

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО

Декан факультета подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России

_____ М.В. Хорева

«18» ноября 2022 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.78 Физическая и реабилитационная медицина

Направленность (профиль) программы

Физическая и реабилитационная медицина

Уровень высшего образования

подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2022 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.78 Физическая и реабилитационная медицина (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 96, педагогическими работниками кафедры медицинской реабилитации ФДПО.

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Иванова Галина Евгеньевна	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой медицинской реабилитации ФДПО
2	Цыкунов Михаил Борисович	д.м.н., профессор	Профессор кафедры медицинской реабилитации ФДПО
3	Скворцов Дмитрий Владимирович	д.м.н., профессор	Профессор кафедры медицинской реабилитации ФДПО
4	Малахова Светлана Олеговна	к.м.н.	Доцент кафедры медицинской реабилитации ФДПО
5	Суворов Андрей Юрьевич	к.м.н., доцент	Доцент кафедры медицинской реабилитации ФДПО
6	Булатова Мария Анатольевна	к.м.н.	Доцент кафедры медицинской реабилитации ФДПО
7	Кауркин Сергей Николаевич	к.м.н.	Доцент кафедры медицинской реабилитации ФДПО
8	Поляев Борис Борисович	к.м.н.	Доцент кафедры медицинской реабилитации ФДПО

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании кафедры медицинской реабилитации ФДПО по специальности 31.08.78 Физическая и реабилитационная медицина.

протокол от «14» сентября 2022 г. № 3

Заведующий кафедрой

_____ /Иванова Г.Е./

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	9
3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	110
4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	111

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.78 Физическая и реабилитационная медицина.

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Университетом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Специалист по медицинской реабилитации и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач физической и реабилитационной медицины – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
		УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в

	контексте	профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом
		УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
		УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
		УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками
		УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции
		УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста
		УК-5.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития
		УК-5.3 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и

		личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории
--	--	--

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен обследовать пациентов с целью выявления	ОПК-4.1 Проводит обследования пациентов с целью выявления ограничения жизнедеятельности,

	ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека	<p>нарушения функций и структур организма человека</p> <p>ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования</p>
	ОПК-5. Способен назначать мероприятия по медицинской реабилитации пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функции и структур организма человека, контроль их эффективности и безопасности	<p>ОПК-5.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функции и структур организма человека</p> <p>ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенных мероприятий</p>
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность и безопасность медицинской реабилитации пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека, в том числе при реализации индивидуальных программ медицинской реабилитации или абилитации инвалидов	<p>ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека, в том числе при реализации индивидуальных программ медицинской реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>ОПК-6.2 Контролирует эффективность и безопасность медицинской реабилитации пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека, в том числе при реализации индивидуальных программ медицинской реабилитации или абилитации инвалидов</p>
	ОПК-7. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	<p>ОПК-7.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>ОПК-7.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением</p>
	ОПК-8. Способен проводить анализ медико-статистической информации, ведение	<p>ОПК-8.1 Проводит анализ медико-статистической информации</p> <p>ОПК-8.2 Ведет медицинскую документацию и организует</p>

	медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-9. Способен оказывать медицинскую помощь пациентам, имеющим ограничения жизнедеятельности, нарушения функций и структур организма человека в экстренной форме	ОПК-9.1 Оценивает состояния пациентов ОПК-9.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен к проведению медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, при заболеваниях и (или) состояниях	ПК-1.1 Проводит обследования пациентов с целью выявления нарушений функций и структур организма человека и последовавших за ними ограничений жизнедеятельности ПК-1.2 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, контролирует их эффективность и безопасность ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность и безопасность медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавших за ними ограничений жизнедеятельности, в том числе при реализации индивидуальных программ	02.039 Профессиональный стандарт Специалист по медицинской реабилитации

		<p>медицинской реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>ПК-1.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>ПК-1.5 Оказывает медицинскую помощь пациентам в экстренной форме</p>	
<p>Организационно-управленческая деятельность</p>	<p>ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ПК-2.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача</p> <p>ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p> <p>ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>02.039</p> <p>Профессиональный стандарт Специалист по медицинской реабилитации</p>
<p>Педагогическая и научно-исследовательская деятельность</p>	<p>ПК-3. Способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на основе полученных научных знаний</p>	<p>ПК-3.1 Планирует научно-исследовательскую деятельность</p> <p>ПК-3.2 Осуществляет научно-исследовательскую деятельность</p> <p>ПК-3.3 Осуществляет педагогическую деятельность на основе полученных научных знаний</p>	<p>Анализ отечественного и зарубежного опыта</p>

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на практические вопросы. В процессе ответов на вопросы обучающийся должен продемонстрировать навыки в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи по профилю «Специалист по медицинской реабилитации»: методику сбора анамнеза, осмотра, анализ результатов лабораторных и (или) инструментальных исследований, и прочее, сделать заключение об изменениях, поставить предварительный реабилитационный диагноз и предложить методы реабилитации. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах. Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного

по подготовке	материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)
---------------	--

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1	Для чего используется международной классификации Функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в Практической реабилитации?
	Для формулировки реабилитационного диагноза
	Для формулировки функционального диагноза
	Для формулировки нозологического (клинического) диагноза
	Для описания жалоб пациента
2	Какую категорию международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья можно охарактеризовать следующим определением: выполнение задачи или действия индивидом?
	Структуры
	Функции
	Активность
	Участие
3	Как использование международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) влияет на реабилитацию?
	Специалисты конкретизируют актуальные проблемы пациента
	Специалисты видят меньше реабилитационных проблем у пациента
	Специалисты видят столько же реабилитационных проблем у пациента, как и без использования МКФ
	Работа специалистов не изменяется при использовании МКФ
4	Что классифицирует международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья?
	Врачебных вмешательств по поводу здоровья
	Патогенетические варианты заболеваний
	Причины заболеваний
	Составляющие здоровья
5	Сколько уровней детализации в международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья?
	4

	3
	5
	8
6	Какая информация может быть использована для оценки по международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)
	Данные физикального осмотра и опроса пациента
	Данные инструментальных и лабораторных методов исследований
	По выбору специалиста любая: шкалы, опросники, данные опроса, осмотра, инструментальные и лабораторные показатели
	Данные оценочных шкал и опросников
7	Кто из специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды работает с международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)
	Только врач физической и реабилитационной медицины
	Только специалист по эргореабилитации
	Только реабилитационная медицинская сестра
	Все специалисты по реабилитации в мультидисциплинарной реабилитационной команде
8	Какое определение категории «Участие» по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья подходит?
	Участие медсестры для помощи пациенту
	Использование активности для реализации в конкретной жизненной ситуации
	Применение врачом всех возможных технологий для помощи пациенту
	Вовлечение родственников для помощи пациенту
9	Зачем используется Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в реабилитации?
	Для сбора данных о нарушении функционирования
	Для обмена информацией о состоянии пациента между больницами
	Для замены оценочных шкал при оценке состояния пациента
	Для объективного осмотра пациента
10	Как использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) влияет на результат реабилитации?
	Работа специалистов не изменяется при использовании МКФ
	Отвлекает от достижения результата реабилитационных мероприятий
	Позволяет обоснованно планировать выписку пациента
	Решение проблем пациента повышает качество жизни пациента и повышает удовлетворенность лечением
11	Какая из следующих формулировок является верной в отношении Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)
	МКФ используется только для научных исследований
	Описание функционирования является одинаковым для людей с одинаковыми клиническими диагнозами
	Уровень функционирования пациента никогда не меняется

	МКФ является универсальным языком для общения специалистов по реабилитации, имеющих разное базовое образование
12	Какая из следующих формулировок является верной в отношении Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)
	Данные о пациентах, полученные специалистами с использованием МКФ не сопоставимы
	МКФ не имеет научных целей
	МКФ используется только для решения узко специфических задач в реабилитации
	МКФ используется для кодирования информации о здоровье пациента
13	Какая из следующих формулировок является верной в отношении Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)
	МКФ не учитывает культурных и национальных традиций пациентов
	В МКФ функционирование и инвалидизация отражают взаимозависимость заболевания, факторов окружающей среды и персональных факторов пациента
	При использовании МКФ нет смысла пользоваться клиническим диагнозом
	В МКФ включены только самые распространенные нарушения и факторы среды
14	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) позволяет реализовать на практике следующую модель развития болезни или повреждения или состояния
	Биомедицинскую
	Социальную
	Психологическую
	Биопсихосоциальную
15	Какая из следующих формулировок является верной в отношении Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)
	В МКФ описываются и оцениваются персональные факторы пациента
	МКФ позволяет описать, главным образом, проблемы пациента
	Персональные факторы пациента в МКФ оцениваются как положительные и отрицательные
	МКФ позволяет описать как проблемы, так и возможности пациента
16	Какая из следующих формулировок является верной
	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) сейчас используется отдельно в реабилитации
	Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) используется совместно с Международной классификацией болезней (МКБ)
	Сейчас в реабилитации используется только международная классификация нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности
	Сейчас в реабилитации используется только Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП)
17	Какая из следующих формулировок является верной в отношении Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)
	Использование МКФ позволяет заменить оценочные шкалы в реабилитации
	МКФ позволяет более точно оценивать состояние пациентов, чем оценочные

	шкалы
	МКФ является инструментом обеспечения преемственности между этапами реабилитации
	МКФ позволяет оценивать людей
18	Выберите домены Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) относящиеся к «активности и участию»
	Глотание
	Прием пищи
	Обработка пищи во рту
	Пищеварение
19	Выберите домены Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) относящиеся к «активности и участию»
	Психомоторный контроль
	Выполнение повседневного распорядка
	Визуально пространственное восприятие
	Контроль мышления
20	Выберите домены Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) относящиеся к «структурам»
	Ортез
	Костыли
	Тазобедренный сустав
	Обувь
21	Выберите из списка «функции» по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья?
	Ходьба
	Спастичность (повышение мышечного тонуса)
	Вставание
	Снижение силы (гемипарез)
22	Реабилитационный потенциал – это
	Комплекс обобщенных характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющий в той или иной степени реализовать потенциальные способности пациента и определить возможный уровень восстановления нарушенных функций и социальных связей
	Философское понятие, не имеющее прикладного применения в современном здравоохранении
	Приблизительная оценка возможности восстановления того или иного пациента, основанная на клиническом опыте специалиста по медицинской реабилитации
	Четко выверенный на основании математических расчетов прогноз достижения поставленной цели реабилитации у конкретного пациента при конкретном заболевании в конкретный промежуток времени, представляемый в процентном выражении
23	Медицинская реабилитация I этапа проводится в
	Реабилитационных отделениях
	Специализированных диспансерах
	Дневных стационарах поликлиник, реабилитационных центров
	Специализированных отделениях больниц
24	II этап медицинской реабилитации проводится в

	Дневных стационарах больниц, поликлиник, реабилитационных центров
	Специализированных отделениях многопрофильных больниц и диспансеров
	Реабилитационных отделениях многопрофильных больниц и реабилитационных центрах
	На дому с использованием телекоммуникационных технологий
25	Реабилитация III этапа проводится в
	На дому с помощью составленной программы
	Многопрофильных социальных пунктах
	Специализированных, в том числе физкультурных, диспансерах
	Специализированных отделениях многопрофильных больниц
26	Сколько этапов медицинской реабилитации выделяют в РФ?
	Три
	Один
	Два
	Четыре
27	В компетенции врача физической и реабилитационной медицины входит
	Определение тактики оперативного лечения с целью коррекции нарушенных функций
	Оценка влияния факторов среды на пациента и преформирование их в случае необходимости
	Назначение лечебных питательных смесей и загустителей при нарушении глотания
	Назначение медикаментозной и немедикаментозной терапии
28	Под понятием «мультидисциплинарная реабилитационная команда» подразумевается
	Объединение специалистов различного профиля для решения спорных вопросов по медицинской реабилитации
	Команда специалистов медицинского и социального профиля, а также обслуживающего персонала, работающих в учреждениях медицинской реабилитации
	Объединение специалистов медицинских и немедицинских профессий для максимальной реализации индивидуального реабилитационного потенциала человека
	Персонал, работающий в учреждениях медицинской и социальной реабилитации.
29	В каком случае пациент направляется на медицинскую реабилитацию после оформления инвалидности?
	При наличии нереализованного реабилитационного потенциала
	При отсутствии противопоказаний к реабилитации
	По рекомендации бюро медико-социальной экспертизы
	При оценке по ШРМ 3 и более
30	Целью эрготерапии являются мероприятия, направленные на
	Попытаться максимально восстановить утраченные двигательные функции пациента, не отвлекаясь на процессы адаптации среды к измененному функционированию
	Не просто улучшить двигательные, когнитивные и эмоционально-мотивационные функции пациента, а обязательно вернуть ему возможность продолжать прежнюю профессиональную деятельность

	Совершенствование повседневной деятельности пациента в области реализации потребностей в самообслуживании, коммуникации и самобеспечении необходимой безопасности
	Психологически адаптировать пациента к изменившемуся функционированию, приспособить бытовую среду под новые потребности пациента и исключить негативное влияние социума на реабилитанта
31	К обязательным признакам медицинской реабилитации относится
	Диагностика
	Наличие цели мероприятий
	Направленность на одну конкретную задачу
	Неопределенность результата
32	Окончательный реабилитационный диагноз необходимо сформировать
	В течение суток после поступления пациента
	В течение трех дней с момента поступления пациента
	В течение пяти дней после поступления пациента
	В течение недели после поступления пациента
33	Проблемно-ориентированный подход характеризуется
	Формулированием реабилитационных задач на основании жалоб и клинических синдромов у пациента
	Описанием реабилитационного диагноза с помощью имеющихся нарушений функций
	Отражением имеющихся сложностей в окружающей пациента среде
	Построением плана реабилитации и реабилитационного диагноза на основании сформулированных трудностей пациента
34	К пациентам 5 группы по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) относят нуждающихся в
	Помощи при выполнении сложных видов деятельности, способному прожить без помощи до 1 недели
	Ухаживающем, но способном прожить дома без помощи до 1 суток
	Постоянном внимании и помощи при выполнении всех повседневных задач, нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью), не может быть оставлен один дома без посторонней помощи.
	Помощи при выполнении сложных видов деятельности, способному прожить без помощи до 1 месяца
35	К пациентам 3 группы по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) относят нуждающихся в
	Помощи при выполнении сложных видов деятельности, способному прожить без помощи до 1 месяца
	В постоянном внимании и помощи при выполнении повседневных задач
	В ухаживающем, но способному прожить дома без помощи до 1 суток
	в помощи при выполнении сложных видов деятельности, способному прожить без помощи от 1 суток до 1 недели, при этом может передвигаться самостоятельно, без посторонней помощи
36	Как называется формат работы специалистов по медицинской реабилитации, когда они совместно обсуждают проблемы пациента, выбирают стратегию

	реабилитации, распределяют задачи и формулируют цель реабилитации.
	Междисциплинарный
	Мультидисциплинарный
	Интердисциплинарный
	Мультибригадный
37	Укажите какая из формулировок является верной в отношении врача физической и реабилитационной медицины
	Консультант по вопросам реабилитации при оказании специализированной медицинской помощи
	Лечащий врач пациента в процессе медицинской реабилитации на втором и третьем этапе
	Исполнитель индивидуальной программы медицинской реабилитации
	Эксперт медико-социальной экспертизы
38	Выберите критерии правильной реабилитационной цели (по правилам SMART)
	Специфичная, достижимая
	Специфичная, измеряемая
	Специфичная, измеряемая, достижимая, реалистичная, определенная во времени
	Изменяемая, реалистичная
39	Состояние структур, функциональная возможность и деятельность, участие в общественной жизни и влияние факторов среды являются диагностическими компетенциями специальности
	Физическая и реабилитационная медицина
	Спортивная медицина
	Организация здравоохранения и общественное здоровье
	Профилактическая медицина
40	Выделяют следующие реабилитационные цели:
	Кратчайшие и отдаленные
	Краткосрочные и долгосрочные
	Ближайшие и перспективные
	Достигнутые и перспективные
41	Сколько уровней медицинской реабилитации принято выделять?
	3
	4
	5
	6
42	Первым уровнем медицинской реабилитации является:
	Компенсация
	Ревадaptация
	Стабилизация
	Восстановление
43	Вторым уровнем медицинской реабилитации является:
	Ревадaptация
	Восстановление

	Компенсация
	Стабилизация
44	Третьим уровнем медицинской реабилитации является:
	Компенсация
	Реадаптация
	Восстановление
	Стабилизация
45	В условиях какого отделения проводится 1й этап реабилитации?
	Дневной стационар
	Отделение медицинской реабилитации
	Отделение реанимации и интенсивной терапии
	Санаторий
46	В условиях какого отделения проводится 2й этап реабилитации?
	Санаторий
	Отделение реанимации и интенсивной терапии
	Дневной стационар
	Отделение медицинской реабилитации
47	В условиях какого отделения проводится 3й этап реабилитации?
	Отделение медицинской реабилитации
	Санаторий
	Отделение реанимации и интенсивной терапии
	Дневной стационар
48	При оценке 0-1 балла по ШРМ
	Консультация в телемедицинском режиме
	Пациент не нуждается в медицинской реабилитации
	Пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара
	Медицинская реабилитация оказывается пациенту в стационарных условиях
49	При оценке 2 балла по ШРМ характерно:
	Отсутствие значимых нарушений жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания
	Ограничение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности
	Легкое ограничение жизнедеятельности
	Выраженное ограничение жизнедеятельности
50	При оценке 4 балла по ШРМ характерно:
	Отсутствие значимых нарушений жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания
	Легкое ограничение жизнедеятельности
	Выраженное ограничение жизнедеятельности
	Ограничение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности
51	Какой навык характерен при оценке индекса мобильности Ривермид 1 балл:
	Повороты в кровати
	Из положения лежа в положение сидя

	Удержание равновесия в положении сидя
	Из положения сидя в положение стоя
52	Какой навык характерен при оценке индекса мобильности Ривермид 4 балла:
	Из положения сидя в положение стоя
	Стояние без поддержки
	Перемещение
	Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо
53	Какой навык характерен при оценке индекса мобильности Ривермид 6 баллов:
	Перемещение
	Стояние без поддержки
	Из положения сидя в положение стоя
	Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо
54	Какой навык характерен при оценке индекса мобильности Ривермид 8 баллов:
	Подъем по лестнице
	Стояние без поддержки
	Из положения сидя в положение стоя
	Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо
55	Какой навык характерен при оценке индекса мобильности Ривермид 10 баллов:
	Ходьба по комнате без применения вспомогательных средств
	Перемещение
	Из положения сидя в положение стоя
	Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо
56	Какой навык характерен при оценке индекса мобильности Ривермид 12 баллов:
	Ходьба за пределами квартиры (по неровной поверхности)
	Перемещение
	Из положения сидя в положение стоя
	Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо
57	Какой навык характерен при оценке индекса мобильности Ривермид 14 баллов:
	Подъем и спуск на 4 ступени
	Стояние без поддержки
	Из положения сидя в положение стоя
	Ходьба по комнате, в том числе с помощью вспомогательных средств, если это необходимо
58	Ведение больных с инсультом мультидисциплинарной реабилитационной командой специалистов:
	Улучшает прогноз, снижает смертность и инвалидизацию пациентов
	Ухудшает прогноз, увеличивает смертность и инвалидизацию пациентов
	Не оказывает влияние на прогноз, смертность и инвалидизацию пациентов

	Не используется в медицинской практике
59	Деятельность МДРК в Российской Федерации регламентируется Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации N788н (Приложение N2) Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации N1337б (Приложение N2) Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации N1141н (Приложение N2) Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации N599н (Приложение N2)
60	Состав МДРК формируется: Персонифицированно для каждого пациента в соответствии с индивидуальным планом медицинской реабилитации пациента. Фиксировано, безотносительно потребностей и индивидуального плана реабилитации пациента Исходя из наличия специалистов в штатном расписании медучреждения Из специалистов, желающих принять участие в реабилитационных мероприятиях
61	Руководство работой МДРК осуществляет Врач физической и реабилитационной медицины Врач общей практики Врач физиотерапевт Физический терапевт
62	Верно утверждение: Специалисты МДРК могут осуществлять консультирование по вопросам медицинской реабилитации с использованием телемедицинских технологий Специалисты МДРК не могут осуществлять консультирование по вопросам медицинской реабилитации с использованием телемедицинских технологий Специалисты МДРК не применяют консультирование по вопросам медицинской реабилитации с использованием телемедицинских технологий Использование телемедицинских технологий не актуально в медицинской реабилитации
63	Рекомендуемое количество МДРК при осуществлении медицинской реабилитации на втором этапе медицинской реабилитации в медицинских организациях второй, третьей и четвертой групп: Не менее одной МДРК на 15 коек стационарного отделения Не менее одной МДРК на 20 коек стационарного отделения Не менее одной МДРК на 25 коек стационарного отделения Не менее одной МДРК на 10 коек стационарного отделения
64	Рекомендуемое количество МДРК отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реаниматология" Не менее одной МДРК на 12 коек отделения Не менее одной МДРК на 15 коек отделения Не менее одной МДРК на 20 коек отделения Не менее одной МДРК на 25 коек отделения

65	Рекомендуемое количество МДРК при осуществлении медицинской реабилитации на третьем этапе медицинской реабилитации в условиях дневного стационара
	Одна МДРК на 15 пациентов.
	Одна МДРК на 12 пациентов.
	Одна МДРК на 20 пациентов.
	Одна МДРК на 10 пациентов.
66	Медицинскую реабилитацию в составе МДРК характеризует:
	Наличие цели реабилитации. Достижение поставленной цели к концу курса реабилитации.
	Отсутствие четко выраженной цели реабилитации.
	Постановка только медицинского диагноза
	Моноmodalное лечение
67	Медицинскую реабилитацию в составе МДРК характеризует:
	Постановка функционального и медицинского диагноза
	Ориентирование на болезнь
	Моноmodalное лечение
	Постановка медицинского диагноза
68	Медицинскую реабилитацию в составе МДРК характеризует:
	Ориентирование на функционирование
	Постановка медицинского диагноза
	Моноmodalное лечение
	Ориентирование на болезнь
69	Медицинскую реабилитацию в составе МДРК характеризует:
	Мультиmodalное лечение
	Постановка медицинского диагноза
	Моноmodalное лечение
	Ориентирование на болезнь
70	Основные особенности и правила работы в междисциплинарной бригаде:
	Совместное определение целей реабилитации и плана ведения больного
	Каждый специалист МДРК работает в своей области независимо от других
	Специалисты бригады выполняют только цели выставленные руководителем бригады.
	Каждый специалист следует своей стратегии помощи пациенту
71	К задачам врача ФРМ в работе МДРК относят:
	Информирование других участников МДРК о нозологиях и особенностях ведения пациентов с различными заболеваниями
	Работа с мотивацией пациента и родственников
	Создание эргономически комфортной обстановки в центре и непосредственно в палате
	Оценка толерантности к физической нагрузке, тренировка толерантности

72	К задачам психолога в работе МДРК относят:
	Работа с мотивацией пациента и родственников
	Информирование пациента о медицинских вопросах
	Диагностика причин ограничений коммуникации
	Обучение использованию коляски и других средств передвижения
73	К задачам эрготерапевта в работе МДРК относят:
	Диагностика и коррекция среды окружения
	Подбор необходимой консистенции пищи и жидкости
	Работа с гиперопекой
	Физиотерапия
74	К задачам физического терапевта в работе МДРК относят:
	Оценка толерантности к физической нагрузке, тренировка толерантности
	Массаж
	Диагностика и реабилитация нарушений глотания
	Диагностика и коррекция среды окружения
75	К задачам логопеда в работе МДРК относят:
	Обучение пациента и родственников приему пищи
	Диагностика и коррекция среды окружения
	Работа с мотивацией пациента и родственников
	Информирование пациента о медицинских вопросах
76	К задачам реабилитационной медицинской сестры в работе МДРК относят:
	Контроль за приемом предписанных лекарств
	Диагностика и коррекция среды окружения
	Обучение пациента и родственников приему пищи
	Работа с мотивацией пациента и родственников
77	Физические терапевты в своей работе используют
	Шкалу Берг
	Шкалу Васермана
	Шкалу тоса
	Шкалу Спилберга
78	Клинические психологи в своей работе используют
	Шкалу тоса
	Шкалу Ашворта
	Индекс Манна
	Индекс Хаузера
79	Логопеды используют в своей работе
	Шкалу Васермана
	Модифицированную шкалу Рэнкина
	Тест Френчай
	Шкалу Бека
80	Индивидуальная программа медицинской реабилитации пациента (ИПМР) включает применение методов

	Физической и реабилитационной медицины, лекарственной терапии, психологических воздействий, педагогических методов, социальных вмешательств
	Только лекарственной терапии
	Только физической и реабилитационной медицины
	Физической и реабилитационной медицины и лекарственная терапия
81	Реабилитационный план должен содержать
	Диагноз, представленные проблемы и сохранившиеся функции (в соответствии с МКФ), индивидуальные цели, цели для лица, осуществляющего уход/для семьи, цели для специалистов, действия, которые необходимо предпринять
	Только диагноз
	Только цели для специалистов, действия, которые необходимо предпринять
	Только цели для лица, осуществляющего уход
82	Долгосрочные цели
	Достигаются в течение недель-месяцев
	Достигаются в течение недели
	Достигаются в течение 14 дней
	Достигаются в течение 1 месяца
83	Краткосрочные цели
	Достигаются в течение дней-недель
	Достигаются в течение месяца
	Достигаются в течение 2 дней
	Достигаются в течение года
84	Проведение мультидисциплинарных обходов должно быть
	Не менее 1 раза в неделю
	1 раз в две недели
	1 раз за госпитализацию
	2 раза за госпитализацию
85	В буквенно-цифровой системе мкф b означает
	Функций организма
	Структур организма
	Активности и участия
	Факторов окружающей среды
86	В буквенно-цифровой системе мкф s означает
	Структур организма
	Функций организма
	Активности и участия
	Факторов окружающей среды
87	В буквенно-цифровой системе мкф d означает
	Активности и участия
	Структур организма
	Персональные факторы
	Факторов окружающей среды

