

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт усовершенствования врачей

УТВЕРЖДАЮ

Ректор
доцент Г.Г. Борщев

«22» июль 2023 год

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
Кафедра медицинской реабилитации и восстановительного лечения

Специальность – 31.08.78 Физическая и реабилитационная медицина
Направленность (профиль) программы - Физическая и реабилитационная медицина
Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации
Форма обучения - очная

Рекомендовано
учебно-методическим советом

Протокол № 2

«22» июль 2023 год

МОСКВА, 2023

Составители:

Даминов В.Д., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицинской реабилитации и восстановительного лечения

Карташов А.В., доцент кафедры медицинской реабилитации и восстановительного лечения

Ткаченко П.В., доцент кафедры медицинской реабилитации и восстановительного лечения

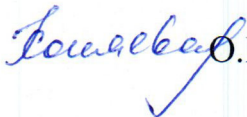
Рецензент:

Шалыгин Л.Д., Советник генерального директора по образовательной деятельности, заведующий кафедрой, академик РАМТН, РАЕН, РЭА, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, Заслуженный профессор Пироговского Центра

Программа государственной итоговой аттестации оформлена и структурирована в соответствии с требованиями Приказа от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации специальность 31.08.78 Физическая и реабилитационная медицина, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 02.02.2022 № 96

Рабочая программа дисциплины (модуля) рассмотрена на Учебно-методическом Совете Института и рекомендована к использованию в учебном процессе.

Согласовано с учебно-организационным отделом:

Начальник учебно-организационного отдела  О.Е. Коняева

Согласовано с библиотекой:

Заведующая библиотекой



Н.А. Михашина

Структура и содержание программы государственной итоговой аттестации

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 Институтом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта врач физической и реабилитационной медицины 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 Института 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	УК-1. Способен	УК-1.1 Анализирует достижения в

критическое мышление	критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	области медицины и фармации в профессиональном контексте УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в 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
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
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

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

<p>Медицинская деятельность</p>	<p>ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов</p>	<p>ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями</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	ОПК-5.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации пациентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, нарушения функции и структур организма человека
		ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
		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
	ОПК-7. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-7.1 Проводит мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
		ОПК-7.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-8. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести	ОПК-8.1 Проводит анализ медико-статистической информации

	медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-8.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-9 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	ОПК - 9.1 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме
		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 последовавшие за ними ограничения 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	02.039 Профессиональный стандарт – Специалист по медицинской реабилитации

		<p>функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, в том числе при реализации индивидуальных программ 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>ПК-2 Применение рефлексотерапии при заболеваниях и (или) состояниях</p>	<p>ПК-2.1 Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями с целью назначения рефлексотерапии</p> <p>ПК-2.2 Назначение рефлексотерапии при заболеваниях и (или) состояниях</p> <p>ПК-2.3 Проведение и контроль эффективности применения рефлексотерапии при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов</p> <p>ПК-2.4 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>ПК-2.5 Проведение и контроль эффективности</p>	<p>02.039 Профессиональный стандарт – Специалист по медицинской реабилитации</p>

		<p>мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>ПК-2.6 Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме</p>	
	<p>ПК-3 применение лечебной физкультуры при заболеваниях и (или) состояниях</p>	<p>ПК-3.1 Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями с целью назначения лечебной физкультуры</p> <p>ПК-3.2 Назначение лечебной физкультуры при заболеваниях и (или) состояниях</p> <p>ПК-3.3 Проведение и контроль эффективности применения лечебной физкультуры при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов</p> <p>ПК-3.4 Проведение и контроль эффективности применения лечебной физкультуры в мероприятиях по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>ПК-3.5 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>ПК-3.6 Оказание медицинской помощи в экстренной форме</p>	<p>02.039</p> <p>Профессиональный стандарт – Специалист по медицинской реабилитации</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 Института 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 два практических вопроса. Первый практический вопрос направлен на знание методов диагностики в области физической реабилитации. В процессе ответа обучающийся должен дать объяснения (показания, противопоказания, техника, возможные осложнения, профилактика). Вторым навыком может заключаться в оценке лабораторного и/или инструментального исследования. В процессе ответа обучающийся должен интерпретировать исследование. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки
Рекомендации по	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения

подготовке	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 Института, так и на клинических базах Института – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного 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. Что не является целью реабилитации пациентов при повреждениях капсульно-связочных структур голеностопного сустава по МКФ:

- 1) восстановление функции оперированного сегмента .
- 2) восстановление возможности самообслуживания .
- 3) восстановление социальной и профессиональной активности, улучшение качества жизни
- 4) расширение двигательного режима

2. Укажите простейший способ дозировки физической нагрузки:

- 1) Темп и ритм движений
- 2) Подбор упражнений

3) Длительность занятий

4) Степень сопротивления движениям

3. К специальным упражнениям для позвоночника при грыже диска с болевым синдромом относятся:

1) Упражнения на растяжение позвоночника и расслабление мышц.

2) Упражнения, увеличивающие статическую нагрузку на позвоночник.

3) Упражнения на вращение позвоночника.

4. Оптимальное время для занятий ЛФК после инъекции инсулина:

1) Через 10 минут

2) Через 30 минут

3) Через 60 минут

4) Через 90 минут

5) Через 3-4 часа

5. Задачами предоперационного периода больных со спондилолистезом, стенозом в поясничном отделе позвоночника НЕ является:

1) обучение пациента ходьбе с правильной осанкой с использованием дополнительных средств опоры (костыли, трость) и ортопедических изделий (полужесткие грудно-поясничные и поясничные кор-сеты).

2) освоение навыков повседневной активности (присаживание и вставание с правильным распределением веса тела, пересаживание с кровати на стул и т.д.).

3) обучение правильному глубокому грудному и диафрагмальному дыханию, откашливанию для профилактики рисков осложнений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем, даются рекомендации по снижению веса.

4) Освоение комплекса упражнений, увеличивающих объем движений в поясничном отделе позвоночника.

6. Что характеризует работу двигательного аппарата человека?

1) Положение или движение отдельных звеньев тела в суставах.

2) Мышечные группы, обеспечивающие это положение или движение.

3) Состояние и характер работы мышц.

4) Все вышеперечисленные пункты.

7. Определение типов конституции. Характеристика дигестивного типа конституции тела человека - это :

1) Форма тела узкая (но в меньшей степени, чем у астеников), ширина плеч - средняя, эпигастральный угол и живот - прямые, грудная клетка - цилиндрическая. Компоненты тела: жировой компонент, мышечный компонент и костный компонент развиты слабо или умеренно. Относительные показатели двигательных качеств и максимального потребления кислорода высокие.

2) Преимущественное развитие нижней трети лица - форма усеченной

пирамиды; шея короткая; грудная клетка широкая, короткая с тупым углом под грудиной; живот выпуклый с жировыми складками.

3) Хорошее развитие МК и КК при умеренном содержании ЖК: телосложение пропорциональное, плечи широкие, таз узкий, грудная клетка цилиндрическая, эпигастральный угол и живот - прямые, масса тела выше средних величин. Высокий уровень физической работоспособности, большие значения и абсолютных, и относительных показателей двигательных качеств.

8. Что из перечисленного является относительным противопоказанием к мобилизации в условиях ОАРиТ? :

- 1) Острый инфаркт миокарда
- 2) Высокий риск патологического перелома костей (например, тяжёлый остеопороз в анамнезе)
- 3) Нестабилизированный перелом позвоночника, таза, нижних конечностей
- 4) Отказ пациента

9. При спастических гипертониях у пациентов перенесших ОНМК особое внимание уделяют следующим активно-пассивным движениям:

- 1) Сгибанию и наружной ротации плеча, разгибанию и супинации предплечья, разгибанию кисти и пальцев, отведению и противопоставлению большого пальца руки, сгибанию и ротации бедра, сгибанию голени (при разогнутом бедре).
- 2) Подошвенному сгибанию и супинации стопы, сгибанию и наружной ротации бедра.
- 3) Сгибательным движениям в предплечье с одновременным дозированным сопротивлением в положении сидя.

10. Задачи ЛГ в раннем послеоперационном периоде при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости:

- 1) Укрепление мышц брюшного пресса (профилактика послеоперационных грыж).
- 2) Адаптация всех систем организма к возрастающей физической нагрузке.
- 3) Профилактика осложнений (застойная пневмония, ателектаз, атония кишечника, тромбозы, эмболии и т.д.); профилактика спаечного процесса.
- 4) Профилактика нарушений осанки.

11. При остром тромбофлебите допустимы физические упражнения:

- 1) Для мышц верхнего плечевого пояса и для нижних конечностей только в положении лёжа и сидя.
- 2) Только для мышц пояса верхних конечностей в сочетании с дыхательными упражнениями.
- 3) Для мышц верхнего плечевого пояса и циклические упражнения нижними конечностями на прикроватном тренажере в горизонтальном положении.

12. Какое оборудование не применяется в реабилитации пациентов с повреждением капсульно-связочных структур голеностопного сустава:

- 1) ортезы для фиксации и ограничения амплитуды движений.
- 2) аппараты для изометрической, изокинетической тренировки.
- 3) стабилограф, мини-батут.
- 4) роботизированные комплексы для нижних конечностей.
- 5) бегущая дорожка, велотренажер, акваэронажеры.
- 6) лечебный бассейн или гидрокинезотерапевтические ванны.

13. Какому из перечисленных пациентов показана восстановительная процедура на аппарате Andago:

- 1) пациент с парапарезом нижних конечностей 4 балла.
- 2) пациент с гемипарезом до 1 балла.
- 3) пациент с гемипарезом до плегии в верхней конечности, 3 баллами в нижней конечности, со спастичностью в конечностях до 3 баллов.
- 4) пациент с гемипарезом до 3-4 баллов и умеренно выраженной сенситивной атаксией.

