ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ
ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ

Վերականգնողական բժշկություն

1. Ո՞րն է վերականգնողական բժշկության /ռեաբիլիտացիայի/ առավել ճիշտ սահմանումը:

Ա-Բուժման գործընթաց, որի հիմնական նպատակն է վերացնել հիվանդության պատճառը:

Բ-Ֆիզիկական վարժությունների ծրագիր, որն իրականացվում է միայն վնասվածքից հետո:

Գ-Միջամտությունների համալիր, որի նպատակն է օպտիմալացնել անձի գործունեությունը և մասնակցությունը և նվազեցնել առողջական վիճակի ազդեցությունը առօրյա կյանքի վրա:

Դ-Գործընթաց, որն ուղղված է միայն շարժողական ֆունկցիայի վերականգնմանը:

2. Ո՞րն է Ֆունկցիոնալության, հաշմանդամության և առողջության միջազգային դասակարգման (ՖՄԴ/ICF) հիմնական նպատակը:

Ա-Հիվանդությունների ախտորոշումը և դասակարգումը:

Բ-Առողջական վիճակի ազդեցության գնահատումը՝ ֆունկցիաների, գործունեության, մասնակցության և միջավայրային գործոնների համատեքստում:

Գ-Դեղորայքային բուժման արդյունավետության գնահատումը:

Դ-Միայն հաշմանդամության աստիճանի որոշումը:

3. Ո՞ր մոդելի վրա է հիմնված ICF-ը:

Ա-Բժշկական մոդելի:

Բ-Սոցիալական մոդելի:

Գ-Կենսահոգեսոցիալական մոդելի:

Դ-Հոգեբանական մոդելի:

4. Որո՞նք են ICF-ի հիմնական բաղադրիչները:

Ա-Մարմնի ֆունկցիաներ և կառուցվածքներ:

Բ-Գործունեություն և մասնակցություն:

Գ-Շրջակա միջավայրի և անձնական գործոնների ազդեցությունը:

Դ-Վերոնշյալներից բոլորը:

5. Ո՞րն է վերականգնողական բուժման տեսակ

Ա-կինեզիոթերապիա

Բ-էրգոթերապիա

Գ-խոսքի և լեզվի թերապիա

Դ-բոլորը:

6. Վերականգնողական նպատակները պետք է՝

Ա-Սահմանվեն միայն բժշկի կողմից:

Բ-Կենտրոնանան միայն մկանային ուժի բարձրացման վրա:

Գ-Լինեն պացիենտին և ընտանիքին ուղղված, ֆունկցիոնալ, չափելի և իրատեսական:

Դ-Սահմանվեն միայն ախտորոշման հիման վրա:

7. Ո՞ր մասնագետներն են կարող ներգրավվել վերականգնողական գործընթացում:

Ա-Ֆիզիկական թերապիստ

Բ-Լոգոպեդ

Գ-Հոգեբան

Դ-Բոլորը ճիշտ են

8. Ո՞ր տարբերակն է ճիշտ ներկայացնում աջակցող միջոցների օրինակներ:

Ա-Լաբորատոր սարքեր և դեղամիջոցներ:

Բ-Օրթեզներ, պրոթեզներ, քայլակներ, հենակներ և սայլակներ:

Գ-Ռենտգեն սարքեր և ուլտրաձայնային սարքեր:

Դ-Միայն վիրաբուժական իմպլանտներ:

9. Աջակցող միջոցների հիմնական նպատակներից է՝

Ա-Սահմանափակել պացիենտի շարժունակությունը:

Բ-Փոխարինել ամբողջ վերականգնողական բուժումը:

Գ-Աջակցել ֆունկցիոնալությանը, անվտանգությանը, շարժունակությանը, անկախությանը և մասնակցությանը:

Դ-Օգտագործել միայն կոսմետիկ նպատակներով:

10. Պացիենտի համար օրթեզ ընտրելիս պետք է հաշվի առնել՝

Ա-Միայն ախտորոշումը:

Բ-Միայն պացիենտի տարիքը:

Գ-Շարժման խանգարման տեսակը, մկանային ուժը, հոդերի շարժման ծավալը, տոնուսը, կեցվածքը, քայլվածքը և ֆունկցիոնալ նպատակները:

Դ-Միայն օրթեզի արտաքին տեսքը:

11. Աջակցող միջոցի արդյունավետությունը գնահատելիս առավել կարևոր է՝

Ա-Միայն այն, թե որքան երկար է երեխան այն կրում:

Բ-Արդյոք այն բարելավում է երեխայի ֆունկցիան, անվտանգությունը և մասնակցությունը՝ առանց անցանկալի հետևանքների:

Գ-Միայն պացիենտի գոհունակությունը:

Դ-Միայն սարքի տեխնիկական բնութագրերը:

12. Վերականգնողական բժշկի դերը բազմամասնագիտական թիմում ներառում է՝

Ա-Միայն ախտորոշման հաստատումը:

Բ-Պացիենտի բժշկական և ֆունկցիոնալ վիճակի գնահատումը, վերականգնողական նպատակների ձևավորումը, միջամտությունների համակարգումը և դինամիկայի գնահատումը:

Գ-Միայն դեղորայքի նշանակումը:

Դ-ֆիզիկական վարժությունների ընտրությունը:

13. Որո՞նք են վերականգնողական բուժման հիմնական նպատակները:

Ա-Ֆիզիկական ֆունկցիայի վերականգնում

Բ-Հիվանդի ինքնուրույնության բարձրացում

Գ-Կյանքի որակի բարելավում

Դ-Բոլորը ճիշտ են

14. ՄՈՒՊ/ մանկական ուղեղային պարեզ/ կրած պացիենտի մոտ ֆունկցիոնալ դասակարգման համար /GMFCS/ դասակարգումը հիմնականում գնահատում է՝

Ա-Մկանային ուժի աստիճանը և սպաստիկության ծանրությունը:

Բ-Մեծ շարժողական ֆունկցիան՝ հատկապես նստելու, կանգնելու, քայլելու և տեղաշարժվելու կարողությունները:

Գ-Ձեռքերի մանր մոտորիկան և ինքնասպասարկման հմտությունները:

Դ-Խոսքի և ճանաչողական զարգացման մակարդակը:

15. Սպաստիկ դիպլեգիայով քայլող պացիենտի վերականգնողական ծրագիր կազմելիս ո՞ր մոտեցումն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Կենտրոնանալ միայն ստորին վերջույթների սպաստիկության նվազեցման վրա:

Բ-Նպատակադրել միայն մկանների ուժեղացումը՝ առանց քայլվածքի և ֆունկցիայի գնահատման:

Գ-Գնահատել քայլվածքը, մկանային տոնուսը, ուժը, հոդերի շարժման ծավալը, կեցվածքը և շարժողական ռազմավարությունները, ապա սահմանել ֆունկցիոնալ նպատակներ և ընտրել համապատասխան միջամտություններ:

Դ-Բոլոր պացիենտներին նշանակել օրթեզ և վարժությունների ծրագիրը:

16. Ո՞րն է մկանային դիստրոֆիայով պացիենտի վերականգնողական բուժման կազմակերպման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա-Կիրառել բարձր ինտենսիվության ուժային վարժություններ՝ մկանային ուժի արագ բարձրացման նպատակով:

Բ-Խուսափել ցանկացած ֆիզիկական ակտիվությունից՝ մկանների հետագա վնասումը կանխելու համար:

Գ-Կիրառել չափավոր և էներգախնայող ֆիզիկական ակտիվություն՝ խուսափելով գերլարվածությունից և էքսցենտրիկ ծանրաբեռնվածությունից, պահպանելով հոդերի շարժունակությունը, կանխելով կոնտրակտուրաները, գնահատելով շնչառական և սրտային ֆունկցիաները :

Դ-Կենտրոնանալ ստորին վերջույթների մկանների ուժեղացման վրա՝ քայլելու կարողությունը հնարավորինս երկար պահպանելու նպատակով:

17. Ո՞րն է իշեմիկ ինսուլտի հիմնական պատճառը:

Ա-Թոքերի բորբոքումը :

Բ-Ոսկրի կոտրվածքը

Գ-Գլխուղեղի անոթի խցանումը

Դ-Արյան շաքարի ժամանակավոր բարձրացումը :

18. Ո՞րն է կինեզիոթերապիայի հիմնական նպատակը մկանային դիստրոֆիաների դեպքում:

Ա-Մկանային ուժի առավելագույն մեծացում՝ բարձր ինտենսիվության դիմադրողական վարժությունների միջոցով

Բ-Շարժունակության և ֆունկցիոնալ անկախության հնարավորինս երկար պահպանում, կոնտրակտուրաների կանխարգելում և մասնակցության խթանում

Գ-Մկանային դեգեներացիայի ամբողջական կանխարգելում էլեկտրախթանման միջոցով

Դ-Միայն քայլքի արագության և դիմացկունության մեծացում

19. Հետևյալներից ո՞րն է լավագույնս բնութագրում ողնուղեղային վնասվածքի կանխատեսումը:

Ա-Լիարժեք ֆունկցիոնալ վերականգնումը երաշխավորված է մի քանի շաբաթվա ընթացքում

Բ-Կանխատեսումը հիմնականում կախված է վնասվածքի նյարդաբանական մակարդակից, ամբողջականությունից և ծանրությունից

Գ-Նյարդաբանական ֆունկցիայի վերականգնում հնարավոր չէ

Դ-Կանխատեսումը բոլոր պացիենտների մոտ նույնն է՝ անկախ վնասվածքի բնույթից

20. ԳՈՒՏՎ-ի/գլխուղեղային վնասվածք/ վաղ ֆիզիկական թերապիայի հիմնական նպատակներից է՝

Ա-Երկրորդային բարդությունների կանխարգելումը և ֆունկցիոնալ շարժունակության պահպանումը

Բ-Առաջնային գլխուղեղային վնասվածքի ամբողջական վերականգնումը

Գ-Զգացողության կորստի կանխարգելումը

Դ-Միայն մկանային ուժի զարգացումը

21. Որո՞նք են ստացիոնար վերականգնողական բուժման ընթացքում ուշադրության կենտրոնում գտնվող հիմնական խնդիրները:

Ա-Բժշկական վիճակի և հնարավոր բարդությունների վերահսկում

Բ-Շարժունակության և ֆունկցիոնալ կարողությունների բարելավում

Գ-Բոլորը ճիշտ է

Դ-Ինքնախնամքի հիմնական հմտությունների զարգացում

22. Ո՞ր մկանային խումբն է կարևոր դեր կատարում ողնաշարի հատվածային կայունացման գործում և հաճախ ցուցաբերում է ֆունկցիոնալ թուլացում քրոնիկ լումբալ ցավի դեպքում:

Ա-ողնաշարի էքստենսորներ (erector spinae)

Բ-որովայնի ուղիղ մկան (rectus abdominis)

Գ-խորանիստ մկաններ (multifidus, transversus abdominis)

Դ-կրծքային մեծ մկան (pectoralis major)

23. Ամպուտացիայի հիմնական նպատակն է՝

Ա-կրճատել վիրաբուժական միջամտությունների քանակը

Բ-վերացնել ախտաբանական/վնասված հատվածը և ձևավորել ֆունկցիոնալ ծայրատ

Գ-կանխել ցավի առաջացումը

Դ-բարձրացնել ֆիզիկական ակտիվությունը

24. Վերականգնողական ծրագրի վերջնական նպատակն է՝

Ա-վերականգնել ֆիզիոլոգիական շարժումները

Բ-նվազեցնել ցավը

Գ-ապահովել առավելագույն ֆունկցիոնալ անկախություն

Դ-բարելավել արյան շրջանառությունը

25. Մեջքի ցավի դեպքում ֆիզիկական թերապիայի հիմնական նպատակներից է՝

Ա-ֆիզիկական ակտիվության լիարժեք սահմանափակումը

Բ-մկանների ուժի, շարժունակության և ֆունկցիոնալ ակտիվության բարելավումը

Գ-երկարատև անկողնային ռեժիմի ապահովումը

Դ-միայն ցավազրկող միջոցների կիրառումը

26. Ինսուլտից հետո խոսքի և հաղորդակցության խանգարումների վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա-Աֆազիան խոսքի մկանների թուլություն է և միշտ պայմանավորված է դիզարտրիայով:

Բ-Աֆազիան լեզվական ֆունկցիայի խանգարում է, որը կարող է ազդել խոսքի ընկալման, արտահայտման, անվանման, կրկնության, ընթերցանության կամ գրելու վրա, և պահանջում է համապատասխան գնահատում ու լոգոպեդական/խոսքային թերապիա:

Գ-Դիզարտրիան և աֆազիան նույն խանգարումներն են:

Դ-Ինսուլտից հետո խոսքի խանգարումները վերականգնողական բուժման նպատակ չեն կարող լինել:

27. Ինսուլտից հետո առավել լարված մկանների գնահատման և բուժման ժամանակ ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Բուժել միայն այն մկանները, որոնք ունեն ամենաբարձր տոնուսը:

Բ-Գնահատել սպաստիկության բաշխումը, մկանների կարճացումը, շարժման սահմանափակումը և դրա ազդեցությունը ֆունկցիայի վրա, ապա ընտրել նպատակային միջամտություն՝ դիրքավորում, թերապևտիկ վարժություններ, օրթեզավորում և անհրաժեշտության դեպքում դեղորայքային բուժում:

Գ-Սպաստիկ մկանների ուժային վարժությունները կատարել առավելագույն ծանրաբեռնվածությամբ:

Դ-Սպաստիկության առկայության դեպքում դադարեցնել ակտիվ վերականգնողական բուժումը:

28. Այրվածքից հետո արդեն ձևավորված կոնտրակտուրայի դեպքում վերականգնողական բուժման հիմնական նպատակն է՝

Ա-Միայն ցավի նվազեցումը

Բ-Շարժումների ծավալի վերականգնումը և ֆունկցիայի բարելավումը

Գ-Հոդի երկարատև անշարժացումը

Դ-Մկանային ակտիվության սահմանափակումը

29. Ո՞ր գործոնն է առավել հաճախ նպաստում երկրորդային օստեոպորոզի զարգացմանը երկարատև վերականգնողական բուժում ստացող պացիենտի մոտ:

Ա-Կանոնավոր ֆիզիկական ակտիվությունը և ծանրաբեռնվածությունը

Բ-Երկարատև անշարժությունը և մեխանիկական ծանրաբեռնվածության նվազումը

Գ-Հոդերի լիարժեք շարժունակության պահպանումը

Դ-Կանոնավոր ուղղահայացացումը և քայլքը

30. Օստեոպորոզի դեպքում վերականգնողական բուժման կարևոր նպատակներից ո՞րն է:

Ա-Երկարատև անշարժության ապահովումը

Բ-Մեխանիկական ծանրաբեռնվածության աստիճանական ավելացումը և ոսկրային հյուսվածքի խթանումը

Գ-Բոլոր ֆիզիկական վարժությունների դադարեցումը

Դ-Միայն պասիվ շարժումների իրականացումը

31. Օստեոպորոզ ունեցող պացիենտի վերտիկալիզացիայի ժամանակ ո՞ր սկզբունքն է առավել ճիշտ:

Ա-Անմիջապես ապահովել առավելագույն ծանրաբեռնվածություն

Բ-Վերտիկալիզացիան իրականացնել աստիճանաբար՝ հաշվի առնելով պացիենտի ոսկրային վիճակը, ցավը և ընդհանուր ֆունկցիոնալ կարողությունները

Գ-Վերտիկալիզացիան հակացուցված է բոլոր դեպքերում

Դ-Վերտիկալիզացիան իրականացնել միայն այն դեպքում, երբ պացիենտը կարող է ինքնուրույն կանգնել

32. Ո՞րն է դերմատոմիոզիտի ժամանակ վերականգնողական բուժման հիմնական սկզբունքը:

Ա-Երկարատև լիակատար հանգիստ և ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում

Բ-Վաղ և անվտանգ, անհատականացված ֆիզիկական ակտիվություն՝ մկանային ուժի և ֆունկցիայի պահպանման/բարելավման նպատակով

Գ-Միայն պասիվ շարժումների իրականացում՝ անկախ հիվանդության ակտիվությունից

Դ-Բարձր ինտենսիվության ուժային վարժություններ՝ առանց հիվանդության ակտիվության գնահատման

33. Ո՞ր վարժությունն է առավել նպատակահարմար դերմատոմիոզիտով պացիենտի վերականգնողական ծրագրում՝ հիվանդության ակտիվությունը և պացիենտի ֆունկցիոնալ վիճակը հաշվի առնելով:

Ա-Անհատականացված, աստիճանաբար ավելացվող աերոբիկ և մկանային ուժեղացնող վարժություններ՝ ֆիզիոթերապիստի հսկողությամբ

Բ-Միայն երկարատև անկողնային ռեժիմ

Գ-Մինչև մկանային ուժի լիարժեք վերականգնումը բոլոր վարժությունների դադարեցում

Դ-Առավելագույն ինտենսիվության ուժային վարժություններ ամեն օր

34. Արդեն ձևավորված կոնտրակտուրայի դեպքում ո՞րն է վերականգնողական բուժման հիմնական մոտեցումը:

Ա-Հոդի ամբողջական անշարժացում

Բ-Անհատականացված շարժումների և ձգման ծրագիր, դիրքավորում և անհրաժեշտության դեպքում՝ օրթեզավորում՝ հաշվի առնելով կոնտրակտուրայի ծանրությունը

Գ-Միայն ակտիվ ուժային վարժություններ՝ առավելագույն ծանրաբեռնվածությամբ

Դ-Ֆիզիկական ակտիվության ամբողջական դադարեցում

35. Ո՞րն է նախապրոթեզավորման փուլի հիմնական նպատակը ստորին վերջույթի անդամահատումից հետո:

Ա-Միայն պրոթեզով քայլքի ուսուցումը

Բ-Մնացորդային վերջույթի պատրաստումը, հոդերի շարժումների ծավալի և մկանային ուժի պահպանումը, կոնտրակտուրաների կանխարգելումը և ֆունկցիոնալ պատրաստվածության ապահովումը

Գ-Մնացորդային վերջույթի երկարատև անշարժացումը

Դ-Պրոթեզի մշտական օգտագործման սկսումը՝ անկախ վերքի վիճակից

36. Ո՞րն է հետպրոթեզավորման վերականգնողական փուլի հիմնական ուղղությունը:

Ա-Պրոթեզի կիրառման ուսուցում, բալանսի և քայլքի մարզում, ֆունկցիոնալ շարժունակության զարգացում

Բ-Միայն մնացորդային վերջույթի մաշկի խնամք

Գ-Պասիվ շարժումների իրականացում

Դ-Ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում՝ պրոթեզը չվնասելու նպատակով

37. Ո՞րն է համարվում Բոբաթ թերապիայի հիմնական կլինիկական մոտեցումը կենտրոնական նյարդային համակարգի վնասում (օրինակ՝ ՄՈՒԿ կամ ինսուլտ) ունեցող պացիենտների հետ աշխատելիս.

