвоночник практически не искривлен, однако наблюдается асимметрия лопаток, неравномерное развитие мышц в области дуги искривления. Градус дуги незначительный  $175^\circ - 170^\circ$  (соответствует  $5^\circ - 10^\circ$ , по Коббу). В положении лежа дуга расправляется. У пациента наблюдается сильно выраженная кифосколиотическая деформация. Сколиозная болезнь отражается на работе сердца, легких. Дуга составляет  $120^\circ$  и менее градусов (более  $60^\circ$  по Коббу).

в) В лежачем положении дуга или дуги расправляются незначительно. Градус дуги достигает  $149^\circ - 120^\circ$  (то есть  $31^\circ - 60^\circ$  по Коббу). Есть выраженный реберный горб, имеются изменения грудной клетки. В положении стоя туловище пациента сильно отклоняется в направлении первичной сколиотической дуги.

г) У пациента наблюдается сильно выраженная кифосколиотическая деформация. Сколиозная болезнь отражается на работе сердца, легких. Дуга составляет  $120^\circ$  и менее градусов (более  $60^\circ$  по Коббу).

д) нет верного ответа

2. Количество степеней сколиоза в классификации Чаплина:

- а) 1
- б) 2
- в) 3
- г) 4
- д) 5

3. Варианты сколиозов, входящие в 4 группу по классификации Кобба:

- а) сколиозы миопатического происхождения
- б) сколиозы, обусловленные заболеваниями грудной клетки (рубцы на почве эмпием, ожогов и пластических операций на грудной клетке)
- в) сколиозы неврогенного происхождения
- г) сколиозы на почве аномалий развития позвонков и ребер (врожденные костные и диспластические изменения)
- д) сколиозы идиопатические

4. Определение сколиотической деформации:

а) Боковое искривление позвоночника с обязательной ротацией (или торсией) тел позвонков, характерной особенностью которого является прогрессирование деформации, связанное с возрастом и ростом ребёнка

б) Нестойкое, адаптивное изменение прямолинейности позвоночного столба во фронтальной и горизонтальной плоскостях, обусловленное наличием морфофункциональных изменений других регионов тела

- в) Изменения позвоночного столба, вызванные нарушением (изменением) анатомической целостности структур грудной клетки и самого позвоночника
- г) Изменение расположения внутренних органов, возникающее при изменении прямолинейности позвоночного столба во фронтальной плоскости
- д) нет верного ответа

5. Определение структурных сколиозов:

- а) Боковое искривление позвоночника с обязательной ротацией (или торсией) тел позвонков, характерной особенностью которого является прогрессирующее деформации, связанное с возрастом и ростом ребёнка
- б) Нестойкое, адаптивное изменение прямолинейности позвоночного столба во фронтальной и горизонтальной плоскостях, обусловленное наличием морфофункциональных изменений других регионов тела
- в) Изменения позвоночного столба, вызванные нарушением (изменением) анатомической целостности структур грудной клетки и самого позвоночника
- г) Изменение расположения внутренних органов, возникающее при изменении прямолинейности позвоночного столба во фронтальной плоскости
- д) нет верного ответа

6. Определение сколиотической болезни:

- а) Боковое искривление позвоночника с обязательной ротацией (или торсией) тел позвонков, характерной особенностью которого является прогрессирующее деформации, связанное с возрастом и ростом ребёнка
- б) Прогрессирующее диспластическое заболевание растущего позвоночника детей в возрасте от 6—15 лет, чаще девочек (в 3—6 раз). Боковое искривление позвоночника с обязательной ротацией (или торсией) тел позвонков, характерной особенностью которого является прогрессирующее деформации, связанное с возрастом и ростом ребёнка. Изменения позвоночного столба, вызванные нарушением (изменением) анатомической целостности структур грудной клетки и самого позвоночника
- в) Изменение расположения внутренних органов, возникающее при изменении прямолинейности позвоночного столба во фронтальной плоскости
- г) Аутоиммунное заболевание дугоотростчатых суставов, приводящее к стойкому искривлению позвоночного столба
- д) нет верного ответа

7. Определение угла сколиоза по методу Фергюссона:

- а) Угол сколиоза образован пересечением линий, соединяющих геометрические центры нейтральных позвонков с геометрическим центром позвонка, расположенного на высоте сколиотической дуги.
- б) Угол сколиоза образуется при пересечении линий, соединяющих геометрические центры двух позвонков, расположенных выше позвонка, находящегося на вершине сколиотической дуги, и двух позвонков расположенных ниже его
- в) Угол сколиоза образуется пересекающимися перпендикулярами, восстановленными навстречу друг другу от линий, проходящих по нижней поверхности верхнего и верхней поверхности нижнего нейтральных позвонков