14. Определите правильную схему двигательной реабилитации у больных с парезами мышц нижних конечностей в послеоперационном периоде после устранения стеноза позвоночного канала:

1. Переход в положение стоя с помощью ортопедических ходунков;
 2. Упражнения общеукрепляющие и специальные в исходном положении лежа;
 3. Занятия в коленно-локтевом положении, в том числе ползание;
 4. Упражнения специальные в смешанном вися (вис одной конечности), стоя на коленях;
 5. Самостоятельная ходьба
1. Упражнения специальные в смешанном вися (вис одной конечности), стоя на коленях;

15. Какая структура не участвует в фарингеальной фазе глотания:

- 1) Язык;
- 2) Надгортанник;
- 3) Верхний пищеводный сфинктер;
- 4) Слюнные железы (+)

16. Какие пары черепно-мозговых нервов задействованы в оральной фазе глотания:

- 1) Подъязычный (XII);
- 2) Тройничный (V), лицевой (VII), подъязычный (XII); (+)
- 3) Языкоглоточный (IX), блуждающий (X), добавочный (XI);
- 4) I (обонятельный), VII (лицевой), подъязычный (XII)

17. Клиническими признаками нейрогенной дисфагии является (возможно несколько вариантов ответа):

- 1) Кашель/удушье при глотании (+)
- 2) Асимметрия лица;
- 3) Носовая регургитация (+)
- 4) Сложность начала глотания (+)
- 5) Повышенный рвотный рефлекс

18. Признаками поражения какой пары ЧМН является асимметрия мягкого неба, слабые движения задней стенки гортани, снижение чувствительности задней трети языка:

- 1) Тройничного (V);
- 2) Языкоглоточного (IX); (+)
- 3) Блуждающего (X);
- 4) Подъязычного (XII)

19. При поражении каких зон головного мозга возникает афазия у правшей?

- 1) Кора правого полушария головного мозга;
- 2) Кора левого полушария головного мозга; (+)
- 3) Подкорковые структуры головного мозга;
- 4) При поражении всех вышеперечисленных зон.

20. При какой форме афазии первично страдает понимание обращенной речи:

- 1) Моторной афазии;
- 2) Сенсорной афазии; (+)
- 3) Динамической афазии;
- 4) Все вышеперечисленные формы;

21. При какой форме афазии первичным дефектом является артикуляционная апраксия?

- 1) Моторной афазии (+)
- 2) Динамической афазии
- 3) Сенсорной афазии
- 4) Акустико-мнестической афазии

22. К какому типу дизартрии приводит поражение экстра-пирамидной системы:

- 1) Атактическая дизартрия;
- 2) Спастико-ригидная дизартрия
- 3) Гиперкинетическая дизартрия (+)
- 4) Спастико-паретическая дизартрия;

23. К какому типу дизартрии приводит поражение корково-ядерного пути:

- 5) Атактическая дизартрия;
- 6) Спастико-ригидная дизартрия;
- 7) Спастико-паретическая дизартрия; (+)
- 8) Гиперкинетическая дизартрия

24. Выберите домен из международной классификации функционирования, к которому относятся дизартрические расстройства:

- 1) b16710 Выражение посредством разговорного языка
- 2) s320 Структура рта
- 3) b320 Функции артикуляции (+)
- 4) b310 Функции голоса

25. Какие симптомы относят к синдрому верхнего мотонейрона

1. Парез
2. Боль
3. Спастичность
4. Все

26. Какова частота спастичности при инсульте через 12 месяцев от развития заболевания (по данным European consensus table on the use of BoNT in adult spasticity)
1. 20%
 2. 38%
 3. 33%
 4. 65%
27. Назовите факторы, способствующие формированию постинсультной спастичности
1. Повышение мышечного тонуса (MAS=2) в остром периоде
 2. Наличие глубокого пареза
 3. Гемигипестезия
 4. Низкое функциональное восстановление в остром периоде инсульта
 5. Все перечисленное
28. Какие мышцы НЕ принимают участие в формировании эквино-варусной установки стопы:
1. m.gastrocnemius
 2. m.soleus
 3. m.tibialis posterior
 4. m.tibialis anterior
 5. m.extensor hallicis brevis
29. Методы оценки спастичности НЕ включают:
1. оценка собственно мышечного тонуса (Modified Ashworth Scale, Tardieu Scale)
 2. оценка активной функции конечности (active Range of Motion, 10 MWT, Modified Frenchay Arm Test)
 3. оценка активности повседневной жизни (Disability Assessment Scale, Barthel Index)
 4. Электроэнцефалография
30. Какому уровню спастичности по шкале Ашфорт (Modified Ashworth Scale) соответствует заключение: значительное повышение мышечного тонуса – совершение пассивного движения затруднено, объем движения в суставе ограничен
1. 1 балл
 2. 4 балла
 3. 3 балла
 4. 2 балла
31. Методы комплексной коррекции спастичности включают:
1. Лечение положением и кинезотерапия
 2. Физиотерапевтические методы
 3. Медикаментозное лечение
 4. Локальное воздействие (ботулинотерапия)

5. Все вышеперечисленные

32. Побочные эффекты пероральных миорелаксантов не включает:

1. вызывают диффузную мышечную гипотонию
2. повышают артериальное давление
3. обладают выраженным седативным действием

33. Какой тип ботулинического токсина применяют при лечении спастичности

1. А
2. В
3. С1 и С2
4. D и E
5. F и G
6. H

34. Какие инструментальные методы диагностики НЕ применяют для контроля введения препарата ботулотоксина

1. УЗ наведение
2. ЭМГ контроль
3. Компьютерная томография
4. Денситометрия

35. Какую шкалу применяют для оценки риска развития инсульта и тромбоэмболических осложнений при трепетании и фибрилляции предсердий:

- 1) HAS-BLED score
- 2) HEMORRHAGES score
- 3) CHA2DS2-VASC
- 4) ORBIT score
- 5) ABC bleeding score

35. Неконтролируемая артериальная гипертония в шкале HAS-BLED - это:

- 1) САД >160 мм рт. ст.;
- 2) САД >140 мм рт. ст.;
- 3) САД >150 мм рт. ст.;
- 4) САД >200 мм рт. ст.

37. Нарушение функции почек в шкале HAS-BLED - это:

- 1) креатинин ≥ 100 мкмоль/л;
- 2) креатинин ≥ 200 мкмоль/л;
- 3) креатинин ≥ 120 мкмоль/л;
- 4) креатинин ≥ 150 мкмоль/л

38. Нарушение функции почек в шкале HAS-BLED - это:

- 1) уровень билирубина по крайней мере в 3 раза выше верхней границы нормы в сочетании с повышением активности АСТ/АЛТ/щелочной фосфатазы более

чем в 4 раза по сравнению с верхней границей нормы;

- 2) уровень билирубина по крайней мере в 4 раза выше верхней границы нормы в сочетании с повышением активности АСТ/АЛТ/щелочной фосфатазы более чем в 5 раза по сравнению с верхней границей нормы;
- 3) уровень билирубина по крайней мере в 2 раза выше верхней границы нормы в сочетании с повышением активности АСТ/АЛТ/щелочной фосфатазы более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы;
- 4) уровень билирубина по крайней мере в 3 раза выше верхней границы нормы в сочетании с повышением активности АСТ/АЛТ/щелочной фосфатазы более чем в 2 раза по сравнению с верхней границей нормы

39. Лабильное МНО в шкале HAS-BLED - это:

- 1) нестабильное/ высокое МНО или недостаточный срок сохранения МНО в целевом диапазоне (например, менее 50%);
- 2) нестабильное/ высокое МНО или недостаточный срок сохранения МНО в целевом диапазоне (например, менее 70%);
- 3) нестабильное/ высокое МНО или недостаточный срок сохранения МНО в целевом диапазоне (например, менее 80%);
- 4) нестабильное/ высокое МНО или недостаточный срок сохранения МНО в целевом диапазоне (например, менее 60%).

40. К потенциально модифицируемым факторам риска кровотечения относится:

- 1) анемия (Hgb <13 g/dL для мужчин, Hgb <12 g/dL для женщин);
- 2) анемия (Hgb <12 g/dL для мужчин, Hgb <11 g/dL для женщин);
- 3) анемия (Hgb <11 g/dL для мужчин, Hgb <10 g/dL для женщин);
- 4) анемия (Hgb <15 g/dL для мужчин, Hgb <14 g/dL для женщин)

41. К потенциально модифицируемым факторам риска кровотечения относится:

- 1) уменьшение количества тромбоцитов (тромбоцитопения – менее 85.000) или заболевания крови, такие как гемофилия;
- 2) уменьшение количества тромбоцитов (тромбоцитопения – менее 65.000) или заболевания крови, такие как гемофилия;
- 3) уменьшение количества тромбоцитов (тромбоцитопения – менее 75.000) или заболевания крови, такие как гемофилия;
- 4) уменьшение количества тромбоцитов (тромбоцитопения – менее 55.000) или заболевания крови, такие как гемофилия.

42. К потенциально модифицируемым факторам риска кровотечения относится:

- 1) нарушение функции почек;
- 2) нарушение ритма сердца;
- 3) лейкопения;
- 4) лейкоцитоз.

43. К немодифицируемым факторам риска кровотечения относится:

- 1) возраст старше 55 лет;
- 2) возраст старше 75 лет;
- 3) возраст старше 65 лет;

4) возраст старше 85 лет

44. К немодифицируемым факторам риска кровотечения относится:

- 1) цирроз печени;
- 2) нарушение ритма сердца;
- 3) лейкопения;
- 4) лейкоцитоз.

45. Какое образование имеет нейропсихолог?

- 1) Высшее медицинское
- 2) Среднее специальное
- 3) Высшее психологическое
- 4) Специального образования не нужно

46. Когнитивные нарушения, при которых человек имеет субъективные жалобы, не влияющие на уровень его функционирования, называются

- 1) Грубыми
- 2) Лёгкими
- 3) Умеренными
- 4) Истерическими

47. Основной метод диагностики в нейропсихологии – это...

- 1) Тест
- 2) Опросник
- 3) Наблюдение
- 4) Функциональная проба

48. Способность формировать и включать в деятельность двигательные навыки, а также строить, заучивать и автоматизировать последовательности движения называется...

- 1) Праксис
- 2) Гнозис
- 3) Память
- 4) Внимание

49. Псевдодеменция возникает на фоне

- 1) Когнитивных нарушений
- 2) Соматических нарушений
- 3) Эмоциональных нарушений
- 4) Лжи пациента

50. Метод исследования, чувствительный к умеренным когнитивным нарушениям, в том числе после инсульта:

- 1) MMSE
- 2) ADAS-cog
- 3) MoCA
- 4) Ни один из перечисленных

51. Какого вида памяти по временной организации не существует?

- 1) Непосредственная
- 2) Долговременная
- 3) Своевременная
- 4) Кратковременная

52. Какая стратегия реабилитации когнитивных функций оптимальна в отдалённом периоде повреждения головного мозга?

- 1) Тренировка
- 2) Компенсация
- 3) Тренировка и компенсация
- 4) Прекращение реабилитации

53. Что из перечисленного не влияет на прогноз восстановления познавательных функций?

- 1) Размер и локализация повреждения
- 2) Вес пациента
- 3) Преморбидный уровень образования
- 4) Наличие декомпенсированного сопутствующего заболевания

54. Какую стратегию следует предпочесть для работы с пациентом в остром периоде заболевания?