88	В буквенно-цифровой системе мкф е означает
	Факторов окружающей среды
	Персональные факторы
	Активности и участия
	Функций организма
89	В буквенно-цифровой системе мкф rf означает
	Персональные факторы
	Структур организма
	Активности и участия
	Функций организма
90	Как расшифровывается аббревиатура АРМ в телемедицине?
	Автоматизированное рабочее место
	Ассоциация реабилитологов Москвы
	Атипичная реакция Манту
	Автономный рабочий модуль
91	Как расшифровывается аббревиатура ВКС в телемедицине?
	Видеоконференция
	Варианты клинических случаев
	Всероссийская консультативная система
	Вероятность критических событий
92	Как расшифровывается аббревиатура ЭМК в телемедицине?
	Электронная медицинская карта пациента
	Экспертная медицинская комиссия
	Экстренная мультидисциплинарная коллегия
	Экспериментальная модель качественного лечения
93	Как расшифровывается аббревиатура ДН в телемедицине?
	Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента
	Динамическое наблюдение
	Длительность недостаточной активности
	Доказанная неэффективность терапии
94	Как расшифровывается аббревиатура НПА в телемедицине?
	Нормативные правовые акты
	Нарушение порядка
	Низкий показатель активности
	Новый протокол апробации
95	Основная цель телемедицинского консультирования
	Предоставление своевременной качественной медицинской помощи в точке необходимости (фактически - обеспечение единого стандарта качества медицинской помощи в любой географической точке и в любых условиях).
	Предоставление лечебному учреждению возможность экономить при оказании медицинских услуг
	Предоставление врачам в любой точке мира возможность обучаться,

	консультируя своих пациентов у лучших специалистов;
	Предоставление медицинских услуг в комфортных для пациента условиях (например, если пациент не хочет идти к врачу в больницу);
96	Основоположник физиологии двигательных систем
	Н. А. Бернштейн
	Н. И. Пирогов
	А. В. Вишневский
	И. П. Павлов
97	Основоположник рефлекторной теории
	Ч. Шеррингтон
	И. П. Павлов
	С. П. Боткин
	Н. Н. Бурденко
98	Теорию систем, которая представляет тело как механическую систему с большим количеством степеней свободы, которые ограничиваются работой мышц, контролируемых нервной системой разработал
	Н. А. Бернштейн
	Л. М. Рошаль
	С. Н. Федоров
	Ю. Ю. Джанелидзе
99	В постурологии основной моделью, описывающей акт поддержания устойчивого равновесия, является модель «перевернутого маятника»
	«часового стекла»
	«конского хвоста»
	«когтистой лапы»
100	Что такое LFS
	Длина статокинезиограммы в функции к ее площади
	Взвешенный разброс скорости в функции
	Интегральный показатель энергозатрат
	Перемещения во фронтальном и сагиттальном направлениях соответственно
101	Принципы медицинской реабилитации пожилого пациента.
	Раннее начало, преемственность, этапность, комплексность
	Комплексность, непрерывность
	Проведение в коллективе
	Эффективность
102	Какой тип реабилитации у пожилого пациента служит для восстановления функций и возможностей организма, частично или целиком утраченных
	Медицинская реабилитация
	Психологическая реабилитация
	Социальная реабилитация
	Профессиональная реабилитация

103	Медицинская реабилитация пожилого пациента осуществляется при условии
	Когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций
	Если пациент относится к категории трудоспособного населения
	Высокой платежеспособности пациента
	Наличия декомпенсированной соматической патологии
104	Какие методики применяют в медицинской реабилитации пожилого пациента
	Физические. Эрготерапия. Механотерапия.
	Социальная помощь. Духовная поддержка. Нормализация жилищных условий.
	Сохранение навыков. Лечебно-охранительный режим. Лечебно-активирующий режим.
	Работа с деревом. Шитье. Садоводство.
105	В каких структурах осуществляется медицинская реабилитация пожилого пациента?
	Реанимационные отделения, дневные стационары, реабилитационные центры, санатории
	Исключительно в санатории
	Дома отдыха, пансионаты
	Центры социальной защиты, санатории, поликлиники
106	К какой возрастной категории относятся пожилые люди?
	60-75 лет
	80-85 лет
	50-55 лет
	45-50 лет
107	Какова продолжительность занятий ЛФК пожилых пациентов?
	10-15 минут
	30 минут
	60 минут
	25 минут
108	Как называются аппараты в механотерапии, которые запускает самостоятельно пожилой пациент при реабилитации?
	Активного действия
	Пассивного действия
	Моторного действия
	Прямого действия
109	Что является противопоказанием для проведения кинезиотерапии у пожилого пациента при реабилитации?
	Онкология
	Бронхиальная астма
	Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда или ОНМК
	Туберкулез
110	Какие тренажеры применяются для обеспечения различных двигательных функций верхних конечностей, в том числе для восстановления движений

	пронации-супинации предплечья и кисти в реабилитации пожилого пациента
	Настольные тренажеры для развития верхних конечностей.
	Динамический тренажер лестница-брусья.
	Шведская стенка
	Батут.
111	Одним из видов физической реабилитации пожилого пациента называется
	ЛФК
	Арт-терапия
	Трудотерапия
	Эрготерапия
112	Диетотерапия в рамках медицинской реабилитации пожилого пациента с синдромом мальнутриции назначается на
	1-1,5 года
	10 лет
	5 лет
	6 месяцев
113	К мерам профилактики падений у пожилых пациентов относятся
	Оборудование жилых помещений поручнями
	Назначение транквилизаторов
	Ограничение повседневной активности
	Правильное питание.
114	Дополнительный метод реабилитации пожилого пациента с использованием специальных устройств и тренажеров называется
	Механотерапия
	Арт-терапия
	Трудотерапия
	ЛФК
115	Пожилым пациентам с какой патологией наиболее успешно назначение кинезиотерапии
	Пациентам с заболеваниями опорно-двигательной системы
	Пациентам с зрительными нарушениями
	Пациентам с респираторными заболеваниями
	Пациентам с эндокринными нарушениями
116	При каких заболеваниях пожилому пациенту необходима медицинская реабилитация
	После перенесенного ОНМК
	При глаукоме
	При эпилепсии
	При активной стадии туберкулеза
117	При занятиях физической активностью пожилому пациенту важно придерживаться следующих принципов
	Следует исключать упражнения с длительной задержкой дыхания, с резкими движениями, с длительными наклонами головы вниз

	Употреблять больше жидкости
	Отказаться от лекарственной терапии на время проведения медицинской реабилитации
	Никаких ограничительных принципов нет
118	При заболеваниях какой системы наиболее эффективна механотерапия при реабилитации пожилого пациента
	Опорно-двигательной
	Пищеварительной
	Сердечно-сосудистой
	Дыхательной
119	Сколько по времени от всего занятия ЛФК должна составлять основная часть в рамках медицинской реабилитации пожилых пациентов
	Не более 40% времени
	50% времени
	80% времени
	35% времени
120	Какой метод медицинской реабилитации используют при развитии у пожилого пациента мышечной недостаточности?
	Механотерапию
	Арт-терапию
	Трудотерапию
	Медицинская реабилитация в данном случае не показана
121	Как называется метод обучения двигательным навыкам, которые необходимы пожилому пациенту в повседневной жизни применяемый в медицинской реабилитации
	Эрготерапия
	Трудотерапия
	Арт-терапия
	ЛФК
122	Какой из основных факторов положительного влияния ЛФК на организм при медицинской реабилитации пожилых пациентов
	Улучшение кровоснабжения тканей и органов
	Уничтожение злокачественных новообразований
	Замедление метаболических процессов
	Социальная адаптация
123	При уходе за пожилым пациентом в рамках медицинской реабилитации влияют
	Медицинская этика
	Возраст больного
	Образование пациента
	Характер проводимой параллельно лекарственной терапии
124	Какую цель преследует кинезиотерапия в рамках медицинской реабилитации пожилых пациентов
	Уменьшение мышечного напряжения, улучшение эластичности мышц,

	увеличение амплитуды движений
	Замедление метаболизма
	Снижение веса
	Улучшение сна
125	Инструктора ЛФК должны придерживаться следующего принципа в медицинской реабилитации пожилых людей
	Дозированные нагрузки
	Нагрузки одновременно на все группы мышц
	Начало занятий без предварительной нагрузки
	Увеличение объема и характера упражнений лечебной физкультуры у длительно болеющих пациентов
126	Понятие «здоровье» по определению ВОЗ:
	Полное физическое, духовное и социальное благополучие
	Отсутствие хронических заболеваний и функциональных нарушений
	Отсутствие физических и психических нарушений
	Отсутствие заболеваний
127	Инвалид – это:
	Лицо, имеющее нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма
	Лицо с незначительными нарушениями здоровья
	Лицо с нарушениями функций опорно-двигательной системы
	Лицо, не работающее в связи с ухудшением здоровья
128	Наиболее точное определение понятия инвалидность:
	Социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойкими расстройствами функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты
	Социальная недостаточность вследствие заболевания, травмы или врожденной патологии
	Длительная частичная потеря трудоспособности в своей профессии вследствие болезни или увечья
	Состояние человека, при котором имеются препятствия или ограничения в его деятельности
129	Среди впервые получивших группу преобладают инвалиды:
	С онкологическими заболеваниями
	Сердечно-сосудистыми заболеваниями;
	Заболеваниями органов дыхания
	Психическими расстройствами
130	Социальная модель инвалидности:
	Предполагает интеграцию инвалидов в социум и приспособление условий жизни в обществе для инвалидов
	Не имеет значения в современном мире

	Способствует дотационному подходу к инвалидам
	Выступает за изоляцию инвалидов от остального общества
131	Критерии установления групп инвалидности определены:
	Приказом Минтруда России от 27.08.2019 N 585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы"
	Приказом Минтруда РФ от 31.12.2012 г. N 310н "Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы"
	Федеральным законом "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"
	Постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 г. № 95 "О порядке и условиях признания лица инвалидом"
132	Основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений, определяемы МСЭ, регламентирует:
	Приказ Минтруда РФ от 27 августа 2019 г. N 585н "Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы"
	Конвенция ООН "О правах инвалидов"
	Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"
	Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (с изм.) "О порядке и условиях признания лица инвалидом"
133	Какой принцип охраны и улучшения здоровья населения является основополагающим
	Усиление профилактического направления медицины
	Увеличение и улучшение стационарной помощи населению
	Улучшение психологической помощи населению
	Развитие профессионального спорта
134	Этапность медицинской реабилитации утверждена:
	Приказом МЗ РФ №788 н от 31.07.2020г. "Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых"
	Конвенцией ООН "О правах инвалидов"
	Федеральным законом "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"
	Распоряжением Правительства РФ от 30.12.2005 г. №2347-р "Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалидам»
135	Первичная профилактика инвалидности – это:
	Система государственных мер, направленных на снижение заболеваемости и травматизма, включая улучшение условий труда и экологической обстановки;
	Диспансерное наблюдение за пациентами в лечебно-профилактических учреждениях;
	Комплекс мероприятий, направленных на снижение рисков отягощения уже имеющейся инвалидности;
	Комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни инвалидов.

136	Сколько уровней профилактики инвалидности в РФ?
	Три
	Два
	Четыре
	Один
137	Мероприятия по снижению рисков отягощения имеющейся инвалидности относятся к мероприятиям
	Третьего уровня
	Второго уровня
	Первого уровня
	Четвертого уровня
138	Вторичная профилактика инвалидности – это
	Ранняя диагностика и адекватное лечение заболеваний
	Улучшение условий труда
	Социально-средовая адаптация инвалидов
	Профилактика утяжеления инвалидности
139	Таблица
	Состояние организма человека, группы людей, популяции, оцениваемое в связи с особенностями питания
	Реальное потребление человеком пищевых продуктов и в их составе отдельных нутриентов за определённое время
	Понятие, характеризующее рационы питания по критерию содержания в них белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных и биологически активных веществ
	Набор и количество пищевых продуктов, удовлетворяющие потребность человека в нутриентах для поддержания оптимального физиологического статуса организма
140	Усвояемость в пищеварении – это
	Доля пищевого продукта или нутриента, непосредственно используемая для обеспечения жизнедеятельности человека
	Степень полезности пищевого продукта или нутриента для осуществления физиологических функций организма человека;
	Степень проникновения структурных элементов пищи через клеточные мембраны
	Способность пищевых компонентов подвергаться действию ферментов
141	Нутриенты – это
	Пищевые вещества
	Пищевые продукты
	Структурные элементы пищи
	Биологически активные вещества
142	Основной обмен (оо) – это
	Минимальное количество энергии, необходимое для поддержания жизни организма в состоянии полного покоя лежа
	Минимальное количество энергии, необходимое для поддержания

	функционирования организма в повседневной жизни
	Уровень энергетического обмена организма человека, определяющий его способность к функционированию в условиях дефицита пищи
	Уровень энергетического обмена организма человека, определяющий оптимальное его функционирование
143	Белки – это
	Высокомолекулярные органические вещества, построенные из остатков аминокислот
	Сложные органические соединения, расходуемые в организме на пластические нужды
	Высокомолекулярные органические вещества, обладающие высокой и разнообразной биологической активностью
	Высокомолекулярные органические вещества, содержащиеся, главным образом, в продуктах животного происхождения
144	Аминокислоты – это
	Органические кислоты, из которых состоят белки
	Органические соединения, основой которых являются биогенные амины
	Органические кислоты, обладающие высокой биологической активностью
	Соединения, основой которых являются амины
145	Жиры (липиды) – это
	Органические соединения, в основном сложные эфиры глицерина и одноосновных жирных кислот (триглицериды)
	Органические соединения, образованные из остатков жирных кислот
	Органические компоненты пищи, превращающиеся в организме в жирные кислоты
	Органические компоненты пищи, отличающиеся нерастворимостью в воде
146	Витамины – это
	Низкомолекулярные органические соединения с высокой биологической активностью, которые необходимы для нормальной жизнедеятельности организма в чрезвычайно малых количествах
	Низкомолекулярные органические соединения, обладающие в сравнении с другими компонентами пищи наиболее высокой биологической активностью
	Низкомолекулярные органические соединения, являющиеся коферментами основных ферментов, обеспечивающих метаболизм
	Низкомолекулярные органические соединения, обладающие в сравнении с другими компонентами пищи наиболее высокой пищевой ценностью
147	Основное отличие незаменимых аминокислот от заменимых
	Не синтезируются в организме и должны поступать с пищей
	Имеют более выраженную биологическую роль в организме
	Имеет место более высокая потребность в них организма человека
	Принципиально отличаются от заменимых аминокислот по химической структуре
148	Для оценки массы тела в связи с питанием всемирной организацией здравоохранения рекомендован показатель
	Индекс массы тела (ИМТ)

	Индекс Брока
	Метод сигмальных отклонений
	Центильный метод
149	Индекс массы тела (ИМТ) – это
	Отношение массы тела в килограммах к квадрату длины тела, выраженной в метрах
	Отношение длины тела, выраженной в метрах, к массе тела в килограммах
	Отношение массы тела в килограммах к длине тела в метрах
	Разность между длиной тела в сантиметрах минус 100, выраженная в килограммах идеальной массы тела
150	Выберите функцию, которая не подходит для воды в живом организме
	Выполняет энергетическую функцию
	Участвует в формировании внутриклеточных структур
	Является средой для большинства реакций
	Является непосредственным участником некоторых реакций
151	За сутки с мочой выделяется
	1,5 – 3,0 л
	0,5 – 1,0 л воды
	6,0 – 8,0 л
	10 – 12 л
152	Среди перечисленных найдите функцию, которая не подходит для натрия
	Являются основными внутриклеточными катионами
	Участие в поддержании кислотно-основного равновесия
	Участие в процессах возбуждения
	Регуляция осмотического давления
153	Выберите функцию, не характерную для ионов калия
	Являются основными внеклеточными катионами
	Являются основными внутриклеточными катионами
	Участвуют в процессах возбуждения
	Необходимы для усвоения глюкозы
154	Объем воды в плазме крови зависит
	От коллоидно-осмотического давления плазмы
	От поступления ее с питьем
	От выведения ее с мочой
	От температуры окружающей среды
155	В регуляции объема воды, кроме вазопрессина, участвуют
	Альдостерон
	Глюкокортикостероиды
	Простагландины
	Эритропоэтин
156	Для системы кроветворения особое значение имеет

	Железо
	Калий
	Магний
	Кальций
157	Для нормального функционирования нервной ткани особенно необходимы
	Ионы натрия
	Ионы магния
	Ионы хлора
	Ионы марганца
158	Выберите функцию, которая не подходит для фосфатов
	Участие в проведении нервных импульсов
	Поддержание буферных свойств жидкостей организма
	Образование активированных метаболитов
	Участие в энергетическом обмене клеток
159	Причина гиперфосфатемии
	Гипопаратиреоз
	Гиперпаратиреоз
	Минерализация костей
	Рахит
160	При некоторых инфекциях у детей происходит резкое поражение клубочковой зоны коры надпочечников, следствием которого является
	Снижение уровня альдостерона
	Повышение концентрации Na ⁺ и Cl ⁻ в крови
	Снижение диуреза
	Повышение кровяного давления
161	Движения, сопровождающиеся перемещением всего тела в пространстве, считаются
	Пассивными
	Активными
	Локомоторными
	Позно-тоническими
162	К локомоторным движениям относится
	Хлопок кистями
	Нажатие на клавиатуру отдельными пальцами кистей
	Нажатие стопой на педаль
	Ходьба, бег, плавание, ползание
163	Примером простых рефлекторных двигательных реакций может быть
	Протягивание руки для подкрепления сказанных слов при виде вкусного блюда
	Отдергивание руки на болевой раздражитель
	Поднятие багажа и движение вперед при виде давно ожидаемого маршрутного транспортного средства
	Поворот глаз с перемещением тела при желании разглядеть внимательнее предмет

164	Движение становится автоматическим после
	Подключения ответной реакции на болевой раздражитель
	Однократного выполнения
	Осмысления его выполнения
	Повторного многократного выполнения
165	Произвольное движение становится автоматическим в случае переключения с пирамидной системы на
	Вегетативную
	Зрительную
	Экстрапирамидную
	Слуховую
166	Обследование произвольных движений включает определение
	Наличия, количества и качества автоматизированных действий
	Понимание двигательных задач
	Объёма активных и пассивных движений, тонуса, силы мышц и рефлекторной активности
	Проприоцептивной чувствительности
167	Объём движений определяют при
	Нанесении ударов на сухожилие мышцы
	Выполнении активных и пассивных движений
	Нанесении ударов по надкостнице костных выступов конечностей
	Противодействию, достаточном для остановки активного движения с максимальным усилием больного
168	Объём движений можно измерить в
	Градусах
	Баллах
	Сантиметрах
	Миллиметрах
169	Тонус мышц определяют при
	Выполнении пассивных движений
	Нанесении ударов на сухожилие мышцы
	Нанесении ударов по надкостнице костных выступов конечностей
	Противодействию, достаточном для остановки активного движения с максимальным усилием больного
170	Силу мышц определяют при
	Выполнении активных и пассивных движений
	Нанесении ударов на сухожилие мышцы
	Нанесении ударов по надкостнице костных выступов конечностей и лица
	Преодолении сопротивления движению
171	Объём движений может быть
	Достаточным и неполным
	Предельным и ограниченным
	Избыточным и ограниченным

	Спастическим и пластическим
172	Тонус мышц зависит от
	Особенностей реакций на болевые раздражители
	Особенностей нервной импульсации и происходящих в них метаболических процессов
	Сохранения остроты зрения и слуха
	Активности высших психических функций
173	Распространенность слабости мышц на три конечности называют
	Монопарез
	Тетрапарез
	Трипарез
	Гемипарез
174	Согласно шкале комитета медицинских исследований достаточная сила мышц рассматривается в _____ баллов
	100
	0
	5
	50
175	Распространенность слабости мышц на четыре конечности называют
	Трипарез
	Тетрапарез
	Монопарез
	Гемипарез
176	Для лечения спастичности рекомендуется
	Ботулинотерапия в сочетании со специальными физическими тренировками
	Использование мячиков в спастичную кисть
	Лечение положением
	Растяжение спастичных мышц через боль
177	Для лечения спастичности не рекомендуется
	Ботулинотерапия
	Инtrateкальное введение баклофена
	Аэробные упражнения с целью двигательного переобучения
	Растяжение спастичных мышц через боль
178	При спастичности паретичных мышц целью реабилитации является
	Переобучение движению пораженного сегмента
	Уменьшение длины мышц
	Приближение точек прикрепления мышц до минимально-допустимой
	Пассивное укорочение мышечно-связочного аппарата
179	Для двигательного переобучения можно использовать метод
	Проприоцептивной нейромышечной фасцилитации
	Минимальных физических нагрузок
	Анаэробных упражнений

	Ограничительных упражнений с повтором не более 2-3 раз в день каждого движения
180	Для увеличения мышечной силы показаны упражнения
	Баллистические движения
	С дополнительным отягощением
	Аэробные упражнения
	Анаэробные упражнения
181	Тренировки по улучшению персональных навыков повседневной активности рекомендованы и могут начинаться в _____ периоде церебрального инсульта
	Позднем восстановительном
	Раннем восстановительном
	Остром
	Резидуальном
182	Для оценки изменения силы мышц используется
	Шкала комитета медицинских исследований
	Тест спилбергера
	Тест берга
	Монреальская шкала оценки когнитивных функций
183	Для регистрации динамики изменения объема активного и пассивного движения в суставе используется
	Динамометр становой
	Динамометр ручной
	Гониометр
	Электромиография
184	Ранняя мобилизация при онмк эффективна:
	В первые 24 часа от развития повреждения мозга
	Через 48 часов от развития повреждения мозга
	Спустя 7 суток от развития повреждения мозга
	Через 1 месяц от развития повреждения мозга
185	Больной со зрительной агнозией
	Не видит предметы по периферии полей зрения
	Плохо видит окружающие предметы и не узнает их
	Плохо видит предметы в центре поля зрения
	Видит предметы, но не узнает их
186	Больной с моторной афазией
	Не понимает обращенную речь и не может говорить
	Может говорить, но не понимает обращенную речь
	Может говорить, но не помнит названия предметов
	Понимает обращенную речь, но не может говорить
187	Больной с сенсорной афазией
	Не может говорить и не понимает обращенную речь

	Не понимает обращенную речь и не контролирует собственную
	Может говорить, но забывает названия предметов
	Не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь
188	Ранний восстановительный период церебрального инсульта составляет:
	21 день – 6 месяцев
	6 суток – 1 месяц
	3 месяца – 6 месяцев
	6 месяцев – 12 месяцев
189	Поздний восстановительный период церебрального инсульта составляет:
	8 месяцев – 1 год
	6 месяцев – 12 месяцев
	3 месяца – 6 месяцев
	1 месяц – 6 месяцев
190	Двигательные режимы ia, ib, iia, iib и iiia относятся к режимам
	Стационара
	Санатория
	Поликлиники
	Диспансера
191	Повышенная чувствительность называется термином
	Гипалгезия
	Гипералгезия
	Аналгезия
	Казуалгия
192	Вид кожной чувствительности, который является тонко дифференцированным и точно локализованным называется
	Эпикритическим
	Протопатическим
	Ноцицептивным
	Проприоцептивным
193	Одним из наиболее важных нейромедиаторов, оказывающим воздействие на уровне задних рогов спинного мозга является
	Субстанция p
	Серотонин
	Эндорфин
	Дофамин
194	Какие лекарственные препараты используют для проведения лекарственных блокад
	Глюкокортикостероиды и хондропротекторы
	Опиаты и анальгетики
	Антиконвульсанты и антибиотики
	Антиагреганты и глюкокортикостероиды
195	Наиболее перспективные методы улучшения приверженности пациентов можно

	объединить в группы, кроме
	Строгая регуляция государством стоимости препаратов
	Оптимизация режима приема лекарственных препаратов
	Улучшение доступности медицинской помощи
	Повышение информированности пациентов
196	Боль – это
	Неприятное чувствительное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения
	Сложный психофизиологический феномен, в который не вовлечены гуморальные и гемодинамические проявления
	Сложный психофизиологический феномен, в который не вовлечены механизмы регуляции и формирования эмоций
	Синдром при некоторых заболеваниях
197	За проведение болевых ощущений отвечают
	Тонкие миелинизированные и немиелинизированные волокна, исходящие от униполярных клеток спинномозгового ганглия
	Тонкие миелинизированные волокна, исходящие от униполярных клеток спинномозгового ганглия
	Тонкие немиелинизированные волокна, исходящие от униполярных клеток спинномозгового ганглия
	Рецепторы
198	Какой вид боли является сенсорной реакцией с последующим включением эмоционально-мотивационных, вегетативных и других факторов при нарушении целостности организма
	Острая боль
	Хроническая боль
	Нейропатическая боль
	Персистирующая боль
199	Какой вид боли характеризуется длительным течением, связан с соматическим заболеванием, тяжелыми инфекциями и злокачественными заболеваниями
	Персистирующая боль
	Острая боль
	Нейропатическая боль
	Хроническая боль
200	Какой вид боли характеризуется временным резким спонтанным или эпизодически возникающим усилением боли на фоне приема препаратов в пролонгированных лекарственных формах
	Прорывная боль
	Острая боль
	Нейропатическая боль
	Хроническая боль
201	Какой вид боли формируется при длительном болевом воздействии сверхнормального периода заживления

	Хроническая боль
	Острая боль
	Нейропатическая боль
	Персистирующая боль
202	Какова продолжительность сверхнормального периода заживления, формирующегося при длительном болевом воздействии при хронической боли
	Более 3 месяцев
	1 месяц
	7 дней
	6 месяцев
203	Какой вид боли характеризуется возникновением в результате повреждения ткани или воздействия на него болезненного агента с последующей активацией болевых рецепторов?
	Ноцицептивная соматическая боль
	Хроническая боль
	Нейропатическая боль
	Персистирующая боль
204	Какой вид боли характеризуется возникновением в результате повреждения симпатически иннервируемых органов, плохо локализована, имеет разлитой характер
	Ноцицептивная висцеральная боль
	Хроническая боль
	Нейропатическая боль
	Персистирующая боль
205	Чем характеризуется хроническая боль
	Отсутствием защитной функции
	Защитной функцией
	Биологической целесообразностью
	Эпизодически возникающим усилением боли
206	К чему приводит хроническая боль
	К дезадаптации
	К нормальному восприятию болевых и неболевых импульсов
	К восстановлению функции ЦН
	К адаптации организма к новым условиям
207	Что характерно для дисфункциональной боли
	Возникает при отсутствии активации ноцицепторов
	Возникает при органическом повреждении тканей
	Возникает при активации ноцицепторов
	Повышает восприимчивость периферических рецепторов и нервных волокон к сенсорным раздражителям
208	С чем связано появление эпизодической боли
	С недостаточностью препарата
	С периодическим воздействием повреждающего фактора