- г) Угол сколиоза образуется пересекающимися линиями, проходящими по нижней поверхности верхнего и верхней поверхности нижнего нейтральных позвонков
- д) нет верного ответа

8. Определение угла сколиоза по методу Лекума:

- а) Угол сколиоза образован пересечением линий, соединяющих геометрические центры нейтральных позвонков с геометрическим центром позвонка, расположенного на высоте сколиотической дуги
- б) Угол сколиоза образуется при пересечении линий, соединяющих геометрические центры двух позвонков, расположенных выше позвонка, находящегося на вершине сколиотической дуги, и двух позвонков, расположенных ниже его
- в) Угол сколиоза образуется пересекающимися перпендикулярами, восстановленными навстречу друг другу от линий, проходящих по нижней поверхности верхнего и верхней поверхности нижнего нейтральных позвонков
- г) Угол сколиоза образуется пересекающимися линиями, проходящими по нижней поверхности верхнего и верхней поверхности нижнего нейтральных позвонков
- д) нет верного ответа

9. Определение угла сколиоза по методу Кобба 2:

- а) Угол сколиоза образован пересечением линий, соединяющих геометрические центры нейтральных позвонков с геометрическим центром позвонка, расположенного на высоте сколиотической дуги
- б) Угол сколиоза образуется при пересечении линий, соединяющих геометрические центры двух позвонков, расположенных выше позвонка, находящегося на вершине сколиотической дуги, и двух позвонков, расположенных ниже его
- в) Угол сколиоза образуется пересекающимися перпендикулярами, восстановленными навстречу друг другу от линий, проходящих по нижней поверхности верхнего и верхней поверхности нижнего нейтральных позвонков
- г) Угол сколиоза образуется пересекающимися линиями, проходящими по нижней поверхности верхнего и верхней поверхности нижнего нейтральных позвонков
- д) нет верного ответа

10. Вариант сколиоза, при котором остеопатическая коррекция будет наиболее эффективна:

- а) Сколиотическая деформация
- б) Третья степень по Чаклину
- в) Структурный сколиоз
- г) Сколиоз с торсионной деформацией позвонков
- д) Вторая степень сколиоза по Волкову

11. Автор термина «хлыстовая травма» (whiplash injury):

- а) С. Зильберман
- б) Г. Коннегр

- в) Ж.П. Барраль
- г) Х. Кроу
- д) Р. Робинсон

12. Количество степеней тяжести «хлыстовой травмы» согласно Квебекской классификации:

- а) 1
- б) 2
- в) 4
- г) 3
- д) 5

13. Мышцы, растягивающиеся первыми в первой фазе механизма получения «хлыстовой травмы» при ударе сзади:

- а) Передние мышцы шеи
- б) Задние мышцы шеи
- в) Лестничные
- г) Подзатылочные
- д) Нет верного ответа

14. Область где находится точка удара по Беккеру: Анализ проблемы «хлыстовой удар» начинается с точки удара. Эта точка удара обычно находится не в физиологии пациента, а связана с транспортом, в котором он едет во время удара. Эта сила, исходящая из точки удара и направленная на транспорт, двигается дальше и охватывает пациента целиком (Yearbook of the Academy of Applied Osteopathy за 1961 год. (Сейчас называется American Academy of Osteopathy).

- а) Такой точки нет
- б) В области затылка
- в) В области таза
- г) В пределах физиологии тела пациента
- д) Вне физиологии тела пациента

15. Немеханические виды «хлыстовой травмы»:

- а) Вирусная
- б) Токсическая
- в) Эмоциональная и поствакцинальная
- г) Постинфекционная и эмоциональная
- д) Нет верного ответа

16. Основная особенность эффекта неожиданности при «хлыстовой травме»:

- а) Тело теряет точку опоры
- б) Тело из состояния покоя резко приводится в движение
- в) Движущееся тело теряет свою кинетическую энергию
- г) Особенностей нет
- д) Нет верного ответа