- 1) Реорганизация окружающей среды
- 2) Обучение внутренним стратегиям компенсации дефекта
- 3) Использование внешних компенсаторных устройств
- 4) Содействие процессу естественного восстановления пострадавших психических функций

55. Сколько позвонков у человека?

1. 28
2. 31
3. 32
4. 33-34

56. Где наблюдается максимальная амплитуда подвижности отдела позвоночника?

1. в шейном отделе
2. в грудном отделе

3. в крестцовом отделе

57 Выберите правильное утверждение

Для обнаружения сужения или нарушения формы межпозвонкового отверстия в шейном отделе позвоночника показана рентгенография:

1. В прямой проекции
2. В боковой проекции
3. В косой проекции
4. В состоянии максимального разгибания головы

58 Выберите правильное утверждение

На вертеброграммах, сделанных в сагиттальной проекции не различимы суставы позвонков

- 1 дугоотростчатых шейных
- 2 атлантоаксиальных передних
- 3 атлантозатылочных
- 4 дугоотростчатых грудных

59 Какие суставы позвонков не различимы на вертеброграммах, сделанных во фронтальной проекции?

- 1 дугоотростчатых поясничных
- 2 реберно-позвоночных и реберно-поперечных
- 3 дугоотростчатых шейных

60 Где находятся унковертебральные сочленения / суставы Люшка /?

1. в верхнем шейном отделе позвоночника
2. в нижнем шейном отделе позвоночника
3. в грудном отделе позвоночника
4. в поясничном отделе позвоночника

61 Что отсутствует в анатомическом строении первого шейного позвонка – атланта?

1. Тело
2. задняя дужка
3. передняя дужка
4. боковые массы

62 Какой анатомической особенностью строения отличается II шейный позвонок - аксис (эпистрофей)?

- 1 Он имеет тело
- 2 Он имеет дужку с отростками
- 3 Он имеет зуб
- 4 Он имеет суставные отростки

63 Какие движения возможны в атланто-окципитальном суставе?

1. сгибание
2. разгибание

3. ротация

- 64 На сколько возможно выстояние зуба С2 выше линии Чемберлена в норм
1. на 1,5 мм
 2. на 4 мм
 3. на 6 мм
- 65 Чем в анатомическом строении отличаются СIII – CVII шейные позвонки от позвонков других отделов?
- 1 Наличие полулунных (крючковидных) отростков тел позвонков
 - 2 Наличие массивных поперечных отростков
 - 3 Наличие крупных остистых отростков
- 66 Что характерно для анатомического строения СIII – CVII шейных позвонков
- 1 Наличие мамилярных отростков
 - 2 Наличие реберно-поперечных отростков
 - 3 Дугоотростчатые суставы продольной плоскостью лежат в сагиттальной плоскости
 - 4 Остистые отростки перекидываются через два позвонка
- 67 Какие особенности отличают СIII – CVII шейные позвонки?
- 1 Наличие массивных тел позвонков
 - 2 Наличие поперечных отростков
 - 3 Раздвоение верхушек остистых отростков, напоминающих по форме ласточкин хвост
 - 4 Отсутствие суставных отростков
- 68 Для анатомического строения поясничных позвонков не характерно
1. крупные размеры тел позвонков
 2. наиболее массивные тени остистых отростков
 3. тело пятого поясничного позвонка часто имеет форму клина, обращенного вершиной в дорзальном направлении
 4. остистые отростки тонкие, длинные и часто проекционно накладываются на тела, лежащих ниже позвонков
- 69 Для анатомического строения поясничных позвонков не характерно
1. крупные размеры тел позвонков
 2. наиболее массивные тени остистых отростков
 3. тело пятого поясничного позвонка часто имеет форму клина, обращенного вершиной в дорзальном направлении
 4. остистые отростки тонкие, длинные и часто проекционно накладываются на тела, лежащих ниже позвонков

- 70 Для анатомического строения крестцового отдела позвоночника не характерно
- 1 крестец состоит из 5 сросшихся позвонков,
 - 2 все остистые отростки крестцовых позвонков сливаются между собой
 - 3 форма крестца клиновидная, основание клина обращено кверху, а вершина книзу
 - 4 крестец имеет суставные поверхности для сочленения с подвздошной костью, а на верхушке для сочленения с копчиком

- 71 Выберите правильное утверждение

В норме на рентгенограммах в сагиттальной проекции грудной отдел позвоночника

1. образует изгиб в форме правильной дуги, выпуклостью кпереди, называемый лордоз
2. образует изгиб в форме правильной дуги, выпуклостью кзади, называемый кифоз
3. имеет выраженный изгиб кзади, что сопровождается многочисленными передними клиновидными деформациями тел позвонков

- 72 Что характерно для анатомического строения грудных позвонков?

- 1 Остистые отростки крупные массивные всегда накладываются на тела тех же позвонков
- 2 Поперечные отростки небольших размеров и имеют суставные поверхности для сочленения с ребрами и уменьшаются в размерах сверху вниз
- 3 Размеры тел грудных позвонков от первого до двенадцатого не изменяется

Какие анатомические особенности отличают грудные позвонки?

- 73
- 1 Размеры тел грудных позвонков от первого до двенадцатого не изменяется
 - 2 Поперечные отростки не дифференцируются
 - 3 Остистые отростки тонкие, изящные проецируются в нижних отделах на тела нижних позвонков, а в верхних отделах накладываются на тела тех же позвонков

- 74 Какие анатомические особенности отличают поясничные позвонки?

- 1 Крупные размеры тел позвонков
- 2 Межпозвонковые диски имеют величину $1/6$ тела позвонка
- 3 Остистые отростки тонкие, длинные и часто проекционно накладываются на тела, лежащих ниже позвонков

- 75 На каком уровне заканчивается спинной мозг в позвоночном канале?
1. LI-LII
 2. LII-LIII
 3. LIII-LIV
- 76 Что не характерно для анатомического строения крестцового отдела позвоночника?
- 1 крестец состоит из 5 сросшихся позвонков,
 - 2 все остистые отростки крестцовых позвонков сливаются между собой
 - 3 форма крестца клиновидная, основание клина обращено кверху, а вершина книзу
 - 4 крестец имеет суставные поверхности для сочленения с подвздошной костью, а на верхушке для сочленения с копчиком
- 77 Что не характерно для анатомического строения копчикового отдела позвоночника?
1. копчиковые позвонки не имеют дужки
 2. копчик включает четыре позвонка
 3. копчиковые позвонки имеют остистые отростки
 4. первый копчиковый позвонок имеет суставную поверхность для сочленения с крестцом
- 78 Мануальная диагностика включает в себя:
1. Пальпацию паравертебральных точек
 2. Исследование “игры суставов “
 3. Исследование функционального состояния мышечной сферы
 4. Исследование сухожильных рефлексов
 5. Исследование патологических рефлексов
 6. Верно 2 и 3
79. При функциональном обследовании в мануальной терапии применяют:
1. Фиксацию
 2. Тракцию
 3. Дистракцию
 4. Пальпацию
 5. Всё перечисленное верно
80. Манипуляция должна проводиться:
1. Во время вдоха
 2. Во время выдоха
 3. При задержке дыхания
 4. При полном выдохе
 5. Не зависимо от дыхания
 6. Верно 2 и 4

81 Мобилизационно-манипуляционная техника применяется:

1. В шейном отделе позвоночника
2. В грудном отделе позвоночника
3. В поясничном отделе позвоночника
4. На суставах конечностей
5. Во всех перечисленных случаях

82 Сколько градусов составляет нормальный объем движений в сочленении С1 -С2?

1. 5 градусов
2. 10 градусов
3. 15 градусов
4. 20 градусов
5. 25 градусов

83 Как найти в шейном отделе позвоночника 7 шейный позвонок?

1. Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному наклонить голову назад
2. Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному. Незначительно наклонить голову вперед
3. Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному, максимально наклонить голову вперед
4. Ставится палец на остистый отросток наиболее выступающей части шейного отдела позвоночника и дается команда больному наклонить голову в сторону

84 В шейном отделе позвоночника возможно проведение:

1. Тракции
2. Ротации
3. Мобилизации
4. Манипуляции
5. Всё перечисленное верно

85 В сегменте С0-С1 возможны движения из перечисленных:

1. Ротация головы
2. Наклон головы вперед
3. Латеро-латеральные движения
4. Вентро-дорзальные движения

86 В сегменте С1-С2 возможны движения из перечисленных:

1. Антефлексия
2. Ретрофлексия
3. Ротация
4. Латеро-латеральные движения

87 Манипуляции на шейном отделе позвоночника в положении лёжа имеют преимущества в связи:

1. Лучшим расслаблением мышц
2. Лучшим дыханием
3. Уменьшением страха перед манипуляцией

88 Манипуляция шейного отдела позвоночника во вращении с противоудержанием проводится:

1. С удержанием остистого отростка нижележащего позвонка
2. С удержанием остистого отростка вышележащего позвонка

89 При проведении манипуляции на грудном отделе позвоночника руки врача располагаются:

1. Одна рука на остистом отростке вышележащего позвонка, другая- на поперечном отростке нижележащего позвонка заблокированного сегмента
2. Одна рука на остистом отростке вышележащего позвонка, другая- на остистом отростке нижележащего позвонка заблокированного сегмента
3. Всё перечисленное верно

90 Для лучшего выполнения манипуляции на верхнегрудном отделе позвоночника пациент располагается:

1. На краю кушетки, рука свисает с неё, голова повёрнута к врачу
2. На краю кушетки, руки за головой, голова повёрнута к врачу
3. Сидя на кушетке как на коне, руки за головой

91 Какие части тела используются “как рычаги” в дифференцированной манипуляционной технике поясничного отдела позвоночника?