	С нарушением чувствительности нервных окончаний
	С постоянным воздействием повреждающего фактора
209	От чего зависит клиническая картина при хронической боли
	От локализации очага поражения
	От тяжести сопутствующей соматической боли
	От характера пациента
	От индекса массы тела пациента
210	Показания для вертикализации после перенесенного онмк
	Острый период онмк, пребывание в отделении реанимации более 48 ч, строгий постельный или постельный режим более 48 ч.
	Поздний период после онмк, пребывание в отделении реанимации менее 48 ч., строгий постельный или постельный режим менее 48 ч.
	Поздний период после онмк, пребывание в отделении реанимации более 72 ч., строгий постельный или постельный режим более 72 ч.
	Вертикализация данным пациентам не показана
211	Максимально допустимый вес нагрузки на блочном тренажере после перенесенного онмк составляет:
	3-5 кг
	5-8 кг
	0,5 – 2 кг
	1 кг
212	Применение каких тренажеров показано в раннем восстановительном периоде после перенесенного онм
	Тренажеры пассивного действия
	Беговая дорожка
	Блочные тренажеры
	Кроссовер
213	Назовите две продольные связки, проходящие по телам позвонков
	Передняя продольная, задняя продольная
	Две боковые продольные
	Правая боковая продольная, левая боковая продольная
	Верхняя продольная, нижняя продольная
214	Чем обуславливается биомеханика позвоночника
	Состоянием межпозвоночных дисков
	Состоянием мышечного корсета
	Ортостатикой
	Физической подготовленностью пациента
215	От чего зависит эластичность межпозвоночных дисков
	От состояния фиброзного кольца и желатинозного ядра
	От продольных связок проходящих по телам позвонков
	От иннервации данного участка межпозвоночного пространства
	От гибкости и упругости позвоночника

216	Какую функцию несет межпозвоночный диск
	Амортизацию
	Иннервацию
	Питательную
	Поддерживающую
217	Нормальный объем сгибания и разгибания позвоночного столба равен
	170—245°
	150—250°
	130—240°
	180—230°
218	Объем движения в шейном отделе позвоночника
	Сгибание 55-60°, боковые наклоны 28-30°, ротация 20-40°
	Сгибание 45-60°, боковые наклоны 15-30°, ротация 25-40°
	Сгибание 40-60°, боковые наклоны 15-30°, ротация 30-40°
	Сгибание 30-60°, боковые наклоны 20-30°, ротация 30-40°
219	Как называется синдром, обусловленный воздействием патологических костных и хрящевых структур на симпатическое сплетение позвоночной артерии, а также непосредственно на артерию, что приводит к деформации ее стенки или сужению просвета
	Синдром позвоночной артерии
	Синдром нижней косой мышцы головы
	Синдром плечо—кисть
	Синдром передней лестничной мышцы
220	Синдром передней лестничной мышцы возникает при раздражении корешков и симпатических волокон на каком уровне
	С v-vii
	С ii-vi
	С iii-vi
	С vi-vii
221	Какой из методов лечения при дорсопатии не назначается при протрузиях и грыжах дисков
	Теплолечение
	Криотерапия
	Уз - терапия
	Тракционная терапия
222	Какой метод предпочтительнее в применении в подостром периоде
	Импульсная баротерапия
	Криотерапия
	Уз - терапия
	Тракционная терапия
223	Какой из методов предпочтительнее применять при выраженном миофасциальном синдроме
	Низкочастотная высокоинтенсивная магнитотерапия

	Импульсная баротерапия
	Уз - терапия
	Вакуумная терапия
224	Постизометрической релаксации – это:
	Пассивное растяжение мышцы после 7-10 сек. напряжения, что часто позволяет спонтанно разблокировать отдельные ПДС
	Подводное и сухое горизонтальное вытяжением на тракционном столе
	Обеспечении напряжения в суставе в направлении блокады (т.е. в сторону ограничения) до функционального барьера и в удерживании этого усилия в течение одной или более минут
	Лечебно-профилактическая методика, сочетающая в себе различные классические и восточные системы омоложения
225	Тракционная терапия - это
	Терапевтический метод устранения патологий и заболеваний опорно-двигательного аппарата, в основе которого лежит механическое дозированное вытяжение суставов и эластичных тканевых структур позвоночника
	Пассивное растяжение мышцы после 7-10 сек. Напряжения, что часто позволяет спонтанно разблокировать отдельные ПДС
	Механические колебания (вибрацию) участков тела с постепенным увеличением интенсивности и глубины воздействия на ткани, вызываемые с помощью электромеханических вибромассажеров различных конструкций
	Метод лечения, характеризующийся одновременным воздействием на организм человека воды и активных (реже пассивных) движений.
226	С целью иммобилизация пораженного сегмента, облегчения выполнения реабилитационных и лечебных программ широко используется
	Ортезирование
	Криотерапия
	Уз - терапия
	Тракционная терапия
227	Каких ожидаемых эффектов добиваются используя криотерапию при дорсопатиях шейного отдела позвоночника
	Анальгетический, анестетический, противовоспалительный, противоотечный, спазмолитический.
	Тонусное изменение мышц, воздействие на сенсорные и вазомоторные нервные волокна, расслабление мышц
	Релаксация и снятие мышечных спазмов и напряжений
	Тонизирующий, вазоактивный, трофический, дренирующий, седативный,
228	При радикулярных синдромах целесообразна стимуляция точек акупунктуры в зонах
	Сегментарной иннервации поражённых нервных корешков с одновременным воздействием на ат
	Боли и в ло-пункт данного меридиана на противоположной стороне
	Проекция боли
	Вокруг поражённого участка или проведение игл вдоль заинтересованной мышцы

229	Какое утверждение правильное
	При астенизации, психоэмоциональной лабильности применяется чередование процедур с применением только та общего действия с процедурами, в которых используются лишь та в сегментарных и болевых зонах
	При астенизации, психоэмоциональной лабильности не применяется чередование процедур с применением только та общего действия с процедурами, в которых используются лишь та в сегментарных и болевых зонах
	При астенизации, психоэмоциональной лабильности не применяется иглорефлексотерапия.
	Иглорефлесотерапия не имеет противопоказаний.
230	Диагностические критерии дорсопатии
	Все перечисленное
	Вертеброгенный болевой синдром, чувствительные расстройства, двигательные нарушения в мышцах, иннервируемых пораженным корешком, снижение или выпадение сухожильных рефлексов
	Наличие относительно глубоких биомеханических нарушений компенсации двигательного акта;
	Данные электронейрофизиологических исследований, регистрирующие нарушение проводимости по корешку, результаты игольчатой электро-миографии с анализом потенциалов действия двигательных единиц, позволяющие установить денервационные изменения в мышцах пораженного миотома, данные кт, мрт или рентгенографического исследования (используются для верификации диагноза).
231	Показания для тракционной терапии
	Корешковые компрессии грыжей диска при отсутствии секвестрации, начальные стадии шейных болевых синдромов при отсутствии активных триггерных точек в паравертебральных мышцах.
	Вертеброгенный болевой синдром, острый период
	Остеопороз
	Тромбоз позвоночных артерий
232	Вследствие чего развиваются рефлекторные синдромы на шейном уровне
	Вследствии раздражения рецепторов тканей позвоночно-двигательных сегментов и их ветвей
	Вследствии нарушения проводимости рецепторов тканей позвоночно-двигательных сегментов и их ветвей
	Вследствии поражения мышечных волокон продольных связок тел позвонков
	Вследствии корешковой компрессии грыжей диска
233	Куда происходит иррадиация боли при синдроме передней лестничной мышцы
	Иррадиируют в руку по ульнарной поверхности предплечья и кисти
	Иррадиируют в руку по радиальной поверхности предплечья и кисти
	Иррадиируют в руку по передней поверхности плеча
	Иррадиируют в лопаточную область с больной стороны
234	Критерии эффективности реабилитации при дорсопатии шейного отдела позвоночника
	Все пункты верны

	Уменьшение болевого синдрома, увеличение физической активности, регресс объективной клинической симптоматики
	Нормализация подвижности позвоночника и силы мышц
	Нормализация психоэмоциональной сферы, интегральных показателей
235	Какое из упражнений можно выполнять в остром периоде при дорсопатиях:
	Дыхательная гимнастика, упражнения на расслабление мышц туловища и конечностей.
	Упражнения на укрепление мышц туловища и конечностей
	Упражнения на укрепление и тренировки мышц шейно- грудного отдела позвоночника
	Упражнения на укрепление и тренировки мышц верхнего плечевого пояса
236	Суточная доза (мг/сут) потребления кальция в возрасте 25-50 лет
	800
	1000
	1200
	600
237	Для выявления нейропатической боли используется
	Опросник dn4
	Мимическая шкала боли
	Цифровая рейтинговая шкала
	Визуальная аналоговая шкала
238	Болевые опросники применяются для
	Экспресс-диагностики боли
	Клинико-неврологического обследования
	Выявления причин боли
	Понимания механизма развития боли
239	Аллодиния проверяется как ответ на
	Легкое тактильное прикосновение
	Интенсивный укол с помощью иглы
	Умеренное постукивание
	Выраженное температурное воздействие
240	Шкала оценки боли, рекомендуемая у больных с затрудненным контактом, в т.ч. у детей
	Мимическая (лицевая) шкала боли
	Шкала lanss
	Цифровая рейтинговая шкала
	Визуально-аналоговая шкала
241	Визуально-аналоговая шкала это
	Прямая линия длиной 10 см
	Линия с цифрами от 0 до 10
	Шкала из шести лиц
	Словесное описание боли

242	Вербальная рейтинговая шкала это
	Словесное описание боли
	Шкала из шести лиц
	Линия с цифрами от 0 до 10
	Прямая линия длиной 10 см
243	Цифровая рейтинговая шкала это
	Линия с цифрами от 0 до 10
	Прямая линия длиной 10 см
	Шкала из шести лиц
	Словесное описание боли
244	Визуально-аналоговая шкала это
	Прямая линия длиной 10 см
	Словесное описание боли
	Шкала из шести лиц
	Линия с цифрами от 0 до 10
245	Опросник, включающий сенсорный, эмоциональный и оценочные аспекты боли
	Опросник боли мак-гилла
	Опросник dn4
	Опросник lanss
	Опросник боли универсальный
246	По шкале lanss нейропатические механизмы формирования боли маловероятны, если сумма
	<12
	= 0
	>12
	>25
247	Согласно опроснику dn4, боль у пациента является нейропатической если сумма баллов составляет
	4 и более
	3 и менее
	0
	Не имеет значение
248	Ноцицептивная боль — это боль
	Соматогенная
	Нейрогенная
	Психогенная
	Физиологическая
249	Нейропатическая боль – это боль
	Нейрогенная
	Психогенная
	Соматогенная
	Физиологическая

250	Острая боль по продолжительности
	Не превышает 6 недель
	От 12 недель и более
	Сохраняющиеся 6 -12 недель
	Не более 3 недель
251	Хроническая боль длительностью
	От 12 недель и более
	6 -12 недель
	От 3 до 6 недель
	От 1 до 3 недель
252	К психогенным болевым синдромам не относят боли
	Имеющие соматическую основу
	Провоцируемые эмоциональными факторами и обусловленные мышечным напряжением
	Связанные с депрессией, не предшествующие ей и не имеющие какой-либо другой причины
	Как бред или галлюцинация у пациентов с психозами, исчезающие при лечении основного заболевания
253	Психогенные болевые синдромы характеризуются наличием
	Боли необъяснимой никакими известными поражениями соматических и неврологических структур
	Боли локализуемой в соответствующей анатомической области (ткани) или зоны иннервации
	Поражений анатомических структур центральной или периферической нервной системы
	Повреждения каких-либо соматических или висцеральных органов, или структур соматосенсорной нервной системы
254	Частота оценки боли в ОРИТ у пациентов с болью высокой интенсивности вначале осуществляется каждые
	15 мин
	2 часа
	4 часа
	6 часов
255	Вербальная рейтинговая шкала оценивается
	Как 1 из 5 словесных вариантов
	Цифрами от 1 до 10
	Как точка на линии
	По выражению лица
256	«Аналоговые шкалы боли» оценивают
	Интенсивность
	Локализацию
	Характер
	Продолжительность

257	Для исследования боли у пациентов без вербального контакта могут быть использованы
	Шкала по определенному выражению лица
	Вербальная рейтинговая шкала
	Шкала lanss
	Опросник dn4
258	С помощью дневника боли нельзя
	Оценивать психогенную боль
	Составить полную картину возникновения приступа
	Установить особенности его развития
	Выявить триггеры
259	Болевое поведение в многофакторной концептуальной модели это
	Моторно-мотивационный ответ организма, регулируемый всеми составляющими (ноцицепция, страдание, боль)
	Негативное ощущение, генерированное в цнс и модулированное эмоциональными ситуациями
	Интеграция ноцицептивных сигналов на уровне спинного мозга
	Нет правильного определения
260	Многофакторная концептуальная модель боли описана
	Loeser j.d
	Gaston-johansson f.
	Huskisson e. C.
	Frederickson l.w.
261	К малонагрузочным пробам в кардиореабилитации относят
	Гарвардский тест, тест шестиминутной ходьбы, велоэргометрию
	Пробу с задержкой дыхания, пробу с гипервентиляцией, пробу с пассивной вертикализацией
	Тредмил-тест, велоэргометрию, кардиопульмональное нагрузочное тестирование
	Пробу с приседаниями, лестничную пробу, пробу летунова
262	Наиболее объективным методом определения толерантности к физическим нагрузкам больных с хронической сердечной недостаточностью является
	Тредмил-тест
	Тест с шестиминутной ходьбой
	Степ-тест
	Кардиореспираторное нагрузочное тестирование
263	Обязательным видом физических тренировок для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, согласно международным консенсусам, являются
	Тренировки с динамическим сопротивлением
	Аэробные тренировки
	Тренировки со статическим сопротивлением
	Тренировки на гибкость
264	К задаче изменения функций в индивидуальной программе медицинской реабилитации пациента с нарушениями функций сердечно-сосудистой системы

	можно отнести
	Улучшение общего самочувствия и сна
	Улучшение реалистичности оценки пациентом его индивидуальной переносимости физической нагрузки
	Повышение толерантности к физической нагрузке при отсутствии симптомов и адекватной реакции АД и пульса на нагрузку
	Формирование приверженности к долгосрочным изменениям образа жизни
265	Интенсивность нагрузки на тренажерах при проведении кардиореабилитации, как правило, составляет % мощности нагрузки, достигнутой при проведении нагрузочного тестирования
	80-90% мощности нагрузки, достигнутой при проведении нагрузочного тестирования
	70-80% мощности нагрузки, достигнутой при проведении нагрузочного тестирования
	30-40% мощности нагрузки, достигнутой при проведении нагрузочного тестирования
	40-60% мощности нагрузки, достигнутой при проведении нагрузочного тестирования
266	Прохождение расстояния в 400 метров при проведении теста шестиминутной ходьбы свидетельствует о функциональном классе хронической сердечной недостаточности (по NYHA)
	III
	II
	I
	IV
267	Критериями легкого ограничения жизнедеятельности пациента, перенесшего острый коронарный синдром, являются
	Появление слабости, утомляемости, сердцебиения, одышки при физической нагрузке, результаты теста шестиминутной ходьбы 301-425 м
	Отсутствие выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения при обычной нагрузке, результаты теста шестиминутной ходьбы >425 м
	Возникновение приступов стенокардии при ходьбе от 100 до 500 м по ровной поверхности, результаты теста шестиминутной ходьбы 150-300 м
	Появление одышки, слабости, сердцебиения, болей в сердце при малейшей физической нагрузке, результаты теста шестиминутной ходьбы < 150 м.
268	Критериями умеренного ограничения жизнедеятельности пациента, перенесшего острый коронарный синдром, являются
	Появление слабости, утомляемости, сердцебиения, одышки при физической нагрузке, результаты теста шестиминутной ходьбы 301-425 м
	Отсутствие выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения при обычной нагрузке, результаты теста шестиминутной ходьбы >425 м
	Возникновение приступов стенокардии при ходьбе от 100 до 500 м по ровной поверхности, результаты теста шестиминутной ходьбы 150-300 м
	Появление одышки, слабости, сердцебиения, болей в сердце при малейшей физической нагрузке, результаты теста шестиминутной ходьбы < 150 м.
269	Критериями выраженных ограничений жизнедеятельности пациента, перенесшего

	острый коронарный синдром, являются
	Отсутствие выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения при обычной нагрузке, результаты теста шестиминутной ходьбы >425 м
	Появление слабости, утомляемости, сердцебиения, одышки при физической нагрузке, результаты теста шестиминутной ходьбы 301-425 м
	Появление одышки, слабости, сердцебиения, болей в сердце при малейшей физической нагрузке, результаты теста шестиминутной ходьбы < 150 м.
	Возникновение приступов стенокардии при ходьбе от 100 до 500 м по ровной поверхности, результаты теста шестиминутной ходьбы 150-300 м
270	Критериями грубых нарушений процессов жизнедеятельности пациента, перенесшего острый коронарный синдром, являются
	Появление одышки, слабости, сердцебиения, болей в сердце при малейшей физической нагрузке, результаты теста шестиминутной ходьбы <150 м.
	Отсутствие выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения при обычной нагрузке, результаты теста шестиминутной ходьбы >425 м
	Появление слабости, утомляемости, сердцебиения, одышки при физической нагрузке, результаты теста шестиминутной ходьбы 301-425 м
	Возникновение приступов стенокардии при ходьбе от 100 до 500 м по ровной поверхности, результаты теста шестиминутной ходьбы 150-300 м
271	Обучение пациентов, перенесших ОИМ, следует начинать
	Во время амбулаторной реабилитации
	Перед выпиской из стационара
	В ранней фазе лечения (в ОРИТ)
	Тогда, когда этого хочет пациент
272	Абсолютные показания к проведению кардиореабилитации на основе физических упражнений имеют пациенты с
	ИБС, стабильной ХСН
	Артериальной гипертонией
	Искусственным водителем ритма
	Фибрилляцией предсердий
273	Второй этап реабилитации после перенесенного острого коронарного синдрома проводится пациентам,
	Желающим пройти реабилитацию в условиях круглосуточного стационара
	Нуждающимся в круглосуточном медицинском наблюдении и помощи при самообслуживании и перемещении
	Проживающим в других населенных пунктах (иногородним), не нуждающимся в круглосуточном наблюдении и помощи
	Имеющим направление участкового терапевта
274	Лечебная гимнастика оказывает следующий эффект у пациентов с нарушением функции сердечно-сосудистой системы
	Уменьшает апоптоз клеток
	Влияет на гипертрофию левого желудочка
	Имеет доказанный атеросклеротический эффект
	Улучшает мышечную силу, гибкость и координацию

275	К гемодинамическим эффектам длительных упражнений на выносливость относят
	Улучшение эндотелиальной функции
	Снижение избыточной вентиляции легких
	Улучшение показателей сердечного выброса, диастолической функции, миокардиальной перфузии
	Улучшение мышечной силы
276	Основной целью кардиореабилитации пациента, перенесшего острый коронарный синдром, является
	Предотвращение прогрессирования атеросклеротического процесса, коррекция модифицируемых факторов риска
	Нормализация уровня артериального давления, пульса, частоты дыхания в покое и при физических нагрузках
	Достижение оптимального уровня функционирования, необходимого для возвращения к привычному образу жизни, улучшение качества жизни
	Удовлетворенность лечением, уменьшение числа и кратности приема антиангинальных, гипотензивных и антиатеросклеротических препаратов
277	Интенсивность нагрузки при активной мобилизации в условиях орнит определяется по
	Клиническому состоянию пациента, появлению признаков усталости
	Уровню артериального давления и частоты сердечных сокращений
	Частоте дыхания и сатурации кислорода
	Достижению максимального ЧСС по формуле Карвонена или до появления стоп-сигналов
278	Рекомендуемая частота проведения тренировок на выносливость составляет
	1 тренировка в неделю
	2-3 тренировки в неделю
	4 тренировки в неделю
	1 тренировка в 2 недели
279	К психосоциальной задаче в индивидуальной программе медицинской реабилитации можно отнести
	Улучшение реалистичности оценки пациентом его индивидуальной переносимости физической нагрузки
	Приобретение навыков самоконтроля в ходе физических тренировок
	Повышение толерантности к физической нагрузке при отсутствии симптомов и адекватной реакции АД и пульса на нагрузку
	Формирование приверженности к долгосрочным изменениям образа жизни
280	Образовательной задачей в индивидуальной программе медицинской реабилитации можно считать
	Формирование приверженности к долгосрочным изменениям образа жизни
	Повышение толерантности к физической нагрузке при отсутствии симптомов и адекватной реакции АД и пульса на нагрузку
	Улучшение реалистичности оценки пациентом его индивидуальной переносимости физической нагрузки
	Улучшение общего самочувствия и сна

281	Целевая тренировочная ЧСС рассчитывается по
	Результатам теста шестиминутной ходьбы
	Показателю реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку
	Реакции сердечно-сосудистой системы на пробу с дыханием
	Формуле карвонена
282	Интенсивность тренировок на выносливость является оптимальной, если она воспринимается пациентом
	От 14 до 16 баллов по шкале борга (6-20)
	От 5 до 7 баллов по ваш
	От 8 до 9 баллов по ваш
	От 11 до 14 баллов по шкале борга (6-20)
283	Субъективная оценка восприятия интенсивности выполняемой физической нагрузки определяется по шкале
	Качества жизни
	Ваш
	Борга
	Бека
284	Виды активности не рекомендованные пациентам 3 фк после коронарного шунтирования на амбулаторном этапе кардиореабилитации
	Ношение тяжестей
	Умеренная ходьба
	Подъем по лестнице
	Медленная ходьба
285	Выполнение аэробной нагрузки пациентом со стабильной стенокардией перед проведением операции на открытом сердце
	Желательно
	Обязательно
	Ограничено
	Минимально
286	Не рекомендуемые упражнения для пациентов с нарушением функции сердечно-сосудистой системы это
	Скоростно-силовые упражнения
	Упражнения на гибкость
	Упражнения с отягощением
	Циклические упражнения
287	Что не является противопоказанием для расширения двигательной активности пациенту после перенесенного коронарного шунтирования
	Прогрессирующая стенокардия
	Умеренная дыхательная недостаточность
	Перенесенная тромбоэмболия
	Жизнеугрожающие нарушения ритма
288	Регулярная физическая активность способствует
	Снижению эндотелиальной дисфункции

	Нарастанию симпатического тонуса
	Нарастанию дислипидемии
	Снижению тонуса венозных сосудов
289	Амбулаторный этап кардиореабилитации должен продолжаться
	Всю жизнь
	6 месяцев
	12 месяцев
	24 месяца
290	Оценка тяжести состояния и прогноза кардиологических больных проводится по шкале:
	Grace
	Nihss
	Рэнкин
	Ривермид
291	Сроки пребывания больных перенёсших ОИМ в стационарах кардиореабилитационного отделения
	От 16 дней
	От 10 до 14 дней
	От 7-16 дней
	От 30 дней
292	У каких больных не проводят тест с ФН
	С постинфарктной стенокардией выраженной сердечной недостаточностью опасной для жизни аритмии
	С паническими атаками
	С депрессией
	С клаустрофобией
293	Противопоказания к ФТ
	ОКС
	Депрессия
	Полинейропатия нижних конечностей
	Хронический гастрит
294	Величина тренирующего пульса определяется как сумма исходной ЧСС и доли её прироста
	60%
	20%
	50%
	40%
295	Критерии благоприятной реакции на нагрузку служит сохраняющееся через 10 мин после её возрастания
	Пульса более чем на 10 в мин
	Пульса более чем 20 в мин
	Пульса более чем 40 мин
	Всё верно

296	Оптимальная частота аэробных тренировок продолжительностью 15-30 мин
	5-7 раз в неделю
	2-3 раза в неделю
	4-5 раза в неделю
	1 раз в неделю
297	Для исследования системы кровообращения не используются:
	Стабилометрия
	Электрокардиография
	Эхокардиография
	Вариационная пульсометрия
298	Эхокардиография (ЭХО КГ) -это
	Метод ультразвуковой диагностики сердца Основан на свойстве ультразвука отражаться от границ структур с различной акустической плотностью.
	Метод исследования общего и периферического Кровообращения основан на регистрации колебаний полного электрического Сопротивления тканей, связанных с изменениями их кровенаполнения.
	.метод графической регистрации тонов и шумов, возникающих в работающем сердце
	Метод графической регистрации тонов и шумов, возникающих в работающем сердце
299	При проведении проб с дозированной физической нагрузкой расчетная величина частоты сердечных сокращений, соответствующая субмаксимальному уровню нагрузки
	Уменьшается с возрастом пациента
	Зависит от исходного уровня ЧСС
	Не зависит от возраста пациента
	Увеличивается с возрастом пациента
300	Проба с физической нагрузкой не трактуется, как положительная, если она не была прекращена из-за развития
	Пароксизма мерцательной аритмии
	Типичного ангинозного приступа
	Горизонтальной депрессии st на 1.5 мм
	Элевации сегмента st на 2 мм
301	Для определения углов сгибания конечностей применяются
	Динамометр
	Сантиметровая лента
	Калиперметр
	Угломер
302	При артрозе коленного сустава показаны:
	Плавание, езда на велосипеде
	Бег трусцой
	Бег по жесткому грунту, прыжки