17. Количество фаз механизма формирования «хлыстовой травмы»:
- а) 5
  - б) 4
  - в) 3
  - г) 2
  - д) 1
18. Основные структуры, участвующие в формировании «хлыстовой травмы»:
- а) Основание черепа, краниоverteбральный переход, тазовый регион, ТМО
  - б) Тазовый регион, основание черепа, краниоverteбральный переход
  - в) Основание черепа, мягкие ткани шеи, тазовый регион, ТМО
  - г) Мягкие ткани шеи, внутренние органы
  - д) Нет верного ответа
19. Этапы лечения «хлыстовой травмы» по С. Зильберману:
- а) Коррекция черепа, уравнивание лона, освобождение височных костей, уравнивание ТМО
  - б) Коррекция крестца, уравнивание лона, освобождение С1, освобождение височных костей, уравнивание КСМ и коррекция СБС (при необходимости)
  - в) Коррекция затылка, коррекция крестца, коррекция С1, коррекция височных костей, освобождение КСМ
  - г) Коррекция ТМО, коррекция крестца, коррекция затылка, освобождение височных костей
  - д) нет верного ответа
20. Тесты, используемые при диагностике «хлыстовой травмы»:
- а) «цапли»
  - б) М. Фрайета
  - в) С. Зильбермана
  - г) фасциального прослушивания
  - д) кранисакрального асинхронизма по Ж.П. Барралю
21. Постановка ног врача при выполнении техник синхронизации крестца и затылка в положении стоя:
- а) Ноги широко расставлены и слегка согнуты
  - б) Ноги разнонаправлены
  - в) Ноги расположены как можно ближе друг к другу
  - г) Ноги ориентированы по сторонам света
  - д) Нет верного ответа
22. Направление выпуклости поясничного отдела позвоночника в первой фазе формирования «хлыстовой травмы» при ударе слева направо:
- а) Вперед
  - б) Назад

- в) Влево
- г) Вправо
- д) Выпуклость не формируется

23. Ось по которой происходит торсия тела во второй фазе формирования «хлыстовой травмы» при ударе сзади:

- а) Сагиттальная
- б) Вертикальная
- в) Фронтальная
- г) Ремень безопасности
- д) Нет верного ответа

24. Причина выпрямления шейного лордоза во второй фазе формирования «хлыстовой травмы»:

- а) Фиксация крестца
- б) Торзия крестца
- в) Движение черепа кпереди
- г) Фиксация затылка
- д) Нет верного ответа

25. Направление движения основания крестца в первую фазу механизма формирования «хлыстовой травмы» при ударе сзади:

- а) Кпереди кверху
- б) Кпереди книзу
- в) В левую торсию
- г) В правую торсию
- д) Кзади и кверху

26. Подходы, используемые остеопатами при лечении сколиозов:

- а) Тractionный, Структуральный, Краниосакральный, Висцеральный
- б) Структуральный, Краниосакральный, Висцеральный, Фасциальный
- в) Краниосакральный, Висцеральный, Фасциальный, Медикаментозный
- г) Тractionный, Краниосакральный, Висцеральный, Фасциальный
- д) Тractionный, Висцеральный, Фасциальный, Медикаментозный

27. Этиология сколиозов, входящих в группу неврогенного происхождения по классификации Кобба:

- а) полиомиелит; нейрофиброматоз; сирингомиелия; спастические параличи;
- б) полиомиелит; нейрофиброматоз; сирингомиелия; миопатии;
- в) полиомиелит; сирингомиелия; спастические параличи; миопатии;
- г) нейрофиброматоз; сирингомиелия; спастические параличи; миопатии;
- д) полиомиелит; нейрофиброматоз; спастические параличи; миопатии.

28. Периоды «хлыстовой травмы»:

- а) Острейший; Острый; Подострый; Промежуточный; Продромальный

- б) Острый; Подострый; Промежуточный; Продромальный; Хронический
- в) Острейший; Острый; Подострый; Промежуточный; Хронический
- г) Острейший; Острый; Подострый; Продромальный; Хронический
- д) Острейший; Острый; Промежуточный; Продромальный; Хронический

29. Разделы классификации сколиозов по характеру изменения позвонков:

- а) С клиновидной деформацией; Ротационный; Торсионный
- б) Торсионный; Латерофлексируемый; Скрученный
- в) С клиновидной деформацией; Торсионный; Скрученный
- г) Ротационный; Латерофлексируемый; Скрученный
- д) С клиновидной деформацией; Торсионный; Латерофлексируемый

30. Структуры к поражению которых приводит хлыстовая травма:

- а) Фасциальные, Костные
- б) Мягкотканые, Костные, Нейрорефлекторные
- в) Мягкотканые, Фасциальные, Нейрорефлекторные
- г) Фасциальные, Костные, Нейрорефлекторные
- д) Мягкотканые, Фасциальные, Костные