1. Грудная клетка и таз больного
2. Плечевой пояс и таз больного
3. Верхняя часть туловища с плечевым поясом и таз больного
4. Грудная клетка и ноги больного
5. Верхняя часть туловища с плечевым поясом и ноги больного

92. Активизация в постели пациента после эндопротезирования коленного сустава разрешена:

1. на 1 е сутки (+)
2. на 2 е сутки
3. на 3 е сутки
4. на 4 е сутки

93. Ходьба на костылях после эндопротезирования тазобедренного сустава :

1. 2-4 недели
2. 6-8 недель (+)
3. 8-10 недель
4. 10-12 недель

94. При иммобилизации локтевого сустава основной задачей ЛГ является

1. Растяжение капсульно-связочного аппарата
2. Улучшение условий кровообращения в зоне повреждения (+)
3. Восстановление активных движений
4. Уменьшение болевого синдрома

95. На раннем этапе лечения пациентов с повреждением локтевого сустава рекомендованы тепловые ванны

1. 40-45 °С
2. 36-40 °С
3. 34-35 °С (+)
4. 45-50 °С

96. Методика по А.Ф. Каптелину построена из 4 групп упражнений, первая группа:

1. Предназначена для увеличения размаха движений в локтевом суставе, используя упражнения для укрепления мышц плеча
2. Предназначена для интенсивного размахивания сокращенных мягких тканей
3. Предназначена для увеличения размаха движений в локтевом суставе, используя упражнения для растяжения периатрикулярных тканей
4. Улучшить условия кровообращения, расслабить мышцы (+)

97. Массаж локтевого сустава после устранения вывиха применяется:

1. Противопоказан в связи с наклонностью к развитию оссифицирующего процесса (+)
2. Разрешен с первых дней
3. Разрешен щадящий
4. Противопоказан в связи с опасностью повторного вывиха

98. Целью реабилитации пациентов, перенесших эндопротезирование коленного сустава с позиции МКФ является все, кроме

1. восстановление функции оперированного сустава
2. Улучшение возможностей передвижения и самообслуживания
3. Юридическая реабилитация (+)
4. Социальная и профессиональная активизация

99. Поздний послеоперационный период у пациентов, перенесших эндопротезирование коленного сустава продолжается

1. с 7-12 дня после операции
2. После 6 месяцев после операции
3. Через год после операции
4. С 12 дня до 10 недель после операции (+)

100. На второй день после перелома для улучшения кровообращения, дегидратации тканей используют

1. электрическое поле УВЧ (+)
2. массаж дистальных отделов конечностей

3. ДДТ

4. Не используют

101. Для УФ облучения рефлекторно-сегментарных зон для нижних конечностей

1. Проекция надпочечников

2. Область грудины

3. Пояснично-крестцовая области и верхняя часть бедер (+)

4. Контрлатеральная конечность

102. В раннем послеоперационном периоде пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава противопоказано сгибать оперированную ногу в ТБС более

1. 90° (+)

2. 45°

3. 60°

4. 180°

103. ЛГ в бассейне у пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава

1. через 3 месяца

2. через 6 месяцев

3. Через 3-4 недели (+)

4. Через 9 месяцев

104. После бесцементного эндопротезирования тазобедренного сустава полную осевую нагрузку разрешают через

1. через 3 месяца

2. через 6 месяцев

3. Через 3-4 недели

4. Через 6 недель (+)

105. Для оценки динамики активности используют после эндопротезирования коленного сустава используют

1. Шкала Лекена (+)

2. Шкала Рэнкин

3. Шкала Бартел

4. Шкала Ривермид

106. Задачи раннего послеоперационного периода после эндопротезирования коленного сустава все, кроме

1. Профилактика послеоперационных осложнений

2. предупреждение трофических расстройств

3. Уменьшение отека мягких тканей

4. Остановка кровотечения (+)

107. Точки потенциально опасные для развития пневмоторакса находятся

1. На меридиане толстого кишечника
2. На меридиане сердца
3. На меридиане тройного обогревателя
4. На меридиане почек (+)

108. Меридиан печени отвечает за

1. Зрение (+)
2. Слух
3. Вкус
4. Обоняние

109. Эмоция меридиана легких

1. Страх
2. Печаль (+)
3. Тревога
4. Гнев

110. Всего парных основных меридианов

1. 12 (+)
2. 14
3. 16
4. 18

111. Чудесные меридианы

1. Существуют всегда
2. Работают только у детей
3. Существуют с 3 до 5 утра
4. Появляются в связи с тяжелыми хроническими заболеваниями (+)

112. При любых хронических заболеваниях рекомендуется работать с

1. меридианом печени
2. меридианом почек (+)
3. меридианом легких
4. меридианом селезенки

113. Точка пособник находится на

1. меридиане толстого кишечника
2. меридиане тонкого кишечника
3. меридиане тройного обогревателя
4. Меридиане мочевого пузыря (+)

114. Средний обогреватель отвечает за

1. органы малого таза
2. брюшную полость (+)
3. Грудную полость
4. Шею

115. Иголки после использования стерилизуют

1. в спиртовом растворе 1 час
2. в автоклаве 2 часа
3. В газовом стерилизаторе 30 минут
4. Никак, они одноразовые (+)

116. При составлении рецепта используют

1. только местные точки
2. только точки по ходу «пораженного» меридиана
3. Сочетаем точки, используя местные, отдаленные и общего действия (+)
4. Только отдаленные точки

117. «Море всех инь»

1. Задний срединный меридиан
2. Передний срединный меридиан (+)
3. Меридиан селезенки
4. Меридиан тройного обогревателя

118. Как расшифровывается аббревиатура МКФ в реабилитации?

1. Международная Классификация Функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
2. Международная Кинезиологическая Федерация
4. Международная классификация факторов внешней и внутренней среды
5. Международная категория функций
6. Микрофлюоресценция

119. Что классифицирует международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья?

1. Патогенетические варианты болезней
2. Составляющие здоровья индивида
3. Врачебный контроль за здоровьем индивида
4. Этиологические причины заболеваний

120. Какие категории выделяют в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья?

1. Активность
2. Участие
3. Функции
4. Структуры
5. Факторы окружающей среды и личностные факторы

121. Какую категорию международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья можно охарактеризовать следующим определением: выполнение задачи или действия индивидом?

1. Участие
2. Активность
3. Функция

4. Структура

5. Фактор окружающей среды

122. Сколько всего уровней детализации в международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья?

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5

123. Кто из специалистов мультидисциплинарной бригады работает с международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

1. Все специалисты по реабилитации в мультидисциплинарной бригаде
2. Только эрготерапевт
3. Только реабилитационная медицинская сестра
4. Только врач физической и реабилитационной медицины
5. Только медицинский психолог

124. Какую категорию международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья можно охарактеризовать следующим определением: это вовлечение индивида в жизненную ситуацию?

1. Участие
2. Активность

3. Функция

4. Структура
5. Фактор окружающей среды

125. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) позволяет реализовать на практике следующую модель развития болезни или повреждения или состояния?

1. Биомедицинскую
2. Социальную
3. Психологическую
4. Биопсихосоциальную
- 5.

126. Зачем используется Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в реабилитации?

1. Для формулирования реабилитационного диагноза
2. Для формулирования функционального диагноза
3. Для формулирования клинического диагноза
4. Для описания жалоб пациента

127. МКФ используется для следующих целей:

1. как статистический инструмент для сбора и накопления информации
2. как инструмент для исследований для оценки результатов

3. как клинический инструмент для оценки потребностей, сравнения вариантов терапии, оценки профессиональной пригодности, реабилитации и оценки результатов вмешательств
4. как инструмент для планирования мер социальной защиты
5. как инструмент обучения

128. К контекстным факторам в МКФ относятся:

1. Функции
2. Структуры
3. Активность
4. Участие
5. Факторы окружающей среды и личностные факторы

129. Домен «b730 функции мышечной силы» входит в:

1. Одноуровневую классификацию МКФ
2. Двухуровневую классификацию МКФ
3. Трехуровневую классификацию МКФ
4. Четырехуровневую классификацию МКФ
5. Пятиуровневую классификацию МКФ

130. Сколько определителей у класса «Функции» в МКФ:

1. Один
2. Два
3. Три
4. Четыре
5. Пять

131. Какое максимальное количество определителей на сегодняшний день может быть у класса «Структуры» в МКФ:

1. Один
2. Два
3. Три
4. Четыре
5. Пять

132. Что обозначает определитель активности и участия в МКФ, когда индивид совершает действие или решает ту или иную задачу самостоятельно, без помощи?

1. Капаситет
2. Реализация
3. Личностные факторы
4. Возможность
5. Желание

133. Как называется определитель активности и участия, который обозначает то, что индивид совершает действие или выполняет ту или иную задачу с

помощью, а также понимается как “вовлечение в жизненную ситуацию” или “жизненный опыт” человека в актуальных условиях?

1. Капацитет
2. Реализация
3. Личностные факторы
4. Возможность
5. Желание

134. Домен «b280 Ощущение боли» относится к:

1. Функция
2. Структура
3. Активность
4. Участие
5. Личностный фактор

135. Домен «s 12001 Грудной отдел спинного мозга» относится к:

1. Функция
2. Структура
3. Активность
4. Участие
5. Личностный фактор

136. Домен «d5300 Регуляция мочеиспускания» относится к:

1. Функция
2. Структура
3. Активность и участие
4. Личностный фактор
5. Фактор окружающей среды

137. Выберите домен Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) относящийся к «структурам»:

1. Костыли
2. Спинной мозг
3. Ортопедическая обувь
4. Подвижность одного сустава

138. Реабилитационный потенциал – это

1. 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
2. Философское понятие, не имеющее прикладного применения в современном здравоохранении
3. Приблизительная оценка возможности восстановления того или иного пациента, основанная на клиническом опыте специалиста по медицинской

реабилитации

4. 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

139. Медицинская реабилитация I этапа проводится в

1. Специализированных отделениях больниц
2. Реабилитационных отделениях
3. Специализированных диспансерах
4. Дневных стационарах поликлиник, реабилитационных центров

140 II-й этап медицинской реабилитации проводится в

1. Реабилитационных отделениях многопрофильных больниц и реабилитационных центрах
2. Специализированных отделениях многопрофильных больниц и диспансеров
3. Дневных стационарах больниц, поликлиник, реабилитационных центров
4. На дому с использованием телекоммуникационных технологий

141. Реабилитация III этапа проводится в

1. На дому с применением выездных и телемедицинских технологий
2. Специализированных и многопрофильных санаториях
3. Специализированных, в том числе физкультурных, диспансерах
4. Специализированных отделениях многопрофильных больниц

142. Сколько этапов медицинской реабилитации выделяют в РФ?