	Работа в положении глубокого приседания, ходьба
303	Рекомендации по профилактике остеопороза включают
	Бег трусцой
	Дозированную ходьбу
	Изометрические упражнения, плавание, гимнастику
	Динамические упражнения для позвоночника
304	Операция эндопротезирования тазобедренного сустава абсолютно противопоказана при:
	Невозможности самостоятельного передвижения
	Возрасте старше 85 лет
	Ожирении 3 степени
	Нарушении мозгового кровообращения в анамнезе
305	Первый этап реабилитации пациента после эндопротезирования сустава проводится:
	После операции в отделении ортопедии и травматологии
	В предоперационном периоде
	В реанимационном отделении после проведения операции
	В специализированных центрах и отделениях медицинской реабилитации
306	Второй этап реабилитации пациента после эндопротезирования сустава проводится:
	В отделении ортопедии и травматологии
	В специализированных центрах и отделениях медицинской реабилитации
	В дневном стационаре отделения медицинской реабилитации
	В санаторно-курортных условиях
307	Третий этап реабилитации пациента после эндопротезирования сустава проводится:
	Амбулаторно в дневном стационаре поликлиники, санатории
	В отделении ортопедии и травматологии
	В стационаре
	В специализированных центрах и отделениях медицинской реабилитации
308	Критерии перевода пациента после замены сустава на следующий этап реабилитации:
	Завершение выполнения стандарта медицинской помощи
	Достижение временного показателя
	Положительная динамика клинических или инструментальных параметров
	Шкала реабилитационной маршрутизации
309	Ключевым специалистом мультидисциплинарной бригады в отделении медицинской реабилитации для пациентов с заболеваниями /состояниями мышечно-скелетной системы является:
	Заведующий отделением
	Ортопед-травматолог
	Врач ФРМ
	Врач по ЛФК

310	Медицинская реабилитация после эндопротезирования тазобедренного сустава проводится:
	От 3 до 6 месяцев
	В среднем 3 месяца
	В течение 1 года
	От 1,5 до 2 месяцев
311	Аппарат для пассивной разработки сустава используют
	Через неделю после операции эндопротезирование сустава
	Через 2 недели после операции эндопротезирование сустава
	К концу 1 месяца после операции эндопротезирование сустава
	Со второго дня после операции эндопротезирование сустава
312	Ходьба на костылях в облегченном режиме возможна:
	Через 2-3 дня после операции эндопротезирование сустава
	Через 1 день после операции эндопротезирование сустава
	Через неделю после операции эндопротезирование сустава
	К концу второй недели после операции эндопротезирование сустава
313	После эндопротезирования тазобедренного сустава разрешается садиться
	На 3 сутки
	Через 1 сутки после операции
	К концу первой недели
	К концу второй недели
314	Сразу после операции по замене тазобедренного сустава возможно выполнение
	Сгибания-разгибания голеностопного отдела, вращение стопами.
	Дыхательной гимнастики
	Присаживания на постели
	Приведения-отведения оперированной конечности
315	В ранний послеоперационный после эндопротезирования тазобедренного сустава назначают
	Глубокие присаживания
	Изометрические занятия на сокращение четырехглавой мышцы бедра, ягодичных мышц, мышц голени
	Занятия на велотренажере
	Приведение-отведение оперированной конечности
316	Третий этап реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава включает:
	Ходьбу с нагрузкой
	Пешие прогулки в течение 1 часа
	Пешие прогулки в течение 30 мин
	Отмену костылей и ходунков
317	Отмена средств опоры после эндопротезирования тазобедренного сустава происходит
	Через 4 месяца после операции

	В среднем через 2-2,5 месяцев после операции
	Через 6 месяцев после операции
	Через 9 месяцев после операции
318	В отдаленную фазу после эндопротезирования тазобедренного сустава рекомендуется
	Упражнения на растяжение
	Бег трусцой
	Плавание в бассейне, пешие прогулки
	Упражнения в гимнастическом зале
319	Ранний послеоперационный период после эндопротезирования тазобедренного сустава составляет
	1 неделя
	2 недели
	3 недели
	1 месяц
320	Поздний послеоперационный период после эндопротезирования тазобедренного сустава составляет
	1 месяц
	2 месяца
	3 месяца
	3 недели
321	Специальные упражнения в раннем послеоперационном периоде после эндопротезирования тазобедренного сустава;
	Многократное сгибание-разгибание в коленных суставах
	Многократное сгибание-разгибание в тазобедренных суставах
	Отведение-приведение в тазобедренных суставах, изометрическое напряжение мышц бедра
	Сгибания-разгибания пальцев ног и в голеностопных суставах, изометрическое напряжение мышц бедра и ягодичных мышц
322	Для профилактики тромбоэмболических осложнений в сосудах нижних конечностей после эндопротезирования коленного сустава применяют
	Местно мази, содержащие антикоагулянты
	Массаж стоп
	Прессотерапия
	Эластическая компрессия нижних конечностей, антикоагулянтная терапия, физические упражнения
323	Расширение двигательного режима после эндопротезирования тазобедренного сустава допустимо через
	3 месяцев
	4 месяцев
	6 месяцев
	1 месяц
324	Какие шкалы используются в оценке результатов реабилитации пациентов после

	эндопротезирования тазобедренного сустава
	Шкала masa, тест с шестиминутной ходьбой
	Шкала вассерман, шкала лекена, визуально-аналоговая шкала боли (ваш)
	Шкала харриса, шкала лекена, визуально-аналоговая шкала боли (ваш)
	Тест функциональной независимости, вэм
325	Вынужденная гипокинезия в связи с иммобилизацией у больных с травмами опорно-двигательного аппарата способствует:
	Улучшению психоэмоционального состояния
	Стимуляции перистальтики кишечника
	Гипотрофии мускулатуры и развитию контрактур
	Ускорению регенеративных процессов в тканях
326	Больному с переломом диафиза левой плечевой кости в 1 периоде рекомендуются:
	Лфк в форме лечебной гимнастики и изометрическое напряжение мышц левого плеча
	Механотерапия на маятниковых и силовых тренажерах
	Подвижные игры (волейбол, футбол, гандбол)
	Активные упражнения с большой амплитудой в локтевом и плечевом суставах
327	При сколиозе специальными задачами ЛФК являются:
	Повышение неспецифической сопротивляемости организма
	Развитие носового и брюшного дыхания
	Укрепление мышечного корсета коррекция патологической деформации позвоночника
	Повышение психо-эмоционального статуса пациента
328	Больному с переломом тазовых костей в переднем отделе в 1 периоде рекомендуются:
	Положение "лягушки" для расслабления, сгибание, разгибание, отведение, приведение в голеностопных суставах
	Круговые движения в правом плечевом, тазобедренном суставах, лежа на правом боку
	Подъем выпрямленных ног под прямым углом
	"велосипед", "ножницы" ногами
329	Больному с переломом правого бедра в средней трети при консервативном лечении (скелетное вытяжение) в 1 периоде рекомендуется:
	"велосипед", "ножницы" ногами
	Поднимание таза с опорой на стопу согнутой в коленном и тазобедренном суставе левой ноги и руку
	Обучение ходьбе на костылях
	Подъем выпрямленных ног под прямым углом
330	Больному с компрессионным переломом xi-xii грудных позвонков в 1 периоде восстановительного лечения рекомендуются:
	Махи ногами, лежа на боку
	Поочередный подъем выпрямленных ног
	Отведение ног, скользя пяткой по постели, приподнимание таза с опорой на

	стопы, затылок, плечи
	Приседания, наклоны туловища из положения сидя
331	Больному с плоскостопием в качестве лечебных и профилактических мер рекомендуется:
	Ходьба босиком на неровной почве, песку
	Большие динамические и статические нагрузки на стопу
	Профессии, связанные с длительным пребыванием на ногах
	Ношение обуви с каблуком 7-12 см
332	Тест Хьюстона это:
	Тест на целостность задний крестообразной связки
	Тест на целостность передней крестообразной связки
	Тест на целостность латерального мениска
	Тест на целостность медиального мениска
333	Проба Слокума это:
	Тест на целостность передней крестообразной связки
	Тест на целостность задней крестообразной связки
	Тест на целостность латерального мениска
	Тест на целостность медиального мениска
334	Какой тест предназначен для диагностики разрывов мениска?
	Тест Мак-Мюррея
	Тест Слокума
	Тест Таделенбурга
	Тест Хьюстона
335	Какой из тестов предназначен для диагностики разрыва ахилова сухожилия?
	Тест Томпсона
	Тест Слокума
	Тест Таделенбурга
	Тест Хьюстона
336	Какой симптом свидетельствует о нарушении целостности передней таранной-малоберцовой связки, передней капсулы голеностопного сустава и пяточно-малоберцового тракта
	Симптом переднего выдвигающего ящика
	Симптом заднего выдвигающего ящика
	Симптом плавающего надколенника
	Симптом натяжения
337	Каким методом оценивают мышечную силу
	Динамометрия
	Электронейромиография
	Гонеометрия
	Стабилометрия
338	Какой метод из перечисленных является методом оценки поструральной функции нижней конечности

	Стабилометрия
	Электрорейномиография
	Гонеометрия
	Динамометрия
339	Каким методом можно оценить проприоцепцию нижней конечности
	Стабилометрия
	Электрорейномиография
	Гонеометрия
	Динамометрия
340	В качестве противоотечной терапии в послеоперационном периоде перелома плечевой кости используют:
	Хивамат
	Эрготерапия
	Механотерапия
	Уфо
341	При переломе лучевой кости для более интенсивной разработки движений в ранние сроки после прекращения иммобилизации могут использоваться
	Простейшие виды механотерапии
	Роботизированные тренажеры
	Виртуальная реальность
	Терренкур
342	После наложения гипсовой повязки пациентам с переломом лучевой кости рекомендуют
	Активно и с помощью здоровой руки сгибать пальцы
	Обеспечить полный покой поврежденной конечности
	Проводить теплые ванны для руки
	Привязывать груз 0,5 кг к кисти
343	Частым осложнением при консервативном лечении перелома лучевой кости является
	Ограничение подвижности в суставах пальцев и в плечевом суставе в связи с недостаточной двигательной активностью больного
	Ограничение движений в шейном отделе позвоночника
	Постуральная неустойчивость
	Тромбоз подключичной артерии
344	Кинематические характеристики движения человека делятся на следующие группы
	Пространственные, временные, пространственно-временные
	Динамические, временные
	Механические
	Динамические
345	Цель функциональной анатомии
	Изучение строения органов в связи с функцией, рассматривая тело человека в динамике, выявляя механизмы перестройки формы под влиянием внешних

	факторов.
	Изучение строения тела по областям, – взаимное расположение органов и тканей в различных областях тела.
	Изучение строения человеческого тела в условиях нормы и патологии
	Изучение структурных основ болезней, их этиологии, механизмов развития, принципов диагностики.
346	Активная часть ода содержит следующие элементы:
	Чувствительные нейроны (афферентные нейроны), двигательные нервные клетки (мотонейроны), рецепторы ода, скелетные мышцы
	Кости скелета, соединения костей, связки
	Кости скелета, скелетные мышцы
	Все верно
347	Типы суставов
	Простой, сложный, комплексный, комбинированный.
	Простой, сложный
	Простой, сложный, комплексный
	Простой, сложный, комплексный, комбинированный, многофункциональный
348	Сколько степеней выделяют при определении двигательных возможностей
	4
	7
	10
	5
349	В позвоночном столбе возможны следующие виды движений
	Сгибание, разгибание, отведение и приведение (наклоны вправо и влево), вращение туловища (поворот вправо и влево)
	Сгибание, разгибание, вращение туловища
	Сгибание, отведение, приведение, вращение
	Все не верно
350	Мышцы, производящие движения в рёберно-позвоночных и грудинно-рёберных суставах. Поднимают ребра, увеличивают грудную полость, т. Е. Участвуют в акте вдоха, следующие (дыхательные) мышцы:
	Diaphragma, mm. Intercostales externi
	Diaphragma, mm. Intercostales externi, mm. Intercostales interni
	M. Transversus thoracis, mm. Serrati posteriores inferiores, mm. Subcostales, m. Iliocostalis, m. Quadratus lumborum, m. Obliquus externus abdominis, m. Obliquus internus abdominis, m. Transversus abdominis
	Mm. Intercostales interni
351	Отведение бедра в тазобедренном суставе возможно на
	40–60°
	15–30°
	80–90°
	160–170°

352	Голеностопный сустав
	Сложный, блоковидный, одноосный
	Сложный, шаровидный, многоосный.
	Простой, цилиндрический, одноосный
	Сложный, блоковидный, многоосный
353	Движения в межфаланговых суставах совершаются вокруг
	Фронтальной оси
	Сагитальной оси
	Сагитальной и фронтальной
	Все не верно
354	Мышцы, выполняющие одинаковую функцию и располагающиеся с одной стороны относительно оси сустава, называются ...
	Синергисты
	Пронаторы
	Супинаторы
	Антагонисты
355	Мышцы, выполняющие взаимно противоположные функции и располагающиеся с разных сторон относительно оси сустава, называются
	Антагонисты
	Пронаторы
	Синергисты
	Констриктор
356	Какие тренажеры применяются в раннем послеоперационном периоде после ТЭП коленного сустава:
	Артромат
	Блочные тренажеры
	Беговая дорожка
	Применение тренажеров противопоказано
357	Какие тренажеры применяются для решения вопроса допуска пациента к спорту после пластики ПКС коленного сустава:
	Изокинетические аппараты типа biodex
	Блочные тренажеры
	Беговая дорожка
	Степпер
358	Показанием к назначению аппарата артромат является:
	Состояние после ТЭП коленного сустава, тазобедренного сустава;
	Состояние после ТЭП коленного сустава у пациента с тяжелой формой гемофилии;
	Состояние после шва ахиллова сухожилия;
	Состояние после резекции грыжи диска l4/l5;
359	Применение каких тренажеров показано в раннем послеоперационном периоде после пластики ахиллова сухожилия после прекращения иммобилизации

	Изокинетических тренажеров для голеностопного сустава в пассивном режиме
	Изокинетических тренажеров для голеностопного сустава в активном режиме
	Изокинетических тренажеров для голеностопного сустава в активно-пассивном режиме
	Артромат
360	Третья степень нестабильности сустава подразумевает
	Различия в подвижности пораженного сустава более 1 см по сравнению с подвижностью непораженного симметричного сустава
	Различия в подвижности пораженного сустава менее 0,5 см по сравнению с подвижностью непораженного симметричного сустава
	Различия в подвижности пораженного сустава от 0,5 до 1 см по сравнению с подвижностью непораженного симметричного сустава
	Отсутствие нестабильности
361	Скапция плеча - это
	Элевация руки в плоскости лопатки
	Отведение в плечевом суставе при согнутом локтевом суставе
	Гипотрофия мышц среднего и заднего пучков дельтовидной мышцы
	Опущение одного плеча, обусловленное s-образным сколиозом
362	Тест fulcrum (тест точки опоры) в клиническом исследовании плечевого сустава используется
	Для диагностики передней нестабильности плечевого сустава
	Для диагностики нижней нестабильности плечевого сустава
	Для диагностики задней нестабильности плечевого сустава
	Для диагностики отрыва суставной губы
363	Дорсифлексией при исследовании амплитуды движений в голеностопном суставе называют
	Тыльное сгибание стопы
	Пронацию стопы
	Подошвенное сгибание стопы
	Эквино-варусную деформацию стопы
364	Эверсией в межпредплюневом и подтаранном суставах при исследовании амплитуды движений в голеностопном суставе называют
	Пронацию стопы
	Супинацию стопы
	Тугоподвижную контрактуру в подтаранном суставе
	Увеличенную подвижность при сгибании и разгибании в голеностопном суставе
365	Концентрической называют контрактуру
	Если движения в суставе ограничены одновременно в нескольких направлениях
	Если движения в суставе ограничены не более, чем на 10 градусов
	Если движения в суставе ограничены только в одном направлении
	Если контрактуры не поддается коррекции
366	Тест «симптом борозды» для диагностики нижней нестабильности плечевого сустава проводится в положении пациента

	Сидя, руки находятся по бокам туловища, локтевые суставы — в положении сгибания
	Лежа на спине, руки вдоль туловища
	Лежа на здоровом боку, больная рука согнута на 90 градусов
	Сидя, рука на кушетке, плечевой сустав — в положении отведения на 90 градусов
367	Тест вытягивания arley служит для диагностики КС при подозрении повреждения
	Большеберцовой или малоберцовой коллатеральных связок
	Собственной связки надколенника
	Передней или задней крестообразных связок
	Сумки «гусиной лапки»
368	Артродез является хирургическим аналогом следующего ограничения подвижности сустава
	Анкилоз
	Контрактура
	Нестабильность
	Ригидность
369	Под функциональной контрактурой понимают такую контрактуру
	Которая при ограниченной подвижности в суставе обеспечивает конечности максимальную работоспособность
	Которая устраняется после проведения постуральной терапии на короткий промежуток времени
	Которая при ограниченной подвижности в суставе не обеспечивает конечности работоспособность
	Которая изменяет только конфигурацию сустава
370	Легче всего поддается лечению
	Миогенная контрактура
	Артрогенная контрактура
	Десмогенная контрактура
	Тендогенная контрактура
371	Перечислите способы оценки антропометрических показателей
	Параметрическим (сигмальным) методом; непараметрическим (центильным) методом; методом регрессионного анализа; с помощью расчета индекса массы тела (ИМТ).
	Центильным методом; методом регрессионного анализа; с помощью расчета индекса массы тела (ИМТ).
	Параметрическим (сигмальным) методом; методом регрессионного анализа; с помощью расчета индекса массы тела (ИМТ).
	Параметрическим (сигмальным) методом; непараметрическим (центильным) методом; методом регрессионного анализа
372	Какие заболевания относят к перинатальным поражениям нервной системы?
	Ряд наследственных заболеваний и врожденных пороков развития головного и спинного мозга и периферических нервов
	Ряд состояний и заболеваний головного мозга, развившихся в результате воздействия внутриутробной гипоксии

	Ряд состояний и заболеваний головного и спинного мозга и периферических нервов, объединенных в общую группу по этиологии повреждающих факторов
	Ряд состояний и заболеваний головного и спинного мозга и периферических нервов, объединенных в общую группу по времени воздействия повреждающих факторов
373	В возрасте 0-3 мес жизни окружность головы ребенка, родившегося доношенным, увеличивается на:
	3 см в месяц
	1 см в месяц
	2 см в месяц
	0,5 см в месяц
374	Скринирующий метод для выявления структурной патологии головного мозга у детей первого года жизни
	Компьютерная томография
	Нейросонография
	Электроэнцефалография
	Магнитно-резонансная томография
375	Физиотерапевтические методы реабилитации детей с последствиями перинатальных поражений цнс, использующие эффект невесомости
	Кинезитерапия, лечение «положением»
	Войта-терапия, Бобат-терапия
	Сухая иммерсия, лечебно-реабилитационная кровать «Сатурн»
	Занятия на фитболе, вибрационный массаж
376	Функциональная активность ребенка с ДЦП, соответствующая III уровню по классификации GMFCS
	Ходьба с ограничениями
	Самостоятельное передвижение ограничено, могут использоваться моторизированные средства передвижения
	Ходьба с использованием ручных приспособлений для передвижения
	Полная зависимость ребенка от окружающих – перевозка в коляске / инвалидном кресле
377	Специалисты, которые должны постоянно участвовать в лечении пациентов с ДЦП
	Невролог, педиатр, ортопед, врач ЛФК, медицинский психолог
	Невролог, педиатр, ортопед, гастроэнтеролог (диетолог)
	Педиатр, невролог, логопед, физиотерапевт, психиатр
	Педиатр, невролог, ортопед, врач ФРМ, врач ЛФК, дефектолог
378	Методы физической реабилитации, рекомендуемые всем детям с бронхолегочной дисплазией
	Лечебный массаж, гимнастика (кинезиотерапия), санаторно-курортное лечение
	Лечебный массаж, гимнастика (кинезиотерапия), бальнеотерапия
	Гимнастика (кинезиотерапия), бальнеотерапия
	Лечебный массаж, гимнастика (кинезиотерапия)

379	У детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией риск формирования ДЦП возрастает при наличии в неонатальном периоде
	Внутрижелудочковых кровоизлияний
	Некротизирующего энтероколита
	Синдрома общего угнетения
	Судорог и неонатального эпилептического статуса
380	С какого возраста можно проводить детям аутогенный дренаж
	С 7 лет
	С 4 лет
	С 10 лет
	С 14 лет
381	Какое количество ступеней существует у методики «баланс»
	4 ступени
	2 ступени
	5 ступеней
	10 ступеней
382	К какому возрасту происходит окончательное формирование типа походки взрослого человека
	5-7 лет
	10-12 лет
	12-14 лет
	16-18 лет
383	Сколько уровней построения движения, обеспечивающих сенсорные коррекции производного двигательного акта, выделил Н.А.Бернштейн (1947)
	10
	5
	15
	20
384	Что является абсолютным противопоказанием к проведению роботизированной механотерапии
	Спастичность в нижних конечностях
	Эпилепсия с редкими приступами
	Несросшиеся переломы конечностей
	Гиперкинетический синдром средней степени
385	Какая из перечисленных шкал является оптимальной для оценки спастичности мышц у детей с церебральным параличом
	Шкала ASIA
	Шкала Тардье
	Шкала GMFM
	Шкала Эшворта
386	Синонимом индивидуального развития является
	Онтогенез
	Эмбриогенез

	Симбиоз
	Филогенез
387	Что такое онтогенез
	Индивидуальное развитие
	Симбиоз
	Филогенез
	Постэмбриональное развитие
388	Отметьте периоды онтогенеза:
	Предэмбриональный, эмбриональный, постэмбриональный
	Эмбриональный, постэмбриональный
	Предэмбриональный, постэмбриональный
	Эволюционный, эмбриональный, постэмбриональный
389	Что из представленного в ответах относится к предэмбриональному периоду развития
	Связан с процессами гаметогенеза родителей
	Состоит из трех периодов
	Начинается с оплодотворения и заканчивается смертью организма
	Начинается выходом организма из эмбриональных оболочек
390	Второй этап онтогенеза
	Эмбриональный
	Гаметогенез
	Сперматогенез
	Постэмбриональный
391	Выберите варианты, относящиеся к эмбриональному периоду развития:
	Начинается с момента оплодотворения и заканчивается выходом организма из эмбриональных оболочек
	Заканчивается смертью организма
	Начинается с момента оплодотворения и состоит из двух этапов
	Начинается с момента оплодотворения
392	Название третьего этапа онтогенеза:
	Постэмбриональный
	Гаметогенез
	Овогенез
	Эмбриональный
393	Для оценки двигательной активности детей с ДЦП используется шкала
	GMFC
	Бека
	Рихтера
	Глазго
394	Количество уровней согласно шкале GMFC
	Пять
	Двадцать пять

	Четыре
	Уровней нет
395	Стандартизированная шкала психомоторного развития детей Griffiths позволяет определить:
	Функциональный возраст ребенка
	Фактический возраст ребенка
	Паспортный возраст ребенка
	Костный возраст ребенка
396	Детские церебральные параличи относят к
	Непрогрессирующим резидуальным состояниям
	Прогрессирующим резидуальным состояниям
	Прогрессирующее наследственное заболеваниям
	Непрогрессирующее наследственное заболеваниям
397	Сколько форм ДЦП выделяют по классификации К.А. Семеновой
	5
	3
	4
	2
398	Болезнь Литтеля -
	Спастическая диплегия
	Гемипатерическая форма дцп
	Гиперкинетическая форма дцп
	Двойная гемиплегия
399	Обучение пациентов с церебральным параличом происходит
	Во время реабилитации
	До реабилитационного лечения
	После реабилитации
	В обучении нет необходимости
400	Обучение пациентов с церебральным параличом возможно при
	Множественном повторении достигнутого моторного умения
	Однократном повторении моторного умения
	Моторное умение не обязательно для обучения
	Желании пациента
401	Пластичность нервной системы
	Обеспечивает способность овладевать новыми формами двигательных актов
	Затрудняет овладевать новыми формами двигательных актов
	Обеспечивает неизменность структуры головного мозга
	Никак не влияет на формирование двигательных актов
402	Структурно-функциональные связи
	Определяют функциональный прогноз и функциональную цель лечения
	Не влияют на прогноз и цель лечения
	Не являются одной из особенностей командной работы в детской реабилитации

	ДЦП
	Позволяют определить этапную цель реабилитации
403	Ботулинотерапия при ДЦП применяется с целью коррекции
	Мышечного тонуса
	Задержки психического развития
	Речевых нарушений
	Сенсорных расстройств
404	К эффектам гидрокинезотерапии в реабилитации пациентов с ДЦП не относится
	Увеличение нагрузки на суставы при выполнении упражнений
	Нормализуются процессы возбуждения и торможения
	Снижается мышечный тонус
	Улучшается кровоснабжение органов и тканей
405	К методам медикаментозной коррекции ДЦП относятся
	Ботулинотерапия
	Лечебная физкультура
	Массаж
	Селективная дорзальная ризотомия
406	К основным видам деформаций стоп при ДЦП не относятся
	Полая стопа
	Вальгусная
	Варусная
	Эквинусная
407	Медикаментозная терапия спастичности при ДЦП
	Ботулинотерапия
	Арт-терапия
	Механотерапия
	Гидротерапия
408	При атактической форме ДЦП двигательные нарушения в виде
	Атонически-астатического синдрома
	Центрального гемипареза
	Центрального нижнего парапареза
	Центрального тетрапареза, преобладающего в руках
409	Какие нейрохирургические методы не применяются для лечения спастичности при церебральном параличе
	Стимуляция коры головного мозга
	Селективная дорзальная ризотомия
	Установки интратекальной баклофеновой помпы
	Хроническая эпидуральная стимуляция спинного мозга
410	Какие методы лечения ДЦП относятся к альтернативными
	Остеопатия
	Кинезиотерапия
	Ботулинотерапия

	Физиотерапия
411	Какие методы лечения ДЦП относятся к физиотерапии
	Магнитотерапия
	Массаж
	Pnf
	Мануальная терапия
412	К теплолечению относятся
	Парафин-озокеритовые аппликации
	Инфитатерапия
	Амплипульстерапия
	Иппотерапия
413	В методикам бос по эмг-сигналу не относится
	Воздействие на биологически активные точки
	Расслабление спастичных мышц
	Тренировку ослабленных мышц
	Формирование реципрокных взаимоотношений мышц синергистов и антагонистов
414	Приоритетными задачами медицинской реабилитации при ДЦП не являются
	Коррекция осанки
	Нормализация функционального состояния ЦНС
	Улучшение функции опорно-двигательного аппарата
	Укрепление соматического и психоэмоционального статуса пациента
415	Боль у взрослых пациентов с ДЦП может быть вызвана
	Переутомлением
	Усилением спастичности
	Усилением мышечной слабости
	Формированием контрактур
416	Какие изменения не характерны для ортопедической патологии при ДЦП
	Плечевая плексопатия
	Сколиоз
	Деформации и укорочения конечностей
	Суставно-мышечные контрактуры
417	Какие методы лечения ДЦП не относятся к альтернативными
	Ботулинтерапия
	Иппотерапия
	Остеопатия
	Иглорефлексотерапия
418	Какие симптомы не характерны для спастической диплегии
	Руки поражаются в большей степени
	Ноги поражаются в большей степени
	Двустороннее поражение конечностей
	Раннее формирование деформаций и контрактур