Ա-Մեկուսացված մկանների ուժեղացումը՝ օգտագործելով ծանրություններ և դիմադրողական վարժություններ

Բ-Պաթոլոգիկ ռեֆլեքսների և ոչ նորմալ մկանային տոնուսի արգելակումը (ինհիբիցիա) և «կառավարման հիմնական կետերի» միջոցով ճիշտ կեցվածքային արձագանքների ու ֆունկցիոնալ շարժումների խթանումը (ֆասիլիտացիա)

Գ-Միայն պասիվ ձգումների իրականացումը՝ առանց պացիենտի ակտիվ մասնակցության

Դ-Բացառապես սենսորային խթանումը՝ առանց շարժողական առաջադրանքների կատարման

38. Ո՞ր սահմանումն է առավել ամբողջական և ճիշտ նկարագրում վերականգնողական բուժումը:

Ա-Բուժման մեթոդների համալիր, որի հիմնական նպատակն է հիվանդության ախտանիշների դեղորայքային վերացումը:

Բ-Միջոցառումների համալիր, որն ուղղված է միայն շարժողական ֆունկցիաների վերականգնմանը՝ հիվանդությունից կամ վնասվածքից հետո:

Գ-Միջամտությունների համալիր, որն ուղղված է անձի ֆունկցիոնալ կարողությունների օպտիմալացմանը, ակտիվության և մասնակցության բարձրացմանը և հաշմանդամության ազդեցության նվազեցմանը՝ հաշվի առնելով անձի անհատական կարիքներն ու միջավայրը:

Դ-Բուժման մեթոդ, որի նպատակն է հիվանդի լիարժեք վերադարձը նախկին ֆիզիկական վիճակին՝ անկախ հիվանդության բնույթից:

39. Ո՞ր տարբերակն է առավել ճիշտ արտացոլում վերականգնողական բուժման հիմնական նպատակը:

Ա-Միայն հիվանդության պատճառի վերացումը:

Բ-Անձի ֆունկցիոնալության բարելավումը՝ հնարավորությունների առավելագույն օգտագործմամբ, ինքնուրույնության, առօրյա գործունեության և հասարակական մասնակցության խթանմամբ:

Գ-Մկանային ուժի և շարժումների ծավալի վերականգնումը:

Դ-Հիվանդության ախտանիշների ժամանակավոր նվազեցումը՝ առանց առօրյա գործունեության և մասնակցության գնահատման:

40. Ո՞րն է ուղեղային կաթվածի (ինսուլտի) ճիշտ բնորոշումը:

Ա-Ուղեղի քրոնիկ, դանդաղ զարգացող հիվանդություն, որն առաջացնում է հիշողության աստիճանական վատացում:

Բ-Ուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարում, որն առաջացնում է ուղեղային ֆունկցիայի հանկարծակի առաջացած օջախային և/կամ ընդհանուր խանգարում և պահպանվում է ≥24 ժամ կամ հանգեցնում է մահվան՝ անոթային պատճառի հետևանքով:

Գ-Ողնուղեղի վնասվածք, որն առաջանում է հիմնականում մեխանիկական տրավմայի հետևանքով:

Դ-Ծայրամասային նյարդերի բորբոքային ախտահարում, որն առաջացնում է վերջույթների մկանային թուլություն:

41. Ի՞նչ հիվանդություն է ցրված սկլերոզը:

Ա-Ծայրամասային նյարդային համակարգի դեգեներատիվ հիվանդություն:

Բ-Միայն մկանների առաջնային դեգեներատիվ հիվանդություն:

Գ-Կենտրոնական նյարդային համակարգի քրոնիկ աուտոիմուն, բորբոքային և դեմիելինացնող հիվանդություն:

Դ-Ուղեղի արյան շրջանառության սուր խանգարում: :

42. Ո՞րն է հեմիպարետիկ քայլքի ճիշտ բնութագիրը:

Ա-Երկու ստորին վերջույթների համաչափ շարժումով, լայն հենման մակերեսով և քայլքի արագության պահպանմամբ ընթացող քայլք:

Բ-Ախտահարված վերջույթի անկայունությամբ և բարձր ծնկային ծալմամբ՝ առանց ոտնաթաթի դիրքի փոփոխության: :

Գ-Ախտահարված ստորին վերջույթի սպաստիկությամբ, ոտնաթաթը առաջ տանելու համար շրջանաձև՝ աղեղնաձև շարժմամբ (circumduction) բնորոշվող քայլք:

Դ-Միայն ցավի պատճառով առաջացած կաղությամբ, որի դեպքում նյարդաբանական շարժողական խանգարում չի դիտվում:

43. Ե՞րբ է անհրաժեշտ սկսել վերականգնողական բուժումը գլխուղեղի կաթվածից (ինսուլտից) հետո:

Ա-Միայն հիվանդի դուրսգրումից հետո՝ տնային պայմաններում:

Բ-Ինսուլտից 1 ամիս անց, երբ հիվանդի վիճակը լիովին կայունանա:

Գ-Հիվանդի բժշկական վիճակի կայունացումից հետո՝ հնարավորինս վաղ, հաճախ առաջին 24–48 ժամվա ընթացքում, համապատասխան մասնագիտական գնահատմամբ և հակացուցումների բացակայության դեպքում:

Դ-Միայն այն ժամանակ, երբ հիվանդը կարողանա ինքնուրույն կանգնել և քայլել:

44. Ի՞նչ է էրգոթերապիան:

Ա-Բուժման մեթոդ, որի հիմնական նպատակն է միայն մկանային ուժի ավելացումը՝ ֆիզիկական վարժությունների միջոցով:

Բ-Վերականգնողական թերապիայի ուղղություն, որն օգնում է անձին վերականգնել կամ զարգացնել առօրյա և մասնագիտական գործունեության համար անհրաժեշտ հմտությունները և հնարավորինս անկախ մասնակցել առօրյա կյանքին:

Գ-Բուժման մեթոդ, որը կիրառվում է միայն հոդերի շարժունակությունը մեծացնելու նպատակով:

Դ-Հոգեբանական բուժման մեթոդ, որի հիմնական նպատակը միայն հուզական վիճակի կարգավորումն է:

45. Որո՞նք են վերականգնողական բուժման հիմնական ուղղությունները:

Ա-Միայն դեղորայքային բուժումը և վիրաբուժական միջամտությունը:

Բ-Ֆիզիկական թերապիան, էրգոթերապիան, լոգոպեդական թերապիան և հոգեբանական՝ ըստ հիվանդի կարիքների:

Գ-Միայն մերսումը և ջրաբուժությունը:

Դ-Միայն էլեկտրաբուժությունը և ապարատային ֆիզիոթերապիան:

46. Ո՞րն է խոսքի և լեզվի թերապիայի ճիշտ բնորոշումը:

Ա-Թերապիայի ուղղություն, որի նպատակն է միայն ձայնի ուժեղացումը և շնչառական վարժությունների իրականացումը:

Բ-Թերապիայի մեթոդ, որը կիրառվում է բացառապես հիշողության և ուշադրության խանգարումների դեպքում:

Գ-Վերականգնողական թերապիայի ուղղություն, որն ուղղված է խոսքի, լեզվի, հաղորդակցության, ձայնի և անհրաժեշտության դեպքում կուլ տալու խանգարումների գնահատմանը և դրանց ֆունկցիոնալ բարելավմանը:

Դ-Ֆիզիկական թերապիայի ուղղություն, որի հիմնական նպատակն է վերականգնել մկանային ուժն ու հոդերի շարժունակությունը:

47. Ո՞րն է հոգեբանի դերը վերականգնողական թիմում:

Ա-Միայն հիվանդի նյարդաբանական վիճակի և մկանային ուժի գնահատումը:

Բ-Հիվանդի հոգեբանական վիճակի գնահատումը, հուզական և վարքային խնդիրների հայտնաբերումը, հոգեբանական աջակցությունը և հիվանդի ու ընտանիքի հարմարվողականության ու վերականգնողական գործընթացում ներգրավվածության խթանումը:

Գ-Միայն դեղորայքային բուժման նշանակումը և դեղերի դեղաչափի փոփոխումը: :

Դ-Միայն շարժողական ֆունկցիայի և քայլքի գնահատումն ու վերականգնումը:

48. Ո՞րն է ֆիզիկական թերապիայի (կինեզիոթերապիայի) ճիշտ բնութագիրը:

Ա-Բուժման մեթոդ է, որի նպատակն է միայն ցավի նվազեցումը՝ դեղորայքի միջոցով:

Բ-Վերականգնողական բուժման ուղղություն է, որն օգտագործում է նպատակային շարժումներ, վարժություններ և ֆիզիկական ակտիվություն՝ շարժողական ֆունկցիայի, ուժի, հավասարակշռության, կոորդինացիայի և ֆունկցիոնալ անկախության բարելավման համար:

Գ-Թերապիայի ուղղություն է, որն օգտագործվում է միայն խոսքի և կուլ տալու խանգարումների բուժման համար:

Դ-Բուժման մեթոդ է, որի հիմնական նպատակը հիվանդի հոգեբանական վիճակի գնահատումն ու շտկումն է:

49. Ո՞րն է բժիշկ վերականգնողաբանի հիմնական դերը վերականգնողական թիմում:

Ա-Միայն ֆիզիկական վարժությունների ընտրությունն ու իրականացումը:

Բ-Միայն հիվանդի հոգեբանական վիճակի գնահատումն ու հոգեբանական խորհրդատվության իրականացումը:

Գ-Հիվանդի ֆունկցիոնալ վիճակի համապարփակ գնահատումը, վերականգնողական նպատակների և անհատական ծրագրի սահմանումը, թիմի աշխատանքների համակարգումը և բուժման արդյունավետության վերահսկումը:

Դ-Միայն խոսքի, լեզվի և կուլ տալու խանգարումների գնահատումն ու բուժումը:

50. Գլխուղեղի կաթված (ինսուլտ) կրած պացիենտին ե՞րբ է ցուցված օրթեզների նշանակումը:

Ա-Բոլոր պացիենտներին՝ անկախ ֆունկցիոնալ վիճակից և քայլքի առանձնահատկություններից:

Բ-Երբ առկա է ֆունկցիոնալ խանգարում, որը կարող է բարելավվել օրթեզի միջոցով, օրինակ՝ ոտնաթաթի կախվածություն, կոճի անկայունություն կամ քայլքի անվտանգության խանգարում՝ համապատասխան գնահատումից հետո:

Գ-Միայն այն ժամանակ, երբ պացիենտը լիովին վերականգնել է մկանային ուժը և կարողանում է ինքնուրույն քայլել:

Դ-Միայն սուր շրջանում՝ առաջին 24 ժամվա ընթացքում, բոլոր ինսուլտով պացիենտների մոտ:

51. Ո՞ր ախտաբանական ռեֆլեքսները կարող են դիտվել գլխուղեղի կաթվածից հետո:

Ա-Միայն ծնկային և Աքիլեսյան ռեֆլեքսների նվազում:

Բ-Բաբինսկու, Հոֆմանի և Գորդոնի ռեֆլեքսներ:

Գ-Միայն բիցեպսի և տրիցեպսի ռեֆլեքսների բացակայություն:

Դ-Միայն որովայնային և կրեմաստերային ռեֆլեքսների ուժեղացում:

52. Ո՞ր մասնագետներից կարող է բաղկացած լինել բազմամասնագիտական վերականգնողական թիմը:

Ա-Միայն բժիշկ վերականգնողաբանից և բուժքրոջից:

Բ-Բժիշկ վերականգնողաբանից, ֆիզիկական թերապիստից (կինեզիոթերապիստից), էրգոթերապիստից, խոսքի և լեզվի թերապիստից, հոգեբանից և անհրաժեշտության դեպքում՝ այլ մասնագետներից:

Գ-Միայն նյարդաբանից, նյարդավիրաբույժից և հոգեբույժից:

Դ-Միայն ֆիզիկական թերապիստից և մերսողից:

53. Ինչպե՞ս է կազմվում գլխուղեղի կաթված կրած պացիենտի անհատական վերականգնողական ծրագիրը:

Ա-Բոլոր պացիենտների համար կիրառվում է նույն ստանդարտ ծրագիրը՝ անկախ նրանց ֆունկցիոնալ վիճակից:

Բ-Բազմամասնագիտական թիմը գնահատում է պացիենտի շարժողական, կոգնիտիվ, խոսքի, կուլ տալու, ինքնասպասարկման և հոգեբանական ֆունկցիաները, հաշվի է առնում պացիենտի նպատակներն ու միջավայրը, սահմանում է հստակ և չափելի նպատակներ ու կազմում համապատասխան վերականգնողական միջամտությունների ծրագիր:

Գ-Ծրագիրը կազմվում է միայն պացիենտի շարժողական խանգարումների հիման վրա՝ առանց այլ ոլորտների գնահատման:

Դ-Ծրագիրը որոշվում է միայն բժշկի կողմից և չի փոփոխվում վերականգնման ընթացքում:

54. Որո՞նք են վերականգնողական գործընթացում կիրառվող աջակցող միջոցները:

Ա-Միայն դեղորայքային և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցները:

Բ-Միայն մերսման և բուժական վարժությունների պարագաները:

Գ-Ձեռնափայտը, քայլակը, հենակները, անվասայլակը, օրթեզները և այլ օժանդակ սարքերը, որոնք նպաստում են շարժունակության, անվտանգության և ֆունկցիոնալ անկախության բարելավմանը:

Դ-Միայն վիրաբուժական միջամտության համար նախատեսված սարքավորումները:

55. Ո՞րն է կողմնային ամիոտրոֆիկ սկլերոզի ժամանակ վերականգնողական բուժման ճիշտ մոտեցումը:

Ա-Ինտենսիվ ուժային մարզում՝ մինչև մկանային հյուծում, քանի որ դա կանխում է հիվանդության առաջընթացը:

Բ-Անհատականացված, բազմամասնագիտական և ախտանիշակենտրոն վերականգնում՝ ներառելով էներգիայի խնայողություն, չափավոր ֆիզիկական ակտիվություն, շարժունակության և ինքնասպասարկման աջակցում, օրթեզներ/օժանդակ միջոցներ, շնչառական, խոսքի և կուլ տալու ֆունկցիայի գնահատում ու աջակցում:

Գ-Միայն անկողնային ռեժիմ՝ մկանների վնասումը կանխելու նպատակով:

Դ-Միայն մերսում և պասիվ շարժումներ՝ առանց ֆունկցիոնալ նպատակների:

56. Որո՞նք են այրվածքի ժամանակ հիմնական վերականգնողական միջոցառումները:

Ա-Միայն ցավազրկում և այրվածքի վերքի վիրակապում:

Բ-Միայն պասիվ շարժումներ՝ մինչև վերքի ամբողջական ապաքինումը:

Գ-Կոնտրակտուրաների կանխարգելում, հոդերի շարժունակության պահպանում, ճիշտ դիրքավորում, շարժողական և ֆունկցիոնալ վարժություններ, սպիի կառավարում, անհրաժեշտության դեպքում՝ օրթեզավորում և ինքնասպասարկման հմտությունների վերականգնում:

Դ-Միայն մերսում և ջերմային ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաներ:

57. Ե՞րբ է կիրառվում էրգոթերապիան:

Ա-Միայն այն դեպքում, երբ պացիենտն ամբողջությամբ կորցրել է քայլելու ունակությունը:

Բ-Երբ հիվանդության կամ վնասվածքի հետևանքով խանգարվել են առօրյա կյանքի, ինքնասպասարկման, աշխատանքի կամ սոցիալական գործունեության հմտությունները՝ նպատակ ունենալով բարձրացնել պացիենտի ֆունկցիոնալ անկախությունը:

Գ-Միայն հոդերի ցավի բուժման նպատակով:

Դ-Միայն հոգեբանական խնդիրների դեպքում:

58. Որո՞նք են ֆիզիկական թերապիայի (կինեզիոթերապիայի) հիմնական մեթոդները:

Ա-Պասիվ և ակտիվ շարժումներ, բուժական վարժություններ, ուժային և ձգման վարժություններ, հավասարակշռության և կոորդինացիայի մարզում, քայլքի ուսուցում և ֆունկցիոնալ վարժանքներ:

Բ-Միայն մերսումը և դեղորայքային բուժումը:

Գ-Միայն հոգեբանական խորհրդատվությունն ու խոսքի թերապիան:

Դ-Միայն վիրաբուժական միջամտությունները և օրթոպեդիկ բուժումը:

59. Ի՞նչ է կոնտրակտուրան:

Ա-Մկանային ուժի ժամանակավոր նվազում, որն անցնում է հանգստից հետո:

Բ-Հոդի շարժման ժամանակ առաջացող սուր ցավ:

Գ-Հոդի շարժումների կայուն սահմանափակում, որն առաջանում է հոդի, մկանների, ջլերի, կապանների, ֆասցիաների, մաշկի կամ այլ փափուկ հյուսվածքների կառուցվածքային կամ ֆունկցիոնալ փոփոխությունների հետևանքով:

Դ-Մկանների ակամա կծկում, որը միշտ ուղեկցվում է սպաստիկությամբ:

60. Գլխուղեղի կաթվածի հիմնական կլինիկական տեսակներն ըստ շարժողական խանգարման բնույթի ներառում են՝

Ա-Հեմիպարեզ, հեմիպլեգիա, մոնոպարեզ, տետրապարեզ և ատաքսիկ խանգարումներ:

Բ-Միայն հիպոտոնիա և հիպերտոնիա:

Գ-Միայն սպաստիկ և ատրոֆիկ խանգարումներ:

Դ-Միայն դող, տիկեր և ակամա շարժումներ:

61. Ո՞րն է արմնկահոդի հիմնական ծալող (ֆլեքսոր) մկանը:

Ա-Եռագլուխ բազկամկան (m. triceps brachii)

Բ-Դելտայաձև մկան (m. deltoideus)

Գ-Երկգլուխ բազկամկան (m. biceps brachii)

Դ-Ենթաթիակային մկան (m. subscapularis):

62. Ո՞րն է արմնկահոդի հիմնական տարածող (էքստենսոր) մկանը:

Ա-Երկգլուխ բազկամկան (m. biceps brachii)

Բ-Եռագլուխ բազկամկան (m. triceps brachii)

Գ-Բազկամկան (m. brachialis)

Դ-Կլոր պրոնատոր մկան (m. pronator teres)

63. Ո՞ր համակցությունն է առավել բնորոշ ինսուլտի հետևանքով առաջացած հիմնական նյարդաբանական խանգարումներին:

Ա-Հեմիպարեզ/հեմիպլեգիա, զգացողության խանգարումներ, հավասարակշռության և կոորդինացիայի խանգարումներ, խոսքի կամ ճանաչողական ֆունկցիաների փոփոխություններ:

Բ-Միայն ստորին վերջույթների մկանային թուլություն և ցավ:

Գ-Մկանային տոնուսի բարձրացում՝ առանց շարժողական թուլության:

Դ-Տեսողության խանգարում:

64. Ո՞րն է ծնկահոդի հիմնական ծալող (ֆլեքսոր) մկանային խումբը:

Ա-Քառագլուխ ազդրային մկան (m. quadriceps femoris)

Բ-Ազդրի հետին խմբի մկանները՝ hamstrings՝ երկգլուխ ազդրային (m. biceps femoris), կիսաջլային (m. semitendinosus) և կիսաթաղանթային (m. semimembranosus) մկանները

Գ-Առաջային մեծ ոլոքային մկան (m. tibialis anterior)

Դ-Մեծ սրունքային մկան (m. gastrocnemius)

65. Ո՞րն է ծնկահոդի հիմնական տարածող (էքստենսոր) մկանը:

Ա-Երկգլուխ ազդրային մկան (m. biceps femoris)

Բ-Կիսաջլային մկան (m. semitendinosus)

Գ-Քառագլուխ ազդրային մկան (m. quadriceps femoris)

Դ-Կիսաթաղանթային մկան (m. semimembranosus)

66. Ի՞նչ կլինիկական պատկեր կարող է դիտվել գլխուղեղի ճակատային բլթի կաթվածի ժամանակ:

Ա-Հակառակ կողմի շարժողական թուլություն՝ հատկապես դեմքի և վերին/ստորին վերջույթի շրջանում, քայլքի և շարժումների պլանավորման խանգարումներ, իսկ գերիշխող կիսագնդի ախտահարման դեպքում՝ խոսքի արտահայտման խանգարում (Բրոկայի աֆազիա), ինչպես նաև վարքային և գործադիր ֆունկցիաների փոփոխություններ: :

Բ-Հիմնականում տեսողական դաշտերի մեկուսացված խանգարում՝ առանց շարժողական և վարքային փոփոխությունների:

Գ-Միայն լսողության կորուստ և գլխապտույտ:

Դ-Միայն ցավի և ջերմաստիճանի զգացողության կորուստ՝ առանց շարժողական խանգարման:

67. Գլխուղեղի աջ կիսագնդի կաթվածի դեպքում ո՞ր կլինիկական պատկերն է առավել բնորոշ:

Ա-Միայն աջ կողմի ստորին վերջույթի թուլություն՝ առանց զգացողության և տեսողության խանգարումների: :

Բ-Ձախ կողմի հեմիպարեզ կամ հեմիպլեգիա, ձախ կեսի զգացողության խանգարում, ձախակողմյան հեմիանոպսիա, ձախ տարածական անտեսում (neglect), տարածական-կառուցողական և տեսատարածական խանգարումներ:

Գ-Արտահայտված Բրոկայի աֆազիա՝ առանց հակառակ կողմի շարժողական խանգարման: :

Դ-Միայն երկկողմանի լսողության կորուստ և կուլ տալու խանգարում:

68. Գլխուղեղի քունքային բլթի կաթվածի դեպքում ո՞ր կլինիկական պատկերն է առավել բնորոշ:

Ա-Միայն հակառակ կողմի մկանների ամբողջական կաթված՝ առանց զգայական և ճանաչողական խանգարումների:

Բ-Միայն հավասարակշռության և կոորդինացիայի խանգարում՝ առանց այլ նյարդաբանական ախտանիշների:

Գ-Հակառակ կողմի զգացողության և տեսողական դաշտի խանգարումներ, լսողական/խոսքի ընկալման խանգարումներ, հիշողության և ճանաչողական ֆունկցիաների փոփոխություններ, իսկ գերիշխող կիսագնդի քունքային բլթի ախտահարման դեպքում՝ խոսքի ընկալման խանգարում (Վերնիկեի աֆազիա):

Դ-Միայն հոդերի շարժման սահմանափակում և մկանային ցավ:

69. Ո՞րն է անտալգիկ քայլքի ճիշտ նկարագրությունը:

Ա-Ցավոտ ստորին վերջույթի վրա հենման փուլի կրճատում՝ ցավը նվազեցնելու նպատակով, հաճախ՝ քայլքի արագության և քայլի երկարության նվազումով:

Բ-Ոտնաթաթի շրջանաձև առաջբերում՝ սպաստիկության հետևանքով:

Գ-Լայն հենման հիմքով անկայուն քայլք՝ կոորդինացիայի խանգարման պատճառով:

Դ-Մանր, արագացող քայլեր՝ առաջ թեքված իրանով:

70. Ո՞ր նկարագրությունն է առավել բնորոշ ատաքսիկ քայլքին:

Ա-Լայն հենման մակերեսով, անկայուն քայլք՝ կողք-կողքի շեղումներով և հավասարակշռության խանգարմամբ

Բ-Փոքր քայլերով, դանդաղ քայլք՝ ոտքերը հատակից գրեթե չկտրելով

Գ-Ոտքի մատների վրա քայլք՝ սրունքի մկանների արտահայտված լարվածությամբ

Դ-Միակողմանի շրջանաձև շարժումով քայլք՝ ստորին վերջույթի սպաստիկության պատճառով

71. Գլխուղեղի կաթվածից հետո աջակողմյան հեմիպարեզ ունեցող պացիենտի քայլքին առավել բնորոշ է՝

Ա-Լայն հենման մակերեսով քայլք՝ անկանոն ուղղությամբ և հաճախակի հավասարակշռության կորուստով

Բ-Աջ ստորին վերջույթի շրջանաձև (ցիրկումդուկցիոն) շարժում քայլքի ընթացքում, աջ ոտնաթաթի կախվածություն և աջ վերին վերջույթի ֆլեքսորային դիրք

Գ-Երկկողմանի ստորին վերջույթների ադդուկցիա և «մկրատաձև» քայլք

Դ-Փոքր քայլերով քայլք՝ ոտնաթաթերի «քարշ տալով» և մարմնի առաջ թեքված դիրքով

72. Ո՞ր նկարագրությունն է առավել բնորոշ ստեպաժային (steppage) քայլքին:

Ա-Երկու ստորին վերջույթների ադդուկցիայի պատճառով ոտքերը խաչվում են քայլքի ընթացքում՝ առաջացնելով «մկրատաձև» քայլք

Բ-Քայլելիս ոտնաթաթի դորսոֆլեքսիայի թուլության պատճառով պացիենտը բարձրացնում է ծունկը սովորականից ավելի բարձր՝ ոտնաթաթի մատները գետնին չհարվածելու համար

Գ-Քայլքի ժամանակ հենման մակերեսը լայնանում է, և պացիենտը շեղվում է աջ ու ձախ՝ հավասարակշռության խանգարման պատճառով

Դ-Քայլերը դառնում են կարճ և մանր, իսկ պացիենտը աստիճանաբար արագացնում է քայլքի տեմպը՝ մարմինը պահելով առաջ թեքված

73. Դյուշենի մկանային դիստրոֆիան (Duchenne muscular dystrophy, DMD) բնութագրվում է՝

Ա-X-քրոմոսոմի հետ կապված ռեցեսիվ ժառանգմամբ պայմանավորված, դիստրոֆին սպիտակուցի անբավարարությամբ առաջացող պրոգրեսիվ մկանային հիվանդությամբ:

Բ-Աուտոսոմ-դոմինանտ ժառանգմամբ փոխանցվող, հիմնականում զգացողության խանգարումներով ընթացող նյարդաբանական հիվանդությամբ:

Գ-Կենտրոնական նյարդային համակարգի վնասմամբ պայմանավորված, ոչ պրոգրեսիվ շարժողական խանգարմամբ:

Դ-Աուտոսոմ-ռեցեսիվ ժառանգմամբ փոխանցվող, հիմնականում հոդերի և կապանների ախտահարմամբ ընթացող հիվանդությամբ:

74. Ո՞ր կլինիկական դրսևորումն է առավել բնորոշ Դյուշենի մկանային դիստրոֆիային:

Ա-Դիստալ մկանային թուլություն, զգացողության խանգարում և բարձրակամար թաթ

Բ-Պրոքսիմալ մկանային թուլություն, դժվարացած քայլք և Գովերսի նշան

Գ-Մկանային կարկամություն, սպաստիկություն և պաթոլոգիական ռեֆլեքսներ

Դ-Միոտոնիա, դիստալ մկանային թուլություն և զգացողության խանգարում

75. Ո՞րն է սպինալ մկանային ատրոֆիայի առավել բնորոշ կլինիկական դրսևորումը:

Ա-Պրոքսիմալ մկանային թուլություն, մկանային տոնուսի նվազում և ջլային ռեֆլեքսների նվազում կամ բացակայություն

Բ-Սպաստիկություն, պաթոլոգիական ռեֆլեքսներ և մկանային տոնուսի բարձրացում

Գ-Դիստալ զգացողության կորուստ, բարձրակամար թաթ և «կախված թաթ»

Դ-Միոտոնիա և մկանային հիպերտրոֆիա

76. Ո՞րն է 5q սպինալ մկանային ատրոֆիայի (SMA) հիմնական պատճառը:

Ա-SMN1 գենի բիալելային պաթոգեն տարբերակները, որոնք հանգեցնում են SMN սպիտակուցի անբավարարության և ողնուղեղի շարժողական նեյրոնների ախտահարման

Բ-Վիրուսային վարակի հետևանքով ողնուղեղի շարժողական նեյրոնների վնասումը

Գ-Ճարպակալմամբ պայմանավորված մկանային հյուսվածքի վնասումը

Դ-Ծննդաբերության ընթացքում ողնուղեղի վնասվածքը

77. Ո՞ր մկանային դիստրոֆիան է սովորաբար սկսվում վաղ մանկական տարիքում և բնորոշվում է պրոքսիմալ մկանային թուլությամբ ու Գովերսի նշանով:

Ա-BeckerԲեկերի մկանային դիստրոֆիա

Բ-Բնածին մկանային դիստրոֆիա

Գ-Դյուշենի մկանային դիստրոֆիա

Դ-) Վերջույթ–գոտի (limb-girdle) մկանային դիստրոֆիա

78. Ո՞ր կլինիկական դրսևորումն է առավել բնորոշ բնածին միոպաթիաներին:

Ա-Նորմալ մկանային տոնուս և մկանային ուժ՝ ծննդյան շրջանում

Բ-Հիպոտոնիա, մկանային թուլություն և «կախ ընկած նորածնի» (floppy infant) համախտանիշ

Գ-Միայն դիստալ մկանային թուլություն՝ առանց հիպոտոնիայի

Դ-Մի քանի ամսվա ընթացքում արագ զարգացող ծանր մկանային թուլություն՝ սայլակային կախվածությամբ

79. Ո՞ր մոտեցումն է առավել նպատակահարմար միոտոնիկ դիստրոֆիայի դեպքում հոգնածության կառավարման համար:

Ա-Գործունեության սահմանափակումների անտեսում և ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության շարունակական ավելացում

Բ-Անհատականացված, ցածրից միջին ինտենսիվության ֆիզիկական ակտիվություն՝ զուգակցված էներգիայի պահպանման և գործունեության ճիշտ պլանավորման ռազմավարությունների հետ

Գ-Բարձր ինտենսիվության և մեծ դիմադրությամբ վարժություններ՝ մկանային ուժի առավելագույն զարգացման նպատակով

Դ-Բոլոր տեսակի ֆիզիկական ակտիվությունից խուսափում՝ մկանային հոգնածությունը կանխելու համար

80. Ո՞ր կլինիկական նկարագրությունն է առավել բնորոշ Շարկո-Մարի-Տուտի հիվանդությանը:

Ա-Միակողմանի սպաստիկ պարեզ՝ բարձրացած մկանային տոնուսով, հիպերռեֆլեքսիայով և Բաբինսկու նշանով

Բ-Հանկարծակի առաջացած միակողմանի թուլություն՝ դեմքի և վերին վերջույթի առավել արտահայտված ախտահարմամբ

Գ-Պրոգրեսիվ, հիմնականում դիստալ սիմետրիկ մկանային թուլություն և ատրոֆիա, առավել արտահայտված ստորին վերջույթներում, ոտնաթաթի դեֆորմացիաներով և ստեպաժային քայլքով

Դ-Լայն հենման մակերեսով քայլք, դիսմետրիա և ինտենցիոն տրեմոր՝ առանց մկանային ատրոֆիայի

81. Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (WHO)՝ ո՞րն է վերականգնողական բուժման առավել ճիշտ սահմանումը:

Ա-Հիվանդության դեղորայքային բուժումից հետո օրգանիզմի նախկին անատոմիական կառուցվածքի ամբողջական վերականգնմանն ուղղված միջոցառումների համալիր

Բ-Միջոցառումների ամբողջություն, որը նախատեսված է առողջական վիճակ ունեցող անձի ֆունկցիոնալությունը օպտիմալացնելու և հաշմանդամությունը նվազեցնելու համար՝ հաշվի առնելով նրա փոխազդեցությունը շրջակա միջավայրի հետ

Գ-Միայն ֆիզիկական վարժությունների և ֆիզիոթերապևտիկ մեթոդների կիրառմամբ հիվանդության հետևանքների վերացման գործընթաց

Դ-Հիվանդության ախտանիշների դեղորայքային վերահսկման և բարդությունների կանխարգելման գործընթաց:

82. Գանգուղեղային վնասվածք կրած պացիենտի վերականգնողական բուժման առավել ճիշտ մոտեցումն է՝

Ա-Միայն շարժողական ֆունկցիայի վերականգնումը՝ մինչև քայլքի լիարժեք վերականգնումը

Բ-Բազմամասնագիտական, փուլային և անհատականացված վերականգնում՝ ներառելով շարժողական, կոգնիտիվ, խոսքի, կուլ տալու, վարքային և ֆունկցիոնալ խնդիրների կառավարումը

Գ-Միայն կոգնիտիվ և հոգեբանական խանգարումների բուժումը

Դ-Վերականգնողական բուժման սկսումը միայն նյարդաբանական բոլոր ախտանիշների վերացումից հետո:

83. Գանգուղեղային վնասվածք կրած պացիենտի մոտ ո՞ր կլինիկական պատկերն է հնարավոր:

Ա-Շարժողական, կոգնիտիվ, խոսքային, վեստիբուլյար, զգայական և վարքային խանգարումների տարբեր համակցություններ՝ կախված վնասվածքի բնույթից և տեղակայումից

Բ-Միայն շարժողական խանգարում՝ առանց կոգնիտիվ, վարքային կամ խոսքային փոփոխությունների

Գ-Միայն գիտակցության կարճատև կորուստ՝ հետագայում այլ նյարդաբանական խանգարումների բացակայությամբ

Դ-Միայն ստորին վերջույթների սպաստիկություն և քայլքի խանգարում

84. Ողնուղեղի ոչ ամբողջական վնասվածքի մասին առավել հստակ վկայում է՝

Ա-Վնասվածքի մակարդակից ներքև բոլոր շարժողական և զգայական ֆունկցիաների բացակայությունը

Բ-Որոշ շարժողական կամ զգայական ֆունկցիայի պահպանվածությունը վնասվածքի մակարդակից ներքև

Գ-Միայն ցավի առկայությունը

Դ-Միայն մկանային տոնուսի բարձրացումը

85. Ո՞րն է I աստիճանի պառկելախոցի հիմնական բուժական միջամտությունը:

Ա-Վերքի վիրաբուժական դեբրիդմենտ

Բ-Վնասված հատվածից ճնշման վերացում և մաշկի հետագա վնասման կանխարգելում

Գ-Համակարգային հակաբիոտիկների պարտադիր նշանակում

Դ-Վնասված հատվածի մերսում՝ արյան շրջանառությունը բարելավելու նպատակով

86. Վերականգնողական բուժման պլանավորման ժամանակ ողնուղեղի վնասվածքի մակարդակի և ամբողջականության որոշումը կարևոր է հիմնականում՝

Ա-Միայն ցավի ինտենսիվությունը գնահատելու համար

Բ-Միայն դեղորայքի դոզան որոշելու համար

Գ-Ֆունկցիոնալ կանխատեսումը և վերականգնողական նպատակները որոշելու համար

Դ-Միայն հիվանդի քաշը որոշելու համար

87. Ո՞ր վիճակը սովորաբար դիսֆագիայի պատճառ չի հանդիսանում:

Ա-Ուղեղային կաթված

Բ-Նյարդամկանային հիվանդություններ

Գ-Գլխուղեղի տրավմատիկ վնասվածք

Դ-Մոտոպիկ կարճատեսություն

88. Ողնուղեղի վնասվածքից հետո վերականգնողական մոտեցման առավել ճիշտ տարբերակն է՝

Ա-Անհատականացված բազմամասնագիտական վերականգնում՝ շարժողական, զգայական, շնչառական, կոգնիտիվ, կոնքային օրգանների և ինքնասպասարկման ֆունկցիաների գնահատմամբ ու վերականգնմամբ

Բ-Միայն պասիվ շարժումների իրականացում

Գ-Միայն քայլքի մարզում՝ անկախ վնասվածքի մակարդակից

Դ-Վերականգնումը սկսել միայն նյարդաբանական դեֆիցիտի ամբողջական վերացումից հետո

89. Ողնաշարի պարանոցային C6 սեգմենտի լրիվ վնասման դեպքում ո՞ր շարժողական ֆունկցիան է սովորաբար պահպանվում վերին վերջույթներում:

Ա-Արմունկի տարածում (m. triceps brachii)

Բ-Արմունկի ծալում (m. biceps brachii և m. brachialis)

Գ-Դաստակի և մատների ծալում

Դ-Դաստակի տարածում

90. Ո՞ր մակարդակի վնասվածքն է համարվում «կրիտիկական» վերին վերջույթների համար, որից ներքև վնասման դեպքում պահպանվում է արմունկի տարածումը (m. triceps), ինչը թույլ է տալիս պացիենտին ինքնուրույն տեղափոխվել սայլակ:

Ա-C4

Բ-C5

Գ-C7

Դ-T1

91. Բթամատի հակադրման (opposition) ֆունկցիայի կորուստը և թենարի (thenar) մկանների ապաճը (ատրոֆիա), որը հայտնի է նաև «կապիկի ձեռք» անվանմամբ, բնորոշ է հետևյալ նյարդի վնասմանը.

Ա-Ճաճանչային նյարդ (n. radialis)

Բ-Ծղիկային նյարդ (n. ulnaris)

Գ-Միջնակ նյարդ (n. medianus)

Դ-Ենթաթիակային նյարդ (n. subscapularis)

92. Ոտնաթաթի «էվերսիան» (eversion)՝ թաթի արտաքին եզրի բարձրացումը, իրականացնող նրբոլոքային մկանների (m. peroneus longus և brevis) կաթվածը դիտվում է հետևյալ նյարդի վնասման ժամանակ.

Ա-Ոլոքային նյարդ (n. tibialis)

Բ-Մակերեսային նրբոլոքային (n. peroneus superficialis)

Գ-Սրբանային նյարդ (n. pudendus)

Դ-Փակցնող նյարդ (n. obturatorius)

93. Ուղեղիկի (cerebellum) վնասման դեպքում պացիենտի մոտ դիտվող «ատաքսիան» վերականգնողական թերապիայի ընթացքում հիմնականում դրսևորվում է որպես.

Ա-Մկանային ուժի լրիվ կորուստ (պարալիզ)

Բ-Շարժումների համաձայնեցման (կոորդինացիայի), հավասարակշռության և մկանային տոնուսի կարգավորման խանգարում

Գ-Տեսողական դաշտերի կորուստ

Դ-Միայն խոսքի հասկացման դժվարություն

94. Ո՞ր ֆիզիկական առանձնահատկությունն է հաճախ հանդիպում Դաունի համախտանիշ ունեցող պացիենտների մոտ:

Ա-Մկանային տոնուսի բարձրացում

Բ-Հոդերի շարժունակության սահմանափակում

Գ-Հիպոտոնիա՝ ցածր մկանային տոնուս

Դ-Բերանի մեծ խոռոչ

95. Դաունի համախտանիշի դեպքում հոդերի գերշարժունակությունը հիմնականում պայմանավորված է՝

Ա-Մկանային սպաստիկությամբ

Բ-Կապանների թուլությամբ

Գ-Ոսկրային խտության բարձրացմամբ

Դ-Ջիլերի կարճացմամբ

96. Դաունի համախտանիշով պացիենտի մոտ պարանոցի ինտենսիվ շարժումներ կատարելիս ո՞ր վիճակի առկայությունն է առավել կարևոր հաշվի առնել:

Ա-Ատլանտոաքսիալ անկայունություն

Բ-Կոնքազդրային հոդի հոդախախտ

Գ-Ուսահոդի ենթահոդախախտ

Դ-Սկոլիոզ

97. Ինչպե՞ս է գնահատվում մկանային ուժը MRC՝ Medical Research Council սանդղակով:

Ա-0–3 բալանոց սանդղակով՝ ըստ ցավի ինտենսիվության

Բ-1–10 բալանոց սանդղակով՝ միայն մկանային տոնուսի հիման վրա

Գ-0–5 բալանոց սանդղակով՝ գնահատելով ակտիվ շարժումը, ծանրության ուժը և արտաքին դիմադրությանը հակազդելու կարողությունը

Դ-0–100 բալանոց սանդղակով՝ միայն դինամոմետրիայի միջոցով

98. Ո՞ր իրավիճակում է էլեկտրամկանախթանումը հակացուցված :

Ա-Ինսուլտից հետո ստորին վերջույթի մկանային թուլության դեպքում

Բ-Ոտնաթաթի կախվածության (foot drop) դեպքում՝ ֆունկցիոնալ քայլքի բարելավման նպատակով

Գ-Էլեկտրական խթանման հատվածում ակտիվ վարակված կամ վնասված մաշկի առկայության դեպքում

Դ-Անշարժացումից հետո մկանային ատրոֆիայի կանխարգելման նպատակով :

99. Ո՞ր երեք բաղադրիչներն է գնահատում Գլազգոյի կոմայի սանդղակը:

Ա-Աչքերի բացում, վերբալ պատասխան, շարժողական պատասխան

Բ-Աչքերի բացում, ցավի զգացողություն, ռեֆլեքսներ

Գ-Շնչառություն, զարկերակային ճնշում, շարժողական պատասխան

Դ-Բանավոր պատասխան, հիշողություն, կողմնորոշում

100. Ո՞րն է իշեմիկ ինսուլտի ամենատարածված մեխանիզմը:

Ա-Գլխուղեղի վարակ

Բ-Ուղեղային անոթի թրոմբոզ կամ էմբոլիա

Գ-Գլխուղեղի այտուց՝ առանց անոթային խանգարման

Դ-Ուղեղի ուռուցք

101. Ո՞ր պնդումն է առավել ճիշտ գլխուղեղի կաթվածից՝ ինսուլտից հետո վերականգնման վերաբերյալ:

Ա-վերականգնումը ավարտվում է հիվանդանոցից դուրս գրվելու պահին

Բ-վերականգնումը արդյունավետ է միայն առաջին շաբաթվա ընթացքում

Գ-քրոնիկ փուլում վերականգնողական միջամտությունները երբեք օգտակար չեն

Դ-ֆունկցիոնալ վերականգնումը կարող է շարունակվել երկար ժամանակ և պահանջել տարբեր փուլերում տարբեր միջամտություններ

102. Գլխուղեղի կաթվածից՝ ինսուլտից հետո վերականգնողական նպատակների ընտրության լավագույն մոտեցումը ո՞րն է:

Ա-բոլոր հիվանդների համար նույն ծրագիրը կիրառել

Բ-կենտրոնանալ միայն մկանային ուժի վրա

Գ-կենտրոնանալ միայն քայլելու վրա

Դ-նպատակները սահմանել՝ հաշվի առնելով հիվանդի դեֆիցիտները, ֆունկցիոնալ կարողությունները և անձնական նպատակները:

103. Ո՞րն է ինսուլտից հետո ընկնելու ռիսկի բարձրացման հնարավոր պատճառներից մեկը:

Ա-Հավասարակշռության խանգարում

Բ-Մկանային թուլություն

Գ-Քայլվածքի խանգարում

Դ-Բոլոր նշվածները

104. Սպաստիկության դեղորայքային բուժման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է առավել ճիշտ:

Ա-Դեղորայքը պետք է ամբողջությամբ փոխարինի ֆիզիկական թերապիային:

Բ-Սպաստիկության առկայությունը ինքնին բավարար ցուցում է դեղորայքային բուժում սկսելու համար:

Գ-Դեղորայքի ընտրությունը պետք է հիմնված լինի սպաստիկության տարածվածության, ծանրության, ֆունկցիայի վրա ազդեցության և բուժման նպատակի վրա և սովորաբար զուգակցվի համապատասխան վերականգնողական միջամտությունների հետ:

Դ-Ֆոկալ և տարածուն սպաստիկության դեպքում միշտ պետք է կիրառել նույն դեղամիջոցը:

105. Մտավոր զարգացման խանգարումը (ինտելեկտուալ հաշմանդամությունը) բնութագրվում է սահմանափակումներով հիմնականում ո՞ր երկու ոլորտներում:

Ա-Ուժ և ֆիզիկական դիմացկունություն

Բ-Զգայական մշակում և ռեֆլեքսներ

Գ-Ինտելեկտուալ գործառույթներ և ադապտիվ վարքագիծ

Դ-Շարժունակություն և հավասարակշռություն

106. Որո՞նք են աուտիզմի սպեկտրի խանգարման (ԱՍԽ) երկու հիմնական ախտանշանային տիրույթները:

Ա-Խոսքի զարգացման հապաղում և անհանգստություն

Բ-Սոցիալական հաղորդակցության և սոցիալական փոխազդեցության դժվարություններ, ինչպես նաև սահմանափակ և կրկնվող վարքագծային դրսևորումներ

Գ-Շարժողական զարգացման հապաղում և ցնցումներ

Դ-Զգայական ֆունկցիաների կորուստ և ճանաչողական անկում

107. Աուտիզմի սպեկտրի խանգարման (ԱՍԽ) դեպքում զգայական մշակման առանձնահատկությունները կարող են դրսևորվել՝

Ա-Միայն հիպոզգայունությամբ

Բ-Միայն գերզգայունությամբ

Գ-Ե՛վ գերզգայունությամբ, ե՛վ հիպոզգայունությամբ

Դ-Զգայական մշակման խնդիրները բնորոշ չեն ԱՍԽ-ին

108. Ի՞նչ է դիսպրաքսիան:

Ա-Խոսքի զարգացման հապաղում

Բ-Նպատակային շարժումների պլանավորման և իրականացման դժվարություն

Գ-Տեսողության խանգարում

Դ-Լսողության կորուստ

109. Այրվածք ստացած պացիենտի մոտ ե՞րբ է նպատակահարմար սկսել ակտիվ շարժումները:

Ա-Միայն վիրահատությունից հետո

Բ-Միայն ցավի լիակատար բացակայության դեպքում

Գ-Վերքի ամբողջական փակվելուց 1 ամիս անց

Դ-Հնարավորինս վաղ՝ բժշկի թույլտվությամբ և պացիենտի վիճակին համապատասխան

110. Պառկելախոցի բուժման ժամանակ ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Վերքի վրա շարունակական ճնշման պահպանում՝ ապաքինումն արագացնելու համար

Բ-Միայն հակաբիոտիկների կիրառումը՝ անկախ վարակի առկայությունից

Գ-Ճնշման վերացում, համապատասխան վերքի խնամք, սնուցման գնահատում և անհրաժեշտության դեպքում՝ վարակի բուժում

Դ-Միայն վերքի չոր պահպանումը՝ առանց այլ միջամտությունների

111. Գոնիոմետրիկ չափման ժամանակ ո՞ր սկզբունքն է կարևոր շարժումների ծավալը ճիշտ գնահատելու համար:

Ա-Հոդի դիրքը և գոնիոմետրի առանցքը պետք է ճիշտ համապատասխանեցվեն տվյալ հոդի անատոմիական առանցքին

Բ-Գոնիոմետրը պետք է տեղադրվի միայն վերջույթի հեռավոր հատվածում

Գ-Չափումը պետք է կատարել միայն ակտիվ շարժման ժամանակ

Դ-Միշտ անհրաժեշտ է չափել միայն առողջ վերջույթը

112. Գլխուղեղի կաթվածից՝ ինսուլտից հետո վերականգնողական թիմում կարող են լինել՝

Ա-Ֆիզիկական թերապիստ

Բ-Էրգոթերապիստ

Գ-Լոգոպեդ

Դ-Բոլոր նշվածները

113. Ո՞րն է կինեզիոթերապիայի առավել ճիշտ բնորոշումը:

Ա-Միայն մերսման միջոցով բուժման մեթոդ

Բ-Միայն դեղորայքային բուժման մեթոդ

Գ-Շարժման և բուժական ֆիզիկական վարժությունների նպատակային կիրառմամբ վերականգնողական մեթոդ

Դ-Միայն ֆիզիոթերապևտիկ սարքերի կիրառմամբ բուժում

114. Ո՞ր շարժումն է համարվում պասիվ:

Ա-Թերապիստը շարժում է հիվանդի վերջույթը՝ առանց հիվանդի ակտիվ մկանային մասնակցության

Բ-Հիվանդը ինքնուրույն բարձրացնում է ձեռքը

Գ-Հիվանդը դիմադրությամբ կատարում է վարժություն

Դ-Հիվանդը ինքնուրույն քայլում է

115. Ո՞րն է ակտիվ շարժմանը բնորոշ առանձնահատկությունը:

Ա-Շարժումը կատարվում է միայն թերապիստի կողմից

Բ-Հիվանդն ինքնուրույն, կամային մկանային ակտիվությամբ կատարում է շարժումը

Գ-Շարժումը կատարվում է միայն սարքի միջոցով

Դ-Հիվանդը չի մասնակցում շարժմանը

116. Ի՞նչ է ակտիվ-օժանդակ շարժումը:

Ա-Միայն պասիվ շարժում

Բ-Հիվանդի ակտիվ շարժում, որին անհրաժեշտության դեպքում արտաքին օգնություն է տրամադրվում

Գ-Միայն դիմադրությամբ վարժություն

Դ-Միայն շնչառական վարժություն

117. Ո՞ր մկանն է պատասխանատու կոնք-ազդրային հոդի տարածման (extension) համար, հատկապես այնպիսի ուժային շարժումների ժամանակ, ինչպիսիք են աստիճաններով բարձրանալը կամ վազքը:

Ա-Մեծ հետույքային մկան (m. gluteus maximus)

Բ-Միջին հետույքային մկան (m. gluteus medius)

Գ-Ազդրի լայն փակեղի լարիչ (m. tensor fasciae latae)

Դ-Կատարաձև մկան (m. pectineus)

118. Ոտնաթաթի ներբանային ծալման (plantarflexion) և «մատների վրա» կանգնելու հզորության համար պատասխանատու սրունքի եռագլուխ մկանը (m. triceps surae) նյարդավորվում է հետևյալ նյարդի կողմից.

Ա-Ոլոքային նյարդ (n. tibialis)

Բ-Խորանիստ նրբոլոքային (n. peroneus profundus)

Գ-Մակերեսային նրբոլոքային (n. peroneus superficialis)

Դ-Ազդրային նյարդ (n. femoralis)

119. Ո՞ր ցուցանիշն է կարևոր վարժությունների ինտենսիվությունը որոշելիս:

Ա-Միայն հիվանդի տարիքը

Բ-Հիվանդի ֆունկցիոնալ վիճակը և վարժության հանդեպ արձագանքը

Գ-Միայն հիվանդի մարմնի քաշը

Դ-Միայն հիվանդության անվանումը

120. Ո՞ր պնդումն է առավել ճիշտ կինեզիոթերապիայի վերաբերյալ:

Ա-Կինեզիոթերապիան միայն մկանների ուժեղացման մեթոդ է

Բ-Կինեզիոթերապիան նպատակային շարժման միջոցով կարող է ազդել ուժի, շարժունակության, հավասարակշռության, տոկունության և ֆունկցիոնալ անկախության վրա

Գ-Կինեզիոթերապիան հակացուցված է բոլոր տարեցներին

Դ-Կինեզիոթերապիան չի պահանջում հիվանդի ֆունկցիոնալ գնահատում

121. Ո՞րն է կինեզիոթերապիայի ընթացքում հիվանդի անվտանգության կարևոր սկզբունք:

Ա-Վարժությունները կատարել հնարավորինս բարձր ինտենսիվությամբ բոլոր հիվանդների մոտ

Բ-Անտեսել ցավը և հոգնածությունը

Գ-Հետևել հիվանդի վիճակին և անհրաժեշտության դեպքում փոփոխել կամ դադարեցնել վարժությունը

Դ-Կենսական ցուցանիշները հաշվի չառնել:

122. Ի՞նչ են գնահատում Աշվորդի սանդղակով:

Ա-Մկանային ուժը

Բ-Մկանային տոնուսը և սպաստիկության աստիճանը

Գ-Հոդերի շարժման ծավալը

Դ-Հավասարակշռության և կոորդինացիայի խանգարումները

123. Ժամանակակից դասակարգումներում (ՀՄԴ-11, DSM-5) «Մտավոր հետամնացություն» տերմինին փոխարինելու է եկել «Ինտելեկտուալ զարգացման խանգարում» (Intellectual Developmental Disorder) տերմինը: Ո՞րն է այս փոփոխության հիմնական կլինիկական նպատակը.

Ա-Միայն ախտորոշման անվանումը փոխելը՝ առանց չափանիշների փոփոխության

Բ-Շեշտադրումը տեղափոխել IQ-ի թվային ցուցանիշից դեպի անհատի հարմարվողական (ադապտիվ) գործառնության գնահատումը առօրյա կյանքում

Գ-Ախտորոշումը միայն դպրոցական տարիքում դնելը

Դ-Գենետիկական հետազոտությունների պարտադիր ներառումը

124. Մկանային ուժի գնահատման 0–5 սանդղակով ի՞նչ է համապատասխանում 3 միավորին:

Ա-Շարժում ամբողջ ծավալով՝ ձգողականության ուժի դեմ, բայց առանց լրացուցիչ դիմադրության

Բ-Մկանային կծկում չկա

Գ-Շարժում ամբողջ ծավալով՝ միայն ձգողականության ուժի վերացման պայմաններում

Դ-Շարժում ամբողջ ծավալով՝ չափավոր դիմադրության դեմ

125. Գլխուղեղի ո՞ր բլթում է գտնվում «առաջնային շարժողական կեղևը», որը պատասխանատու է մարմնի հակառակ կողմի կամային շարժումների իրականացման համար.

Ա-Ծոծրակային բլթ (occipital lobe)

Բ-Ճակատային բլթ (frontal lobe)

Գ-Գագաթային բլթ (parietal lobe)

Դ-Քունքային բլթ (temporal lobe)

126. Մկանային ուժի գնահատման 0–5 սանդղակով ի՞նչ է համապատասխանում 2 միավորին:

Ա-Շարժում ամբողջ ծավալով՝ ձգողականության ուժի վերացման պայմաններում

Բ-Շարժում ամբողջ ծավալով՝ ձգողականության ուժի դեմ

Գ-Մկանային կծկում չկա

Դ-Շարժում ամբողջ ծավալով՝ արտաքին դիմադրության դեմ

127. Ո՞ր ախտանշանն է առավել բնորոշ սպինա բիֆիդային:

Ա-Վերին վերջույթների մկանային թուլություն և ձեռքի դող

Բ-Վերջույթների պարեզներ և փոքր կոնքի օրգանների ֆունկցիայի խանգարումներ

Գ-Լսողության կորուստ և հիդրոցեֆալիա

Դ-Ձեռքերի նուրբ մոտորիկայի հմտությունների կորուստ

128. Որո՞նք են Սպինա Բիֆիդային առավել բնորոշ բարդությունները:

Ա-Սրտի աշխատանքի խանգարումներ

Բ-Հիդրոցեֆալիա, կոնտրակտուրա, միզապարկի ֆունկցիայի խանգարումներ

Գ-Լսողության և խոսքի կորուստ

Դ-Լյարդի մեծացում (հեպատոմեգալիա)

129. Ո՞րն է սպինա բիֆիդայի առավել ծանր և հաճախ հանդիպող բաց ձևը:

Ա-Spina bifida occulta

Բ-Meningocele

Գ-Myelomeningocele

Դ-Spondylolisthesis

130. Սպինա բիֆիդայի դեպքում ախտահարման նյարդաբանական մակարդակը առավելապես ինչո՞վ է պայմանավորում:

Ա-Միայն պացիենտի ճանաչողական զարգացումը

Բ-Ստորին վերջույթների մկանային ուժը, զգացողությունը և շարժողական ֆունկցիան

Գ-Վերին վերջույթների շարժունակությունը

Դ-Տեսողական ֆունկցիան

131. Ո՞ր վիճակն է հաճախ ուղեկցում միելոմենինգոցելեին և կարող է պահանջել շունտավորում:

Ա-Հիդրոցեֆալիա

Բ-Սկոլիոզ

Գ-Կիֆոզ

Դ-Գենու վալգում

132. Ո՞ր հետազոտություններն են առավել կիրառելի պացիենտի մոտ գլխուղեղային շունտի դիսֆունկցիայի կասկածի դեպքում:

Ա-Գլխուղեղի ԿՏ կամ ՄՌՏ, իսկ որոշ դեպքերում՝ ռենտգենյան հետազոտություն

Բ-էլեկտրասրտագրություն

Գ-Միայն որովայնի ուլտրաձայնային հետազոտություն

Դ-Գոնիոմետրիա

133. Վենտրիկուլոպերիտոնեալ (VP) շունտի դեպքում ո՞ւր է դրենավորվում գլխուղեղ-ողնուղեղային հեղուկը:

Ա-Պլևրալ խոռոչ

Բ-Որովայնի խոռոչ

Գ-Միզապարկ

Դ-Ենթամաշկային հյուսվածքներ

134. Ծայրամասային/պերիֆերիկ/ նյարդի ախտահարման հնարավոր նշաններն են՝

Ա-Մկանային թուլություն:

Բ-Զգացողության խանգարումներ՝ ներառյալ պարէսթեզիան և թմրածությունը:

Գ-Ռեֆլեքսների փոփոխություն:

Դ-Վերոնշյալներից բոլորը:

135. Բազկային հյուսքի հիմնական նյարդարմատային կազմն է՝

Ա-C2–Th2

Բ-C5–Th1

Գ-C5–C8

Դ-C6–Th2

136. «Կախված ոտնաթաթի» (drop foot) առաջացման առավել բնորոշ պատճառներից է՝

Ա-Ընդհանուր պերոնեալ (fibular) նյարդի ախտահարումը:

Բ-Միայն տիբիալ նյարդի ախտահարումը:

Գ-Միայն ֆեմորալ նյարդի ախտահարումը:

Դ-Միայն սակրալ հյուսակի ախտահարումը:

137. Ողնուղեղի էֆերենտ ուղիները հիմնականում փոխանցում են՝

Ա-Զգայական ազդակներ ծայրամասից դեպի ուղեղ:

Բ-Շարժողական ազդակներ կենտրոնական նյարդային համակարգից դեպի էֆեկտորներ:

Գ-Միայն ցավային ազդակներ:

Դ-Միայն վեգետատիվ ազդակներ:

138. Մկանային ուժի գնահատման 0–5 սանդղակով ի՞նչ է համապատասխանում 1 միավորին:

Ա-մկանային կծկում կա, սակայն հոդում ակտիվ շարժում չկա

Բ-շարժում ամբողջ ծավալով՝ ձգողականության ուժի վերացման պայմաններում

Գ-շարժում ամբողջ ծավալով՝ ձգողականության ուժի դեմ

Դ-մկանային կծկում չկա

139. Նյարդամկանային խանգարումներին առավել բնորոշ կլինիկական դրսևորումների համակցությունն է՝

Ա-Մկանային թուլություն, ֆիզիկական դիմացկունության նվազում, շարժողական ֆունկցիայի խանգարում և որոշ դեպքերում՝ շնչառական ու կլման մկանների թուլացում

Բ-Մկանային լարվածության բարձրացում, տեսողության կորուստ և մաշկի չորություն

Գ-Ականջի հաճախակի վարակներ և լսողության նվազում

Դ-Սրտային անբավարարություն՝ որպես նյարդամկանային խանգարումների հիմնական և առաջին դրսևորում

140. Ո՞ր ողնուղեղային մակարդակներն են առավել կարևոր դիաֆրագմայի շարժիչ նյարդավորման համար:

Ա-T1–T6՝ միջկողային մկանների միջոցով

Բ-T7–L2՝ որովայնային մկանների միջոցով

Գ-C3–C5՝ ֆրենիկ նյարդի միջոցով

Դ-S1–S5՝ կոնքի հատակի մկանների միջոցով

141. Ամբողջական ողնուղեղային վնասվածքի դեպքում՝

Ա-Պահպանվում է սակրալ զգացողությունը

Բ-Բացակայում են սակրալ զգայական և շարժողական ֆունկցիաները

Գ-Կորցված է միայն շարժողական ֆունկցիան

Դ-Կորցված է միայն զգայական ֆունկցիան

142. Ի՞նչ է ավտոնոմ դիսռեֆլեքսիան:

Ա-Էպիլեպտիկ նոպա՝ պայմանավորված գլխուղեղի էլեկտրական ակտիվության խանգարմամբ

Բ-Ողնուղեղի վնասվածքի մակարդակից ներքև առաջացած գրգռիչի հետևանքով զարգացող հանկարծակի և արտահայտված զարկերակային հիպերտենզիա՝ հաճախ ուղեկցվող վեգետատիվ ախտանիշներով

Գ-Շնչառական վարակ, որն առաջացնում է սրտի հաճախության և արյան ճնշման փոփոխություններ

Դ-Ողնուղեղի վնասվածքից հետո զարգացող մկանային թուլություն

143. Ո՞րն է կոմայի առավել ճշգրիտ բնորոշումը:

Ա-Գիտակցության ընկճված վիճակ, որի դեպքում հիվանդը դժվարությամբ է արթնանում, սակայն կարող է կատարել պարզ հրահանգներ

Բ-Խոր գիտակցության խանգարման վիճակ, որի դեպքում հիվանդը չի արթնանում և չի կարողանում նպատակային արձագանքել արտաքին գրգռիչներին

Գ-Վիճակ, որի դեպքում հիմնականում խանգարված է քուն–արթուն ցիկլը, սակայն պահպանված է նպատակային արձագանքը

Դ-Վիճակ, որի դեպքում հիվանդը չի կատարում հրահանգները, սակայն պահպանված է գիտակցված շփումը

144. Ո՞ր ողնուղեղային նյարդարմատը չի մտնում բազկային հյուսակի կազմի մեջ:

Ա-C3

Բ-C5

Գ-C8

Դ-T1

145. Ո՞ր կառուցվածքային միավորն է հիմնականում մասնակցում ողնուղեղի պաշտպանությանը՝ ձևավորելով ողնաշարային խողովակի հետին պատը:

Ա-ողի մարմինը

Բ-ողնաշարային աղեղը

Գ-միջողնային սկավառակը

Դ-հոդային ելունները

146. Ո՞ր կառուցվածքն է գործում որպես ամորտիզատոր՝ կլանելով հարվածային ծանրաբեռնվածությունը ողերի մարմինների միջև:

Ա-ողնաշարային աղեղը

Բ-միջողնային սկավառակը (discus intervertebralis)

Գ-միջողնային հոդերի կապանները

Դ-ողնուղեղը

147. Ո՞րն է մեջքի ցավի ամենատարածված պատճառը ֆիզիոթերապևտիկ պրակտիկայում:

Ա-ողնուղեղի վնասվածքներ

Բ-կմախքամկանային դիսֆունկցիա՝ մկանային լարվածություն, պոստուրալ խանգարումներ

Գ-ողնաշարի բորբոքային հիվանդություններ

Դ-ողնաշարի կոտրվածքներ

148. Ամպուտացիայից հետո մեջքի և կոնքի մկանների մարզումը կարևոր է, քանի որ այն՝

Ա-նվազեցնում է նյարդային գրգռվածությունը

Բ-ապահովում է հավասարակշռությունը և կայուն կեցվածքը պրոթեզով քայլելիս

Գ-նվազեցնում է ծայրատի այտուցը

Դ-կանխում է ֆանտոմային ցավի առաջացումը

149. Մկանային ուժի գնահատման 0–5 սանդղակով ի՞նչ է համապատասխանում 0 միավորին:

Ա-Մկանային կծկում կամ տեսանելի/շոշափելի ակտիվություն չկա

Բ-Մկանային կծկում կա, սակայն ակտիվ շարժում չկա

Գ-Շարժում ամբողջ ծավալով՝ ձգողականության ուժի վերացման պայմաններում

Դ-Շարժում ամբողջ ծավալով՝ ձգողականության ուժի դեմ

150. Ինսուլտից հետո ե՞րբ է նպատակահարմար սկսել վերականգնողական միջամտությունները:

Ա-Միայն հիվանդի լիարժեք բժշկական կայունացումից և հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո:

Բ-Ինսուլտից 2–3 շաբաթ անց՝ անկախ հիվանդի վիճակից:

Գ-Բժշկական վիճակի կայունացման հնարավորինս վաղ փուլում՝ առաջին օրերին, անհատական գնահատմամբ և անվտանգության պայմանների պահպանմամբ:

Դ-Միայն այն ժամանակ, երբ սպաստիկությունն արդեն ձևավորվել է:

151. Ինսուլտից հետո սպաստիկության դեղորայքային կառավարման վերաբերյալ ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Բոլոր հիվանդներին պետք է անմիջապես նշանակել բարձր դեղաչափով բակլոֆեն:

Բ-Սպաստիկությունը պետք է պարտադիր վերացնել ամբողջությամբ, նույնիսկ եթե այն նպաստում է կանգնելուն կամ տեղաշարժվելուն:

Գ-Դեղորայքային բուժման անհրաժեշտությունը որոշվում է սպաստիկության ծանրությամբ, ցավի և ֆունկցիայի վրա դրա ազդեցությամբ. հնարավոր են տեղային և համակարգային միջամտություններ՝ անհատական ցուցումներով, զուգակցված վերականգնողական թերապիայի հետ:

Դ-Սպաստիկությունը դեղորայքով բուժել պետք չէ, քանի որ այն միշտ ինքնուրույն վերանում է:

152. Կիարի II մալֆորմացիային ո՞ր փոփոխությունն է առավել բնորոշ:

Ա-Ուղեղիկի և ուղեղաբնի կառուցվածքների տեղաշարժ դեպի մեծ ծոծրակային անցք

Բ-Ուղեղի կեղևի ատրոֆիա

Գ-Միայն կողային փորոքների լայնացում՝ առանց հետին գանգափոսի փոփոխությունների

Դ-Ողնուղեղի մեկուսացված վնասում՝ առանց գանգուղեղային փոփոխությունների

153. Ո՞ր սանդղակն է առավել հաճախ կիրառվում սպաստիկության կլինիկական գնահատման համար:

Ա-Աշվորդի փոփոխված սանդղակը (Modified Ashworth Scale)

Բ-Գլազգոյի կոմայի սանդղակը

Գ-Բերգի սանդղակը

Դ-Գոնիոմետրիկ սանդղակը

154. Ի՞նչ է ուսումնասիրում քայլքի բիոմեխանիկան:

Ա-Միայն քայլքի արագությունն ու քայլերի քանակը

Բ-Քայլքի ընթացքում մարմնի հատվածների շարժումները, հոդերի և մկանների աշխատանքը, ինչպես նաև արտաքին և ներքին ուժերի փոխազդեցությունը

Գ-Միայն ստորին վերջույթների մկանային ուժը

Դ-Միայն հավասարակշռության և կոորդինացիայի խանգարումները

155. Ի՞նչն է հանդիսանում «ստեպաժ» (steppage gait) քայլվածքի հիմնական պատճառը, որի դեպքում հիվանդը բարձր է բարձրացնում ծունկը, որպեսզի թույլ ոտնաթաթը չքսվի գետնին:

Ա-Ծնկան հոդի կոնտրակտուրան

Բ-Պերոնիալ նյարդի (peroneal nerve) պարեզը և թաթի դորզիֆլեքսիայի (թիկնային ծալման) անհնարինությունը

Գ-Աքիլեսյան ջլի կարճացումը

Դ-Գոտկային լորդոզի բացակայությունը

156. Սենսոր ատաքսիայով (օրինակ՝ ողնուղեղի հետին սյուների ախտահարման դեպքում) հիվանդների քայլվածքը կտրուկ վատանում է՝

Ա-Աղմկոտ միջավայրում

Բ-Աչքերը փակելիս կամ մթության մեջ (տեսողական վերահսկողության բացակայության դեպքում)

Գ-Արագ քայլելիս

Դ-Հարթ մակերեսի վրա քայլելիս

157. Ողնուղեղի կրծքային առաջին սեգմենտի (T1) և դրանից ներքև գտնվող վնասվածքների դեպքում ախտորոշվում է ստորին պարապլեգիա: Ի՞նչ վիճակում են գտնվում վերին վերջույթները նման վնասվածքի դեպքում:

Ա-Առկա է ձեռքերի լրիվ կաթված (տետրապլեգիա)

Բ-Ձեռքերի ֆունկցիան լիովին պահպանված է (ներառյալ դաստակի մանր մկանները)

Գ-Պահպանված է միայն ուսագոտու շարժումները

Դ-Առկա է ձեռքերի սպաստիկա՝ առանց կամային շարժումների

158. Դաստակի տարածման (extention) անհնարինությունը և «կախված դաստակի» (drop wrist) կլինիկական պատկերը վկայում է հետևյալ նյարդի ախտահարման մասին.

Ա-Միջնակ նյարդ (n. medianus)

Բ-Ճաճանչային նյարդ (n. radialis)

Գ-Ծղիկային նյարդ (n. ulnaris)

Դ-Մաշկամկանային նյարդ (n. musculocutaneus)

159. Ո՞ր մեթոդն է հնարավորություն տալիս անմիջականորեն գնահատել կուլ տալու գործընթացի ֆարինգեալ փուլը և հայտնաբերել ասպիրացիան:

Ա-Բրոնխոսկոպիա

Բ-FEES (ֆիբրոէնդոսկոպիկ կուլ տալու գնահատում)

Գ-Սպիրոմետրիա

Դ-Էլեկտրոմիոգրաֆիա

160. Ոտնաթաթ-սրունքային օրթեզները (AFO) լայնորեն կիրառվում են նյարդամկանային խանգարումների ժամանակ: Ո՞րն է դրանց հիմնական ֆունկցիան

Ա-Սրունքի մկանների ուժի ավելացումը

Բ-Ոտնաթաթի կայունացումը չեզոք դիրքում (90°) քայլքի ճախրման փուլում՝ կանխելով մատների քսվելը գետնին և ապահովելով անվտանգ հենում

Գ-Ծնկան հոդի լրիվ անշարժացումը (իմոբիլիզացիան)

Դ-Ողնաշարի գոտկային հատվածի բեռնաթափումը

161. Նորմալ քայլվածքի հիմնական փուլերն են՝

Ա-Հենման փուլ և ճախրման փուլ

Բ-Միջին հենում, ստաբիլիզացիա

Գ-Նախաճախրում վերջնական ճախրում

Դ-Սկզբնական ճախրում:

162. Ստեպաժ (steppage) քայլվածքը առավել բնորոշ է՝

Ա-Ոտնաթաթի թիկնային ծալիչ մկանների թուլությանը:

Բ-Ծնկան տարածիչ մկանների թուլությանը:

Գ-Ոտնաթաթի ներբանային ծալիչ մկանների թուլությանը:

Դ-Կոնքի զատիչ մկանների թուլությանը:

163. Հենման (stance) ֆազայում ծնկահոդի գերտարածումը (genu recurvatum) կարող է պայմանավորված լինել հետևյալ գործոններից՝

Ա-Ոտնաթաթի թիկնային ծալման (dorsiflexion) սահմանափակմամբ:

Բ-Ոտնաթաթի ներբանային ծալիչների (plantar flexors) գերակտիվությամբ կամ կարճացմամբ:

Գ-Ծնկան հոդի անկայունությամբ կամ քառագլուխ մկանի ուժի/շարժողական վերահսկման փոփոխությամբ:

Դ-Վերոնշյալ բոլոր տարբերակներով՝ կախված գերտարածման առաջացման կլինիկական մեխանիզմից:

164. Տրենդելեմբուրգի /Trendelenburg/ քայլվածքը առավել բնորոշ է՝

Ա-Կոնքազդրային հոդի զատիչ մկանների թուլությանը:

Բ-Կոնքազդրային հոդի ծալիչ մկանների թուլությանը:

Գ-Ծնկի տարածիչ մկանների թուլությանը:

Դ-Ոտնաթաթի թիկնային ծալիչ մկանների թուլությանը:

165. Պացիենտի քայլվածքի խանգարման դեպքում առավել ճիշտ մոտեցումն է՝

Ա-Անմիջապես նշանակել քայլակ՝ առանց քայլվածքի պատճառի գնահատման

Բ-Գնահատել քայլվածքը, հավասարակշռությունը, մկանային ուժը, հոդերի շարժունակությունը և խանգարման պատճառը, ապա ընտրել համապատասխան վերականգնողական միջամտությունը

Գ-Խորհուրդ տալ խուսափել քայլելուց մինչև ախտանշանների լիարժեք վերացումը

Դ-Միայն նշանակել ստորին վերջույթի օրթեզ՝ անկախ քայլվածքի խանգարման պատճառից

166. Ո՞ր քայլվածքին է բնորոշ «ցիրկումդուկցիան» (կիսաշրջանաձև շարժումը), երբ հիվանդը քայլելիս ախտահարված ոտքը դուրս է բերում կողքով՝ գետնին չդիպչելու համար:

Ա-Ատակտիկ քայլվածք

Բ-Հեմիպլեգիկ (կիսալուծանքային) քայլվածք

Գ-«Մկրատաձև» քայլվածք

Դ-Ստեպաժ (ձիու քայլվածք)

167. Տրենդելենբուրգի (կամ «բադի») քայլվածքը բնութագրվում է քայլելիս կոնքի իջեցմամբ դեպի հենման ոտքի հակառակ կողմը: Ո՞ր մկանային խմբի թուլության մասին է սա վկայում:

Ա-Որովայնի առաջնային պատի մկանների

Բ-Ազդրի երկգլուխ մկանի

Գ-Միջին հետույքային մկանի (m. gluteus medius)

Դ-Ողնաշարը ուղղող մկանների

168. Պարկինսոնյան քայլվածքին բնորոշ «ֆեստինացիան» (festination) դա՝

Ա-Քայլերի լայնացումն է և հավասարակշռության կորուստը

Բ-Քայլքի ընթացքում մարմնի ծանրության կենտրոնի հետհակումն է

Գ-Քայլքի արագացումը՝ կարճ, շառաչող քայլերով, որտեղ հիվանդը կարծես «վազում է իր ծանրության կենտրոնի հետևից»

Դ-Ոտքերի բարձր վերնետումն է քայլելիս

169. Ո՞ր մկանն է հանդիսանում կոնք-ազդրային հոդի ամենահզոր ծալիչը (flexor) և կարևոր դեր ունի քայլքի ճախրման (swing) փուլն սկսելու համար:

Ա-Մեծ հետույքային մկան (m. gluteus maximus)

Բ-Զստագոտկային մկան (m. iliopsoas)

Գ-Ազդրի նազելի մկան (m. gracilis)

Դ-Դերձակամկան (m. sartorius)

170. Քայլքի ընթացքում միակողմանի հենման փուլում ո՞ր մկանն է ապահովում կոնքի կայունությունը հորիզոնական հարթությունում՝ կանխելով կոնքի իջեցումը հակառակ կողմում:

Ա-Ազդրի առբերիչ մկան (m. adductor longus)

Բ-Միջին հետույքային մկան (m. gluteus medius)

Գ-Տանձաձև մկան (m. piriformis)

Դ-Ազդրի քառակուսի մկան (m. quadratus femoris)

171. Ո՞ր մկանն է հանդիսանում ոտնաթաթի գլխավոր թիկնային ծալիչը (dorsiflexor), որի կծկումը թույլ է տալիս բարձրացնել թաթը գետնից քայլքի ճախրման (swing) փուլում՝ կանխելով մատների քսվելը գետնին:

Ա-Սրունքի ձկնամկան (m. gastrocnemius)

Բ-Առաջնային ոլոքային մկան (m. tibialis anterior)

Գ-Նրբոլոքային երկար մկան (m. peroneus longus)

Դ-Սրունքի մկան (m. soleus)

172. Ո՞րն է «Գիշերային օրթեզների» կիրառման առաջնային կլինիկական նպատակը սպաստիկություն ունեցող պացիենտների մոտ.

Ա-Քայլքի արագության մեծացումը

Բ-Հոդի շարժման ծավալի պահպանումը, մկանների ու ջլերի երկարացումը և կայուն կոնտրակտուրաների ձևավորման կանխարգելումը

Գ-Վերջույթի մկանների հանգստությունը

Դ-Ոսկրային կոշտուկի ձևավորման արագացումը կոտրվածքներից հետո

173. Երկարատև անշարժեցումը/իմոբիլիզացիան/ կմախքամկանային համակարգի վրա կարող է առաջացնել՝

Ա-Մկանային ուժի և տոկունության բարձրացում:

Բ-Մկանային ատրոֆիա, հոդերի շարժումների սահմանափակում և կոնտրակտուրաների առաջացման վտանգ:

Գ-Ոսկրային խտության բարձրացում:

Դ-Հոդերի շարժունակության կայուն բարելավում:

174. Ely-ի թեստը որ մկանի լարվածություն/կոնտրակտուրան է գնահատելու՝

Ա-Ծնկան ծալիչ մկանների /Համստրինգների/ կարճացումը:

Բ-Ուղիղ ազդրային մկանի կարճացումը/ձգվածությունը:

Գ-Աքիլեսյան ջլի կարճացումը:

Դ-Կոնքազդրային զատիչ մկանների ուժը:

175. Ստորին վերջույթի ամպուտացիայից հետո ֆիզիկական թերապիայի վաղ փուլում առաջնային նպատակներից է՝

Ա-մկանների առավելագույն ուժեղացումը

Բ-ծայրատի ձևավորումը և այտուցի նվազեցումը

Գ-արհեստական վերջույթի փորձարկումը

Դ-կեցվածքի վերահսկումը

176. Ո՞ր մկանն է հիմնականում կարճացած բնածին տորտիկոլիզի (ծուռվզության) ժամանակ:

Ա-տրապեցաձև մկան (trapezius)

Բ-դելտայաձև մկան (deltoideus)

Գ-կրծոսկրանրակ-պտկաձև մկան (sternocleidomastoideus)

Դ-վերփշային մկան (supraspinatus)

177. Պերտեսի հիվանդությունը (Legg–Calvé–Perthes disease) դա՝

Ա-ազդրոսկրի գլխիկի ասեպտիկ (ավասկուլյար) նեկրոզն է

Բ-ազդրոսկրի վզիկի նեկրոզն է

Գ-կոնք-ազդրային հոդի սինովիտն է

Դ-ծնկան հոդի բորբոքումն է

178. Ի՞նչ է Բեխտերևի հիվանդությունը (անկիլոզացնող սպոնդիլիտը):

Ա-ողնաշարի միայն դեգեներատիվ հիվանդություն, որը կապված է միջողնային սկավառակների տարիքային մաշվածության հետ

Բ-ողնաշարի սուր բակտերիալ վարակ, որն առաջացնում է ողերի քայքայում

Գ-քրոնիկ բորբոքային ռևմատոլոգիական հիվանդություն, որը հիմնականում ախտահարում է ողնաշարը և սրբան-զստային հոդերը՝ առաջացնելով ցավ, կարկամություն և ժամանակի ընթացքում՝ ողնաշարի շարժունակության սահմանափակում

Դ-ողնաշարի վնասվածք, որն առաջանում է միայն մեխանիկական ծանրաբեռնվածությունից

179. Բեխտերևի հիվանդության (անկիլոզացնող սպոնդիլիտի) ժամանակ ո՞րն է վերականգնողական բուժման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա-երկարատև անկողնային ռեժիմ և ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում

Բ-միայն մերսում՝ առանց բուժական վարժությունների

Գ-միայն ցավազրկող դեղորայք՝ առանց ֆիզիկական վերականգնման

Դ-կանոնավոր բուժական վարժություններ՝ ողնաշարի շարժունակության, կեցվածքի, կրծքավանդակի էքսկուրսիայի և մկանային ուժի պահպանման նպատակով՝ ֆիզիկական ակտիվության և հիվանդության վերահսկման համակցմամբ

180. Ո՞ր դեպքում է առավել նպատակահարմար օգտագործել չորս ոտանի հենակ (quad cane):

Ա-երբ պացիենտը լիովին անկարող է կանգնել և քայլել

Բ-միայն ստորին վերջույթի ամբողջական պարալիզի դեպքում

Գ-երբ անհրաժեշտ է քայլքի ժամանակ լրացուցիչ կայունություն՝ միակողմանի կամ չափավոր հավասարակշռության խանգարման պայմաններում

Դ-միայն այն դեպքում, երբ պացիենտը չի կարողանում օգտագործել վերին վերջույթները

181. Բակլոֆեն նշանակելիս ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Սկսել բարձր դեղաչափից՝ սպաստիկությունը հնարավորինս արագ վերացնելու համար:

Բ-Բակլոֆենը նշանակել միայն այն դեպքում, երբ արդեն ձևավորվել է կոնտրակտուրա:

Գ-Սկսել ցածր դեղաչափից և աստիճանաբար տիտրացնել՝ գնահատելով կլինիկական ազդեցությունը, քնկոտությունը, մկանային թուլությունը:

Դ-Բակլոֆենը միշտ պետք է նշանակել ֆիքսված դեղաչափով՝ անկախ երեխայի տարիքից և քաշից:

182. Ո՞րն է Շոյերման-Մաու հիվանդության ռենտգենաբանական ախտորոշման հիմնական չափանիշը

Ա-մեկ ողի սեպաձև դեֆորմացիա 10 աստիճանից ավելի անկյունով:

Բ-ողնաշարի կրծքային հատվածի կիֆոզի առկայություն 20 աստիճանից պակաս անկյունով:

Գ-3 կամ ավելի հաջորդական ողերի սեպաձև դեֆորմացիա՝ յուրաքանչյուրը 5 աստիճան և ավելի անկյունով:

Դ-միայն շմորլի ճողվածքների առկայությունը գոտկային հատվածում:

183. Կլինիկական հետազոտման ժամանակ ո՞ր նշանն է բնորոշ Շոյերման-Մաու հիվանդությանը և օգնում այն տարբերակել սովորական կեցվածքային կիֆոզից:

Ա-կիֆոզը լիովին ուղղվում է պացիենտի կամավոր ջանքերի կամ պառկած դիրքի ժամանակ:

Բ-կիֆոզը կրում է ֆիքսված բնույթ և չի հարթվում առավելագույն ուղղվելու փորձի կամ առաջ թեքվելու (adam's forward bend test) ժամանակ:

Գ-ողնաշարի գոտկային լորդոզի լիակատար բացակայությունը (հարթ մեջք):

Դ-միայն ստորին վերջույթների մկանային հիպոտոնիան:

184. Ո՞րն է Շոյերման-Մաու հիվանդության կինեզոթերապիայի հիմնական նպատակը՝ հաշվի առնելով մկանային դիսբալանսը:

Ա-մեջքն ուղղող (m. erector spinae), շեղանկյունաձև (mm. rhomboidei) և սեղանարդաձև (m. trapezius) մկանների ուժեղացում՝ զուգակցված կրծքամկանների (mm. pectorales) և ազդրի հետին խմբի (hamstrings) մկանների ձգման հետ:

Բ-որովայնի ուղիղ մկանի (m. rectus abdominis) մեկուսացված ուժեղացում և մեջքի սեփական մկանների տոնուսի նվազեցում:

Գ-շեղանկյունաձև մկանների պասիվ ձգում և կրծքի մեծ մկանի (m. pectoralis major) տոնուսի բարձրացում:

Դ-միայն քառագլուխ մկանի (m. quadriceps femoris) ուժեղացում՝ առանց իրանի և թիակների մկանների ներգրավման:

185. Բակլոֆեն նշանակելիս ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Սկսել բարձր դեղաչափից՝ սպաստիկությունը հնարավորինս արագ վերացնելու համար:

Բ-Բակլոֆենը նշանակել միայն այն դեպքում, երբ արդեն ձևավորվել է կոնտրակտուրա:

Գ-Սկսել ցածր դեղաչափից և աստիճանաբար տիտրացնել՝ գնահատելով կլինիկական ազդեցությունը, քնկոտությունը, մկանային թուլությունը :

Դ-Բակլոֆենը միշտ պետք է նշանակել ֆիքսված դեղաչափով՝ անկախ երեխայի տարիքից և քաշից:

186. Պարանոցի առաջային մակերեսի այրվածքից հետո պարանոցի կոնտրակտուրայի կանխարգելման համար ո՞ր դիրքն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Չեզոք դիրք

Բ-Առաջ ծալման դիրք (ֆլեքսիա)

Գ-Տարածման դիրք (էքստենզիա)

Դ-Կողային թեքման դիրք

187. Ո՞ր հիվանդների մոտ է այրվածքից հետո կոնտրակտուրաների զարգացման ռիսկն առավել բարձր:

Ա-Միայն առաջին աստիճանի այրվածք ունեցող հիվանդների մոտ

Բ-Միայն տարեցների մոտ

Գ-Միայն երեխաների մոտ

Դ-Երկարատև բաց վերքեր և շարժումների սահմանափակում ունեցող հիվանդների մոտ

188. Այրվածքից հետո կոնտրակտուրայի զարգացման հիմնական պատճառներից ո՞րն է:

Ա-Միայն մաշկի գունափոխությունը

Բ-Սպիային հյուսվածքի կծկումը և երկարատև անշարժությունը

Գ-Մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը

Դ-Մաշկի անցողիկ չորությունը

189. Այրվածքից հետո կոնտրակտուրայի կանխարգելման առավել կարևոր միջոցներից ո՞րն է:

Ա-Վերջույթի երկարատև անշարժացումը

Բ-Միայն ցավազրկող դեղերի կիրառումը

Գ-Ճիշտ դիրքավորում, վաղ շարժումներ և շարժումների ծավալի պահպանում

Դ-Վարժությունների ամբողջական դադարեցումը մինչև սպիի հասունացումը

190. Ո՞ր գործոնն է առավել հաճախ նպաստում կոնտրակտուրայի զարգացմանը:

Ա-Կանոնավոր ֆիզիկական ակտիվությունը

Բ-Երկարատև անշարժությունը և հոդի շարժումների սահմանափակումը

Գ-Ճիշտ դիրքավորումը

Դ-Հոդի լիարժեք շարժունակության պահպանումը

191. Ո՞ր վիճակները կարող են նպաստել կոնտրակտուրաների զարգացմանը:

Ա-Մկանային թուլությունը, սպաստիկությունը և երկարատև անշարժությունը

Բ-Մաշկի չորությունը

Գ-Հոդերի հիպերմոբիլությունը

Դ-Աերոբիկ ֆիզիկական ակտիվությունը և սպաստիկությունը

192. Ո՞րն է կոնտրակտուրայի զարգացման հիմնական մեխանիզմներից մեկը:

Ա-Հոդի շուրջ փափուկ հյուսվածքների կրճատումը, որը սահմանափակում է շարժումների ծավալը

Բ-Մկանների ֆիզիոլոգիական ուժի ավելացումը

Գ-Հոդի շարժունակության ֆիզիոլոգիական մեծացումը

Դ-Ոսկրային հյուսվածքի ֆիզիոլոգիական վերականգնումը

193. Ո՞ր գործոնների համակցությունն է առավել հաճախ նպաստում կոնտրակտուրայի զարգացմանը:

Ա-Երկարատև անշարժությունը, հոդի երկարատև ֆիքսված դիրքը և մկանային անհավասարակշռությունը

Բ-Կանոնավոր ֆիզիկական ակտիվությունը և լիարժեք շարժումների ծավալը

Գ-հոդերի հիպերմոբիլությունը

Դ-մկանային ուժի ավելացումը

194. Ո՞ր մոտեցումն է առավել նպատակահարմար կոնտրակտուրաների կանխարգելման համար:

Ա-Երկարատև անշարժություն՝ հոդը պաշտպանելու նպատակով

Բ-Վաղ շարժողական ակտիվություն, ճիշտ դիրքավորում, շարժումների ծավալի պահպանում և անհրաժեշտության դեպքում՝ օրթեզավորում

Գ-Միայն ցավի առաջացման դեպքում վարժությունների իրականացում

Դ-Մերսում՝ առանց դիրքավորման և շարժումների

195. Այրվածքների դեպքում ո՞րն է վերականգնողական բուժման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա-Վաղ դիրքավորում, շարժողական թերապիա, կոնտրակտուրաների կանխարգելում, մկանային ուժի և ֆունկցիայի վերականգնում, ինչպես նաև սպիի կառավարում՝ ըստ վիճակի

Բ-Միայն երկարատև անշարժացում՝ մինչև մաշկի ամբողջական ապաքինումը

Գ-Միայն մերսում՝ վերականգնման ամբողջ ընթացքում

Դ-Ֆիզիկական ակտիվության լիակատար արգելում մինչև սպիների անհետացումը

196. Այրվածքներով պացիենտի դիրքավորման հիմնական նպատակն է՝

Ա-Միայն ցավի նվազեցումը և պացիենտի հարմարավետության ապահովումը

Բ-Կոնտրակտուրաների կանխարգելումը և հոդերի ֆունկցիոնալ դիրքի պահպանումը

Գ-Այրված հատվածի լիարժեք անշարժացումը մինչև վերքի ամբողջական ապաքինումը

Դ-Միայն այտուցի նվազեցումը

197. Ո՞րն է օրթեզի ընտրության կարևորագույն սկզբունքներից մեկը:

Ա-Ընտրել ամենաթանկ սարքը

Բ-Ընտրել միայն ըստ հիվանդի ցանկության

Գ-Համապատասխանեցնել օրթեզը անձի ֆունկցիոնալ կարիքներին, վիճակին և նպատակներին

Դ-Բոլոր հիվանդներին նշանակել նույն տեսակի օրթեզ

198. Ո՞րն է անվասայլակի ճիշտ ընտրության հիմնական նպատակը:

Ա-Միայն նստելու հնարավորություն ապահովելը

Բ-Անվտանգ, արդյունավետ և հնարավորինս անկախ տեղաշարժ ապահովելը

Գ-Հիվանդին քայլելուց ամբողջությամբ հրաժարեցնելը

Դ-Միայն կոսմետիկ հարմարավետությունը

199. Ճնշման խոցերի կանխարգելման նպատակով անվասայլակ օգտագործող անձի դեպքում կարևոր է՝

Ա-Երկար ժամանակ պահպանել նույն դիրքը

Բ-Ապահովել ճիշտ դիրքավորում և կանոնավոր ճնշման բեռնաթափում

Գ-Նստատեղը դարձնել հնարավորինս կոշտ

Դ-Խուսափել ցանկացած շարժումից

200. Ո՞րն է աջակցող միջոցի արդյունավետության գնահատման լավագույն մոտեցումը:

Ա-Գնահատել՝ արդյոք այն բարելավում է անձի անվտանգությունը, ֆունկցիոնալությունը, անկախությունը և մասնակցությունը

Բ-Գնահատել միայն սարքի գինը

Գ-Գնահատել միայն սարքի արտաքին տեսքը

Դ-Գնահատել միայն դրա քաշը

201. Ո՞ր կլինիկական պատկերն է առավել բնորոշ Շարկո–Մարի–Թութի հիվանդությանը:

Ա-Պրոքսիմալ մկանային թուլություն և Գովերսի նշան

Բ-Դիստալ մկանային թուլություն, «կախված թաթ» և բարձրակամար թաթ (pes cavus)

Գ-Սպաստիկ պարապարեզ և պաթոլոգիական ռեֆլեքսներ

Դ-Միոտոնիա և դեմքի մկանների արտահայտված թուլություն

202. Եթե հիվանդի ֆունկցիոնալ վիճակը փոխվել է, աջակցող միջոցը՝

Ա-Երբեք չի վերանայվում

Բ-Պետք է վերագնահատվի և անհրաժեշտության դեպքում հարմարեցվի կամ փոխարինվի

Գ-Պետք է անմիջապես դադարեցվի

Դ-Պետք է փոխարինվի դեղորայքով

203. Ո՞րն է կարճաժամկետ նպատակի առավել ճիշտ բնորոշումը վերականգնողական բուժման մեջ:

Ա-Հիվանդության վերջնական կանխատեսումը

Բ-Կարճ ժամանակահատվածում ակնկալվող կոնկրետ, չափելի և իրատեսական ֆունկցիոնալ արդյունքը

Գ-Երկար տարիների ընթացքում ակնկալվող ընդհանուր արդյունքը

Դ-Միայն բժշկական ախտորոշման հաստատումը

204. Ո՞ր դեղամիջոցն է առավել նպատակահարմար ֆոկալ սպաստիկության դեպքում, երբ ներգրավված են մեկ կամ մի քանի կոնկրետ մկանախմբեր:

Ա-Բակլոֆեն

Բ-Տիզանիդին

Գ-Բոտուլինոտոքսին A

Դ-Դանտրոլեն

205. Տարածուն սպաստիկության դեպքում ո՞ր դեղամիջոցը կարող է կիրառվել որպես համակարգային բուժում:

Ա-Բակլոֆեն

Բ-Բոտուլինոտոքսին A

Գ-Միայն պարացետամոլ

Դ-Միայն տեղային անալգետիկ միջոցներ

206. Բակլոֆենով երկարատև բուժման ժամանակ ո՞ր լաբորատոր ցուցանիշն է հատկապես կարևոր վերահսկել:

Ա-ALT/AST՝ որպես հիմնական մոնիթորինգ բոլոր երեխաների համար:

Բ-CK՝ բակլոֆենի թունավորությունը գնահատելու համար:

Գ-Երիկամային ֆունկցիան՝ հատկապես կրեատինինը, քանի որ բակլոֆենը հիմնականում արտազատվում է երիկամներով:

Դ-Միայն հեմոգլոբինը:

207. Ո՞ր կլինիկական նշանն է առավել բնորոշ առաջնային մկանային հիվանդություններին:

Ա-Պրոգրեսիվ մկանային թուլություն՝ հատկապես պրոքսիմալ մկաններում

Բ-Զգացողության ամբողջական կորուստ

Գ-Միայն սպաստիկության զարգացում

Դ-Միայն հոդերի ցավ՝ առանց մկանային թուլության

208. Ի՞նչ է սպաստիկան:

Ա-Մկանային տոնուսի մշտական նվազում՝ անկախ շարժման արագությունից

Բ-Մկանային տոնուսի բարձրացում, որն արտահայտվում է մկանների պասիվ ձգման ժամանակ

Գ-Մկանային ուժի ամբողջական կորուստ

Դ-Հոդի շարժումների ծավալի մեկուսացված սահմանափակում

209. Ո՞ր գործոնն է առավել հաճախ նպաստում երկարատև անշարժություն ունեցող հիվանդի մոտ սարկոպենիայի զարգացմանը:

Ա-Մկանների կանոնավոր ակտիվացում և ֆիզիկական ծանրաբեռնվածություն

Բ-Երկարատև ֆիզիկական անգործությունը և մկանների չօգտագործումը

Գ-Կանոնավոր վերտիկալիզացիան

Դ-Բավարար սպիտակուցային սնուցումը և ֆիզիկական ակտիվությունը

210. Ո՞ր մեխանիզմն է առավել բնորոշ երկարատև իմոբիլիզացիայի հետևանքով սարկոպենիայի զարգացմանը:

Ա-Մկանային մեխանիկական ծանրաբեռնվածության նվազում → սպիտակուցի սինթեզի նվազում → մկանային ատրոֆիա և ուժի անկում

Բ-Մեխանիկական ծանրաբեռնվածության ավելացում → մկանային զանգվածի արագ աճ

Գ-Մկանային ակտիվության նվազում → մկանային ուժի ավելացում

Դ-Անշարժություն → մկանային սպիտակուցի սինթեզի կայունացում → ֆունկցիայի բարելավում

211. Ամբողջ խորությամբ այրվածքի դեպքում մաշկի ո՞ր ֆունկցիաները կարող են խանգարվել:

Ա-Միայն զգացողությունը

Բ-Միայն ջերմակարգավորումը

Գ-Միայն պաշտպանական ֆունկցիան

Դ-Զգացողությունը, ջերմակարգավորումը և պաշտպանական ֆունկցիան

212. Ո՞րն է առաջին աստիճանի այրվածքի բնորոշ նշանը:

Ա-Բշտիկների առաջացում

Բ-Մաշկի կարմրություն՝ առանց բշտիկների

Գ-Մաշկի ածխացում

Դ-Հյուսվածքների նեկրոզ

213. Այրվածք ստացած պացիենտի մոտ ե՞րբ է նպատակահարմար սկսել ֆիզիոթերապիան՝ բժշկական վիճակի կայունացման դեպքում:

Ա-Միայն վերքի ամբողջական փակվելուց հետո

Բ-Միայն ցավերի ամբողջական անցումից հետո

Գ-Վիրահատությունից 2 շաբաթ անց

Դ-Հնարավորինս վաղ՝ սովորաբար առաջին 24–48 ժամվա ընթացքում

214. Խորը այրվածքի դեպքում հոդի վերականգնման հիմնական սկզբունքն է՝

Ա-Հոդի ամբողջական անշարժացում

Բ-Միայն բնական, ինքնաբուխ շարժումների խրախուսում

Գ-Օրական մեկ անգամ վարժությունների կատարում

Դ-Ակտիվ և պասիվ շարժումների համադրություն

215. Ի՞նչ է հետերոտոպիկ օսիֆիկացիան:

Ա-Հոդային աճառի դեգեներատիվ փոփոխություն

Բ-Ոսկրային հյուսվածքի ախտաբանական ձևավորում փափուկ հյուսվածքներում՝ իր նորմալ տեղակայման սահմաններից դուրս

Գ-Մկանային հյուսվածքի բորբոքային ախտահարում

Դ-Հոդի կապանների ձգում՝ առանց ոսկրային փոփոխությունների

216. Ո՞ր ախտանշանների համակցությունն է առավել բնորոշ հետերոտոպիկ օսիֆիկացիային:

Ա-Ցավ, տեղային այտուց/տաքություն և հոդի շարժումների աստիճանական սահմանափակում

Բ-Մաշկի քոր և ցան

Գ-Մկանային ուժի անցողիկ բարձրացում

Դ-Հոդի շարժումների ծավալի մեծացում՝ առանց ցավի

217. Ո՞ր միջոցն է առավել արդյունավետ պառկելախոցերի կանխարգելման համար բարձր ռիսկ ունեցող երեխայի մոտ:

Ա-Դիրքի փոփոխություն և ճնշման բեռնաթափում

Բ-Երկարատև անշարժ պահել ՝ մաշկը չվնասելու նպատակով

Գ-Մաշկի ամենօրյա մերսում

Դ-ցավազրկող և հակաբորբոքային դեղերի կիրառում

218. Ո՞ր գործընթացն է առավել բնորոշ մակերեսային, մասնակի խորությամբ պառկելախոցի լավացմանը:

Ա-Միայն սպիական հյուսվածքի ձևավորում

Բ-Էպիթելիզացիա՝ նոր էպիթելի ձևավորմամբ

Գ-Ոսկրային հյուսվածքի ձևավորում

Դ-Նեկրոզի խորացում

219. Մկանային ուժի կլինիկական գնահատման համար առավել հաճախ կիրառվող մեթոդներից ո՞րն է:

Ա-Գոնիոմետրիա

Բ-Մանուալ մկանային թեստավորումը

Գ-Սպիրոմետրիա

Դ-Պուլսօքսիմետրիա

220. Երկարատև անշարժեցման հետևանքով սիրտ-թոքային համակարգում հնարավոր է՝

Ա-Ֆիզիկական աշխատունակության բարձրացում:

Բ-Շնչառական մկանների թուլացում, դեկոնդիցիոնավորում և օրթոստատիկ անհանդուրժողականություն:

Գ-Թոքերի ֆունկցիայի կայուն բարելավում:

Դ-Սրտանոթային համակարգի տոկունության կարգավորում:

221. Ո՞րն է երկարատև անշարժեցման դեպքում վերականգնողական միջամտությունների հիմնական նպատակը:

Ա-Երեխային հնարավորինս երկար պահել անկողնային ռեժիմում:

Բ-Կանխել երկրորդային բարդությունները և աստիճանաբար վերականգնել անվտանգ շարժունակությունն ու մասնակցությունը:

Գ-Խուսափել ցանկացած ֆիզիկական ակտիվությունից:

Դ-Կիրառել պասիվ շարժումներ:

222. Երկարատև իմոբիլիզացիայից հետո ուղղահայաց դիրքի ընդունման ժամանակ ո՞ր վիճակի զարգացման ռիսկն է բարձրանում՝ կապված օրթոստատիկ արյան ճնշման կարգավորման խանգարման հետ:

Ա-Զարկերակային հիպերտոնիա

Բ-Օրթոստատիկ հիպոտենզիա

Գ-Բրադիկարդիա

Դ-Աորտայի անևրիզմա

223. Երկարատև իմոբիլիզացիան ինչպե՞ս է ազդում խորը երակային թրոմբոզի (ԽԵԹ) զարգացման ռիսկի վրա:

Ա-Նվազեցնում է ԽԵԹ-ի ռիսկը՝ նվազեցնելով մկանային ակտիվությունը

Բ-Չի ազդում ԽԵԹ-ի զարգացման ռիսկի վրա

Գ-Բարձրացնում է ԽԵԹ-ի ռիսկը՝ հատկապես երակային արյան հոսքի դանդաղման պատճառով

Դ-Կանխում է ստորին վերջույթներում երակային ստազը

224. Խորը երակային թրոմբոզի դեպքում թրոմբի տեղաշարժվելու և թոքային զարկերակի խցանման հետևանքով ո՞ր բարդությունը կարող է զարգանալ:

Ա-Թոքային էմբոլիա

Բ-Օրթոստատիկ հիպոտենզիա

Գ-Սրտի բրադիկարդիա

Դ-Զարկերակային հիպերտոնիա

225. Երկարատև անշարժություն ունեցող պացիենտի մոտ ո՞ր միջամտությունն է կարևոր ոսկրային խթության պահպանման և մեխանիկական ծանրաբեռնվածության ապահովման համար:

Ա-Վերտիկալիզացիա՝ աստիճանական և անհատականացված ծանրաբեռնվածությամբ

Բ-Երկարատև պառկած դիրքի պահպանում

Գ-Միայն վերին վերջույթների պասիվ շարժումներ

Դ-Ֆիզիկական ակտիվության լիարժեք սահմանափակում

226. Օստեոպորոզ ունեցող պացիենտի մոտ վերտիկալիզացիայի ընթացքում ո՞ր բարդության նկատմամբ պետք է հատկապես զգոն լինել:

Ա-Ոսկրային վնասվածքի և կոտրվածքի ռիսկի բարձրացման

Բ-Տեսողության սրության բարձրացման

Գ-Մկանային ուժի անխուսափելի կորստի

Դ-Հոդերի հիպերմոբիլության զարգացման

227. Ինչո՞վ է տարբերվում «դինամիկ» (հոդավոր) օրթեզը «ստատիկ» (կոշտ) օրթեզից.

Ա-Դինամիկ օրթեզը նախատեսված է միայն վիրահատությունից հետո առաջին 24 ժամվա համար

Բ-Ստատիկ օրթեզը թույլ է տալիս իրականացնել ակտիվ շարժումներ բոլոր հարթություններում

Գ-Դինամիկ օրթեզն ունի ներկառուցված հոդեր, որոնք թույլ են տալիս վերահսկվող շարժումներ որոշակի հարթությունում, մինչդեռ ստատիկը լիովին անշարժացնում է հոդը

Դ-Ստատիկ օրթեզները պատրաստվում են միայն կաշվից, իսկ դինամիկները՝ պլաստիկից

228. Թիակի նորմալ դիրքի և շարժման գնահատման ժամանակ կարևոր է գնահատել՝

Ա-Թիակի դիրքը կրծքավանդակի նկատմամբ:

Բ-Թիակի վերև/ներքև ռոտացիան, բարձրացումը/իջեցումը և պրոտրակցիա/ռետրակցիան:

Գ-Սկապուլոհումերալ ռիթմը:

Դ-Վերոնշյալներից բոլորը:

229. Որո՞նք են շնչառությանը մասնակցող հիմնական մկանները:

Ա-Դիաֆրագման և արտաքին միջկողային մկանները
Բ-Երկգլուխ և եռագլուխ բազկային մկանները
Գ-Մեծ և միջին սրունքային մկանները
Դ-Կրծքային մեծ և երկգլուխ բազկային մկանները

230. Ո՞ր մկանն է համարվում հիմնական ներշնչման մկան:

Ա-Միջկողային մկանները
Բ-Ստոծանի (դիաֆրագմա)
Գ-Մեծ կրծքամկան (m. pectoralis major)
Դ-Որովայնի մկանները

231. Ո՞ր վիճակի դեպքում է կրծքավանդակի պերկուսիան հակացուցված:

Ա-Ատելեկտազ
Բ-Թոքերում խիտ/կպչուն սեկրետի կուտակում
Գ-Թարմ թոքային արյունահոսություն
Դ-Բրոնխային հիպերսեկրեցիա

232. Ո՞ր իրավիճակում է կրծքավանդակի վիբրացիան առավել նպատակահարմար:

Ա-Քնի ընթացքում շնչառության դադարների կանխարգելման համար

Բ-Արտաշնչման ընթացքում սեկրետի մոբիլիզացիային և արտազատմանը նպաստելու համար

Գ-Շնչուղիների լայնացման նպատակով

Դ-Սրտային անբավարարության սրացման ժամանակ

233. Շնչառական ծանրաբեռնվածության դեպքում ո՞ր մկաններն են համարվում օժանդակ ներշնչական մկաններ:

Ա-Որովայնի մկանները և ներքին միջկողային մկանները

Բ-Կրծոսկր-անրակ-պտկաձև և սանդղաձև մկանները

Գ-Միայն լայնակի որովայնային մկանը

Դ-Մեծ սրունքային մկանը

234. Մաշկի ո՞ր շերտն է պարունակում քրտնագեղձեր և մասնակցում ջերմակարգավորմանը:

Ա-Էպիդերմիս

Բ-Դերմիս

Գ-Հիպոդերմիս (ենթամաշկային շերտ)

Դ-Մկանային

235. Ո՞ր գործոնն է առավել կարևոր պառկելախոցի զարգացման համար:

Ա-Կարճատև նստած դիրքը

Բ-Երկարատև ճնշումը մաշկի և ենթամաշկային հյուսվածքների վրա

Գ-Կանոնավոր ակտիվ շարժումները

Դ-Մաշկի ամենօրյա խոնավացումը

236. Պառկելախոցի ո՞ր աստիճանին է բնորոշ մաշկի ամբողջականության խախտումը՝ մակերեսային բաց վերքով, առանց ենթամաշկային հյուսվածքի տեսանելի կորստի:

Ա-I աստիճան

Բ-II աստիճան

Գ-III աստիճան

Դ-IV աստիճան

237. Ի՞նչ է գրանուլյացիան պառկելախոցի լավացման գործընթացում:

Ա-Վերքի մակերեսի մեռուկացած հյուսվածքի կուտակում

Բ-Վերքի հատակում նոր շարակցական հյուսվածքի և մազանոթների ձևավորում

Գ-Մաշկի մակերեսային շերտի կլեպավորում

Դ-Վերքի վարակային բորբոքման զարգացում

238. Ի՞նչ է էպիթելիզացիան պառկելախոցի լավացման ընթացքում:

Ա-Նոր էպիթելի ձևավորում և տարածում վերքի մակերեսի վրա

Բ-Վերքի հատակում թարախի կուտակում

Գ-Նեկրոտիկ հյուսվածքի ձևավորում

Դ-Ենթամաշկային ճարպային հյուսվածքի քայքայում

239. Ֆանտոմային ցավի նվազեցման արդյունավետ մեթոդներից է՝

Ա-Մեկուսացումը և շարժումների սահմանափակումը

Բ-Մասնակի ծանրաբեռնման վարժությունները

Գ-Դեսենսիտիզացիոն տեխնիկաները և հայելային թերապիան

Դ-Պրոթեզով քայլելը

240. Ստորին վերջույթի անդամահատման ո՞ր մակարդակն է պահպանում ծնկան հոդը:

Ա-Տրանսֆեմորալ անդամահատում

Բ-Տրանսֆեմորալ անդամահատում՝ ծնկան հոդի մակարդակով

Գ-Տրանստիբիալ անդամահատում

Դ-Կոնքի դեզարտիկուլացիա

241. Ի՞նչ է դիսֆագիան:

Ա-Սննդի ախորժակի նվազում

Բ-Կուլ տալու գործընթացի խանգարում, որը կարող է առաջացնել սննդի կամ հեղուկի անվտանգ և արդյունավետ ընդունման դժվարություն

Գ-Ծամելու ունակության նվազում

Դ-Խոսքի արտասանության խանգարում

242. Ո՞րոնք են դիսֆագիայի անուղղակի նշանները երեխայի մոտ:

Ա-Սնվելու ընթացքում կամ դրանից հետո կրկնվող հազ, խեղդվելու դրվագներ կամ ձայնի խոնավ/«գոգռան» փոփոխություն

Բ-Ախորժակի բարձրացում

Գ-Մարմնի ջերմաստիճանի նվազում

Դ-Միայն քնի տևողության ավելացում

243. Ի՞նչ է վերտիկալիզացիան վերականգնողական բուժման մեջ:

Ա-Հիվանդի պասիվ տեղափոխումը մի սենյակից մյուսը

Բ-Հիվանդին ուղղաձիգ դիրքի աստիճանական հարմարեցման և կանգնելու գործընթացը

Գ-Միայն ստորին վերջույթների մերսումը

Դ-Հիվանդի երկարատև պառկած դիրքի պահպանումը

244. Ո՞ր մկաններն են կազմում ուսահոդի ռոտատոր մանժետը:

Ա-Վերփշային, ենթափշային, փոքր կլոր և ենթաթիակային

Բ-Դելտայաձև, երկգլուխ, եռագլուխ և մեծ կրծքային

Գ-Մեծ կլոր, մեծ կրծքային, լայնագույն մեջքի և դելտայաձև

Դ-Երկգլուխ, բազկային, կորակաբազկային և եռագլուխ

245. Ո՞րն է կոնք-ազդրային հոդի տարածման հիմնական մկանը:

Ա-m. iliopsoas

Բ-m. gluteus maximus

Գ-m. gluteus medius

Դ-m. sartorius

246. Ո՞ր մկանն է հիմնականում կատարում նախաբազկի սուպինացիան՝ վերհակումը:

Ա-m. pronator teres

Բ-m. pronator quadratus

Գ-m. supinator

Դ-m. brachioradialis

247. Ո՞ր մկանն է հիմնականում մասնակցում ուսահոդի աբդուկցիային՝ զատմանը:

Ա-m. pectoralis major

Բ-m. deltoideus

Գ-m. latissimus dorsi

Դ-m. subscapularis

248. Որո՞նք են ողնաշարի ֆիզիոլոգիական կորությունները:

Ա-Միայն պարանոցային և գոտկային լորդոզները

Բ-Պարանոցային և գոտկային լորդոզներ, կրծքային կիֆոզ

Գ-Միայն կրծքային կիֆոզ

Դ-Ողնաշարը չունի ֆիզիոլոգիական կորություններ

249. Ո՞րն է կարպալ թունելի համախտանիշը:

Ա-Միջնակ նյարդի սեղմման հետևանքով առաջացող կոմպրեսիոն նեյրոպաթիա՝ կարպալ թունելի մակարդակում

Բ-Ճաճանչային նյարդի վնասում՝ բազկի միջին երրորդականում

Գ-Ծղիկային նյարդի սեղմում՝ արմնկային խողովակում

Դ-Ձեռքի մկանների առաջնային բորբոքային հիվանդություն

250. Ո՞րն է ճիշտ նկարագրում ուսահոդի զատումը (abduction):

Ա-Վերին վերջույթի մոտեցումն է մարմնի միջին գծին

Բ-Վերին վերջույթի ծալումն է առաջ՝ սագիտալ հարթությունում

Գ-Վերին վերջույթի հեռացումն է մարմնի միջին գծից՝ ճակատային հարթությունում

Դ-Վերին վերջույթի տարածումն է հետ՝ սագիտալ հարթությունում

251. Ի՞նչ է կինեզիոթեյփավորումը և ո՞ր դեպքերում է այն կիրառվում:

Ա-Հոդի անշարժացման մեթոդ է, որի ժամանակ օգտագործվում է միայն կոշտ գիպսային վիրակապ

Բ-Առաձգական կպչուն ժապավենի կիրառման մեթոդ է, որը կարող է օգտագործվել ցավի, այտուցի և շարժողական ֆունկցիայի որոշ խանգարումների դեպքում

Գ-Էլեկտրաբուժության տեսակ է, որն առաջացնում է մկանների էլեկտրական կծկում

Դ-Մերսման տեխնիկա է, որն իրականացվում է միայն մկանային սպազմի դեպքում

252. Ո՞րն է վերականգնողական բուժման հիմնական դերը Պարկինսոնի հիվանդության ժամանակ:

Ա-Վերականգնել դոպամիներգիկ նեյրոնների կորուստը և բուժել հիվանդության պատճառը

Բ-Լիովին վերացնել հիվանդության բոլոր շարժողական ախտանշանները

Գ-Պահպանել և բարելավել շարժունակությունը, հավասարակշռությունը, քայլքը և առօրյա գործունեության անկախությունը

Դ-Փոխարինել դեղորայքային բուժումը

253. էրբի պարեզի/բազկահյուսակի վնասման/ դեպքում հատկապես կարևոր է գնահատել՝

Ա-Ուսահոդի զատումը և արտաքին պտույտը:

Բ-Թիակի դիրքն ու շարժումը:

Գ-Արմունկի ծալումը:

Դ-Վերոնշյալներից բոլորը:

254. Ուսահոդի գլոբալ ակտիվ զատման նորմալ շարժման ծավալը ՝

Ա-0–90°

Բ-0–120°

Գ-90–180°

Դ-0–180°

255. Կոնքազդրային հոդի հիմնական զատիչ մկանը՝

Ա-Մեծ փակեղը ձգող մկանը:

Բ-Դերձակային մկանը:

Գ-Մեծ հետույքային մկանը:

Դ-Միջին հետույքային մկանը:

256. Հենման (stance) ֆազայում իրանի առաջ թեքումը (forward trunk lean) կարող է դիտվել հատկապես՝

Ա-Կոնքազդրային հոդի տարածիչների թուլության դեպքում:

Բ-Ծնկահոդի տարածիչների (quadriceps) թուլության դեպքում՝ ծնկահոդի վրա առաջացող հենումը նվազեցնելու նպատակով:

Գ-Միայն ոտնաթաթի ներբանային ծալիչների թուլության դեպքում:

Դ-Միայն կոնքի զատիչների (hip abductors) թուլության դեպքում:

257. Կլամբկեի պարեզին առավել բնորոշ է՝

Ա-Ուսի և արմնկի շարժումների արտահայտված սահմանափակում

Բ-Դաստակի և մատների, հատկապես փոքր մկանների, շարժումների արտահայտված թուլություն

Գ-Միայն ուսահոդի շարժումների սահմանափակում

Դ-Վերին վերջույթի բոլոր շարժումների լիակատար բացակայություն

258. Կոնք-ազդրային հոդի ռոտացիայի (պտույտի) շարժունակությունը գնահատվում է՝

Ա-ազդրի միայն միջային (ներսային) պտույտի անկյունով

Բ-ազդրի միջային (ներսային) և կողմնային (դրսային) պտույտների անկյուններով

Գ-ազդրի միայն կողմնային (դրսային) պտույտի անկյունով

Դ-կոնք-ազդրային հոդի ծալման անկյունով

259. Ո՞ր գործոնն է առավել հաճախ նպաստում մեջքի մեխանիկական ցավի առաջացմանը:

Ա-երկարատև ֆիզիկական ակտիվության բացակայությունը և սխալ պոստուրալ սովորությունները

Բ-միայն վարակիչ հիվանդությունները

Գ-միայն հոդերի բորբոքային հիվանդությունները

Դ-միայն ոսկրային կոտրվածքները

260. Բազկահյուսակի վերին դրունքային կաթվածի (Դյուշեն-Էրբի տիպ, C5-C6 արմատների վնասում) ժամանակ վերջույթի ո՞ր դիրքն է բնորոշ

Ա-բազկի արտաքին ռոտացիա, արմնկային հոդում ծալում և նախաբազկի սուպինացիա:

Բ-բազկի ներքին ռոտացիա և առբերում (ադուկցիա), արմնկային հոդում տարածում (էքստենզիա), նախաբազկի պրոնացիա և դաստակի ծալում:

Գ-ուսահոդի զատում (աբդուկցիա), նախաբազկի սուպինացիա և մատների ուժեղ տարածում:

Դ-միայն դաստակի և մատների ֆունկցիայի կորուստ՝ ուսահոդի և արմնկային հոդի լիարժեք շարժունակության պահպանմամբ:

261. Ի՞նչ է սարկոպենիան:

Ա-Ճարպային հյուսվածքի ավելացում՝ առանց մկանային փոփոխությունների

Բ-Մկանային զանգվածի, մկանային ուժի և/կամ ֆիզիկական կատարողականության առաջադիմող նվազում

Գ-Միայն մկանների տոնուսի բարձրացում

Դ-Հոդերի շարժումների ծավալի սահմանափակում՝ առանց մկանային փոփոխությունների

262. Ո՞ր մկանն է համարվում հանգիստ ներշնչման հիմնական մկանը:

Ա-Կրծոսկր-անրակ-պտկաձև մկան

Բ-Ստոծանի

Գ-Ներքին միջկողային մկաններ

Դ-Ուղիղ որովայնային մկան

263. Ո՞ր մկաններն են հիմնականում ներգրավվում հարկադիր արտաշնչման ժամանակ:

Ա-Ստոծանի և արտաքին միջկողային մկաններ

Բ-Ներքին միջկողային և որովայնի մկաններ

Գ-Սանդղաձև և կրծոսկր-անրակ-պտկաձև մկաններ

Դ-Մեծ և փոքր կրծքամկաններ

264. Գոնիոմետրիայի միջոցով ի՞նչն է գնահատվում:

Ա-Մկանային ուժը

Բ-Հոդում շարժումների ծավալը

Գ-Մկանային տոնուսը

Դ-Ցավի ինտենսիվությունը

265. Ի՞նչ է պլագիոցեֆալիան:

Ա-Գանգի ձևի ասիմետրիկ փոփոխություն, որի հետևանքով գլխի մի կողմը հարթվում է

Բ-Գանգի բոլոր չափերի համաչափ մեծացում

Գ-Գանգի ոսկրերի վարակային ախտահարում

Դ-Դեմքի մկանների թուլություն

266. Եթե պացիենտի մոտ վնասվածքից հետո պահպանված է ազդրի ծալումը (m. iliopsoas - L2 սեգմենտ) և ծնկան տարածումը (m. quadriceps - L3 սեգմենտ), սակայն բացակայում է թաթի դորսիֆլեքսիան , ո՞ր մակարդակում է հավանաբար գտնվում վնասվածքը:

Ա-Կրծքային Th12 մակարդակում

Բ-Գոտկային L4 սեգմենտների մակարդակում

Գ-Սրբանային S1 մակարդակում

Դ-Պարանոցային C8 մակարդակում

267. Տանձաձև մկանը (m. piriformis), բացի կոնքի կայունացումից, հիմնականում իրականացնում է հետևյալ շարժումը (երբ հոդը տարածված դիրքում է).

Ա-Ներքին ռոտացիա (պտույտ դեպի ներս)

Բ-Արտաքին ռոտացիա (պտույտ դեպի դուրս)

Գ-Ազդրի ծալում

Դ-Ազդրի առբերում

268. Ազդրի ուղիղ մկանը (m. rectus femoris) հանդիսանում է երկհոդանի մկան: Ո՞ր երկու շարժումներն է այն իրականացնում միաժամանակ կծկվելիս:

Ա-Կոնքի տարածում և ծնկի ծալում

Բ-Կոնքի ծալում և ծնկի տարածում

Գ-Կոնքի զատում և ծնկի տարածում

Դ-Կոնքի ներքին ռոտացիա և ծնկի ծալում

269. Ոտնաթաթի ո՞ր շարժումն է կոչվում «ինվերսիա» (inversion), որն իրականացվում է հիմնականում ենթավեգային (subtalar) հոդում:

Ա-Թաթի արտաքին եզրի բարձրացում դեպի դուրս

Բ-Թաթի շրջում դեպի ներս (միջին գծի ուղղությամբ)

Գ-Թաթի առավելագույն ծալում դեպի վեր

Դ-Մատների սեղմում ներբանի ուղղությամբ

270. Ի՞նչ է «tennis elbow»-ը (թենիսիստի արմունկը):

Ա-Ծղիկային նյարդի սեղմում արմնկային խողովակում

Բ-Նախաբազկի դաստակի տարածիչ մկանների ջլերի գերբեռնվածության հետ կապված լատերալ էպիկոնդիլալգիա

Գ-Բազկոսկրի դիստալ հատվածի կոտրվածք

Դ-Արմնկահոդի վարակային բորբոքում

271. Ո՞րն է լոգոպեդի հիմնական գործունեությունը վերականգնողական թիմում:

Ա-Դեղորայքային բուժման նշանակում

Բ-Խոսքի, լեզվի, ձայնի, հաղորդակցման և կլման խանգարումների գնահատում ու թերապիա

Գ-Հոդերի շարժումների վերականգնում

Դ-Միայն խոսքի խանգարումների գնահատում ու թերապիա

272. Ո՞ր մկանների աշխատանքն է հիմնականում ապահովում ուսահոդի արտաքին (էքստերնալ) պտույտը:

Ա-m. subscapularis և m. pectoralis major

Բ-m. latissimus dorsi և m. teres major

Գ-m. infraspinatus և m. teres minor

Դ-m. deltoideus և m. coracobrachialis

273. Ո՞ր մկանների աշխատանքն է հիմնականում ապահովում ուսահոդի ներքին (ինտերնալ) պտույտը:

Ա-m. infraspinatus և m. teres minor

Բ-m. subscapularis, m. pectoralis major և m. latissimus dorsi

Գ-m. supraspinatus և m. deltoideus

Դ-m. teres minor և m. coracobrachialis

274. Պացիենտի վերականգնողական գնահատման ժամանակ ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Գնահատել ախտորոշումը:

Բ-Գնահատել մկանային ուժը և շարժումների ծավալը:

Գ-Գնահատել խանգարումները, գործունեությունը, մասնակցությունը, միջավայրային գործոնները և երեխայի/ընտանիքի նպատակները:

Դ-Գնահատել երեխայի ինքնուրույն քայլելու կարողությունը:

275. Ճակատային բլթի ախտահարումը կարող է առաջացնել՝

Ա-Գործադիր ֆունկցիաների խանգարում:

Բ-Շարժումների պլանավորման և վերահսկման խանգարում:

Գ-Վարքագծային և հուզական փոփոխություններ:

Դ-Վերոնշյալներից բոլորը:

276. Վերականգնողական թիմի արդյունավետ աշխատանքի կարևոր սկզբունքն է՝

Ա-Յուրաքանչյուր մասնագետ աշխատում է անկախ՝ առանց մյուսների հետ հաղորդակցության:

Բ-Բոլոր որոշումները կայացնում է միայն բժիշկը:

Գ-Մասնագետների համագործակցությունը, ընդհանուր նպատակների սահմանումը և ընտանիքի ներգրավվածությունը:

Դ-Թերապիայի բոլոր տեսակները պետք է իրականացվեն միայն ֆիզիոթերապևտի կողմից:

277. Ո՞րն է դրական Բաբինսկու ռեֆլեքսի բնորոշ պատասխանը մեծահասակի մոտ:

Ա-Բոլոր մատների ուժեղ ծալում դեպի ներբան

Բ-Աքիլեսյան ռեֆլեքսի ուժեղացում

Գ-Բթամատի դեպի վեր տարածում և մյուս մատների հովհարաձև բացում

Դ-Ծնկի ռեֆլեքսի բացակայություն

278. Նեյրոմկանային հիվանդություններին առավել բնորոշ նշանների համակցություն.