1. Три
2. Один
3. Два
4. Четыре

143. В компетенции врача физической и реабилитационной медицины входит *

1. Назначение медикаментозной и немедикаментозной терапии
2. Оценка влияния факторов среды на пациента и преформирование их в случае необходимости
3. Назначение лечебных питательных смесей и загустителей при нарушении глотания
4. Определение тактики оперативного лечения с целью коррекции нарушенных функций

144. Стационарная программа физической и реабилитационной медицины в остром периоде (на I –м этапе медицинской реабилитации) требуется пациентам

1. Имеющим заболевания или состояния центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы или онкологическим пациентам, имеющим перспективу восстановления функционирования, но нуждающихся в круглосуточном медицинском

наблюдении

2. Любой степени тяжести и с любой патологией, независимо от степени нарушения функционирования
3. С низкой вероятностью улучшения функционирования в ситуации отсутствия мотивированности пациента и его родственников на восстановление – с целью психологического воздействия на них
4. В крайне тяжелом состоянии, с прогрессированием основного патологического процесса

145. Под понятием «мультидисциплинарная реабилитационная команда» подразумевается

1. Объединение специалистов медицинских и немедицинских профессий для максимальной реализации индивидуального реабилитационного потенциала человека
2. Команда специалистов медицинского и социального профиля, а также обслуживающего персонала, работающих в учреждениях медицинской реабилитации
3. Объединение специалистов различного профиля для решения спорных вопросов по медицинской реабилитации
4. Персонал, работающий в учреждениях медицинской и социальной реабилитации.

146. В каком случае пациент направляется на медицинскую реабилитацию после оформления инвалидности?

1. При наличии нереализованного реабилитационного потенциала
2. При отсутствии противопоказаний к реабилитации
3. По рекомендации бюро медико-социальной экспертизы
4. При оценке по ШРМ 3 и более

147 Целью эрготерапии являются мероприятия, направленные на

1. Совершенствование повседневной деятельности пациента в области реализации потребностей в самообслуживании, коммуникации и самобеспечении необходимой безопасности
2. Не просто улучшить двигательные, когнитивные и эмоциональномотивационные функции пациента, а обязательно вернуть ему возможность продолжать прежнюю профессиональную деятельность
3. Попытаться максимально восстановить утраченные двигательные функции пациента, не отвлекаясь на процессы адаптации среды к измененному функционированию
4. Психологически адаптировать пациента к изменившемуся функционированию, приспособить бытовую среду под новые потребности пациента и исключить негативное влияние социума на реабилитанта

148. К обязательным признакам медицинской реабилитации относится

1. Системность и этапность
2. Наличие цели мероприятий
3. Направленность на одну конкретную задачу

4. Неопределенность результата

149. Окончательный реабилитационный диагноз необходимо сформировать

1. В течение трех дней с момента поступления пациента
2. В течение суток после поступления пациента
3. В течение пяти дней после поступления пациента
4. В течение недели после поступления пациента

150. Проблемно-ориентированный подход характеризуется

1. Построением плана реабилитации и реабилитационного диагноза на основании сформулированных трудностей пациента
2. Формулированием реабилитационных задач на основании жалоб и клинических синдромов у пациента
3. Описанием реабилитационного диагноза с помощью имеющихся нарушений функций
4. Отражением имеющихся сложностей в окружающей пациента среде

151. Особенности биопсихосоциального подхода к ведению пациента являются

1. Пациент становится активным участником процесса реабилитации
2. Мероприятия проводятся членами МДБ
3. Основой для постановки диагноза являются этиологические факторы
4. В реабилитационном процессе участвует медицинская сестра

152. К пациентам 5 группы по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) относят нуждающихся в:

1. 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.
2. Ухаживающем, но способном прожить дома без помощи до 1 суток
3. Помощи при выполнении сложных видов деятельности, способному прожить без помощи до 1 недели
4. Помощи при выполнении сложных видов деятельности, способному прожить без помощи до 1 месяца

153. К пациентам 3 группы по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) относят нуждающихся в:

1. может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи, нуждается в помощи при выполнении сложных видов деятельности, способному прожить без помощи от 1 суток до 1 недели
2. в постоянном внимании и помощи при выполнении повседневных задач в ухаживающем, но способному прожить дома без помощи до 1 суток
3. помощи при выполнении сложных видов деятельности, способному прожить без помощи до 1 месяца

154. Как называется формат работы специалистов по медицинской реабилитации, когда они совместно обсуждают проблемы пациента, выбирают

стратегию реабилитации, распределяют задачи и формулируют цель реабилитации.

1. Мультидисциплинарный
2. Междисциплинарный
3. Интердисциплинарный
4. Мультибригадный

155. Укажите какая из формулировок является верной в отношении врача физической и реабилитационной медицины

1. Консультант по вопросам реабилитации при оказании специализированной медицинской помощи
2. Лечащий врач пациента в процессе медицинской реабилитации на втором и третьем этапе
3. Исполнитель индивидуальной программы медицинской реабилитации
4. Эксперт медико-социальной экспертизы

156. В чем особенность процесса медицинской реабилитации и основное отличие от выполнения процедур ЛФК, ФЗТ, массажа?

1. В процессе общения с пациентом мы должны понять, какая проблема более актуальна для пациента и именно ее выбрать в качестве основную
2. Восстановить руку
3. Восстановить ходьбу
4. Восстановить когнитивные функции

157. Выберите критерии правильной реабилитационной цели (по правилам SMART)

1. Специфичная, измеряемая, достижимая, реалистичная, определенная во времени
2. Специфичная, измеряемая
3. Специфичная, достижимая, измеряемая, реалистичная

158. Состояние структур, функциональная возможность и деятельность, участие в общественной жизни и влияние факторов среды являются диагностическими компетенциями специальности

1. Физическая и реабилитационная медицина
2. Спортивная медицина
3. Организация здравоохранения и общественное здоровье

159. Профилактическая медицина

1. Выделяют следующие реабилитационные цели:
2. Краткосрочные и долгосрочные
3. Кратчайшие и отдаленные
4. Ближайшие и перспективные

160. Достигнутые и перспективные

1. Когда начинается первый этап реабилитации?
2. В первые сутки после заболевания или травмы

3. По решению лечащего врача или реабилитолога
4. По нормализации общего состояния
5. Через 1 месяц после заболевания или травмы

162. Конечной целью любого этапа реабилитации является:

1. Улучшение качества жизни пациента
2. Восстановление функций пациента
3. Увеличение социальной активности пациента
4. Нормализация соматического состояния пациента

163. Одним из ключевых принципов новой реабилитационной модели является

1. Активное участие пациента
2. Организация реабилитации в стационарных условиях
3. Медикаментозная поддержка реабилитации
4. Участие в реабилитационном процессе врачей различного профиля

164. Функционирование физиотерапевтического отделения при отсутствии заземляющего контура

- 1 - разрешается
- 2 - не разрешается
- 3- разрешается по согласованию с главврачом;
- 4 - разрешается по согласованию с физиотехником
- 5- разрешается по согласованию с инженером по охране труда

165. В помещениях, где работает лазерная установка, стены:

- 1 - должны быть на высоту 2 метра покрашены масляной краской светлых тонов, остальная часть стен и потолка - клеевой;
- 2- должны быть на высоту 2 метра облицованы керамической плиткой, остальная часть стен и потолка - клеевой;
- 3- должны иметь матовое покрытие
- 4- должны быть покрашены клеевой краской светлых тонов;

166. Расчетная площадь воды в лечебном бассейне на одного пациента составляет

- 1-4 кв. м
- 2- 5 кв. м
- 3 - 6 кв. м
- 4- 7 кв. м
- 5 - 8 кв. м

167. Выберите наиболее точное определение переменного тока

- 1 - ток, периодически изменяющийся по величине и направлению
- 2 - ток, возникающий в тканях под действием высокочастотного поля, образующегося внутри спирали
- 3 - движение электрических зарядов в импульсном режиме
- 4 - упорядоченное движение электрических зарядов

6 - ток, изменяющийся по величине

168. Электростимуляция противопоказана при следующих состояниях:

- 1- ранние признаки контрактуры мышц лица
- 2- переломы костей до их консолидации
- 3- спастическое состояние мышц
- 4- атрофия мышц после иммобилизации
- 5- нарушение функции мочевого пузыря
- 6- верно 1,2,3

169. Физиобальнеофакторы, несовместимые для применения в один день:

- 1 - две общие ванны;
- 2 - общая ванна и подводный душ-массаж;
- 3 - методики общей гальванизации и общие ванны;
- 4 - подводное кишечное промывание и общая ванна;
- 5 - электрофорез воротниковой зоны и электросон
- 6- верно 1.2.3.4.5.

170. Диапазон длины волны видимого излучения составляет

- 1 - 140 мкм - 0,76 мм
- 2 - 0,4 мкм-0,18 мкм
- 3 - 0,76 мкм - 0,4 мкм
- 4 - 140 мкм - 0,7 мкм
- 5 - 0,28 мкм-0,18 мкм

171. Лазерное излучение оказывает на организм действие:

- 1- противовоспалительное,
- 2 - дегидратирующее,
- 3 - репаративное,
- 4 - стимулирующее нейро-мышечную активность,
- 5 – иммунодепрессивное
- 6- верно 1.2.3.

172. Через неповрежденную кожу из воды лечебной ванны в организм не проникают:

- 1 - натрий;
- 2 - йод;
- 3 - мышьяк;
- 4 - микроорганизмы;
- 5 - углекислота

173. При проведении сидячих ванн:

- 1 - больной садится в ванну, при этом в воду погружают таз, живот, верхнюю часть бедер (без погружения в ванну ног)
- 2 - больной садится в ванну, заполненную до половины водой
- 3 - больной садится на кушетку, погружая ноги в ванну; уровень воды

доходит до верхней трети голени

4 - больной ложится в ванну так, чтобы верхняя часть груди (область сердца) оставалась открытой – вода должна быть до уровня сосков

174. Физиотерапия назначается у пациентов с ЧМТ в следующие сроки:

1 – в первые сутки от начала заболевания

2. – через 3-4 недели

3- с 2-3 недели

4 – сроки начала физиолечения определяются в зависимости от данных инструментального обследования

175. При повышенном тонусе мышц может быть назначен следующий вид физиолечения:

1. – электростимуляция антагонистов спастичных мышц

2. – криотерапия на спастичные мышцы

3 – парафиновые аппликации на спастичные мышцы

4- все вышеперечисленное

176. массаж шейно-воротниковой области противопоказан пациентам

1 – в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта в ВББ

2 – при s- образной извитости левой ВСА по данным УЗДС БЦА

3 – если у пациента есть эпилепсия по данным ЭЭГ, но приступов не зарегистрировано

4 – верно все вышеперечисленное

177. у пациента гиперрефлекторный мочевого пузыря. Выберите верный вариант рецепта стимуляции.

1 – электроды над лоном, ДДТ, двухтактный ток - 2 мин, КП – 3 мин, ДП – 2 мин.

2 – электроды над лоном, ДДТ, двухтактный ток - 30с, однотоктный и КП – 3 мин, ОР – 6 мин.