419	Какие препараты относятся к миорелаксантам
	Толперизон
	Ботулинический токсин типа а
	Этилметилгидроксипиридин
	Пикамелон
420	В состав мультидисциплинарной команды входят все специалисты, кроме
	Врач-рентгенолог
	Врач ФРМ
	Медицинская сестра
	Логопед
421	Функциональные пробы позволяют оценить
	Состояние здоровья
	Уровень функциональных возможностей
	Физическое развитие
	Психоэмоциональное состояние
422	Для оценки функционального состояния дыхательной системы используются пробы:
	Проба Штанге
	Проба Хеагина
	Проба Серкина
	Проба Мартине
423	К адекватному типу реакций на физическую нагрузку относится
	Гипертонический
	Гипотонический
	Нормотонический
	Дистонический
424	Что относится к формам ЛФК
	Массаж
	Механотерпия
	Игры
	Гигиенический режим
425	Что включает в себя проба Мартинэ-кушелевского
	Физическая нагрузка на велотренажере
	20 приседаний за 30 секунд с выбросом рук вперед
	Проба с задержкой дыхания
	Проба с гипервентиляцией
426	Индивидуальные занятия ЛФК при постельном режиме (i-б) включают
	Пассивная вертикализация, динамические и стато-динамические физические упражнения для мелких и средних мышечных групп, дыхательные упражнения, продолжительностью 10-15 мин с числом повторений до 6-8 раз под контролем

	ЧСС, ад и сатурации O_2 , лечение положением
	Физические упражнения, продолжительностью 7-10 мин с плотностью занятия 50%, после каждого упражнения следует расслабление в виде пассивного отдыха, упражнения повторяют не более 2-4 раз в медленном темпе
	Пребывание больного в период бодрствования в положении сидя, вставание и ходьбу по палате до 50-100 м, ходьба по коридору до 200 м, Пользование общим туалетом, лечебная гимнастика в зале ЛФК
	Повороты в кровати, лечение положением, мобилизация
427	В каком методике электролечения используется постоянный ток
	Гальванизации
	Дарсонвализации
	Франклинizations
	Флюктуоризации
428	Действующий фактор в методе франклинizations
	Переменное низкочастотное магнитное поле
	Постоянное электрическое поле высокого напряжения
	Переменный импульсный ток высокого напряжения и малой силы
	Электрическое поле ультравысокой частоты
429	От каких факторов зависит действие углекислых ванн?
	Глубина ванн
	Температура воды в ванне
	Количество воды в ванне
	Содержание углекислого газа
430	Действующий фактор в ультразвуке
	Постоянный ток
	Электромагнитные колебания
	Импульсный ток
	Механическая энергия
431	Физическая единица измерения ультразвуковой энергии
	Микрон
	Ампер
	Вольт
	Ватт
432	Основные эффекты в лечебном действии электростимуляции
	Снижение кровообращения
	Снижение активности обменных процессов
	Усиление сократительной способности мышц
	Ухудшение венозного кровообращения
433	Какие виды токов используются для электростимуляции
	Синусоидальный
	Постоянный непрерывный электрический ток
	Полусинусоидальный
	Экспоненциальный

434	Что определяет специфичность действия магнитотерапии
	Магнитное низкочастотное поле
	Импульсный ток
	Электрический переменный ток
	Электромагнитное поле средней частоты
435	Физическая сущность лазерного излучения
	Электромагнитные волны оптического диапазона с когерентностью и малым рассеиванием потока излучения
	Электромагнитные волны высокой частоты
	Высокочастотные электрические импульсы, амплитуда в которых постепенно нарастает и спадает потока излучения
	Механические колебания высокой частоты
436	Единица измерения магнитной индукции:
	Тесла
	Ватт
	Джоули
	Вольт
437	В клинической практике наиболее часто применяются
	Импульсные магнитные поля
	Постоянные магнитные поля
	Переменные магнитные поля
	Пульсирующие магнитные поля
438	Наиболее чувствительны к магнитному полю
	Нервная система
	Эндокринная система
	Пищеварительная
	Система кроветворения
439	Магнитотерапия противопоказана при
	Гипотонии
	Нейродермите
	Тромбофлебите
	Остеоартрозе
440	Биомеханическая ось нижней конечности (современное представление)
	Условная прямая линия, соединяющая центр подвздошной кости с центром опорной поверхности пятки
	Условная прямая линия, соединяющая проекцию центра головки бедренной кости с центром опорной поверхности пятки
	Условная прямая линия соединяющая бугристость бедренной кости с центром опорной поверхности стопы
	Равнодействующая силовых воздействий на кость и суставы нижней конечности
441	Чтобы учесть влияние всех действующих звеньев кинематической цепи нижней конечности, необходимо

	Все три основных несущих сустава оценить по одному признаку – отношению к биомеханической оси
	Рассчитать равнодействующую силовых воздействий на кость и суставы нижней конечности
	Все три основных несущих сустава оценить по одному признаку – отношению к вертикальной оси
	Рассчитать равнодействующую силовых воздействий на опорную поверхность
442	Как оценить условия общей нагрузки костей и суставов при стоянии и ходьбе
	По отклонению биомеханической оси от вертикальной оси
	По реакции опоры
	По отношению биомеханической оси к равнодействующей силовых воздействий
	По отношению равнодействующей силовых воздействий к вертикальной оси
443	Что такое «момент»
	Это ротационная деформация возникающая в каждом цикле шага
	Это угловая деформация возникающая в каждом цикле шага
	Это линейная деформация возникающая в каждом цикле шага
	Это компрессионная деформация возникающая в каждом цикле шага
444	Что такое «рычаг момента»
	Это расстояние между центром тяжести и осью, относительно которой действует сила тяжести
	Это расстояние между центром тяжести и равнодействующей силовых воздействий на кость и суставы нижней конечности
	Это расстояние между равнодействующей силовых воздействий на кость и суставы и биомеханической осью нижней конечности
	Это расстояние между центром тяжести и точкой опоры
445	Чем образован подвздошно-большеберцовый тракт
	Латеральной фасцией бедра
	Вастус латералис четырехглавой мышцы бедра
	Вастус латералис и вастус медиалис четырехглавой мышцы бедра
	Двуглавой мышцей бедра
446	Какая мышца ноги обеспечивает открывающий момент коленного сустава, действуя на рычаг расположенный впереди от оси движения коленного сустава
	Четырехглавая мышца бедра
	Двуглавая мышца бедра
	Камбаловидная мышца
	Икроножная мышца
447	Сгибатели коленного сустава
	Полусухожильная, двуглавая, полуперепончатая мышцы
	Прямая, широкая, подколенная мышцы
	Грушевидная, запирающая, полусухожильная
	Четырехглавая, двуглавая, средняя ягодичная мышцы
448	Основные мышцы обеспечивающие тыльное сгибание стопы
	Передняя большеберцовая мышца

	Икроножная и камбаловидная мышцы
	Сгибатели пальцев стопы
	Задняя большеберцовая мышца
449	Проба траделенбурга является оценкой какого раздела в домене функциональных нарушений
	Функции стабильности сустава
	Функции мышечного тонуса
	Функции мышечной силы
	Функции подвижности костного аппарата
450	Длина шага – это
	Расстояние между точкой контакта пяткой и точкой следующего контакта той же пяткой после фазы переноса
	Расстояние между точкой контакта пяткой «передней» ноги и точкой контакта носком «задней» ноги
	Расстояние между точкой контакта носком и точкой следующего контакта тем же носком после фазы переноса
	Расстояние между центром стопы «передней» ноги и центром стопы «задней» ноги
451	Как боль влияет на походку
	Увеличение продолжительности фазы опоры. Избегание контакта с опорой на болезненной стороне.
	Увеличение продолжительности фазы переноса. Избегание контакта с опорой на здоровой стороне.
	Увеличение или снижение подвижности в пораженном суставе. Компенсаторные движения в других суставах, чтобы избежать падения.
	Компенсаторные движения в других суставах, обеспечивающие опору, отрыв ноги от опоры или смещение центра тяжести на опорную конечность.
452	Как снижение мышечной силы влияет на походку
	Увеличение или снижение подвижности в пораженном суставе. Компенсаторные движения в других суставах, чтобы избежать падения.
	Увеличение продолжительности фазы переноса. Избегание контакта с опорой на здоровой стороне.
	Увеличение продолжительности фазы опоры. Избегание контакта с опорой на болезненной стороне.
	Компенсаторные движения в других суставах, обеспечивающие опору, отрыв ноги от опоры или смещение центра тяжести на опорную конечность.
453	Как нарушение амплитуды движения и/или разница в длине ног влияет на походку
	Компенсаторные движения в других суставах, обеспечивающие опору, отрыв ноги от опоры или смещение центра тяжести на опорную конечность.
	Увеличение или снижение подвижности в пораженном суставе. Компенсаторные движения в других суставах, чтобы избежать падения.
	Увеличение продолжительности фазы переноса. Избегание контакта с опорой на здоровой стороне.
	Увеличение продолжительности фазы опоры. Избегание контакта с опорой на болезненной стороне.

454	Какие из перечисленных методов являются методами объективного изучения походки
	Подометрия, гониометрия, ихнометрия, динамометрия, видеорегистрация походки
	Эргоспирометрия, стресс-эхокг, велоэргометрия, хотлетровское мониторирование ЭКГ
	Импедансометрия, электронейромиография, динамометрия,
	Функциональное МРТ, спиральная компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография
455	К методам физической реабилитации при центральном парезе руки не относится
	Ботулинотерапия
	Лечебная физкультура
	Эрготерапия
	Терапия индуцированная ограничением движения
456	Cimt –терапия это
	Терапия индуцированная ограничением движения
	Терапия трициклическими антидепрессантами
	Механотерапия
	Трудотерапия
457	В лечении положением не используется
	Мешочки с песком
	Тейпирование
	Ортезирование
	Лонгеты
458	Терапия, индуцированная ограничением основана на:
	Иммобилизации здоровой руки
	Адаптации пациента к использованию здоровой руки
	Ограничении использования рук
	Иммобилизации здоровой ноги
459	Cimt-терапия применяется при
	Легком парезе руки
	Плегии руки
	Нижней параплегии
	Тетрапарезе
460	Модифицированный протокол mcimt рекомендован
	У пациентов с давностью инсульта менее 3 месяцев
	Пациентам в острейшем периоде инсульта
	При отсутствии движений в большом пальце кисти
	При плегии в руке
461	Большинство роботизированных устройств позволяют обрабатывать
	Крупные движения руки (в локтевом и плечевом суставах), и очень мало – мелкую моторику

	Мелкую моторику руки
	В основном, мелкую моторику, в меньшей степени крупные движения
	Мелкую моторику и крупные движения в равной степени
462	Противопоказание для применения аппаратной реабилитации и виртуальной реальности
	Плегия руки
	Депрессивное состояние
	Моторная афазия
	Инфаркт миокарда в анамнезе
463	Для оценки функции верхней конечности используется
	Модифицированная шкала Френчай
	Шкала Ашфорт
	Шкала Рэнкин
	Шкала Глазго
464	Шкала Фугл-Мейера применяется для:
	Оценки степени нарушения отдельных параметров движения сегментов верхней конечности
	Оценки степени нарушения паттерна ходьбы
	Оценки когнитивных нарушений
	Оценки уровня угнетения сознания
465	Dash-анкета отражает:
	Наиболее важные действия в повседневной жизни пациента, с использованием поврежденной (оперированной) верхней конечности
	Нарушения мелкой моторики верхней конечности
	Мышечную силу ротаторной манжеты плеча
	Амплитуду движений в суставах руки
466	Сила мышц определяется:
	Мануальным мышечным тестированием
	Визуальным исследованием мышц
	Перетягивание каната
	Армрестлинг
467	Для оценки мышечного тонуса и истинной спастичности используется шкала:
	Тардье
	Депардье
	Монпансье
	Ретардье
468	Для оценки подвижности в суставах используются
	Гониометр
	Линейка
	Транспортер
	Рулетка
469	Для оценки боли используется:

	Визуально-аналоговая шкала
	Цифровая шкала
	Тактильно-визуальная шкала
	Рисунок
470	Для оценки сенсорных расстройств при помощи ноттингемской шкалой используется
	Укол зубочисткой
	Укол морфина
	Укол ногтем
	Укол рапирой
471	Для оценки функциональной независимости в России распространена шкала:
	Fim
	Efim
	Trofim
	Erifan
472	Шкала оценки качества жизни eq-5d включает
	Уход за собой
	Зарплату
	Уход за животными
	Возможность покупки новых вещей
473	Электронейромиография отражает
	Электрическую активность мышц и нервов
	Силу тока
	Напряжение
	Проводимость тканей организма током
474	Для оценки функции руки используется тест
	Arat
	Ararat
	Narzan
	Gimalayi
475	Шкала Гриффитс используется у детей в возрасте
	0-8 лет
	8-12 лет
	14-18 лет
	Не применяется
476	Угол спастичности
	Разница углов, получаемых при медленном и быстром пассивном совершении движения конечностью
	Разница углов отведения и приведения
	Разница углов при флексии и экстензии
	Сумма всех углов в организме
477	Продолжительность занятия на стабилметрической платформе

	20 минут
	1 минута
	3 минуты
	1 час
478	Какая плоскость имеет наибольшую амплитуду колебаний ЦД в норме
	Сагиттальная
	Фронтальная
	Вертикальная
	Горизонтальная
479	Что такое ОЦМ
	Общий центр масс
	Основной центральный механизм
	Общий центральный механизм
	Относительный центр масс
480	Изменение проприорецептивного чувства оказывает значительное влияние на
	Стабильность баланса
	Основное положение
	Голеностопные суставы
	На мышцы бедра
481	Нормальное физиологическое положение прямой стойки удерживается посредством
	Камбаловидных мышц
	Икроножных мышц
	Приводящих мышц
	Грушевидных мышц
482	Визуальная информация первично регистрируется
	Рецепторами сетчатки глаза
	Полукружными каналами
	Красными ядрами
	Белым веществом
483	Основные рецепторы вестибулярной системы
	Полукружные каналы
	Рецепторы сетчатки глаза
	Красными ядрами
	Белым веществом
484	Полукружные каналы имеют чувствительность к скорости изменения движения на частотах
	От 0.2 до 10 гц
	От 0.5 до 10 гц
	От 0.1 до 5 гц
	От 2 до 10 гц
485	Направление реабилитации с использованием специальных устройств и

	тренажеров называется
	Механотерапия
	Арт-терапия
	Трудотерапия
	ЛФК
486	Противопоказанием для проведения ЛФК является
	Аневризма сердца
	Возраст старше 75 лет
	Бронхиальная астма
	Ожирение
487	К какому виду реабилитации относится арт-терапия
	Психологическая
	Физическая
	Социальная
	Профессиональная
488	Лечение с помощью рисования, средств изобразительного искусства называется
	Изотерапия
	Цветотерапия
	Фототерапия
	Коллажирование
489	Социальная реабилитация – это
	Восстановление утраченных гражданином социальных связей, социального статуса
	Материальная компенсация
	Возвращение к профессиональным обязанностям
	Профилактика различных заболеваний
490	Риск развития каких заболеваний снижает профессиональная реабилитация
	Болезни Альцгеймера
	Эпилепсии
	Инсульта
	Онкологических заболеваний
491	Какие два вида социальной реабилитации выделяют
	Социально-бытовая и социально-средовая
	Социально-средовая и социально-экономическая
	Социально-бытовая и социокультурная
	У социальной реабилитации нет отдельных видов
492	Показание для проведения арт-терапии
	Депрессия
	Деменция
	Инсульт
	Эпилепсия
493	Какое влияние ЛФК оказывает на организм

	Улучшение кровоснабжения тканей и органов
	Снижает риск развития онкологических заболеваний
	Стимулирует работу центральной нервной системы
	Замедляет метаболические процессы
494	Применение тренажеров в реабилитационном процессе называется
	Механотерапия
	Кинезотерапия
	Механокинезотерапия
	Реабилитационный фитнес
495	Механотерапия относится к
	Средствам ЛФК
	Методам ЛФК
	Формам ЛФК
	Ни к чему из перечисленного
496	Впервые использование тренажеров в лечебных целях предложил и реализовал
	Г. Цандлер
	Н.И. Пирогов
	И.М. Сеченов
	Ни один из перечисленного
497	Механотерапия применяется в сочетании с другими методами медицинской реабилитации
	Лфк, массажем, физиотерапевтическими процедурами
	Только в сочетании с ЛФК
	Применяется изолированно
	Ни один из вышеперечисленных
498	Противопоказаниями к применению тренажеров являются
	Остеомиелит
	Гипертоническая болезнь 2 ст.
	Сколиоз 1-2 ст.
	Возраст более 75 лет
499	Применение механотерапии показано
	После ТЭ коленного сустава
	При остеомиелите
	Тромбозе глубоких вен н/к
	Ожирении 4 ст.
500	Тренажеры, применение которых не противопоказано при гемофилии средней и тяжелой степени тяжести
	Стабилан
	Biodex
	Артромат
	Подвесные системы
501	По механизму действия тренажеры делятся на

	Маятникового, блокового типов, кардио тренажеры
	Изокинетические, механические
	Для мышц верхних, нижних конечностей, мышц туловища
	Электромеханические, механические, автоматические
502	Изокинетическими тренажерами называют тренажеры, которые
	Позволяют выполнять упражнения на основе резистентности, предназначенные для обеспечения определенного уровня сопротивления при сохранении постоянной скорости движения конечностей.
	Направлены на увеличение силы мышц при противодействии масс груза или облегчения движения при условии уравнивания конечности точно подобранным грузом
	В основе действия имеют балансирующий маятник, обеспечивающий увеличение амплитуды движений
	Ни один из вышеперечисленного
503	Блочные тренажеры – это тренажеры, которые
	Направлены на увеличение силы мышц при противодействии масс груза или облегчения движения при условии уравнивания конечности точно подобранным грузом
	В основе действия имеют балансирующий маятник, обеспечивающий увеличение амплитуды движений
	Позволяют выполнять упражнения на основе резистентности, предназначенные для обеспечения определенного уровня сопротивления при сохранении постоянной скорости движения конечностей.
	Имитируют естественные для человека движения.
504	К кардиотренажерам относятся
	Велотренажер, степпер, эллипсоид.
	Рота
	Стабилан
	Подвесная система экзарта
505	К каким типам тренажеров относятся тренажеры типа экзарта, redcort
	Подвесные системы
	Стабилоплатформы
	Блочные тренажеры
	Инерционные тренажеры
506	Тренировка сенсомоторного контроля осуществляется с помощью тренажеров
	Стабилан, кобс
	Велоэргометр
	Кроссовер
	Biodex
507	Степпер относится к следующей группе тренажеров
	Кардиотренажер
	Блочный
	Маятникового типа
	Не является тренажером

508	К изокинетическим аппаратам относятся
	Biodex, con-trex
	Экзарта, redcort
	Велоэргометр, эллипсоид
	Стабилан, кобс
509	В пассивном режиме возможно применение следующих тренажеров
	Biodex, humac
	Велотренажер
	Блочные тренажеры
	Стабилан
510	К видам дозированной ходьбы не относится
	Бег по лесу
	Ходьба по ровной местности
	Терренкур
	Скандинавская ходьба
511	Природная «тропа здоровья» это
	Пешеходная дорожка с участками из различных природных материалов
	Пешеходная тропа с препятствиями на пути (пешеходный переход, турникет, эскалатор)
	Тропа которая включает в себя ходьбу по лесному массиву.
	Ходьба на беговой дорожке
512	Краниосакральный ритм представляет собой чередующиеся циклы увеличения, затем уменьшения объема черепа с частотой
	8-12
	1-2
	20-30
	60-80
513	В каком положении тела позвонки поясничного отдела испытывают максимальную осевую нагрузку
	Сидя
	Стоя
	Лежа
	В любом положении одинаково
514	Лфк у больных с ЧМТ начинают применять
	На 2-5-е сутки
	В 1-е сутки
	Через 7-10 дней
	Через 14 дней
515	При ЧМТ возможны все перечисленные виды двигательных расстройств, кроме
	Вялых параличей

	Спастических параличей
	Атаксии
	Гиперкинезов

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Оцените состояние пациента неврологического профиля с помощью сбора жалоб и анамнеза, на основании категорий МКФ;
2. Оцените состояние пациента ортопедического профиля с помощью сбора жалоб и анамнеза, на основании категорий МКФ;
3. Оцените состояние пациента кардиологического профиля с помощью сбора жалоб и анамнеза, на основании категорий МКФ;
4. Оцените состояние пациента онкологического профиля с помощью сбора жалоб и анамнеза, на основании категорий МКФ;
5. Оцените состояние пациента пожилого и старческого возраста с помощью сбора жалоб и анамнеза, на основании категорий МКФ;
6. Оцените состояние пациента детского возраста с помощью сбора жалоб и анамнеза, на основании категорий МКФ;
7. Оцените общее состояние пациента визуально, пальпаторно, с помощью перкуссии и аускультации, для выявления нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности;
8. Оцените постуральную функцию пациента;
9. Оцените опорные структуры и функции пациента;
10. Оцените возможности изменять положение тела (позы) пациента;
11. Оцените функции перемещения тела с регистрацией кинематических параметров в трех плоскостях;
12. Оцените функции ходьбы пациента;
13. Оцените функции и структуры верхней конечности;
14. Оцените функции и структуры нижней конечности;
15. Оцените координаторную функцию пациента;
16. Оцените функции восприятия;
17. Оцените функции выносливости;
18. Оцените функции глотания;
19. Оцените метаболические функций (метаболометрия, метаболография);
20. Оцените функции выделения (дневник мочеиспускания и дефекации);
21. Оцените высшие психические функции (памяти, внимания, мышления, речи, управляющих функций);
22. Оцените состояние пациента на основе шкал тревоги и депрессии;
23. Оцените нейрофизиологические параметры пациента в режиме реального времени;
24. Оцените способность пациента к обучению и применению знаний;
25. Оцените способность пациента к выполнению общих задач и требований;
26. Оцените способность пациента к коммуникации;
27. Оцените мобильность пациента в обычных условиях;
28. Оцените способность пациента к самообслуживанию;
29. Оцените способность пациента к активности в бытовой жизни;
30. Оцените способность пациента выделения главных сфер в жизни;
31. Оцените способность пациента к самостоятельности в социальной жизни;
32. Оценить степень отклонения в физическом развитии пациентов в различных возрастных группах;

33. Оценить степень отклонения в психомоторном развитии пациентов в различных возрастных группах;
34. Оцените результаты лабораторных показателей ОАК пациента;
35. Оцените результаты биохимических показателей пациента;
36. Оцените результаты ОАМ пациента;
37. Оцените результаты компьютерной томографии головного мозга;
38. Оцените результаты магнитно-резонансной томографии;
39. Оцените результаты рентгенографии;
40. Оцените результаты ЭКГ;
41. Оцените правильность постановки реабилитационного диагноза;
42. Оцените качество жизни пациента;
43. Оцените состояние пациента по FIM (мера функциональной независимости);
44. Оцените состояние пациента по шкале Ривермид;
45. Оцените состояние пациента по шкале комы Глазго;
46. Оцените состояние пациента по шкале баланса Берга;
47. Оцените состояние пациента по ВАШ;
48. Оцените состояние пациента по шкале Лекена;
49. Оцените состояние пациента Харриса;
50. Оцените мышечный тонус пациента;
51. Оцените мышечную силу;
52. Оцените глубокие рефлексy;
53. Оцените поверхностные рефлексy;
54. Оцените состояние пациента по ШРМ;
55. Оцените рефлекторную реакцию зрачков;
56. Оцените состояние ЧМН;
57. Оцените состояние пациента по каждой системе организма человека;
58. Оцените правильность назначения физиотерапевтических мероприятий;
59. Оцените правильность назначения кинезотерапии;
60. Оцените правильность постановки диагноза в соответствии с МКФ;
61. Оцените правильность составления ИПМР пациенту с центральным параличом;
62. Оцените правильность составления ИПМР пациенту с периферическим параличом;
63. Оцените правильность составления ИПМР пациенту с гипертонической болезнью;
64. Оцените правильность составления ИПМР пациенту с лимфоцитарным лейкозом;
65. Оцените правильность составления ИПМР пациенту с нейрогенным мочевым пузырем;
66. Оцените правильность составления ИПМР пациенту в гериатрическом отделении с дефицитом массы тела;
67. Оцените правильность составления ИПМР пациенту с инфарктом миокарда;
68. Оцените правильность составления ИПМР пациенту с доброкачественным новообразованием головного мозга;
69. Оцените правильность составления ИПМР пациенту с приобретенным закрытым переломом со смещением большеберцовой кости;
70. Оцените правильность кинезотерапии пациенту с косолапостью;
71. Оцените правильность кинезотерапии пациенту с переломом позвоночного столба на уровне С6;
72. Оцените правильность кинезотерапии пациенту с ДЦП;

73. Оцените правильность физиотерапевтических мероприятий пациенту с болезнью Паркинсона;
74. Оцените правильность физиотерапевтических мероприятий пациенту с рассеянным склерозом;
75. Оцените правильность физиотерапевтических мероприятий пациенту с ДЦП;
76. Оцените правильность физиотерапевтических мероприятий пациенту с мочекаменной болезнью;
77. Оцените правильность физиотерапевтических мероприятий пациенту с хронической болезнью почек;
78. Оцените правильность физиотерапевтических мероприятий пациенту с ангиопатией при сахарном диабете.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Нормативно правовые документы, определяющие организацию помощи по медицинской реабилитации в Российской Федерации.
2. Цели и задачи медицинской реабилитации.
3. Мультидисциплинарная реабилитационная бригада. Особенности организации работы на различных этапах оказания помощи по медицинской реабилитации. Роль врача ФРМ.
4. Обследование пациента в медицинской реабилитации. Реабилитационный диагноз.
5. Маршрутизация пациентов в процессе медицинской реабилитации. Шкала реабилитационной маршрутизации.
6. Основы организации и управления службой по медицинской реабилитации, включая оценку качества и эффективности оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации, планирование, экономические и финансовые аспекты ее деятельности.
7. Статистические методы оценки показателей деятельности специализированной медицинской организации или подразделения; управление и обеспечение качества оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации.
8. Основные отечественные и международные документы, регламентирующие деятельность органов и учреждений здравоохранения при проведении реабилитации, история развития реабилитации в России и в Мире.
9. Ведение медицинской документации (амбулаторная карта, направление на обследования и консультации, история болезни, санаторно-курортная карта, рецептурный бланк, лист временной нетрудоспособности) и отчетной документации, порядок их заполнения и выдачи.
10. Методы, формы и средства санитарно-просветительной работы и гигиенического воспитания населения; основы законодательства о труде, профессиональные обязанности и права врача физической и реабилитационной медицины.
11. Индивидуальная программа медицинской реабилитации пациента (ИПМР) медицинской организации, правила оформления, контроль за проведением, контроль безопасности и эффективности, статистические и медико-экономические принципы контроля работы МДРК.
12. Клинические функциональные исследования опорно-двигательного аппарата и сосудов. Кинезиологическое исследование координации движений и ловкости. Использование Шкалы баланса Берга. Кинезиологический анализ движений кисти и руки.

13. Кинезиологический анализ ходьбы, бега, плавания, ползания и прыжков. Диагностика патологически типов походки. Кинезиологический анализ ходьбы по лестнице, преодоление препятствий, передвижения с использованием технических средств, в том числе анализ перемещения на коляске. Использование индекса ходьбы Хаузера и индекса мобильности Ривермид. Кинезиологический анализ позы и движений: поддержание позы сидя, стоя, перемещение сидя и стоя, принятие позы сидя, стоя, наклоны и повороты.

14. Физикальные и инструментальные методы исследования толерантности к физической нагрузке. Понятие о физической работоспособности, перенапряжении, переутомлении. Методы динамического контроля эффективности и переносимости физических нагрузок для пациентов.

15. Функциональная оценка пациентов на первом и втором этапах медицинской реабилитации: антропометрические исследования, клинические функциональные исследования.

16. Реабилитационная диагностика нарушений суточных ритмов и сна, планирования и выполнения распорядка дня.

17. Исследование сенсорных систем (поверхностная чувствительность, глубокая и суставно-мышечная чувствительность, зрение, слух, вестибулярный аппарат, обоняние, вкус). Обследование при нарушении сенсорной интеграции и нарушениях восприятия.

18. Оценка активности и участия в жизни семьи и общества на первом и втором этапах медицинской реабилитации.

19. Заболевания и состояния ЦНС: Сосудистые, опухолевые, травматические, воспалительные, инфекционные и дегенеративные состояния головного мозга; спиноцеребеллярные дегенеративные состояния. Особенности медицинской реабилитации в детском и юношеском возрастах, пожилых и стариков.

20. Заболевания и состояния опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы: поражения спинного мозга: травматические, опухолевые, инфекционные и другие; спинальная травма, невриты периферических нервов, множественные травмы, боль в спине. Особенности медицинской реабилитации в детском и юношеском возрастах, пожилых и стариков.

21. Заболевания и состояния опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы: онкологические поражения опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, воспалительные заболевания суставов, ревматическая полимиалгия, заболевания соединительной ткани, кристаллические артропатии. Особенности медицинской реабилитации в детском и юношеском возрастах, пожилых и стариков.

22. Заболевания и состояния кардио-респираторной системы. Особенности медицинской реабилитации в детском и юношеском возрастах, пожилых и стариков.

23. Основы законодательства здравоохранения, директивные документы, регламентирующие деятельность отделений реанимации и интенсивной терапии, организующих процесс медицинской реабилитации при острых и хронических критических состояниях.

24. Принцип организации и современное состояние системы медицинской реабилитации при оказании медицинской помощи взрослому и детскому населению в отделениях реанимации и интенсивной терапии, в медицинских организациях разных уровней и форм собственности; организация оказания помощи по медицинской реабилитации населению в чрезвычайных условиях.

25. Контроль и обеспечение безопасности медицинской реабилитации. Этические аспекты реабилитации и общения с пациентами с инвалидностью.

26. Основы геронтологии. Теории старения. Структура геронтологической службы. Физиологическое и патологическое старение. Особенности деятельности в пожилом и старческом возрасте.
27. Постуральный контроль в пожилом возрасте. Падения. Риски падения. Гиподинамия. Особенности коммуникации с пожилым пациентом. Психологические проблемы, связанные со старостью.
28. Характерные особенности болезней пожилого пациента. Геронтофармакология. Особенности медицинского ухода в пожилом возрасте.
29. Геронтологические аспекты заболеваний органов дыхания. Геронтологические аспекты заболеваний сердечно-сосудистой системы, системы крови.
30. Геронтологические аспекты заболеваний опорно-двигательного аппарата, нервных и психических заболеваний.
31. Психомоторное развитие ребенка и особенности коррекции отклонений в психомоторном развитии у здорового ребенка и ребенка с заболеваниями и состояниями нервной системы.
32. Особенности коррекции мышечно-скелетной системы при заболеваниях и травмах у детей.
33. Особенности определения функционального состояния детей в различные возрастные периоды.
34. Особенности построения реабилитационных программ в различные периоды детства и юношества. Принципы построения реабилитационных программ у детей. Методы проведения реабилитационных мероприятий у детей.
35. Синдромальная диагностика при заболеваниях и повреждениях нервной системы.
36. Система произвольных движений и ее нарушения. Парез, паралич, плегия. Центральный и периферический парез. Топическая диагностика при поражении пирамидной системы на разных уровнях.
37. Нарушения мышечного тонуса. Диагностика и медикаментозное лечение.
38. Учение об анализаторах. Чувствительность и ее расстройства. Нарушения глубокой и поверхностной чувствительности, слуховые нарушения, вкусовые и обонятельные расстройства.
39. Связь двигательных и сенсорных нарушений: сенсорный псевдопарез и сенсорная псевдоатаксия. Центральные нарушения восприятия: неглект (синдром игнорирования) и нарушение сенсорной интеграции.
40. Синдромы поражения спинного мозга на разных уровнях. Травматическая болезнь спинного мозга, спинальный инсульт и спинальные мальформации. Синдром спинальной дисрефлексии.
41. Расстройства высших мозговых функций. Симптомы поражения отдельных долей головного мозга. Гнозисипраксис.
42. Когнитивные нарушения и деменции: критерии диагностики и тактика лекарственной терапии.
43. Классификация заболеваний нервной системы и методология неврологического диагноза. Разделение компетенций невролога и врача по физической и реабилитационной медицине.
44. Основы реабилитации при патологии опорно-двигательного аппарата. Средства медицинской реабилитации травматологических и ортопедических пациентов и алгоритм их выбора. Медикаментозное лечение в реабилитации пациентов травматолога-ортопедического профиля.
45. Применение МКФ в реабилитации пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата. Постановка реабилитационного диагноза, определение реабилитационной способности и реабилитационного прогноза при патологии органов движения и опоры.

46. Формы, средства и формы кинезотерапии при патологии опорно-двигательного аппарата. Аппараты механотерапии и роботизированные методы коррекции движений в реабилитации.

47. Методы медицинской реабилитации при патологии опорно-двигательного аппарата.

48. Принципы реабилитации пациентов с приобретенными и врожденными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Реабилитация пациентов с повреждениями костей и суставов (переломы и вывихи).

49. Алгоритм реабилитации пациентов после ампутации верхних и нижних конечностей. Реабилитация пациентов после эндопротезирования крупных суставов. Состояние после ампутации конечностей, уход за культей, протезирование. Методики протезирования и ортезирования.

50. Реабилитация пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов и позвоночника. Реабилитация пациентов с патологией капсульно-связочного аппарата. Реабилитация пациентов с периартикулярной патологией. Остеопороз.

51. Заболевания и состояния опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы: поражения спинного мозга: травматические, опухолевые и другие; спинальная травма. Реабилитация при травматической болезни спинного мозга.

52. Теория адаптации в норме и патологии. Интенсивность нагрузки. Выносливость, биохимия выносливости. Методы диагностики. Классификация нагрузки по виду и интенсивности.

53. Максимальное потребление кислорода. Способы определения. Кислородный долг. Способы определения. Восстановление после нагрузок. Прогноз выносливости.

54. Реакция организма на различную нагрузку. Мониторинг адекватности реакции организма на нагрузку и безопасности. Методы увеличения силы, выносливости и скорости различных движений, контроль эффективности.

55. Медицинская реабилитация при артериальной гипертонии и других нарушениях регуляции артериального давления, при сердечной недостаточности.

56. Методы обследования пациента. Методы клинической, лабораторной и функциональной диагностики в кардиологии.

57. Артериальная гипертензия. Диагностика, принципы лечения, профилактика. Гипертонический криз. Особенности лечения артериальной гипертензии у пожилых, пациентов, перенесших инсульт, пациентов с сахарным диабетом и метаболическим синдромом.

58. Острая и хроническая коронарная недостаточность – диагностика, лечение, профилактика инфаркта миокарда, стенокардии. Кардиогенный шок, отек легких – диагностика, оказание неотложной и экстренной помощи.

59. Пороки сердца. Диагностика, лечение. Хроническая венозная недостаточность – диагностика, принципы лечения, профилактика.

60. Нарушения сердечного ритма и проводимости. Диагностика, лечение. Профилактика сердечно-сосудистых осложнений при фибрилляции предсердий.

61. Психомоторное развитие здорового ребенка, критерии соответствия идеальному возрастному развитию.

62. Значение профилактической медицины в младенчестве и детстве, профилактика воздействия вредных факторов окружающей среды на рост и развитие детей.

63. Основы неонатологии, общие особенности детских нозологий и их диагностики у новорожденных и младенцев первого года жизни.

64. Особенности диагностического обследования новорожденных и младенцев, определение и профилактика факторов риска развития недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении.
65. Основы медицинской генетики. Наследственные заболевания, типы наследования. Последствия поражений центральной нервной системы у детей.
66. Инфекции и инфекционные заболевания в детском возрасте. Возрастные особенности заболеваний органов дыхания.
67. Основы ортопедии. Заболевания опорно-двигательного аппарата у детей. Основы детской хирургии. Особенности пред- и послеоперационного периода в детском возрасте.
68. Эпидемиология онкологических заболеваний. Клиническая анатомия основных областей тела, закономерности метастазирования опухолей.
69. Основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов и систем организма.
70. Клиническая симптоматика, макро- и микроскопическая характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей основных локализаций.
71. Принципы симптоматической терапии онкологических пациентов. Вопросы временной и стойкой нетрудоспособности в онкологии
72. Мониторинг реабилитационной помощи на этапах маршрутизации пациентов с патологией центральной и периферической нервной системы, в травматологии-ортопедии, при соматических заболеваниях, педиатрии.
73. Свод критериев оценки качества помощи по медицинской реабилитации. Хронометраж реабилитационных услуг. Кадровое обеспечение как индикатор технологической адекватности реабилитационной помощи.
74. Использование в процессе формирования единых требований к организации лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, единых универсальных и специальных воспроизводимых инструментов в виде шкал и метрик, адекватно примененных на всех этапах медицинской помощи, в частности, Шкалы Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ).
75. Оценка качества медицинской документации членов мультидисциплинарной бригады. Навыки проведения аудита деятельности реабилитационного отделения круглосуточного и дневного стационара.
76. Методы аппаратной физиотерапии. Синдромо-патогенетическая аппаратная физиотерапия. Основные группы показаний и противопоказаний для физиотерапии.
77. Особенности физиотерапии у детей и подростков. Условия назначения и проведения физиотерапевтических мероприятий.
78. Применение электрических полей и электромагнитных колебаний: лечебные эффекты, показания и противопоказания, лечебные методики, аппаратура.
79. Фототерапия. Методы средневолновой ультрафиолетовой терапии. Методы фотохимиотерапии. Фотофорез. Лазеротерапия: лечебные эффекты, показания, противопоказания, дозирование, основные методики, аппаратура. Особенности применения у детей и подростков.
80. Гидротерапия. Термотерапия. Грязелечение. Лечебные эффекты, показания и противопоказания, дозирование, основные методики, аппаратура. Особенности применения у детей и подростков.
81. Механизмы действия природных физических факторов. Санаторно-курортное лечение. Показания и противопоказания к санаторно-курортному этапу медицинской реабилитации. Особенности применения у детей и подростков.
82. Методы бальнеотерапии. Внутреннее применение минеральных вод. Показания и противопоказания. Наружное применение минеральных вод: хлоридные

натриевые, йодо-бромные, углекислые, радоновые ванны. Показания и противопоказания. Особенности применения у детей и подростков.

83. Физиотерапия при параличах и парезах органического происхождения. Физиотерапия при спастических парезах и параличах. Физиотерапия при вялых парезах и параличах.

84. Физиотерапия при ДЦП. Алгоритм проведения электростимуляции, особенности проведения у детей и подростков.

85. Физиотерапия при травмах позвоночника и повреждениях спинного мозга. Физиотерапия при болях в спине. Синдромо-патогенетический подход. Физиотерапия при заболеваниях опорно-двигательной системы («суставной синдром», остеоартроз, болезнь Бехтерева и др.).

86. Физиотерапия у пациентов с хирургической патологией (при операциях грудной клетки и на органах брюшной полости).

87. Физиотерапия у пациенток с гинекологической патологией и в акушерстве. Физиотерапия в онкологии.

88. Общие основы лечебной физкультуры (ЛФК). Организация медицинской реабилитации в России. Нормативно-правовые основы медицинской реабилитации в России.

89. Реабилитационный диагноз, потенциал, программа, прогноз. Оценка эффективности медицинской реабилитации. Медицинская документация, отчетность и учет эффективности работы.

90. Анатомия и физиология движения. Основы артрологии и миологии. Принципы соматической иннервации. Нервные сплетения, зоны иннервации.

91. Основные механизмы действия физических упражнений на организм здорового и больного человека. Повседневная двигательная активность и энергозатраты здоровых детей и взрослых. Клинические аспекты двигательной активности детей и взрослых.

92. ЛФК у детей при ортопедической патологии, ревматизме, заболеваниях органов дыхательной системы.

93. Лечебная физкультура у пациентов при неврологической патологии. Особенности применения физических упражнений и других средств ЛФК в неврологической практике лечебной физкультуры при острой недостаточности мозгового кровообращения.

94. ЛФК при травмах позвоночника. Особенности методики ЛФК при повреждениях спинного мозга.

95. Лечебная физкультура у пациентов с хирургической и ортопедической патологией.

96. Медицинские аппараты, тренажеры. Технические средства реабилитации.

97. Основные понятия рефлексотерапии: акупунктурная точка, акупунктурные меридианы.

98. Точки акупунктуры и их связь с внутренними органами и системами. Правила рефлексотерапии. Теоретические основы рефлексотерапии.

99. Методологические основы рефлексотерапии. Механизмы действия рефлексотерапии.

100. Топография и функциональное значение точек акупунктуры соответствующих меридианам

101. Классическая акупунктура.

102. Свод критериев оценки качества помощи по медицинской реабилитации. Кадровое обеспечение как индикатор технологической адекватности реабилитационной помощи.

103. Единые универсальные и специальные воспроизводимые инструменты в виде шкал и метрик, адекватно примененных на всех этапах медицинской помощи, в частности, организации лечебно-диагностического и реабилитационного процесса.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Женщина, 66 лет, на консультации у врача физической реабилитационной медицины (ФРМ) с жалобами на слабость в левых конечностях, снижение кратковременной памяти. По квартире передвигается без дополнительных средств опоры, по улице с тростью. Манипуляции производит правой рукой, изредка включая левую верхнюю конечность. Забывает ключи во входной двери, кастрюлю с готовящейся пищей на плите. Снижение памяти в течение 1,5 лет. В анамнезе: повышение АД, ОИМ, отрицает. ОНМК 1,5 года назад. Падений, переломов не было. Проживает одна. Замужем не была, детей нет. Поддерживает связь с племянниками. На пенсии. Образование высшее, работала инженером. Наследственный анамнез: у матери деменция в возрасте 70 лет. Регулярно лекарственные препараты не принимает. 1 раз в несколько месяцев — седалгин в связи с головной болью. Результаты КГО: индекс Бартел 65/100 баллов. Динамический индекс походки 17\24 баллов. Тест рисования часов 7/10 баллов (цифры нарисованы за пределами циферблата, вместо цифр 1 указаны цифры 13, 14, 15, 16, 17). МоСА тест 24/30 баллов (из 5 слов самостоятельно вспомнила 2). Тест на называние животных - 13 слов, слов на букву «с» - 12 слов. Тест 12 слов - непосредственное воспроизведение 6+3 (9 слов), отсроченное воспроизведение 3+5 (8 слов). Тест «Встань и иди» - 9 секунд. Динамометрия - правая рука 32 кг, левая рука 18 кг.

Вопросы:

1. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
2. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия
3. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.
4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 2

Женщина, 80 лет, обратилась к врачу физической реабилитационной медицины (ФРМ) с жалобами на сильные боли в тазобедренных суставах, больше в правом, стартовые боли, скованность движений, ограничение движений в тазобедренных суставах, слабость в ногах. Из анамнеза: 5 лет назад впервые стали беспокоить боли в тазобедренных суставах, больше справа, боли по наружной поверхности бедра, скованность движений, ограничение движений в тазобедренных суставах. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Принимает хондроитин сульфат, нимесулид. В сентябре 2018 года была госпитализирована в плановом порядке для решения вопроса об эндопротезировании. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ — 28,65 кг/м². Окружность талии — 95 см, окружность бедер — 105 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 70 в мин., АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре отмечается ограничение активных и пассивных движений в тазобедренных суставах, больше в правом, скованность движений. Амплитуда сгибаний при выпрямленной ноге: правый т/б сустав - 30⁰, левый - 70⁰; угол внутренней ротации: правый - 10⁰, левый - 20⁰; угол наружной ротации: правый- 30⁰, левый 30⁰) Рентген

тазобедренных суставов: суставная щель резко сужена, местами не определяется, с признаками анкилозирования. В верхнем полюсе головки на фоне разреженной костной ткани определяются участки кистовидной перестройки с переходом на вертлужную впадину. Головка деформирована, шейка бедренной кости укорочена. Заключение: рентгенологические признаки коксартроза IV стадии.

Вопросы:

1. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
2. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия
3. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.
4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 3

Мужчина, 30 лет, находится в травматологическом отделении Областной больницы, обратился к врачу физической реабилитационной медицины (ФРМ) с жалобами боль в шейном отделе позвоночника. Ныряльщик ударился головой о грунт на мелководье. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

Вопросы:

1. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для начала реабилитационных мероприятий.
2. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
3. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия
4. Какие реабилитационные методики планируются для применения
5. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.

Ситуационная задача № 4

Больной 46 лет на консультации у врача физической реабилитационной медицины (ФРМ) с жалобами на одышку при повседневных нагрузках, ночные приступы удушья. Нарастание одышки при доступных еще недавно нагрузках отметил за 2 недели до поступления. Переносимость нагрузок прогрессивно снижалась, стал просыпаться по ночам от непродуктивного кашля. В последние сутки одышка несколько уменьшилась, но отметил отеки голеней и стоп, нарастающую слабость. При осмотре цианоз губ, акроцианоз. Набухшие шейные вены в положении полусидя. Значительное расширение границ сердца, ослабление I тона на верхушке, систолический шум на верхушке и над мечевидным отростком. Незвучные мелкопузырчатые хрипы ниже углов лопаток, в межлопаточном пространстве. АД 120/75 мм Hg, ЧСС 98 в минуту, правильный ритм. Печень + 4 см. Отеки голеней и стоп. Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $203 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,1 \times 10^9/л$, СОЭ - 69 мм/час. Общий анализ мочи: моча светло-желтая, прозрачность полная, белок 0,1 ммоль/л. Глюкоза 0 ммоль/л. Реакция кислая. Относительная плотность. - 1023. Эпителий плоский 0-1. Лейкоциты 2 - 5 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л. Мочевина - 8,4 ммоль/л. Креатинин - 135 мкмоль/л. АСТ - 56 ед/л.

АЛТ – 70 ед/л. КФК общ – 93ед/л. КФК-МБ – 23 ед/л. Калий - 5,44 ммоль/л. Натрий – 141 ммоль/л. Хлориды – 104 ммоль/л. Глюкоза сыворотки – 6.0 ммоль/л. Мочевая кислота - 509 мкмоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 65 в мин. Рентгенография грудной клетки: кардиомегалия с кардиоторакальным индексом более 50%. При ЭхоКГ конечно-диастолический объем ЛЖ 260 мл, фракция выброса ЛЖ 28%, диффузный гипокинез ЛЖ. Переднезадний размер левого предсердия 50 мм.

Вопросы:

- 1 Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для начала реабилитационных мероприятий.
- 2 Какие специальные функциональные пробы, тесты и шкалы вам необходимы для начала реабилитационных мероприятий
3. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия
4. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.

Ситуационная задача № 5

Мужчина 22-х лет, возвращаясь с работы домой на машине, был уставший, сонлив, не справился с управлением авто, машина слетела с дороги и врезалась в дерево. Мужчина сильно ударился головой о лобовое стекло. На КТ выявлено: фронтальный перелом черепа и субдуральная гематома. Проведено хирургическое лечение. Пациент находится в реанимационном отделении на ИВЛ через трахеостому. Уровень бодрствования 16 баллов по FOUR. Вербальный контакт затруднён. Ориентацию во времени, пространстве и личности оценить не представляется возможным. Менингеальные симптомы: отрицательные. Оценка полей зрения не представляется возможным. Взор не фиксирует. Спонтанного нистагма нет. Зрачки OD = OS, не деформированы; ширина зрачков: соответствует освещенности. Фотореакции прямая, содружественная снижена. Роговичный рефлекс сохранён с обеих сторон. Трофика жевательных мышц не нарушена. Лицо асимметрично, несколько сглажена правая носогубная складка. Оценка речевой функции, глотания не представляется возможным. Язык в полости рта. Мышечный тонус D>S. Сухожильные рефлексy D>S, оживлены. Активные движения сохранены в левых конечностях, оценка мышечной силы затруднительна в связи с нарушением мышечного тонуса, отсутствием продуктивного вербального контакта. На болевую и тактильную стимуляцию с обеих сторон реагирует.

Вопросы:

- 1 Какие результаты диагностических инструментальных и лабораторных методов могут быть противопоказанием для начала реабилитационных мероприятий?
- 2 Какие специальные функциональные пробы, тесты и шкалы вам необходимы для начала реабилитационных мероприятий
3. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия
- 4 Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациента

Ситуационная задача № 6

Пациент Н., 60 лет. Почтальон по профессии, разносит пенсию по геронтологическим центрам. Диагноз по МКБ 10: Геморрагический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии от 11.12.2021 года (5 месяцев после ОНМК). Клиническая картина: Правосторонний гемипарез (верхняя конечность 3-3-3; нижняя конечность 2-2-3). Моторная афазия средней степени. Пациент прибыл на второй этап

медицинской реабилитации по каналу ВМП. Проводится лечение в реабилитационном центре. Осмотрен всеми специалистами МДРК. Хочет вернуться к трудовой деятельности. Передвигается с помощью ДСО. Назначен курс физической реабилитации. ЛФК включает: упражнения в одном темпе в течение 25-30 минут в положении лежа. В конце занятия выполняет упражнения у гимнастической лестницы и ходьбу в брусках в течение 20 минут.

Вопросы:

1. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
2. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия
3. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.
4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 7

Больному П, 56 лет, с диагнозом: пилальная артериовенозная фистула тела левого бокового желудочка. Осложнения: Внутривентрикулярное кровоизлияние от 13.10.2021г. САК. ВМГ медиальных отделов височной доли и базальных ганглиев слева около 5 мл. Пневмэнцефалия. Клиническая картина: правосторонний гемипарез до 4 баллов в нижней конечности во всех отделах, 3 баллов в верхней во всех отделах. У пациента выраженные Модально-специфические нарушения слухоречевой памяти средне-грубой степени выраженности, Нарушения произвольной регуляции деятельности средней степени выраженности. Назначен курс ЛФК. Пациент не может запомнить всех специалистов МДРК. Упражнения выполняются в одном темпе в течение 20 минут в положении лежа и 20 в положении сидя. В конце занятия пациент использует ходьбу в брусках.

Вопросы:

1. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
2. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия
3. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.
4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 8

Ребенок Л, 7 лет, с диагнозом: ДЦП, спастический тетрапарез, - получает курс реабилитации, включающий в себя физиотерапию, кинезотерапию, медикаментозное лечение, в отделении восстановительного лечения. На момент осмотра у ребенка жалобы на повышение температуры до 37,5 градусов, насморк, кашель. Ребенок осмотрен педиатром, поставлен диагноз: ОРВИ, острый фарингит. Назначено противомикробное лечение.

Вопросы:

1. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для продолжения реабилитационных мероприятий.
2. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия

3. Сформулируйте возможную реабилитационную цель, которая будет удовлетворять потребностям пациентки.
4. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.

Ситуационная задача № 9

Пациент М, 74 года, с диагнозом: повторный ишемический инсульт (кардиоэмболический вариант) в бассейне кровоснабжения левой СМА. Находится в первичном сосудистом отделении. Жалобы на подъемы цифр АД до 180 мм.рт.ст, онемение и слабость в левых конечностях, затрудненную речь, головные боли, головокружение, шаткость и неустойчивость при ходьбе. Вызвал скорую помощь по поводу онемения и слабости правых конечностей, головокружения, подъема цифр АД до 180/120 мм.рт.ст. Около 10 лет страдает артериальной гипертонией, в 2010г — ишемический кардиоэмболический инсульт в бассейне кровоснабжения левой СМА. Гипотензивные препараты не принимает. Фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолия. Прадаксу отменил самостоятельно год назад. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Пациент контактен. Общее состояние удовлетворительное. Т0 36,6С. Цианоза нет. Отеки средней трети голени в виде пастозности. Частота дыхания 18 в мин. При аускультации: влажные хрипы в нижней части легочных полей. АД 190/100 мм.рт.ст. ЧСС 98 уд. в мин.