3 – трансректально СМТ, режим II, РР II, 20-30 Гц, глубина модуляции 100%, длительность посылок –пауз 2-3 сек

4 - трансректально СМТ, режим I, РР III, 20-30 Гц, глубина модуляции 100%, длительность посылок –пауз 2-3 сек

178. УФО на воротниковую область

1 – сочетается в один день с дарсонвализацией воротниковой области

2 – сочетается в один день с общим массажем

3 – сочетается с ваннами в разные дни

4 – верно все вышеперечисленное

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Собрать жалобы, анамнез жизни и заболевания, социального и профессионального анамнеза у пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности
2. Осмотреть пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности
3. Провести физикальное обследование пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, определить степень выраженности ограничений жизнедеятельности, нарушений функций и структур организма человека в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)
4. Выявить отклонения в физическом и психомоторном развитии и (или) состоянии пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности
5. Установить предварительный реабилитационный диагноз и составить план лабораторных обследований и инструментальных исследований пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности
6. Направить пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, на инструментальное исследование для определения степени выраженности ограничений жизнедеятельности, нарушений функций и структур организма человека
7. Направить пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, на лабораторное обследование для определения степени выраженности ограничений
8. Разработать план медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности вне зависимости от возраста, при заболеваниях и (или) состояниях в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации, действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
9. Интерпретировать данные, полученные при консультировании пациента, имеющего нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, врачами-специалистами, специалистами с высшим профессиональным (немедицинским) образованием мультидисциплинарной реабилитационной бригады, данные лабораторных, инструментальных и клинических исследований с целью получения представления о степени нарушения различных функций, структур, жизнедеятельности пациента (активности, участия, влияния факторов окружающей среды)

10. Сформулировать цели проведения реабилитационных мероприятий на основе реабилитационного диагноза и реабилитационного потенциала на день, на неделю, на весь период пребывания пациента, имеющего нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности, в медицинской организации
11. Сформулировать задачи медицинской реабилитации, направленные на достижение целей медицинской реабилитации
12. Сформировать индивидуальную программу медицинской реабилитации, направленную на решение задач и достижение целей медицинской реабилитации с учетом показаний и противопоказаний к использованию отдельных форм и методов медицинской реабилитации
13. Определить двигательный режим, индивидуальные границы интенсивности применяемых воздействий на пациента, имеющего нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности
14. Определить факторы риска и факторы, ограничивающие проведение мероприятий по реализации индивидуальной программы медицинской реабилитации
15. Назначить лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в целях коррекции нарушенных функций и структур организма человека, ограничений жизнедеятельности пациента с различными заболеваниями и (или) состояниями
16. Назначить физиотерапию пациенту при остром нарушении мозгового кровообращения и последствиях острого нарушения мозгового кровообращения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
17. Назначить физиотерапию пациенту при черепно-мозговой травме и последствиях черепно-мозговой травмы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
18. Назначить физиотерапию пациенту при позвоночно-спинномозговой травме и последствиях позвоночно-спинномозговой травмы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
19. Назначить физиотерапию пациенту при переломах конечностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
20. Назначить физиотерапию пациенту после эндопротезирования сустава нижней конечности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

21. Составить план введения ботулотоксина типа А пациенту с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
22. Назначить физиотерапию пациенту после перенесенного острого инфаркта миокарда в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
23. Назначать рефлексотерапию пациенту при остром нарушении мозгового кровообращения и последствиях острого нарушения мозгового кровообращения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
24. Назначить рефлексотерапию пациенту при черепно-мозговой травме и последствиях черепно-мозговой травмы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
25. Назначить рефлексотерапию пациенту при позвоночно-спинномозговой травме и последствиях позвоночно-спинномозговой травмы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
26. Назначить рефлексотерапию пациенту при переломах конечностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
27. Назначить рефлексотерапию пациенту после эндопротезирования сустава нижней конечности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
28. Назначить рефлексотерапию пациенту после перенесенного острого инфаркта миокарда в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
29. Назначить лечебную физкультуру пациенту при остром нарушении мозгового кровообращения и последствиях острого нарушения мозгового кровообращения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

30. Назначить лечебную физкультуру пациенту при черепно-мозговой травме и последствиях черепно-мозговой травмы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
31. Назначить лечебную физкультуру пациенту при позвоночно-спинномозговой травме и последствиях позвоночно-спинномозговой травмы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
32. Назначить лечебную физкультуру пациенту при переломах конечностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
33. Назначить лечебную физкультуру пациенту после эндопротезирования сустава нижней конечности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
34. Назначить лечебную физкультуру пациенту после перенесенного острого инфаркта миокарда в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

35. Этапность оказания помощи по медицинской реабилитации
36. Понятие о мультидисциплинарной бригаде. Принципы работы
37. Роль мотивации в медицинской реабилитации
38. Основные российские и международные документы, регламентирующие деятельность органов и учреждений здравоохранения при проведении медицинской реабилитации
39. Принципы маршрутизации пациентов в системе медицинской реабилитации
40. Контроль и обеспечение безопасности медицинской реабилитации
41. Что такое биопсихосоциальная модель инвалидности
42. Принципы использования МКФ
43. Международная классификация болезней и МКФ в клинической практике
44. Оценка структур с помощью МКФ в медицинской реабилитации
45. Оценка функций с помощью МКФ в медицинской реабилитации
46. Оценка активности и участия с помощью МКФ в медицинской реабилитации

47. Оценка личностных факторов и факторов окружающей среды с помощью МКФ в медицинской реабилитации
48. Физическая и реабилитационная медицина для пациентов после реконструктивных вмешательств при патологии опорно-двигательной и периферической нервной системе
49. Физическая и реабилитационная медицина для пациентов с повреждениями, заболеваниями и деформациями спины, включая дорсалгии
50. Физическая и реабилитационная медицина для пациентов с повреждениями, заболеваниями скелета конечностей
51. Остеопороз. Ограничение для реабилитации
52. Классификация позвоночно-спинномозговой травмы
53. Осложнения ПСМТ. Профилактика и лечение
54. Реабилитация пациентов с ПСМТ
55. Принципы маршрутизации пациентов после эндопротезирования крупных суставов
56. Диагностические приемы мануальной терапии
57. Лечебные приемы мануальной терапии
58. Принципы назначения мануальной терапии при вертеброгенном болевом синдроме
59. Основы медицинской реабилитации кардиологических пациентов
60. Реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, реабилитационные цели, оценка эффективности медицинской реабилитации в кардиологии
61. Фармакологическое сопровождение процесса медицинской реабилитации пациентов кардиологического профиля
62. Медицинская реабилитация при нарушении толерантности к физическим нагрузкам
63. Физическая и реабилитационная медицина при пневмониях различной этиологии на этапах оказания медицинской помощи
64. Цель применения физических факторов у пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы
65. Какие физические факторы применяются у пациентов с ГБ
66. Какие физические факторы применяются у пациентов с ХОБЛ
67. Какие физические факторы применяются у пациентов с бронхиальной астмой
68. Какие физические факторы применяются у пациентов с язвенной болезнью желудка
69. Какие физические факторы применяются у пациентов с заболеваниями кишечника, у которых в клинической картине заболевания доминируют запоры
70. Какие физические факторы применяются у пациентов с хроническим простатитом

71. какие физические факторы применяются у пациентов с хроническим циститом
72. какие физические факторы применяются у пациентов после эндопротезирования на 2 м этапе реабилитации
73. Какие физические факторы применяются у пациентов с ревматоидным артритом
74. Какие физические факторы применяются у пациентов с катарактой
75. Какие физические факторы применяются у пациентов с гемофтальмом
76. Абсолютные противопоказания для массажа нижних конечностей у пациентов с последствиями ОНМК
77. Виды массажей в реабилитации пациентов после перенесенной ПСМТ
78. Сколько меридианов в традиционном учении о 6 меридианах
79. Перечислите 5 Ки
80. Назовите известные вам теории рефлексотерапии с точки зрения современной неврологии
81. Что такое БАТ
82. Назовите относительные противопоказания к рефлексотерапии
83. Назовите абсолютные противопоказания к рефлексотерапии
84. Классификация точек акупунктуры
85. Перечислите 12 меридианов
86. Какие меридианы составляют пару?
87. Как называется точка переход с одного меридиана на другой?
88. Составьте акупунктурный план для лечения люмбаишиалгии
89. Составьте акупунктурный план для лечения бессонницы) перечислите известные вам осложнения при применении методов рефлексотерапии
90. как извлечь сломанную иглу?
91. Алгоритмы проведения основных диагностических исследований; нагрузочные пробы и их применение на различных этапах медицинской реабилитации; мониторинг функций сердечно-сосудистой системы
92. Роль электрокардиографии в медицинской реабилитации
93. Роль электроэнцефалографии в медицинской реабилитации
94. Роль электронейромиографии в медицинской реабилитации
95. Роль электромиография в медицинской реабилитации
96. Роль транскраниальной магнитной стимуляции в медицинской реабилитации
97. Нарушение познавательных функций в работе врача реабилитолога.
98. Шкалы количественной оценки нарушений познавательных функций в работе врача.
99. Диагностические критерии мнестико- интеллектуального снижения.
100. Особенности ведения пациентов с мнестико- интеллектуальным

снижением.