ОАК и ОАМ без патологии. В БАК: повышение ЛПНП, холестерина. ЭКГ без особенностей.

В неврологическом статусе: в сознании. Дизартрия. Зрачки d=s, крупноразмашистый горизонтальный нистагм. Перкуссия черепа умеренно, диффузно болезненна. Оболочечных, менингеальных знаков нет. Симптомы ВЧГ (Членова, М-Гуревича) слабо «+» с обеих сторон. Недостаточность 7 и 12 пары ЧМН по центральному. Сухожильные и периостальные рефлексы D> S, средней живости. Правосторонний гемипарез до 3 баллов, правосторонняя гемигипестезия. В позе Ромберга неустойчив и падает. КП выполняет с промахиванием справа, с интенцией слева. Тазовые функции контролирует.

NIHSS 9 баллов

Оценка по шкале Рэнкин: 4 балла.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 10

Пациент С., 37 лет, осмотрен в травматологическом отделении на 2-ые сутки от начала заболевания.

Боль в плечевом суставе возникает в начале движения, усиливается после физической нагрузки, ликвидируется после приема анальгетиков и после продолжительного отдыха. Движения правой верхней конечностью ограничены, сопровождаются звуковыми феноменами- пощелкивания и крепитация.

Травма получена во время горнолыжного спуска, падение на вытянутую правую верхнюю конечность, ощущение «щелчка» в плечевом суставе, после резкая боль. Местными врачами оказана первая помощь – холод местно, НПВС, отправлен для дальнейшего обследования в травматологическое отделение при ГКБ.

Состояние удовлетворительное. ЧСС 65 в минуту. АД 119/79 мм.рт.ст. Вес 75 кг, рост 182, температура 36,7С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка симметричная. Тип дыхания брюшной, дыхательные движения ритмичные. Тоны сердца ясные, ритмичные. Печень, селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

Ограничение амплитуды движений в правом плечевом суставе (сгибание 60 градусов, разгибание 30 градусов, отведение 45 градусов), при пальпации определяется болезненность, отечность, крепитация в области большого бугорка

Вопросы:

1. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий?
2. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
3. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?
4. Профилактика каких осложнений должна проводиться пациенту?

Ситуационная задача № 11

Пациентка Н., 58-ми лет, поступила в дневной стационар на 3-й этап медицинской реабилитации с жалобами на быструю утомляемость, дискомфорт, чувство стеснения за грудиной при ходьбе, физических нагрузках.

Из анамнеза известно, что 23.11.2021г. у пациентки утром остро возникли боли в грудной клетке с иррадиацией в шею и левое плечо, одышка. Вечером она обратилась в СМП, была доставлена в отделение кардиореанимации городской клинической больницы, где при обследовании был зафиксировано снижение АД до 90/60, пульс 80/мин. На ЭКГ выявлены элевация сегмента ST в II III aVF на 1 мм, депрессия сегмента ST в I aVL максимально на 1 мм. На основании имеющейся клинической картины ОКС, повышения уровня тропонина, данных ЭКГ (новые изменения сегмента S-T), данных коронароангиографии, был установлен диагноз «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST», принято решение о проведение КАГ, ЧКВ. 25.12.2021 была переведена в кардиологическое отделение.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Правильного телосложения.

Повышенного питания. Вес 78 кг, рост 162 см. ИМТ = 29,7. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 78 в минуту. АД 124/80 мм.рт.

ст. Периферических отеков нет.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
3. Какими методами реабилитации возможно расширить проводимую реабилитацию?
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 12

Пациент С., 34 года. Проведена консультация ортопеда-травматолога по месту жительства на 14 день после травматической ампутации правой нижней конечности. На момент осмотра беспокоят пульсирующие боли в области культы (по ВАШ 3 балла), отечность культы.

Заболел остро. 09.10.2021 года попал в автомобильную аварию, произошло открытое повреждение с раздроблением костей, обширным разможением мышц, не подлежащих восстановлению. Доставлен в больницу. В связи с вышеперечисленными травмами по экстренным показаниям выполнена ампутация правой нижней конечности на уровне между тазобедренным и коленным суставами. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки. Направлен на 2 этап медицинской реабилитации в условиях стационара для подготовки к протезированию.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Эмоциональный фон лабильный. Сон нормальный. Настроение бодрое. Appetit хороший. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, чистые, влажные. Дыхание свободное, через нос, голос чистый. Перкуторно легочной звук. Число дыханий 18 в минуту. Auscultативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Артериальное давление 110/70 мм.рт.ст. Пульс 78 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, чистые. Живот правильной формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный, не напряжен, симптомов раздражения брюшины нет. Местно: формирующийся рубец на коже культи без признаков воспаления, кожа над дефектом не западает и не выбухает. Культи болезненная по ВАШ 3 балла, определяется умеренный отек.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Кто из смежных специалистов должен провести осмотр?
3. Какие методы диагностики возможно применить данному пациенту?
4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 13

Пациентка Л., 69 лет, осмотрена врачом физической и реабилитационной медицины в отделении нейрореанимации в 48 часов с момента поступления. Жалобы на выраженную общую слабость, умеренную головную боль, нечеткость речи, слабость и онемение в левых конечностях, невозможность самостоятельно передвигаться.

Заболела остро 10.12.21 около 10.00 при попытке встать с кресла возникла, выраженная слабость в левых конечностях, ранее подобного состояния не отмечала. Пациентка находилась в квартире одна. В 18.00 обнаружена родственниками. Вызвана бригада СМП, АД 160/100 мм рт.ст., ЧСС 100 уд в мин, тоны сердца ритмичные. Бригадой СМП пациентка доставлена в приемное отделение РСЦ в 20.00, осмотрена неврологом, проведена КТ ГМ, КТ-ангиография экстра-интракраниальных артерий головного мозга, КТ ОГК: КТ ГМ: КТ-картина ранних признаков ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой СМА. КТ-ангиография сосудов: окклюзия М2 сегмента правой СМА.

В анамнезе: страдает повышенными цифрами АД (адаптирована к АД 150/90 мм рт.ст. максимальные цифры 200/100 мм рт.ст.), гипотензивные препараты регулярно не принимает, АД не контролирует.

Состояние тяжелое. ЧСС 75 в минуту. АД 145/90 мм. рт. ст. Вес 95 кг, рост 165 см.

Неврологический статус: сознание умеренное оглушение (13 баллов по ШКГ – несколько заторможена, сонлива, на вопросы отвечает верно, односложно, команды выполняет верно, быстро истощается). Ориентирована в себе, месте и времени верно.

Менингеальные знаки отрицательные. Обоняние субъективно не нарушено. Зрение субъективно снижено на оба глаза, visus не оценивалась Левосторонняя гемианопсия. Произвольные движения глаз в полном объеме. Глазные щели равные. Зрачки OD=OS,

обычной формы, ширины. Фотореакции живые, симметричные. Аккомодация и конвергенция снижены с двух сторон. Корнеальные рефлексы живые. Чувствительность на лице: сохранена. Лицо: асимметрия лица за счет сглаженности левой носогубной складки. Лакримации, сухости склер нет. Слух субъективно сохранен. Нистагма нет. Мягкое небо симметрично участвует в фонации, глоточный рефлекс сохранен. Глотание сохранено. Дизартрия. Положение головы не нарушено, произвольные движения головы и мышц плечевого пояса в полном объеме. Язык девирует влево. Гипотрофии мышц языка и фибрилляций не выявляется. Двигательная система: Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы в руке 1-1-0; в ноге 2-1-1 б. Мышечный тонус: снижен в левых конечностях. Сухожильные рефлексы снижены слева. Патологические стопные знаки слева. Система чувствительности: Левосторонняя гемигипестезия. Симптомы натяжения периферических нервов (Ласега, Нери, Вассермана, Мацкевича) отсутствуют. Систем координации: статическая атаксия: Координаторные пробы (пальценосовая проба, пяточно-коленная проба, указательная проба, проба на диадохокинез) выполняет правыми конечностями удовлетворительно, левыми — не выполняет ввиду двигательного дефицита. Самостоятельно не предвигается. Функции тазовых органов: при поступлении в отделение установлен уретральный катетер ввиду острой задержки мочи.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 14

Пациент Иванов, 60 лет, перенес в августе 2021 г. острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу в бассейне правой средней мозговой артерии с развитием левостороннего гемипареза.

Жалобы на трудности при ходьбе, слабость в левых конечностях, непроизвольное сгибание левых руки, сгибание стопы пальцев левых конечностей.

К моменту исследования (ноябрь 2021г.) в неврологическом статусе: Менингеальных знаков нет. Зрачки одинакового размера. Фотореакции живые. Подвижность глазных яблок не ограничена. Глазные щели симметричны. Нистагма нет. Сглажена левая н/г складка. Глубокие рефлексы средней живости справа, слева высокие с расширением рефлексогенных зон. Язык нерезко девирует влево. Мышечная сила снижена в левых конечностях до 4 баллов. Пациент самостоятельно садится, сидит, встает, стоит с периодической опорой, ходит с опорой на трость. Наблюдается сформированная спастичность левых конечностей. В верхней конечности — сгибание в локтевом суставе, прониравание предплечья, согнутая кисть, в ноге — эквиварусная деформация стопы (статический паттерн) со сгибанием пальцев. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно справа, нечетко слева. Снижение поверхностной чувствительности слева по гемитипу, глубокая чувствительность не нарушена. Глотание не нарушено. Оценка по шкале MRCS в мышцах сгибателей и разгибателей левых верхней и нижней конечности составила - 4 балла. При мануальном тестировании было выявлено повышение тонуса mm. brachialis, mm pronator teres, mm. flexor carpi radialis, mm. gastrocnemius, soleus, flexor digitorum longus по шкале Эшфорта для мышц н/к – 3 балла, для мышц в/к – 2 балла.

Рентгенологическое исследование суставов и ультразвуковое исследование мышц не выявили суставных контрактур и/или выраженного диффузного мышечного перерождения. Лабораторных отклонений от нормы не выявлено. Оценка по шкале Рэнкин – 3 балла Индекс мобильности Ривермид -9 баллов. Пациент испытывает умеренные трудности при передвижении на короткие расстояния при выходе на улицу, это является основной проблемой в списке проблем пациента.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 15

Пациент С., 36 лет, осмотрен в неврологическом отделении на 7-е сутки от начала заболевания. Жалобы на сильные боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при движении. Боли отдают в левую ногу, немеет левая голень и стопа. Слабость и неловкость в левой стопе. Затруднено самостоятельное передвижение, периодически тошнота.

Заболел остро, 07.09.2021г, когда после интенсивной физической нагрузки появились боли в поясничном отделе позвоночника. Амбулаторно принимал анальгетики, втирания, без эффекта. Через 3-е суток боль начала иррадиировать в левую ногу, стало невозможно передвигаться. Болевой синдром нарастал. Бригадой «Скорой помощи» доставлен в больницу, осмотрен дежурным неврологом, проведена МРТ пояснично-крестцового отдела (14.09.2021) - в сегменте L5-S1 визуализируется левосторонняя фораменальная грыжа диска до 6 мм с компрессией левого корешка. Дуральный мешок частично деформирован. Позвоночный канал на уровне грыжи до 12мм, значимого сужения нет. Спинальный мозг обычной формы, нормальных размеров.

В неврологическом статусе на момент поступления - выраженный болевой синдром (ВАШ-7баллов), миофасциальный синдром, ахиллов рефлекс слева не добывается, нижний дистальный монопарез слева (парез в левой стопе 3б), гипальгезия в проекции L5 корешка слева, положительные симптомы натяжения (прямой и перекрестный симптомы Ласега), тест Шоберга 0 см, функциональные ограничения в виде невозможности самостоятельного передвижения. Тазовых нарушений нет.

В приемном отделении осмотрен нейрохирургом. Учитывая анамнез, отсутствие «красных флажков», клинические данные, результаты МРТ показаний к экстренному оперативному лечению нет.

Состояние удовлетворительное. ЧСС 72 в минуту. АД 124/80 мм рт ст. Вес 74 кг, рост 175 см.

Неврологический статус: сознание ясное. Ориентирован в себе, месте и времени верно. Менингеальные знаки отрицательные. Черепные нервы интактны. Мышечная сила сохранена во всех мышечных группах, в левой стопе предьявляет снижение силы до 3 баллов. Глубокие рефлексы с конечностей живые, симметричные, ахиллов слева значительно снижен. Патологических кистевых и стопных рефлексов нет. Мышечный тонус снижен в левой стопе. Чувствительность: гипальгезия в проекции L5 корешка слева, преимущественно тыльной поверхности стопы. Глубокие виды чувствительности сохранены. В позе Ромберга – неустойчив из-за слабости в левой стопе. Координаторные пробы выполняет без мимопопадания и интенции. Вертебральный статус: физиологические изгибы позвоночника сглажены, болезненность при пальпации

паравертебрально на пояснично-крестцовом уровне. Функции тазовых органов контролирует. Симптом Ласега слева 70*. Напряжение мышц спины, поясничного отдела пальпаторно. Тест Шоберга 7см. Эмоционально лабилен.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 16

Пациентка А., 51 год, осмотрена в отделении медицинской реабилитации на 16е сутки от начала заболевания.

Считает себя больной с 14.07.2021г, когда почувствовала слабость в левых конечностях, головокружение, шаткость при ходьбе. Бригадой СМП госпитализирована в неврологический стационар, где осмотрена неврологом. Выполнено КТ головного мозга: КТ-картина инфаркта мозга в бассейне ЗНМА, смежной зоне ЗНМА/ПНМА справа и бассейне ЗНМА слева, в бассейне правой ЗМА; инфаркта мозга в правом таламусе. Выставлен диагноз: Инфаркт головного мозга от 14.07.2021г. В неврологическом статусе на момент поступления - лёгкий левосторонний гемипарез (4 балла), асимметрия левой носогубной складки, признаки мозжечковой атаксии, спастико-паретическая дизартрия легкой степени выраженности, чувствительных нарушений нет. На фоне проводимой терапии - состояние с положительной динамикой в виде регресса гемипареза, улучшения общего самочувствия. 27.07.2021г выписана с улучшением.

Состояние удовлетворительное. ЧСС 76 в минуту. АД 120/70 мм рт ст. Вес 78 кг, рост 174 см.

Неврологический статус: Сознание ясное. Контакт сохранен. Менингеальные знаки отрицательные. ЧМН интактны. Зрачки OD=OS, фотореакции живые. Диплопии, нистагма нет. Корнеальные рефлексы вызываются, гипестезия слева на лице. Лицо асимметрично за счёт левой носогубной складки. Язык по средней линии. Глотание и фонация не нарушены, глоточные рефлексы вызываются. Левосторонний гемипарез: в руке 4 балла, в ноге 4 балла. Сухожильные рефлексы с рук D<S, с ног D<S, оживлены. Патологических стопных знаков нет. Глубокая чувствительность сохранена. Боль не беспокоит. В позе Ромберга качается без разницы сторон. Координаторные пробы выполняет с миомопаданием и интенцией слева. Нарушения функции тазовых органов нет.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. На каких этапах реабилитации находилась и будет находиться пациентка? Особенности этих этапов?
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 17

Участковый терапевт прибыл к пациенту Е., 38 лет на 5 день болезни.

Жалобы на повышение температуры тела до 39,10, выраженную общую слабость, аносмию, гипотензию, чувство «заложенности в груди», сухой кашель, выраженную потливость, ощущение «покалывания на коже», выраженную головную боль по ВАШ до 8 баллов.

Перенесенные заболевания: респираторные инфекции до 4-х раз в год. Вредные привычки: не скрывает употребление алкоголя до 3-х раз в неделю. Хронические заболевания сахарный диабет II типа (принимает метформин 1000 1 раз в сутки, вечером) в течение последних 3-х лет, ожирение III степени.

Заболела остро с появления озноба, выраженной потливости, повышения температуры до 37,5. К врачам не обращалась. На четвертый день от начала заболевания температура тела поднялась до 38,20, присоединилось выраженная общая слабость, аносмия, гипогевзия, чувство «заложенности в груди», сухой кашель, головная боль по ВАШ до 6 баллов, сатурация 96. Продолжила лечиться самостоятельно: принимала жаропонижающие (парацетамол), витамин С 1000 мг, витамин Д 10000, арбидол 200 мг (1 капсула) 4 раза в сутки (каждые 6 часов). Самочувствие ухудшилось: повышение температуры тела до 39,10, выраженная общая слабость, аносмия, гипогевзия, чувство «заложенности в груди», сухой кашель, выраженную потливость, ощущение «покалывания на коже», выраженная головную боль по ВАШ до 8 баллов, сатурация 89.

Температура тела 38,80. Гиперстеничного телосложения. Сознание ясное. Адекватна, ориентирована в пространстве и собственной личности. Очаговая и менингеальная симптоматика отсутствует. Эмоциональный фон лабильный. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, чистые, влажные. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины и периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание затруднено, через нос, голос хриплый. Грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания равномерно. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Число дыханий 24 в минуту. Аускультативно дыхание жесткое, хрипы сухие с обеих сторон. Артериальное давление 105/70 мм.рт.ст. Пульс 89 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Верхушечный толчок нормальный. Относительная сердечная тупость в норме. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, чистые. Живот правильной формы, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный, не напряжен, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются. Почки и мочевого пузыря не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Кто из смежных специалистов должен провести осмотр?
3. Какие методы диагностики возможно применить данному пациенту?
4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 18

Пациент В., 16 лет поступил в плановом порядке в реабилитационный центр. Жалобы на головные боли, носовые кровотечения на фоне подъема артериального давления. Боли в нижних конечностях, не связанные с физической нагрузкой. Одышка на фоне физических нагрузок.

Врожденный порок сердца выявлен в возрасте 10 лет, когда на фоне частых головных болей и подъема артериального давления врачом по месту жительства ребенок был направлен на ЭХОКГ, по данным которой была выявлена коарктация аорты с градиентом давления на перешейке 70 мм.рт.ст., после чего был направлен на

консультацию к сердечно-сосудистому хирургу, рекомендовано оперативное лечение порока. Выполнена операция: Резекция коарктации аорты с наложением анастомоза конец-в-конец. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписан под наблюдение кардиолога по месту жительства на медикаментозной терапии капотен 25 мг 1 раз в сутки. По данным ЭХОКГ в послеоперационном периоде градиент давления на перешейке аорты составлял 20 мм. рт. ст. Медикаментозная терапия отменена самостоятельно через 1 месяц. Далее ребенок рос и развивался соответственно возрасту, вышеперчисленные жалобы не беспокоили. Ухудшение общего самочувствия отмечает в течение года.

Состояние при поступлении удовлетворительное, кожные покровы чистые, видимые слизистые розовые, зев без катаральных изменений. ЧД 18 в минуту, ЧСС 76 уд в мин, АД на правой руке 145/90 мм.рт.ст., на левой руке 130/85 мм. рт. ст, на правой ноге 125/85 мм.рт.ст., на левой ноге 125/90 мм.рт.ст. Верхушечный толчок определяется в V межреберья, тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. Печень справа, у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Стул в норме.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Кто из смежных специалистов должен провести осмотр?
3. Какие методы диагностики возможно применить данному пациенту?
4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 19

Пациент А., 24 лет, проходит лечение в отделении медицинской реабилитации, с момента травмы прошло 10 мес. Жалобы на слабость в левых конечностях, шаткость и неустойчивость при ходьбе, трудности самообслуживания в быту, трудности при приготовлении пищи, эмоциональную тревожность.

Получил тяжелую сочетанную травму в результате падения с 4-го этажа. Бригадой СМП доставлен в "Республиканскую клиническую больницу". Госпитализирован по экстренным показаниям в реанимацию. Диагностирован ушиб головного мозга тяжелой степени, субарахноидальное кровоизлияние. После стабилизации витальных функций переведен в нейрохирургическое отделение. Консервативная терапия с положительным эффектом. В неврологическом статусе сохранялась левосторонняя пирамидная симптоматика (спастический парез), речевые нарушения. Проходил повторные курсы медицинской реабилитации на 2-м этапе. Для преодоления синдрома фокальной спастичности проводилась ботулиническая терапия с интервалом в 6 месяцев. На данный момент госпитализирован в отделение медицинской реабилитации в плановом порядке для прохождения медицинской реабилитации в рамках высокотехнологичной медицинской помощи в течение 3 недель.

Общее состояние удовлетворительное. ЧСС=Ps= 77 уд. в мин. АД=120/80 мм рт.ст. Рост 180 см. Вес 61 кг.

Неврологический осмотр: Сознание ясное, ШКГ 15 баллов. Продуктивному контакту доступен. Общемозговых симптомов нет. Афазии, апраксии, агнозии не выявлено. Мелкие менингеальные знаки, ригидность затылочных мышц, а также симптомы Кернига и Брудзинского отсутствуют. Фотофобии нет. Обоняние субъективно не нарушено. Зрение снижено, visus не оценивалась. Гемианопсии нет, цветовое восприятие сохранено. Носит очки. Произвольные движения глаз в полном объеме. Глазные щели равные. Зрачки OD=OS, обычной формы, ширины. Фотореакции живые, симметричные. Аккомодация и конвергенция сохранены. Корнеальные рефлексы живые.

Чувствительность на лице сохранена. Лицо асимметрично: сглажена носогубная складка слева. Слух субъективно сохранен. Вестибулярный синдром не выявляется. Нистагма нет. Мягкое небо симметрично участвует в фонации, глоточный рефлекс сохранен. Uvula по средней линии. Глотание не нарушено. Дизартрия. Положение головы не нарушено, произвольные движения головы и мышц плечевого пояса в полном объеме. Язык расположен по средней линии. Гипотрофии мышц языка и фибриллярных подёргиваний не выявляются.

Двигательная система:

Левосторонний гемипарез со снижением мышечной силы до 3 баллов в руке. В ноге мышечная сила снижена до 4 баллов проксимально, 3 баллов дистально. Мышечный тонус: повышен по спастическому типу в левых конечностях до 3 баллов по шкале Ашфорт. Сухожильные рефлексы оживлены слева с расширением рефлексогенных зон. Патологические симптомы не выявляются. Синкинезии и фасцикуляции не определяются. Гиперкинезов нет. Походка паретическая, ходит самостоятельно с опорой на костыль, темп ходьбы снижен.

Система чувствительности: Поверхностная, глубокая и сложные виды чувствительности не нарушены. Симптомы натяжения периферических нервов (Ласега, Нери, Вассермана, Мацкевича) отсутствуют.

Система координации

Статическая атаксия: в позе Ромберга не устойчив. Координаторные пробы (пальценосовая проба, пяточно-коленная проба, указательная проба, проба на диадохокинез) выполняет правыми конечностями удовлетворительно, левыми — с атаксией.

Вегетативная система Дермографизм красный. Пиломоторный рефлекс сохранен. Симптом Бернара –Горнера отрицательный.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 20

Пациент С., 29 лет, имеет жалобы на боли в правом плечевом суставе с выраженным ограничением активных и пассивных движений в нём. Со слов: пациентки, травма в результате падения около подъезда. Вызванной БСМП доставлена в РТП, где выполнены рентгенограммы, верифицирован диагноз. Рекомендовано обращение в приемный покой 67 ГКБ. Осмотрена травматологом. Обследована клинически и инструментально. Верифицирован диагноз. Госпитализирована в ТОО для оперативного лечения.

Локальный статус: В области правого плечевого сустава – определяется припухлость. Пальпаторно определяется локальная болезненность плечевой кости на уровне хирургической шейки, нагрузка по оси плеча вызывает боль на том же уровне. Активные движения в правом плечевом суставе невозможны, пассивные – резко болезненны. Нарушений чувствительности на правой руке не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко. Нейрочувствительных расстройств на момент осмотра не обнаружено.

После предоперационной подготовки и обследования пациентка прооперирована: выполнено тотальное эндопротезирование правого плечевого сустава. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. На каких этапах реабилитации находилась и будет находиться пациентка? Особенности этих этапов?
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 21

Пациент – ребёнок Б. 1,5 лет, поступил в отделение реабилитации для детей с врождёнными пороками сердца с диагнозом: ВПС. Состояние после операции пластики ДМЖП аутоперикардальной заплатой. Со слов матери, жалобы на слабость, невыраженную болезненность в области послеоперационного шва, снижение аппетита.

С первых месяцев жизни ребёнок демонстрировал беспокойность, одышку, вялость, был утомляем, что трактовалось педиатром как проявление сопутствующей патологии (острого отита). В ходе дальнейшего наблюдения участковым педиатром при объективном осмотре был выявлен формирующийся сердечный горб, при аускультации, также, был выявлен грубый систолический шум. Ребёнок был направлен на ЭхоКГ, что позволило визуализировать ДМЖП. Консультирован кардиохирургом НМИЦ ССХ. Госпитализирован для хирургической коррекции ВПС в плановом порядке. Переведён в отделение реабилитации для детей с ВПС на 5-ые сутки после операции.

Ребёнок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала б\о. При опросе родственников стало известно, что бабушка по линии отца страдала неуточнённым ВПС

Температура тела 36,6°С. Кожа и видимые слизистые бледные. Отёков нет. АД – 100/65 мм.рт.ст, ЧСС – 119 уд. в мин. ЧДД 30 в мин. В легких дыхание пуэрильное, ослаблено в нижних отделах с двух сторон, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. На каких этапах реабилитации находилась и будет находиться пациентка? Особенности этих этапов?
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 22

Пациент А., 75 лет, осмотрен в травматологическом отделении на 2е сутки от начала заболевания. Жалобы на постоянные боли в спине, особенно в межлопаточной и поясничной области, резкое усиление болей в течение суток после наклона (пытался поднять упавший лист бумаги). Прием обезболивающих и нестероидных противовоспалительных препаратов купирует болевой синдром частично. Плохо спит из-за болей. Боли из поясничной области иррадируют в обе нижние конечности.

Нарушились осанка, походка, самообслуживание из-за болей. Отмечает шаткость, неуверенность при ходьбе, начал использовать ходунки для дополнительной опоры.