101. Особенности взаимодействия с пациентом, имеющим эмоциональные нарушения.
102. Наиболее часто встречающиеся эмоциональные нарушения в практике врача.
103. Представления лечащего врача о работе нейропсихолога на 1 и 2 этапах реабилитации.
104. Взаимодействие нейропсихолога и лечащего врача в рамках мультидисциплинарной бригады
105. Основные симптомы постинсультной депрессии
106. Мишени особого внимания лечащего врача при работе с постинсультной депрессией.
107. Роль врача в общении с родственниками пациентов в отделении реабилитации.
108. Наиболее актуальные вопросы родственников к лечащему врачу.
109. Коммуникационный процесс между врачом и пациентом в реабилитации.
110. Коммуникационные барьеры в профессиональном общении.
111. Приверженность к лечению пациентов в процессе реабилитации.
112. Особенности поведения врача в ситуации конфликта.
113. Факторы, способствующие эмоциональному выгоранию.
114. Симптомы и стадии эмоционального выгорания.
115. Роль логопеда на каждом этапе реабилитации.
116. Основные задачи логопедической работы на первом этапе реабилитации.
117. Виды речевых нарушений в нейрореабилитации.
118. Обследование пациентов с речевыми нарушениями.
119. Основные виды речевых нарушений у пациентов неврологического профиля.
120. Основные формы афазии и их характеристика.
121. Формы дизартрии, их характеристика.
122. Отличия афазии от дизартрии.
123. Показания и противопоказания к проведению логопедического массажа.
124. Особенности общения с пациентами с нарушениями речи.
125. Основные виды дисфагии и их характеристика.
126. Обследование пациента с дисфагией.
127. Основные правила кормления пациента с дисфагией.
128. Рекомендации по питанию.
129. Методы восстановления речи с грубыми речевыми нарушениями
130. Восстановление речи при средних и легких нарушениях
131. Нарушение экспрессивной речи

132. Нарушение импрессивной речи
133. Краткая характеристика всех видов афазий у пациентов неврологического профиля.
134. Восстановительное обучение при разных формах афазий
135. Классификация дизартрии в отечественной неврологии и их краткое описание
136. Восстановительная работа с пациентами с дизартрией
137. Как правильно общаться с пациентом, у которого есть речевые нарушения.
138. Артикуляционная гимнастика и логопедический массаж. 24.Описание методов, цель и задачи.
139. Как проявляется нарушение глотания у пациентов неврологического профиля
140. Виды и методы обследования при дисфагии
141. Консистенция пищи для пациентов с дисфагией
142. Методы восстановления глотания при дисфагии
143. Осложнения у пациентов с нарушением глотания
144. Рекомендации по питанию пациентам с нарушением кормлению
145. Инсульт. Классификация, этиология, патогенез клиника, диагностика.
146. Базисная и специфическая терапия у больных ишемическим инсультом.
147. Основные принципы медицинской реабилитации пациентов с инсультом в отделениях реанимации, интенсивной терапии и специализированных сосудистых отделениях.
148. Особенности организации реабилитационных мероприятий на различных этапах (стационар, поликлиника, санаторий) для пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.
149. Медицинские показания и противопоказания к применению методов физической реабилитации и физиотерапии у пациентов с травмой центральной нервной системы на всех этапах медицинской реабилитации.
150. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение рассеянного склероза. Физическая реабилитация при рассеянном склерозе: общие принципы и современные высокотехнологичные методы
151. Основные принципы медицинской реабилитации пациентов с дегенеративными заболеваниями ЦНС.
152. Задачи физической реабилитации больных с патологией центральной нервной системы.
153. Общие показания и противопоказания к проведению позиционирования. Основные принципы и технология позиционирования обездвиженных больных
154. Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы.
155. Методы реабилитации больных с нейрогенной дисфагией.
156. Роль ЛФК и физиотерапевтических методов воздействия в реабилитации

больных с нейрогенной дисфагией.

157. Основные виды речевых нарушений у пациентов неврологического профиля

158. Лечебно-реабилитационные мероприятия и основные направления логопедической работы с пациентами, имеющими речевые нарушения.

159. Этиология, патогенез спастичности. Диагностика мышечного тонуса у пациентов с синдромом спастичности. Характерные клинические паттерны спастичности верхней и нижней конечности

160. Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) в диагностике заболеваний центральной нервной системы.

161. Средства и методы физического воспитания.

Основы методики обучения двигательным действиям

162. Биохимические особенности утомления и восстановления мышечной деятельности.

163. Гигиеническое обеспечение занятий в отдельных видах спорта. Особенности гигиенических требований к залу ЛФК и занимающимся в стационаре. Оздоровительная физическая культура.

164. Особенности проведения ЛГ у пациента с ортостатическими реакциями.

165. Понятие о мышечно-фасциальных путях и их единстве. Оценка подвижности плече-лопаточного комплекса.

166. Способы сбора антропометрических данных. Основные требования при проведении антропологических исследований. Акселерация, её причины и значение.

167. Обучение как процесс формирования двигательного умения. Сила и выносливость, методы воспитания.

168. Задачи, решаемые в процессе спортивной тренировки. Структура построения спортивной тренировки. Понятие о микроциклах, мезоциклах, макроциклах.

169. Специфика досуговой деятельности в санаторно-курортных учреждениях. Примеры игр для коррекции осанки. Цели, средства и методы.

170. Физиологическое обоснование необходимости утренней гигиенической гимнастики. Составить комплекс УГГ из 12 упражнений при кифосколиозе.

171. Методы оценки безопасности лечебной физкультуры. Контроль переносимости физических нагрузок.

172. Психофизическая тренировка. Физиологические механизмы и основные принципы применения метода в медицинской реабилитации.

173. Методы исследования системы кровообращения при физических нагрузках. Особенности каждого метода.

174. Общая характеристика физических упражнений, применяемых в ЛФК.

175. Принципы, методы, средства и этапность оздоровительной гимнастики.

176. Понятие о психофизических упражнениях. Основные принципы тренировки. Примеры упражнений.

177. Задачи ЛФК при повреждениях периферической нервной системы. Домены МКФ, наиболее часто оцениваемые при повреждениях ПНС.

178. Особенности ФР возрастных пациентов с переломом шейки бедра. Этапы

реабилитации.

179. Понятие об иммобилизационном синдроме. Сроки вертикализации больных. Гравитационный градиент. Методика проведения PLR test.

180. Особенности диагностики и постановки реабилитационного диагноза врачом ЛФК у пациента с нарушениями речи.

181. Абсолютные и относительные показания и противопоказания к применению роботизированного оборудования для верхних и нижних конечностей.

182. Восстановительное лечение по Найдину В.Л. Показания и противопоказания к назначению электростимуляции паретичных конечностей.

183. Показания к назначению ортеза при отвисающей стопе. Лечебные положения конечностей.

184. Основные принципы эрготерапии. Роль эрготерапевта в МДБ.

185. Методика лечения положением при НЛН .

Ситуационные задачи

Задача № 1

Пациент с недержанием мочи после травмы спинного мозга. Не чувствует наполнения мочевого пузыря. На УЗИ мочевыделительной системы признаки хронического простатита.

Составьте и объясните варианты акупунктурного рецепта

Задача № 2

Пациент после инсульта, высокий тонус в паретичной верхней конечности.

Составьте и объясните варианты акупунктурного рецепта

Задача № 3

Пациент : Х., мужчина, 54 года.

Диагноз: Основное заболевание: Последствия инфаркта мозга I69.3. Последствия перенесенного ишемического инсульта в бассейне правой средней мозговой артерии от 30.12.2019 (поздний восстановительный период) (кардиоэмболический патогенетический подтип) Системная тромболитическая терапия от 30.12.2019. Вторичная асимптомная трансформация очагов ишемии по типу геморрагического пропитывания. Синдромы: левосторонний гемипарез, левосторонняя гемигипестезия.

Фоновое заболевание: Гипертоническая болезнь III ст, риск ССО 4. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (CHA2DS2VASc 3 балла, HAS-BLED 3 балла).

Сопутствующие заболевания: Привычный вывих бедренного компонента эндопротеза тазобедренного сустава справа. Атеросклероз БЦА.

Операции: 28.01.2020 - закрытая репозиция бедренного компонента эндопротеза тазобедренного сустава справа под контролем ЭОП. Эндопротезирование тазобедренных суставов с двух сторон (слева 2012 год,

справа 2014 год). Микрохирургическое удаление грыжи межпозвонкового диска 2004 год.

Жалобы: на слабость и скованность в левых конечностях, нарушение самообслуживания

Объективное состояние: Общее состояние средней степени тяжести (за счет нарушения самообслуживания). Число дыханий 17 в 1 минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Пульс 63 уд в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Отеков нет.

Неврологический статус.

Сознание ясное. Общемозговых и менингеальных симптомов нет.

Двигательная система: Левосторонний гемипарез в руке проксимально минимальные движения, дистально до 1 балла, в кисти движений нет, в ноге проксимально до 3 баллов, дистально до 1 балла, в стопе движений нет. Мышечный тонус повышен в левых конечностях (преимущественно дистально) по спастическому типу (по шкале Эшфорт до 2 баллов). Движения в суставах не ограничены. Сухожильные рефлексы с рук живые S>D, коленный живые S>D, ахиллов живые S=D.

Координация: В позе Ромберга не стоит. Динамические координаторные пробы справа выполняет удовлетворительно, слева не выполняет (за счет пареза).

Высшие корковые функции: афатических нарушений нет

Цель: Восстановление двигательных функций, профилактика вторичных двигательных нарушений, обучить пациента специальным упражнениям при данной патологии

Ответьте на следующие вопросы по пациенту:

1. Какой вид дообследования нужен вам для принятия решения о назначении синхронизированной с роботизированной механотерапией электростимуляции?
2. Возможно ли проведение ТМС у данного пациента? Ответ нужно обосновать.

Задача № 4

Пациент Б., 45 лет.

Клинический диагноз:

Основной: Последствия острого нарушения мозгового кровообращения с формированием внутримозговой гематомы в левой гемисфере от 04.12.17. Состояние после РТЧ слева, удаления внутримозговой гематомы от 05.12.17 I69.1. Синдромы: правосторонний спастический гемипарез. Речевые нарушения.

Сопутствующие: Гипертоническая болезнь 3ст, риск ССО4. Застарелый подвывих правого плечевого сустава.

Данные осмотра. Общее состояние средней степени тяжести (нуждается в круглосуточном уходе и не может быть оставлен один дома без посторонней помощи). Кожные покровы, видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Подкожные лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна при пальпации.

Система органов дыхания: Грудная клетка правильной формы, в акте дыхания

участвует равномерно. ЧДД 12 в мин. Пальпация грудной клетки во всех отделах безболезненна. При аускультации над всей поверхностью легких дыхание везикулярное, жетское, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются.

Система органов кровообращения: Перкуторно границы сердца в пределах нормы. При аускультации сердца тоны приглушены. ЧСС 62 в 1 минуту. Пульс ритмичный. АД = 122/80 мм. рт. ст. Выраженных отеков нет.

Система органов пищеварения: Язык чистый, влажный. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. При перкуссии свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Перкуторно печень и селезенка не увеличены.

Система органов мочеотделения: При осмотре область почек без патологических изменений. Пальпация почек безболезненная. Симптом «поколачивания» отрицателен с 2-х сторон.

Неврологический статус.

Сознание ясное. Контакт доступен частично в связи с грубыми речевыми нарушениями. Простые команды выполняет. Общемозговых и менингеальных симптомов нет.

Черепно-мозговые нервы: гемианопсии ориентировочно не выявлено. Зрачки симметричные. Реакция зрачков на свет живая, симметричная. Конвергенция снижена. Среднеразмашистый установочный нистагм. Корнеальный рефлекс живой, симметричный. Тригеминальные точки безболезненные. Онемения лица нет. Функция жевательной мускулатуры не нарушена. Глазные щели симметричные. Лобные складки симметричные. Трёх-глотковую пробу выполняет. Дизартрия. Дисфония. Глоточные рефлексы оживлены справа. Язык в полости рта.