Резкое ухудшение состояния, 15.12.2021г. - после неудачного наклона резко усилились боли в спине, особенно в поясничном отделе, появилась иррадиация болей в нижние конечности. Принял НПВС (мовалис 15мг внутрь), растирал спину капсикамом, согревал компрессом с димексидом и новокаином. Состояние не улучшалось, ночью не мог уснуть. Утром 16.12.2021г. не смог самостоятельно встать из-за болей, появилось ощущение слабости в обоих ногах, поднялось артериальное давление до 180/100мм.рт.ст., появилась выраженная боль в затылочной области. Вызвал «скорую помощь». Доставлен в больницу, осмотрен дежурным нейрохирургом, травматологом, выполнена КТ поясничного отдела позвоночника: КТ-картина снижения высоты тела 3 поясничного позвонка в переднем отделе на 20% по сравнению с телами 2, 4 поясничных позвонков.

В неврологическом статусе на момент поступления - парезов, чувствительных нарушений, симптомов натяжения нервных корешков, менингеальных знаков нет.

Ввиду отсутствия неврологических осложнений на момент поступления в приемное отделение стационара, выбрана консервативная тактика ведения пациента.

Состояние удовлетворительное. ЧСС 60 в минуту. АД 144/80 мм рт.ст. Вес 80 кг, рост 175 см.

Неврологический статус: сознание ясное. Ориентирован в себе, месте и времени верно. Менингеальные знаки отрицательные. Черепные нервы интактны. Мышечная сила сохранена во всех мышечных группах. Глубокие рефлексы с конечностей живые, симметричные. Патологических кистевых и стопных рефлексов нет. Мышечный тонус не изменен. Поверхностные и глубокие виды чувствительности сохранены. В позе Ромберга - шаткость вперед. Координаторные пробы выполняет без мимопопадания и интенции.

Вертебральный статус: физиологические изгибы позвоночника сглажены, умеренно ограничена подвижность в поясничном отделе позвоночника. Паравертебральные точки умеренно чувствительны при прессации в торако-люмбальном и люмбо-сакральном переходе. Пальпация остистых отростков безболезненна, осевая нагрузка на позвоночник усиления болевого синдрома не вызывает. Симптомы натяжения нервных корешков отрицательны. Имеется умеренно выраженное напряжение паравертебральных мышц в поясничном отделе, без четкой разницы сторон.

Выраженность болевого синдрома на момент осмотра оценивает на 2 балла по ВАШ. Функции тазовых органов контролирует.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Кто из смежных специалистов должен провести осмотр?
3. Какие методы диагностики возможно применить данному пациенту?
4. Определите балл по шкале реабилитационной маршрутизации и этап оказания реабилитационной помощи. Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача № 23

Пациент П., 3 лет, осмотрен врачом ФРМ при поступлении на второй этап медицинской реабилитации. Со слов законного представителя на нарушение моторного развития в виде нарушение походки, ходит самостоятельно, хромая на левую ногу на небольшие расстояния в помещении, на большие расстояния передвигается с помощью коляски. Нарушение моторики в левой руке (не захватывает предметы, не пользуется столовыми предметами) Понимание речи на бытовом уровне, речь представлена простыми фразами, звукопроизношение нарушено. Навыки опрятности не

сформированы. Испытывает трудности в межличностных взаимоотношениях со сверстниками и взрослыми. Частые необоснованные истерики. Трудности в засыпании, частые ночные пробуждения.

С рождения наблюдался детским неврологом с диагнозом Гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС, средней степени тяжести, синдром двигательных нарушений. Ребенок отставал в психомоторном развитии: голову держит в горизонтальном положении с 4х месяцев, в вертикальном с 5ти месяцев, переворачивается с 7ми месяцев, сидит при высаживании с 12 месяцев, самостоятельно сидит с 1,5 лет, стоит без опоры с 2х лет, первые шаги с 2,5 лет. Доречевое развитие с задержкой на несколько месяцев, первые слова с 2х лет, простая фраза в 3х лет. В год выставлен диагноз ДЦП, спастический левосторонний гемипарез. Ребенок признан инвалидом. Наблюдается ортопедом с диагнозом разгибательная контрактура левого локтевого и левого голеностопного сустава. Наблюдается окулистом с диагнозом сходящееся содружественное косоглазие. Наблюдается детским психиатром с диагнозом органическое расстройство поведения. Инсомнии. Нарушение психоречевого развития. Занимается корректирующими занятиями с логопедом по поводу спастической дизартрии, системного недоразвития речи 2 уровня. Занимается с психологом для коррекции поведенческих реакций. Проходит регулярные курсы реабилитации с положительной динамикой моторных и психоречевых функций.

Состояние удовлетворительное. Голова округлой формы. ЧМН сходящееся косоглазие, сглаженность левой носогубной складки в остальном без очаговой симптоматики. Мышечный тонус повышен по спастическому типу в левых конечностях. СХР оживлены с левых конечностях D<S. Чувствительность оценить сложно из-за возраста ребенка. Походка нарушена по гемипаретическому типу с атаксическим компонентом. Опора экинусная слева. Разгибательная контрактура левого локтевого и левого голеностопного сустава. Двигательная сфера: переворачивается на живот и обратно, четырехопорную стойку удерживает, ползает реципрокно. Самостоятельно садится, сидит кифозируя спину. Хват не сформирован слева, нарушена мелкая моторика слева. Вертикализация самостоятельная. Речь представлена простыми фразами, спастическая дизартрия. На вопросы отвечает односложно. Простые команды выполняет не с первого раза, зрительный контакт поддерживает. Контроль тазовых функций в стадии формирования.

Дополнительные методы обследования

МРТ головного мозга: Атрофическая заместительная наружная гидроцефалия. Очаг ишемического поражения справа. ЭЭГ эпилептической активности не зарегистрировано.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 24

Пациент В., 55 лет, осмотрен в отделении кардиологии. Жалобы на головные боли, нестабильность АД, одышка при ходьбе в умеренном темпе при подъеме на 2ой этаж, проходящая в покое, отеки на ногах, увеличение массы тела на 1 кг.

Повышение АД в течении многих лет. МАХ повышение АД до 220/100 мм рт ст. Адаптирован к АД 130/80 мм рт ст. Повышенное АД сопровождается головными болями, слабостью, головокружением. Также беспокоят периодические сжимающие

боли за грудиной и между лопаток, одышка респираторного характера, возникающие после подъема на второй этаж. Ангинозные приступы стал отмечать с 2020 года. Регулярно гипотензивной и антиангинальной терапии не получал.

В ноябре 2021 года на фоне нарастающей одышки, болями за грудиной жгучего характера, снижения толерантности к физ. нагрузкам госпитализирован в стационар с диагнозом: ИБС: острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST от 14.11.2020г. По срочным показаниям проведена КАГ. Выявлен пролонгированный стеноз ПКА до 75%. Выполнена ЧКВ, БАП стентирование НКА.

Проводимая терапия: Беталок ЗОК по 25 мг 2 раза в день, Микардис по 40 мг 1 раз в день, Брилинта по 90 мг 2 раза в день, Аспирин кардио по 100 мг 1 раз в день, Аторвастатин по 40 мг 1 раз в день.

В настоящее время госпитализирован в отделение кардиологии для подбора гипотензивной и антиангинальной терапии, проведения программы кардиореабилитации.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Вес 95 кг, рост 175 см. ИМТ 35,9 кг/м². Гиперстенического телосложения. Кожные покровы: обычной окраски, чистые. Видимые слизистые: розовые, бледные, Лимфатические узлы: не увеличены, Щитовидная железа: без изменений, Костно-суставная система: не изменена, движения не ограничены; Мышечная система: не изменена, Легкие: частота дыхания 13 в минуту.

Перкуторный звук: ясный легочный, Дыхательные шумы: везикулярное, хрипы: нет,

Пульс 75 в 1 минуту, ритмичный, Наполнение: удовлетворительное, АД: сидя 165/90мм рт.ст. Сердце: тоны – ясные, чистые, ритмичные; приглушены; границы относительной тупости: не расширены, Язык: чистый, влажный; Живот: мягкий, безболезненный; участвует в акте дыхания; Печень: не увеличена, Край: ровный, не выступает из-под реберной дуги справа Селезенка: не пальпируется; Почки: не пальпируются, Симптом поколачивания отрицательный, Мочеиспускание: нормальное, безболезненное, Стул: регулярный, Отеки: пастозность нижних конечностей.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. На каких этапах реабилитации находился и будет находиться пациент? Особенности этих этапов?
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Ситуационная задача № 25

Мужчина, 54 года, направлен травматологом-ортопедом к врачу физической реабилитации с целью получения рекомендаций перед предстоящим эндопротезированием коленного сустава. Диагноз – левосторонний гонартроз III степени. Жалобы на боли, ограничение подвижности в левом коленном суставе.

Боли в суставе беспокоят около 3 лет. С анальгетической целью в настоящее время препараты не принимает.

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Конституция гиперстеническая. Рост – 173 см, вес – 128 кг. ИМТ – 42.76. Питание повышенное. Склеры и видимые слизистые нормальной окраски. Отеки отсутствуют. Пастозность не отмечается. При осмотре относительная гипотрофия мышц бедра слева до 1.5 см. Объем движений в левом коленном суставе: сгибание – 40 гр., дефицит разгибания – 10 гр. Болезненная крепитация при движениях в пораженном суставе. Выраженность болевого синдрома по ВАШ – 7 баллов.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. Какие диагностические инструментальные и лабораторные методы вам необходимы для проведения реабилитационных мероприятий.
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие методы медицинской реабилитации можно производить пациенту на амбулаторном этапе?

Ситуационная задача № 26

Пациентка 58 лет пришла на амбулаторный прием к врачу физической и реабилитационной медицины по направлению онколога. Жалобы на отек правой руки преимущественно в области локтя (значительно уменьшается после ночного отдыха), ощущение тяжести и распирания в руке, онемение кончиков пальцев кистей и стоп.

По поводу рака правой молочной железы ПА pT1N1M0 проведено комбинированное лечение: радикальная мастэктомия справа + 8 курсов полихимиотерапии (4АС+4Т) + дистанционная лучевая терапия на переднюю грудную стенку справа и пути лимфооттока. Лечение завершено 1,5 года назад, наблюдается онкологом по месту жительства, при плановом обследовании без признаков рецидива и прогрессирования. По данным медицинской документации проходила курс медицинской реабилитации на 2 этапе с положительным эффектом. Онемение и покалывание пальцев кистей и стоп отмечает после полихимиотерапии, сейчас значительно уменьшилось, но сохраняются затруднения при застегивании одежды с мелкими пуговицами и крючками. Отек правой руки появился около 2 недель назад после длительного пребывания в положении сидя за компьютером и работы с документами.

Состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, повышенного питания. ИМТ 27,2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферических отеков нет. Рубец после мастэктомии нормотрофичный, подвижный. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При пальпации правой верхней конечности отмечается мягкий отек от проксимальной трети предплечья до средней трети плеча, симптом «ямки» отрицательный, подвижность кожи сохранена, температура кожи не повышена. При антрометрии в сравнении с левой конечностью отмечается разница в длине диаметров на уровне средней трети плеча 1,0 см, на уровне локтя 1,2 см, на уровне средней трети предплечья 0,5 см (у правши). Мышечный тонус и сила мышц конечностей в пределах нормы, снижена поверхностная чувствительность кончиков пальцев. Координаторные пробы выполняет, походка не изменена. Движения в суставах правой верхней конечности в пределах нормы, безболезненны. ЧСС 72 АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул, диурез в норме.

Вопросы:

1. Кто из специалистов мультидисциплинарной команды должен провести осмотр и занятия?
2. На каких этапах реабилитации находился и будет находиться пациент? Особенности этих этапов?
3. Сформулируйте реабилитационный диагноз и обоснуйте его.
4. Какие ограничивающие факторы к реабилитационным мероприятиям имеются у пациента?

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов по каждому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АСПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырехбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
Основная литература		
1.	Лечебная физическая культура [Текст]: [учеб. пособие для мед. вузов] / В. А. Епифанов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009.	6
2.	Лечебная физическая культура [Электронный ресурс] : [учеб. пособие] / В. А.Епифанов. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 704с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455760.html	Удаленный доступ
3.	Лечебная физическая культура и спортивная медицина [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов / В. А. Епифанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.	7
4.	Спортивная медицина [Электронный ресурс] : национальное руководство / [Г. Д. Алексанянц и др.] ; гл. ред. : С. П. Миронов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1184 с. , [8] л. ил. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424605.html	Удаленный доступ
5.	Восстановительная медицина [Текст] : справочник / В. А. Епифанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.	7
6.	Физиотерапия [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Абрамович С. Г. и др.] ; под ред. Г. Н. Пономаренко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 864 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431122.html	Удаленный доступ
7.	Травматология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [О. Е. Агранович и др.] ;	Удаленный

	под. ред. Г. П. Котельникова, С. П. Миронова. – 2-е изд. перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1104 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420508.html	доступ
8.	Неврология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Авакян Г. Н. и др.] ; гл. ред. Е. И. Гусев [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1040 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436202.html	Удаленный доступ
9.	Практическая неврология [Электронный ресурс] : руководство / под ред. А. С. Кадыкова [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 448 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970417119.html	Удаленный доступ
10.	Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для мед. вузов / Н. В. Полунина. - М. : Мед. информ. агентство, 2010.	10
11.	Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов / Ю. П. Лисицын. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.	6
12.	Основы реабилитологии [Текст] : учеб. пособие для студентов мед. вузов / А. Д. Ибатов, С. В. Пушкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.	7
13.	Практическое руководство по детским болезням [Текст] : [учеб. пособие для системы постдиплом. образования] / Под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 10 : Восстановительное лечение в педиатрии / под ред. Б. А. Поляева, О. А. Лайшевой. - М : Медпрактика-М, 2008.	2
14.	Общая физиотерапия [Текст] : учебник / Пономаренко Г. Н. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012.	3
15.	Общая физиотерапия : [учеб. для высш. проф. образования] / Г. Н. Пономаренко. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 368 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454794.html	Удаленный доступ
16.	Основы общей физиотерапии [Текст] : [учеб.- метод. пособие для мед. вузов. врачей-физиотерапевтов и врачей др. спец.] / под ред. Б. А. Поляева ; [Р. Г. Красильников, Н. Л. Черепихина, Е. Ю. Сергеенко и др.]. - М. : ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава", 2009.	1
17.	Аэробная работоспособность человека [Текст] / Попов Д. В. - Москва : Наука, 2012.	1
18.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. Т. 1. Неврология / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. – 4-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 640с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447079.html	Удаленный доступ
19.	Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] : в 2 т. Т. 2. Нейрохирургия / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова ; под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 421 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429020.html	Удаленный доступ
20.	Медицинская реабилитация [Электронный ресурс] / А. В. Епифанов, Е. Е. Ачкасов, В. А. Епифанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020.– 736 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448434.html	Удаленный доступ
21.	Персональная телемедицина. Телемедицинские и информационные технологии реабилитации и управления здоровьем [Электронный ресурс]. / О. Ю. Атьков, Ю. Ю. Кудряшов. – Москва: Практика, 2015. – 248 с. - Режим доступа: http://books-up.ru https://www.books-up.ru/ru/book/personalnaya-telemedicina-79837/	Удаленный доступ
22.	Биомедицинские нанотехнологии [Электронный ресурс]. / Будкевич Е.В., Будкевич Р.О. - Издательство "Лань" ЭБС ЛАНЬ, 2022. – Режим доступа: http://e.lanbook.com . https://e.lanbook.com/book/187746	Удаленный доступ
23.	Функциональная анатомия нервной системы [Электронный ресурс] : учеб. пособие для мед. вузов / И. В. Гайворонский, А. И. Гайворонский, Г. И. Ничипорук. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. – Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ

	https://e.lanbook.com/book/103953	
24.	Анатомия фитнеса [Текст] : [большая иллюстрированная энциклопедия] / К. Спиллио ; [пер. с англ. Т. А. Мисак]. - Москва : Эксмо, 2019. - 165 с. : ил. - (Анатомия спорта).	2
25.	Научно-исследовательская работа студента [Текст]: учебно-практическое пособие / Н. М. Розанова. - Москва : Кнорус, 2018. - 255 с. -	2
26.	Биотехнология: учебник [Электронный ресурс] / под ред. Колодяжной В. А. , Самотруевой М. А. , 2020. - 384 с.- Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454367.html	Удаленный доступ
27.	Биоинформатика : учебник / Н. Ю. Часовских. - [Электронный ресурс]. - 2020 - 352 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455425.html	Удаленный доступ
28.	Основы персонализированной медицины: медицина XXI века: омикс-технологии, новые знания, компетенции и инновации [Электронный ресурс] / Джайн К.К., Шарипов К.О. - М.: Литтерра, 2020. - 576 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503437.html	Удаленный доступ
29.	Основы персонализированной и прецизионной медицины: учебник / под ред. С. В. Сучков. - 624 с. - 2020.- [Электронный ресурс] .-Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456637.html	Удаленный доступ
30.	Персональная телемедицина Телемедицинские и информационные технологии реабилитации и управления здоровьем [Электронный ресурс]. / О. Ю.Атьков, Ю. Ю. Кудряшов. – Москва: Практика, 2015. – 248 с. - Режим доступа: http://books-up.ru . https://www.books-up.ru/ru/book/personalnaya-telemedicina-79837/	Удаленный доступ
31.	Инновационная экономика : [Электронный ресурс] учебное пособие / А. А. Якушев, А. В. Дубынина. – Москва : Финансы и статистика, 2017. – Режим доступа: http://ibooks.ru . https://ibooks.ru/bookshelf/355179/reading	Удаленный доступ
32.	Нанобиотехнологии в медицине : нанодиагностика и нанолечения : актовая речь / Арчаков Александр Иванович ; А. И. Арчаков ; Российский государственный медицинский университет. [Электронный ресурс] - Москва, 2009. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=16bn.pdf&show=dcatalogues/1/3304/16bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
33.	Нанобиотехнологии [Текст]: практикум / [А. М. Абатурова, Д. В. Багров, А. А. Байжуманов и др.]; под ред. А. Б. Рубина. - Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. - 384 с. : [8] л. ил., ил. - (Нанотехнологии).	10
34.	Нанобиотехнологии: практикум / под ред. А. Б. Рубина. – 4-е изд. – Москва: Лаб. знаний, 2020. – 403 с. - - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=88bn.pdf&show=dcatalogues/1/5055/88bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
35.	Компьютерное моделирование для решения задач фармакокинетики. Компьютерная реализация одно- и двухкамерных фармакокинетических моделей [Электронный ресурс] : методические разработки для преподавателей к практическим занятиям по курсу "Медицинская информатика" / С. П. Олимпиева, В. В. Киликовский, Е. С. Муравьева ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Мед.-биол. фак., каф. мед. кибернетики и информатики. . - Москва, 2018. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=189672.pdf&show=dcatalogues/1/3955/189672.pdf&view=true	Удаленный доступ
36.	Биофармация, или основы фармацевтической разработки, производства и обоснования дизайна лекарственных форм: [учеб. пособие] [Электронный ресурс]. / И. И. Краснюк, Н. Б. Демина, М.Н. Анурова, Н. Л. Соловьева. – Москва: Гэотар-Медиа, 2020. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455593.html	Удаленный доступ

37.	Наноструктуры в биомедицине [Электронный ресурс]: пер. с англ. / под ред. К. Гонсалвес [и др.]. – 4-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 538 с. Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785001017295.html	Удаленный доступ
38.	Биомедицинские нанотехнологии [Электронный ресурс] / Будкевич Е.В., Будкевич Р.О. - Издательство "Лань" ЭБС ЛАНЬ, 2022. – Режим доступа: http://e.lanbook.com . https://e.lanbook.com/book/187746	Удаленный доступ
39.	Медицинская нанобиотехнология [Электронный ресурс]: учебник / П. Б. Курапов, Е. Ю. Бахтенко ; П. Б. Курапов, Е. Ю. Бахтенко ; под ред. В. П. Чехонина ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191198.pdf&show=dcatalogues/1/4930/191198.pdf&view=true	Удаленный доступ
40.	Культура животных клеток [Электронный ресурс] / Р.Я. Фрешни - М.: Лаборатория знаний, 2022. – 791 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785001019749.html	Удаленный доступ
41.	Клиническая генетика [Электронный ресурс] : геномика и протеомика наследств.патологии : учеб. пособие / Г. Р. Мutowин. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 832 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411520.html	Удаленный доступ
42.	Молекулярное моделирование [Электронный ресурс] : теория и практика : пер. с англ. / Х.-Д. Хельтье [и др.]. – 5-е изд. (эл.). – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 322 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785001017240.html	Удаленный доступ
43.	Фармакогеномика [Электронный ресурс] : [учебное пособие медико-биологических факультетов медицинских вузов] / Н. Л. Шимановский ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. молекул. фармакологии и радиобиологии мед.-биол. фак. - Электрон. дан. - Москва : Изд-во РАМН, 2017. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=27bn.pdf&show=dcatalogues/1/3592/27bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
44.	Критический анализ медицинских публикаций с позиций доказательной медицины [Электронный ресурс]: [учебное пособие для медицинских вузов] / О. Ю. Реброва ; О. Ю. Реброва ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. мед. кибернетики и информатики мед.-биол. фак. -- Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191279.pdf&show=dcatalogues/1/4913/191279.pdf&view=true	Удаленный доступ
45.	Контроль качества и стандартизация лекарственных средств [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие по производственной практике / под ред. Г. В. Раменской, С. К. Ордабаевой– М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454121.html	Удаленный доступ
46.	Нанoeлектроника [Электронный ресурс]. Состояние и перспективы развития : учеб. пособие / А. Н. Игнатов. – Москва : ФЛИНТА, 2012. – 360 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp . https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785976516199.html	Удаленный доступ
47.	Биохимические основы химии биологически активных веществ [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Коваленко Л. В. – 5-е изд. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2020. – 232 с- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=97bn.pdf&show=dcatalogues/1/5068/97bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
48.	Гены по Льюину / Дж. Кребс, Э. Голдштейн, С. Килпатрик : [Электронный ресурс]. пер. 10-го англ. изд. –Москва : Лаб. знаний, 2022. – 919 с. - Adobe	Удаленный доступ

	Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=109bn.pdf&show=dcatalogues/1/5080/109bn.pdf&view=true	
49.	Клетки по Льюину : пер. 2-го англ. изд. [Электронный ресурс]. / Л. Кассимерис [и др.] – Москва : Лаб. знаний, 2022. – 1056 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=107bn.pdf&show=dcatalogues/1/5078/107bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
50.	Программирование : [Электронный ресурс]. учеб. пособие / Н. А. Давыдова, Е. В. Боровская. – 4-е изд. Москва : Лаб. знаний, 2020. – 241 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=93bn.pdf&show=dcatalogues/1/5060/93bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
51.	Трансплантология и искусственные органы : [Электронный ресурс]. учебник / под ред. С. В. Готье. – Москва : Лаб. знаний, 2022. – 320 с. -- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=108bn.pdf&show=dcatalogues/1/5079/108bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
52.	Фармацевтическое информирование : [Электронный ресурс]. учебник / под ред. А. А. Свистунова, В. В. Тарасова. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 320 с.- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=104bn.pdf&show=dcatalogues/1/5075/104bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
53.	Математические методы в биологии: анализ биологических данных в системе Statistica: [Электронный ресурс]. учеб. пособие для вузов / С. Н. Гашев, Ф. Х. Бетляева, М. Ю. Лупинос. [Электронный ресурс] – Москва : Юрайт, 2022. – (Высшее образование).- Режим доступа : http:// urait.ru https://urait.ru/book/matematicheskie-metody-v-biologii-analiz-biologicheskikh-dannyh-v-sisteme-statistica-492334	Удаленный доступ
54.	Критический анализ медицинских публикаций с позиций доказательной медицины [Электронный ресурс] : [учебное пособие для медицинских вузов] / О. Ю. Реброва ; О. Ю. Реброва ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. мед. кибернетики и информатики мед.-биол. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191279.pdf&show=dcatalogues/1/4913/191279.pdf&view=true	Удаленный доступ
55.	Реконструктивная и репродуктивная хирургия в гинекологии : [Электронный ресурс]. учеб. пособие для мед. вузов / [А. Аббати и др.] ; ред. : В. Гмел, Э. И. Брилл ; пер. с англ. А. Е. Лю-бовой. – Москва : Лаб. знаний, 2020. – 440 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=105bn.pdf&show=dcatalogues/1/5076/105bn.pdf&view=true	Удаленный доступ
56.	Возрастные особенности биологического развития как основа индивидуального подхода к построению тренировочного процесса [Текст] : учебное пособие / Л. Б. Андропова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; Л. Б. Андропова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. реабилитации, спорт. медицины и физ. культуры, педиатр. фак. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. - 27 с. : ил	5
57.	Возрастные особенности биологического развития как основа индивидуального подхода к построению тренировочного процесса [Электронный ресурс] : учебное пособие / Л. Б. Андропова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; Л. Б. Андропова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. реабилитации, спорт. медицины и физ. культуры, педиатр. фак. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ

	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191224.pdf&show=dcatalogues/1/4902/191224.pdf&view=true	
58.	Синдром вегетативной дисфункции [Текст] : учебное пособие / Л. Б. Андропова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; Л. Б. Андропова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. реабилитации, спорт. медицины и физ. культуры педиатр. фак. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. - 75 с. - Библиогр. : С. 66-70. - На тит. л	5
59.	Синдром вегетативной дисфункции [Электронный ресурс] : учебное пособие / Л. Б. Андропова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; Л. Б. Андропова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. реабилитации, спорт. медицины и физ. культуры педиатр. фак. - Москва, 2021. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191234.pdf&show=dcatalogues/1/4904/191234.pdf&view=true	Удаленный доступ
60.	Наследственные нарушения соединительной ткани [Текст] : учебное пособие / Л. Б. Андропова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; Л. Б. Андропова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. реабилитации, спорт. медицины и физ. культуры педиатр. фак. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. - 75 с. : ил.	5
61.	Наследственные нарушения соединительной ткани [Электронный ресурс] : учебное пособие / Л. Б. Андропова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; Л. Б. Андропова, В. Ю. Левков, М. В. Панюков ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. реабилитации, спорт. медицины и физ. культуры педиатр. фак. - Москва, 2021. - На тит. л. и обл. сост. указ. как авт. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 . https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191229.pdf&show=dcatalogues/1/4908/191229.pdf&view=true	Удаленный доступ