Двигательная система: Правосторонний гемипарез со снижением мышечной силы в ноге проксимально до 3 баллов, дистально до 0 баллов, в руке проксимально до 1 балла, дистально 0 баллов. Глубокие рефлексы с рук и ног оживлены слева. Мышечный тонус повышен по спастическому типу справа (локально до 3-4 баллов по шкале Ашфорта). Симптом Бабинского справа.

Чувствительность: четких нарушений чувствительности не выявлено

Координаторная сфера: В позе Ромберга - не стоит. Динамические координаторные пробы выполняет с неуверенно левыми конечностями, правыми конечностями не выполняет из-за пареза.

Высшие корковые функции: преимущественно моторная афазия, оценка когнитивной сферы затруднена из-за речевых нарушений.

Тазовые функции контролирует

Консультация логопеда 04.06.2021: Собственная речь представлена односложными ответами на вопросы, а так же словами приветствия и прощания. Понимание речи: пациент понимает простые, а так же более сложные инструкции. Первичного нарушения фонематического слуха не выявлено: пациент показывает без ошибок серии картинок, похожие по звуковому наполнению. Пациент может не только повторить слова и словосочетания (с наличием литеральных парафазий и редких персевераций), но и назвать предметы или некоторые части тела. Орально-артикуляционный праксис нарушен. Так же имеются дизартрические расстройства. Голос у

пациента: глухой, напряженный. Также выявлена дискоординированность в работе речевого и дыхательного аппарата.

Чтение доступно: пациент может прочитать про себя, понять и выполнить инструкцию, которая написана. Вслух пациенту доступно чтение простых, коротких слов, чтение более длинных слов со стечением согласных вызывает большие трудности. Письмо нарушено: возможно написание простых слов. , Логопедическое заключение Таким образом, в результате логопедического обследования у пациента выявлена комплексная моторная афазия в сочетании с дизартрией и дисфонией. Речевой дефект средне-грубой степени тяжести.

Вопрос по задаче. Распишите программу реабилитации пациента и назначьте пациенту физиолечение.

Задача № 5.

Больной К. 44 года. Диагноз: острый трансмуральный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка; 2-й день госпитализации в кардиологическое отделение. Строгий постельный режим, жалобы на общую слабость, периодические тянущие, сжимающие боли в левой половине грудной клетки без иррадиации. ЧСС = 94 уд/мин, АД = 105/70 мм рт. ст., лейкоцитоз 24000, Т тела – 37,7 гр. С.

1. Обоснуйте и определите функциональный класс тяжести пациента.
2. Наметьте план реабилитации на ближайшие дни.
3. Когда можно будет назначить ЛФК.

Задача № 6.

Больной И., 51 год. Доставлен в кардиологическое отделение с диагнозом острый повторный мелкоочаговый инфаркт миокарда. В анамнезе – ИБС, стенокардия напряжения, ФК-3 (функциональный класс), недостаточность кровообращения II А ст.. Течение инфаркта в стационаре неосложненное. 2-й день болезни, жалобы на общую слабость. ЧСС = 80 уд/мин, АД = 110/70 мм рт. ст., Т = 36,8 гр. С.

1. Определите класс тяжести ОИМ пациента.
2. Нуждается ли пациент в интенсивной терапии.
3. Укажите сроки реабилитации по ступеням активности.
4. Какие основные упражнения необходимо выполнять пациенту не занятиях ЛФК.

Задача № 7.

Больной С. 53 года. Доставлен в палату интенсивной терапии машиной «скорой помощи» без сознания. После проводимых реанимационных мероприятий состояние тяжелое. Диагноз – острый трансмуральный обширный инфаркт миокарда передней стенки и перегородки левого желудочка. ЧСС = 88 уд в 1 мин, АД = 190/90 мм рт. ст.

1. Определите класс тяжести пациента.
2. Наметьте сроки и показания к назначению ЛФК.
3. Сформулируйте задачи ЛФК.
4. Наметьте прогноз к реабилитации.

Задача № 8.

Больной М., 44 года. Диагноз: гипертоническая болезнь II ст. АД =170/100 мм рт. ст., ЧСС в покое 78 уд/мин, на максимальной нагрузке при велоэргометрии =140 уд/мин.

1. Какой вид лечебной гимнастики показан пациенту.
2. Сколько раз в день можно заниматься ЛГ.
3. Какую частоту сердцебиения запрещено достигать при физических нагрузках.

Задача № 9.

Больная А., 30 лет. Диагноз: левосторонняя пневмония в язычковом сегменте. Поступила в стационар 3 дня назад с жалобами на боли в грудной клетке, усиливающимися при активном дыхании; кашель с небольшим количеством трудно отделяемой мокроты слизисто-гнойного характера; потливость. T= 37,8 гр. С.

1. Показана ли ЛФК пациентке, обоснуйте.
2. Укажите основные противопоказания к ЛФК при острой пневмонии.
3. Когда можно начинать ЛФК у больных с острой пневмонией.
4. Ваши реабилитационные рекомендации пациентке.

Задача № 10. Больной У., 44 года. Диагноз: ОБЛ, бронхоэктатическая болезнь с бронхоэктазами в нижней доле справа, дыхательная недостаточность 2 ст.

1. Определите задачи ЛФК;
2. Опишите методику дренажной гимнастики;
3. Опишите методику дренажных положений;

Задача № 11. Больная 34 года. Диагноз: Бронхиальная астма, атопическая форма, средней тяжести. Страдает настоящим заболеванием 13 лет. Перед поступлением в стационар

ремиссия в течение 7 месяцев. Поступила в отделение в астматическом статусе после перенесенного гриппа. Второй день госпитализации, астматический статус ликвидирован, одышки нет, состояние удовлетворительное.

1. Определите, когда можно начинать ЛФК.
2. Какие упражнения ЛГ являются специальными.
3. Сущность «звуковой» и «речевой» гимнастики.
4. Как долго должны продолжаться занятия ЛФК.

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

1. Анатомия и физиология человека : иллюстрированный учебник : / под ред. И. В. Гайворонского. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023 г. — 664 с. : ил.
2. Здоровье человека, медицинский контроль и самоконтроль при занятиях физическими упражнениями : учеб. пособие / В. М. Калинин, Р. В. Конькова, А. Н. Туренков. — Кемерово : Кузбассвузиздат, 2005 г. — 78 с. : ил.
3. Физическая реабилитация : учебник / [авт. коллектив: Бирюков А. А. и др.]. — Изд. 5-е. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2008 г. — 602, [1] с., [8] л. цв. ил. : ил.
4. Лечебная физическая культура и массаж : учебник / В. А. Епифанов. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016 г. — 525 с. : ил.
5. Основы интенсивной реабилитации : интенсивная реабилитация инвалидов с применением спецтренажеров / В. А. Качесов, К. В. Качесов. — [Б. м.] : Издательские решения, 2016 г. — 164, [5] с. : ил.

6. Патологическая физиология : учебник в 2 томах / В. В. Новицкий, А. А. Кубатиев, В. П. Пузырев [и др.] ; под редакцией В. В. Новицкого, О. И. Уразовой. — 5-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа. Т. 1. — 2022 г. — 895 с. : ил.
7. Патологическая физиология : учебник в 2 томах / В. В. Новицкий, А. А. Кубатиев, В. П. Пузырев [и др.] ; под редакцией В. В. Новицкого, О. И. Уразовой. — 5-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа. Т. 2. — 2022 г. — 591 с. : ил.
8. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем : учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии / А. С. Батуев. — 3-е изд., испр. и доп. — Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2012 г. — 316 с. : ил.
9. Физиология сенсорных систем и высшая нервная деятельность : Учебное пособие для студентов вузов / В. М. Смирнов, С. М. Будылина. — М : Академия, 2003 г. — 304 с : ил.
10. Практическое руководство по иглорефлексотерапии : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / Д. М. Табеева. — 5-е изд. — Москва : МЕДпресс-информ, 2021 г. — 437 с., [8] л. цв. ил.
11. Лечебный массаж [Текст] : учебник для студентов, обучающихся в учреждениях среднего профессионального образования по специальности 060101.52 "Лечебное дело" по дисциплине "Лечебный массаж" / В. И. Дубровский, А. В. Дубровская. — 4-е изд., перераб. и доп. — Москва : МЕДпресс-информ, 2009 г. — 382, [1] с. : ил.
12. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик. — 4-е изд., перераб. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022 г. — 669 с. : ил.
13. Теория медицинской услуги и медицинского деликта : учебно-научное пособие / А. В. Тихомиров. — Москва : НП ИЦ ЮрИнфоЗдрав, 2012 г. — 108 с. : ил.
14. Управление и экономика здравоохранения : учебное пособие для вузов / А. И. Вялков, Б. А. Райзберг, Ю. В. Шиленко. — 2-е изд., стереотип. — М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004 г. — 327 с. : ил.
15. Экономика здравоохранения : учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению подготовки "Экономика" / [авт. коллектив: Л. С. Засимова и др.]. — Москва : ГУ ВШЭ, 2009 г. — 478, [2] с. : ил.
16. Частная физиотерапия : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / [коллектив авт.: Пономарева Е. В. и др.]. — Москва : Медицина, 2005 г. — 743, [1] с. : ил.
17. Лечебная физкультура и врачебный контроль : учебное пособие для студентов медицинских вузов / В. И. Дубровский. — Москва : Мед. информ. агентство, 2006 г. — 597 с. : ил.
18. Физиология суставов [Текст] : схемы биомеханики человека с комментариями : [в 3 томах] / А. И. Капанджи. — 6-е изд. — Москва : Эксмо. Т. 1 : Верхняя конечность : кисть. Запястье. Локоть. Плечо. Пронация-супинация : 805 оригинальных рисунков автора / предисловие профессора Рауля Тубьяна. — 2019 г. — 365 с. : цв. ил.

19. Физические упражнения для развития мышц задней поверхности голени [Текст] : учебно-методическое пособие / В. С. Лобачев. — Москва : Физкультура и спорт. Кн. 3. — 2009 г. — 134 с. : ил.
20. Реабилитация в онкологии: физиотерапия : руководство для врачей / Т. И. Грушина. — Москва : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2006 г. — 239 с.
21. Головная боль напряжения [Текст] : учебное пособие для послевузовского образования врачей / А. А. Ашман, И. Е. Повереннова, В. С. Суханин. — Самара : Перспектива : Изд-во СамГМУ, 2007 г. — 71 с.