Ա-Մկանային թուլություն, հիպոռեֆլեքսիա կամ արեֆլեքսիա, մկանային հիպոտոնիա և ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ արագ հոգնածություն

Բ-Մկանային սպաստիկություն, հիպերռեֆլեքսիա, կլոնուս և Բաբինսկու ախտանիշ

Գ-Միայն հոդերի շարժումների սահմանափակում և տեղային ցավ

Դ-Տեսողական սրության նվազում, լսողության խանգարում և զգացողության կորուստ՝ առանց մկանային թուլության

279. Ո՞ր ախտանիշն է համարվում «կարմիր դրոշ» մեջքի ցավի դեպքում և պահանջում է անհապաղ բժշկական գնահատում:

Ա-մկանային թուլություն՝ ցավի պատճառով

Բ-ցավ, որը պահպանվում է հանգստի ժամանակ

Գ-մեզի կամ կղանքի վերահսկման խանգարում

Դ-ցավ՝ միայն ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից հետո

280. Անդամահատում. Ծայրատի ձևավորման և այտուցի նվազեցման նպատակով հաճախ կիրառվում է՝

Ա-էլաստիկ բինտավորում

Բ-սառեցնող կոմպրեսներ

Գ-մկանային մերսում

Դ-պասիվ շարժումների ծավալի մեծացում

281. Նշվածներից ո՞ր վիճակի դեպքում է բնորոշ ատաքսիկ քայլքը:

Ա-Ուղեղիկի ախտահարում

Բ-Բազալ գանգլիաների ախտահարում

Գ-Պերիֆերիկ նյարդերի ախտահարում

Դ-Մկանային թուլություն

282. Մանուալ մկանային թեստավորում/ Manual Muscle Testing-ի 0–5 բալանոց սանդղակում 3 միավորը ի՞նչ է նշանակում:

Ա-Մկանային կծկում չկա

Բ-Շարժումը հնարավոր է միայն ձգողականության ազդեցությունը վերացնելու դեպքում

Գ-Շարժումը հնարավոր է ամբողջական ծավալով՝ ձգողականության ուժը հաղթահարելով, բայց առանց արտաքին դիմադրության

Դ-Նորմալ մկանային ուժ՝ առավելագույն դիմադրությունը հաղթահարելու ունակությամբ

283. Նշվածներից ո՞րն է ճիշտ նկարագրում հեմիպարետիկ քայլքը:

Ա-Քայլելիս ոտքերը լայն տարածված են, քայլվածքն անկայուն է և տատանվող

Բ-Պարետիկ կողմի ոտքը քայլքի ժամանակ բերվում է առաջ կիսաշրջանաձև շարժումով՝ ոտնաթաթը հաճախ ձգված դիրքում պահելով

Գ-Փոքր քայլերով, դանդաղ քայլք՝ մարմնի առաջ թեքված դիրքով

Դ-Բարձրացնելով ծունկը՝ ոտնաթաթը գետնից բարձր, ապա կտրուկ իջեցնելով այն:

284. Ո՞րն է պասիվ շարժման հիմնական բնութագիրը:

Ա-Շարժումը կատարվում է միայն երեխայի մկանային ակտիվության շնորհիվ

Բ-Շարժումը կատարվում է արտաքին ուժի միջոցով՝ առանց երեխայի ակտիվ մկանային մասնակցության

Գ-Շարժումը կատարվում է երեխայի և թերապևտի հավասար մասնակցությամբ

Դ-Շարժումը հնարավոր է միայն դիմադրության հաղթահարմամբ

285. Ո՞րն է ակտիվ շարժման հիմնական առանձնահատկությունը:

Ա-Շարժումը կատարվում է արտաքին ուժի միջոցով՝ առանց մկանային ակտիվության

Բ-Շարժումը կատարվում է սեփական մկանային ակտիվության միջոցով

Գ-Շարժումը կատարվում է միայն թերապևտի օգնությամբ

Դ-Շարժումը կատարվում է միայն պասիվ ձգման միջոցով

286. Ի՞նչ է ակտիվ օժանդակ շարժումը:

Ա-Շարժում, որն ամբողջությամբ իրականացվում է թերապիստի կողմից

Բ-Շարժում, որն իրականացվում է մկանային ակտիվության միջոցով՝ արտաքին մասնակի օգնությամբ

Գ-Շարժում, որի ընթացքում երեխայի մկանային ակտիվությունը լիովին բացառվում է

Դ-Շարժում, որն իրականացվում է միայն դիմադրության պայմաններում

287. Ո՞ր գործունեությունը կարող է լինել էրգոթերապիայի միջամտության նպատակ:

Ա-Հագնվելը

Բ-Սնվելը

Գ-Գրելը

Դ-Բոլոր տարբերակները

288. Էրգոթերապիստը կարող է՝

Ա-Հարմարեցնել մարդու միջավայրը

Բ-Զարգացնել առօրյա կյանքի հմտությունները

Գ-Աջակցել աշխատանքի կամ ուսման վերադառնալուն

Դ-Բոլոր տարբերակները

289. Էրգոթերապիայի մեջ «գործունեություն» հասկացությունը կարող է ներառել՝

Ա-Ինքնասպասարկում

Բ-Աշխատանք և ուսում

Գ-Ժամանց և սոցիալական մասնակցություն

Դ-Բոլոր տարբերակները

290. Էրգոթերապիայի կարևոր սկզբունքներից է՝

Ա-Միջամտությունը հարմարեցնել անձի կարիքներին և նպատակներին

Բ-Բոլոր մարդկանց համար կիրառել նույն ծրագիրը

Գ-Անտեսել մարդու նախասիրությունները

Դ-Կենտրոնանալ միայն ախտորոշման վրա

291. Էրգոթերապիայի վերջնական նպատակը առավել ճիշտ է նկարագրվում որպես՝

Ա-Միայն մկանների ուժեղացում

Բ-Անձի մասնակցության, անկախության և կյանքի որակի բարելավում

Գ-Միայն շարժումների վերականգնում

Դ-Միայն հիվանդության բուժում

292. Ո՞ր դեպքում կարող է անհրաժեշտ լինել շրջակա միջավայրի հարմարեցում:

Ա-Միայն հիվանդանոցում

Բ-Միայն երեխաների դեպքում

Գ-Երբ մարդը դժվարանում է անվտանգ կատարել առօրյա գործունեությունը

Դ-Երբեք

293. Ո՞ր մկանային խմբի ֆունկցիան է իրականացնել ազդրի մոտեցումը (adduction) միջին գծին:

Ա-m. gluteus minimus, m. tensor fasciae latae

Բ-m. adductor magnus, m. adductor longus, m. gracilis

Գ-m. biceps femoris, m. semitendinosus

Դ-m. piriformis, m. obturator internus

294. Ծուռթաթության շտկման ընթացքում շատ դեպքերում (մոտ 80-90%) անհրաժեշտ է լինում կատարել Աքիլեսյան ջլի տենոտոմիա /հատում; Ո՞ր ախտաբանական տարրի վերջնական շտկման համար է այն նախատեսված.

Ա-Կավուսի (ոտնաթաթի կամարի բարձրացում)

Բ-Ադդուկցիայի (թաթի առբերում)

Գ-Էկվինուսի (թաթի ձիու դիրք, կրունկի բարձր դիրք)

Դ-Վարուսի (կրունկի ներսթեքում)

295. Էրգոթերապիայի վերջնական նպատակը առավել ճիշտ է նկարագրվում որպես՝

Ա-Միայն մկանների ուժեղացում

Բ-Անձի մասնակցության, անկախության և կյանքի որակի բարելավում

Գ-Միայն շարժումների վերականգնում

Դ-Միայն հիվանդության բուժում

296. Ինսուլտից հետո հիվանդը դժվարանում է քայլել, հագնվել և խոսել: Ո՞ր մոտեցումն է առավել արդյունավետ:

Ա-Միայն բժշկական բուժում

Բ-Բազմամասնագիտական թիմային մոտեցում

Գ-Միայն ֆիզիոթերապիա

Դ-Միայն տնային հանգիստ

297. Եթե հիվանդի վիճակը փոխվում է, թիմը պետք է՝

Ա-Շարունակի նույն ծրագիրը՝ անկախ փոփոխություններից

Բ-Վերագնահատի վիճակը և անհրաժեշտության դեպքում փոփոխի ծրագիրը

Գ-Դադարեցնի բոլոր միջամտությունները

Դ-Չքննարկի փոփոխությունը

298. Ո՞րն է դիսֆագիայի անուղղակի ախտանշաններից մեկը պացիենտի մոտ:

Ա-Հիպերսալիվացիա, սնուցման ընթացքում հազ կամ խեղդվելու դրվագներ

Բ-Միայն մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում

Գ-Միայն ստորին վերջույթների մկանային տոնուսի բարձրացում

Դ-Միայն գլխի շրջագծի արագ աճ

299. Դիսֆագիա ունեցող պացիենտի վերականգնողական աշխատանքի ընթացքում ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Սնուցման ընթացքում պացիենտին թողնել ամբողջությամբ պառկած դիրքում՝ առանց դիրքավորման

Բ-Անտեսել գլխի և իրանի վերահսկողությունը, քանի որ այն կապ չունի կուլ տալու անվտանգության հետ

Գ-Գնահատել և բարելավել գլխի ու իրանի դիրքային վերահսկողությունը, ապահովել ճիշտ դիրքավորում և անհրաժեշտության դեպքում աշխատել բազմամասնագիտական թիմի հետ

Դ-Սահմանափակել բոլոր տեսակի ակտիվ շարժումները մինչև դիսֆագիայի լիարժեք վերացումը

300. Որո՞նք են ոտնաթաթի սուպինացիան կազմող հիմնական շարժումները:

Ա-Էվերսիա, դորսալ ֆլեքսիա և զատում

Բ-Ինվերսիա, պլանտար ֆլեքսիա և առբերում

Գ-Էվերսիա, պլանտար ֆլեքսիա և առբերում

Դ-Ինվերսիա, դորսալ ֆլեքսիա և զատում

301. Որո՞նք են ոտնաթաթի պրոնացիան կազմող հիմնական շարժումները:

Ա-Ինվերսիա, պլանտար ֆլեքսիա և առբերում

Բ-Ինվերսիա, դորսալ ֆլեքսիա և առբերում

Գ-Էվերսիա, դորսալ ֆլեքսիա և զատում

Դ-Էվերսիա, պլանտար ֆլեքսիա և զատում

302. Թիմային մոտեցման վերջնական նպատակը առավել ճիշտ է՝

Ա-Միայն հիվանդության ախտանիշների նվազեցումը

Բ-Հիվանդի ֆունկցիոնալ անկախության, մասնակցության և կյանքի որակի բարելավումը

Գ-Միայն հիվանդանոցում գտնվելու ժամանակի ավելացումը

Դ-Միայն մեկ մասնագետի աշխատանքի գնահատումը

Սկզբնաղբյուրներ՝

1- Braddom’s Physical Medicine and Rehabilitation. 7th ed. — Cifu DX, ed. Elsevier, 2026.

2- DeLisa’s Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice. 6th ed. — Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD Jr., et al., eds. Wolters Kluwer, 2020.

3- WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-CY)

4- Campbell's Physical Therapy for Children (Robert J. Palisano)

5- Nelson Textbook of Pediatrics (Kliegman et al.)

6- GMFCS (Gross Motor Function Classification System) – CanChild Research Centre

7- Management of Cerebral Palsy: A Guide for Physiotherapists and Occupational Therapists (Freeman Miller)

8- International Standards of Care for SMA and DMD

9- Ponseti Management of Congenital Clubfoot

10- AACPDM (American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine) Care Pathways

11- Bradley’s Neurology in Clinical Practice. 6th ed. — Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. Elsevier.

12- Aminoff’s Diagnosis of Neuromuscular Disorders. 4th ed. — Aminoff MJ, Ralph JW, Walker F. Elsevier, 2024.

13- Winstein CJ, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2016;47:e98–e169.

14- INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury.Bayley MT, Janzen S, Harnett A, et al. Journal of Head Trauma Rehabilitation, 2023.

15- Braddom’s Physical Medicine and Rehabilitation և DeLisa’s Physical Medicine and Rehabilitation

16- Medical Research Council (MRC) Muscle Strength Scale / Manual Muscle Testing.

17- Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Moore’s Clinically Oriented Anatomy. 9th ed. Wolters Kluwer, 2023.

18- Netter FH. Netter Atlas of Human Anatomy: A Systems Approach. 8th ed. Elsevier, 2022.

19- American Occupational Therapy Association (AOTA) — Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults With Stroke.

20- Pedretti’s Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction.

21- American Burn Association (ABA) — Clinical Practice Guidelines.

22- Braddom’s Physical Medicine and Rehabilitation — contracture prevention/management, ROM, positioning, splinting և rehabilitation:

23- DeLisa's Physical Medicine and Rehabilitation

24- VA/DoD Clinical Practice Guideline — Rehabilitation of Lower Limb Amputation (2025).

25- Birnkrant DJ, et al. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 2: respiratory, cardiac, bone health, and orthopaedic management. Lancet Neurology. 2018;17(4):347–361. DOI: 10.1016/S1474-4422(18)30025-5:

Ռեֆլեքսաթերապիա

1. Չինական ավանդական բժշկությունը հիմնված է.

Ա-Արիստոտելի տրամաբանության վրա
Բ-ընդհանուր առմամբ անտիկ փիլիսոփայության վրա
Գ-հին արևելյան փիլիսոփայության գիտելիքների տեսությունների վրա
Դ-ապացույցների վրա հիմնված բժշկության սկզբունքների վրա

2. Ու-Սինի տեսությունը (հինգ տարրերի տեսությունը) նկարագրում է՝

Ա-տեսակների էվոլյուցիայի (զարգացման) փուլերը
Բ-նյութի ձևավորման փուլերը
Գ-մարդու առաջացումը
Դ-մարդու մարմնի և բնության միջև անալոգիաները (նմանությունները)

3. Չինական ավանդական բժշկության մեջ ասեղնաբուժությունն օգտագործվում է՝

Ա-բացառապես գլխի և դիստալ վերջույթների վրա
Բ-ամբողջ մարմնի վրա
Գ-տրիգերային (ձգանային) կետերի վրա
Դ-էներգիայի շրջանառության մերիդիանների կետերի վրա

4. Չինական ավանդական բժշկության մեջ ի՞նչ պայմաններում է տեսանելի օրգանը կամ մարմնի մասը համարվում ամբողջ օրգանիզմի պրոյեկցիայի վայր:

Ա-երբ մարմնի մասը դիստալ դասավորություն ունի

Բ-երբ օրգանը կամ մարմնի մասը ունի անատոմիական ամբողջականություն և ֆունկցիոնալ եզակիություն

Գ-երբ օրգանը պրոյեկցվում է բացառապես գլխի վրա

Դ-երբ պրոյեկցիայի տարածքը համապատասխանում է սեգմենտար-մետամերային գոտուն

5. Հինգ հիմնական տարրերի ուսմունքը նկարագրում է.

Ա-արարողական ցիկլեր

Բ-ամբողջական քաոսային շարժում

Գ-դեստրուկտիվ ցիկլեր

Դ-արարողական և դեստրուկտիվ ցիկլեր միաժամանակ

6. Ո՞ր հին ուսմունքը չէ ավանդական չինական բժշկության հիմքում.

Ա-Ցի-ի (կենսական էներգիայի), արյան և կենսական նյութերի մասին ուսմունքը

Բ-Ցզին-Լո-ի ուսմունքը (մերիդիանների ուսմունքը)

Գ-Ֆեն-Շու-ի ուսմունքը

Դ-Չժան-Ֆու-ի ուսմունքը (ներքին օրգանների մասին ուսմունքը)

7. Ռեֆլեքսաթերապիան նկարագրում է ֆիլոգենեզի և օնտոգենեզի ընթացքում ձևավորված ռեֆլեքսային հարաբերությունները, որոնք իրականացվում են՝

Ա-ողնուղեղի պոլիսինապսային ռեֆլեքսների միջոցով

Բ-գլխուղեղի կեղևի կողմից կարգավորվող ռեֆլեքսների միջոցով

Գ-ողնուղեղի մոնոսինապսային ռեֆլեքսների միջոցով

Դ-կենտրոնական նյարդային համակարգի ամբողջականության միջոցով

8. Ռեֆլեքսաթերապիայի ցուցումներն են՝

Ա-արյունաստեղծ համակարգի հիվանդություններ

Բ-հղիություն

Գ-ցավային համախտանիշ

Դ-սուր և քրոնիկ վարակիչ հիվանդություններ

9. Ռեֆլեքսաթերապիայի հակացուցումներն են՝

Ա-վեգետատիվ-անոթային հիվանդություններ

Բ-հենաշարժողական համակարգի սուր բորբոքային հիվանդություններ և վնասվածքներ

Գ-ուղեղանոթային խանգարումների հետևանքներ

Դ-նախկինում ստացած գանգուղեղային վնասվածքի հետևանքներ

10. Ռեֆլեքսաթերապիան՝ բուժական և կանխարգելիչ համակարգ է, որի հիմքում ընկած է հետևյալ կետերի վրա ազդեցությունը.

Ա-կենսաբանական ակտիվ կետեր (ԿԱԿ)

Բ-Զախարյին-Հեդի գոտի

Գ-դեմքի վրա գտնվող կետեր

Դ-միոֆասցիալ տրիգեր կետեր

11. Ռեֆլեքսաթերապիան բուժական և կանխարգելիչ համակարգ է, որի հիմքում ընկած է կենսաբանական ակտիվ կետերի (ԿԱԿ) վրա ազդեցությունը, որը նկարագրված և համակարգված է ավանդական բժշկության դպրոցի կողմից.

Ա-Հնդկաստան

Բ-Չինաստան

Գ-Գերմանիա

Դ-Ճապոնիա

12. Ռեֆլեքսաթերապիան բուժական և կանխարգելիչ համակարգ է, որի հիմքում ընկած է ավանդական չինական բժշկության հետևյալ մեթոդը.

Ա-ֆիտոթերապիան

Բ-չինական թույ-նա մերսումը

Գ-չժեն-ցզյու թերապիան

Դ-կինեզիոթերապիա

13. Ռեֆլեքսաթերապիան բուժական և կանխարգելիչ համակարգ է, որի հիմքում ընկած է կենսաբանական ակտիվ կետերի (ԿԱԿ) վրա ազդեցությունը՝ հետևյալ մակարդակներում օրգանիզմի պատասխան ռեակցիայի զարգացմամբ.

Ա-տեղային

Բ-հատվածային /սեգմենտային

Գ-ընդհանրացված

Դ-բոլոր վերը նշվածները

14. Ասեղնաբուժությունը կենսաբանական ակտիվ կետերի (ԿԱԿ) վրա հետևյալ գործոններով ազդելու մեթոդ է.

Ա-գերձայնային էներգիա

Բ-հատուկ ասեղներ

Գ-խոտաբույսերից (օր. օշինդրից) պատրաստված հատուկ սիգար

Դ-մետաղական թիթեղներ

15. Ասեղնաբուժությունը խորհուրդ չի տրվում համատեղել բուժման միևնույն կուրսի շրջանակներում հետևյալ մեթոդի հետ.

Ա-բուժական ֆիզկուլտուրա (կինեզիոթերապիա)

Բ-բուժական մերսում

Գ-հորմոնաթերապիա

Դ-դիետոթերապիա (բուժական սննդակարգ)

16. Ֆոնոպունկտուրան կենսաբանական ակտիվ կետերի (ԿԱԿ) վրա ազդելու մեթոդ է.

Ա-մետաղական թիթեղով

Բ-հատուկ ասեղով

Գ-գերձայնային էներգիայով

Դ-խոտաբույսերից պատրաստված հատուկ սիգարով

17. Ինչպե՞ս են արևմտյան բժշկության մեջ հաճախ անվանում ռեֆլեքսաթերապիան.

Ա-ֆիզիոթերապիայի տեսակ

Բ-ակուպունկտուրա

Գ-ասեղնաբուժություն

Դ-մոքսիբուսցիոն բուժում կամ այրում

18. Ռեֆլեքսաթերապիան կենսաբանական ակտիվ կետերի (ԿԱԿ) և գոտիների (ԿԱԳ) վրա ազդելու մեթոդ է տարբեր ընկալիչների միջոցով՝ հետևյալ նպատակներով՝

Ա-կանխարգելիչ նպատակով

Բ-թերապևտիկ նպատակով

Գ-ախտորոշիչ նպատակով

Դ-ուժեղացնող նպատակով

19. Ռեֆլեքսաթերապիայի կուրսի ընդհանուր տևողությունը հետևյալն է

Ա-առնվազն 20 սեանս

Բ-10-11 սեանս

Գ-8-10 սեանս

Դ-3-5 սեանս

20. Ռեֆլեքսաթերապիան կարող է տրամադրվել հետևյալ առողջապահական հաստատություններում.

Ա-ստացիոնար հաստատություններ

Բ-առողջարաններ և հանգստավայրեր

Գ-ամբուլատոր բուժհաստատություններ, բժշկական վերականգնողական կենտրոններ

Դ-վերը նշված բոլորը ճիշտ են

21. Թերմապունկտուրայում կիրառվում է՝

Ա-օշինդրից պատրաստված հատուկ սիգարներ

Բ-ջերմային ապարատային աղբյուրներ

Գ-մոքսա-կոներ

Դ-վերը նշված բոլորը

22. Յին-Յան տեսության հիմնական դրույթներն են, բացի՝

Ա-Յինը և Յանը ցիկլիկ շարժման փուլեր են:

Բ-Յինի և Յանի միջև փոխհարաբերությունն ունի չորս ասպեկտ՝ հակադրություն, փոխկախվածություն, փոխադարձ կլանում և փոխադարձ փոխակերպում:

Գ-Յինը և Յանը որպես նյութի խտության վիճակներ:

Դ-Յինը և Յանը որպես նյութի կառուցվածք

23. Կենսաբանական ակտիվ կետի բնութագրերն են հետևյալը, բացի՝

Ա-չունի թթվածնի բարձր սպառում

Բ-ճնշման նկատմամբ բարձր զգայունություն

Գ-տեղային լեյկոցիտոզ

Դ-1-ից 10 մմ տրամագիծ

24. Էլեկտրապունկտուրան ռեֆլեքսաթերապիայի ամենաարդյունավետ մեթոդներից է հետևյալ դեպքերում, բացի՝

Ա-դորսոպաթիաներ

Բ-սրտի իշեմիկ հիվանդություն

Գ-բրոնխիալ ասթմա

Դ-վազոմոտոր ռինիտ

25. Ասեղնաբուժությունը, որպես բուժական մեթոդ կարող է ունենալ հետևյալ բոլոր տեսակի ազդեցությունները, բացի՝

Ա-խթանիչ՝ օրգանիզմի ընդհանուր ռեակտիվության համար

Բ-ցավազրկող՝ ցավային համախտանիշի դեպքում

Գ-հակասպաստիկ ազդեցություն մկանների վրա

Դ-հեմոլիտիկ

26. Ռեֆլեքսաթերապիա անցկացնելիս կետերի և գոտիների /զոնաների վրա հնարավոր է ազդել տարբեր տեսակի էներգիայով, բացի՝

Ա-մեխանիկական (ասեղ, գերձայնային, ասեղնաբուժություն), ջերմային (տաքացում, այրում)

Բ-էլեկտրական (հաստատուն հոսանք, բարձր լարման էլեկտրական դաշտ, լույս (լազերային, ցածր էներգիայի ճառագայթում, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում)

Գ-հիդրոդինամիկ (ջրային շիթի աղդեցություն)

Դ-լուսային (լազերային, ցածր էներգիայի ճառագայթում, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում)

27. Հյուսվածքների մեջ ասեղի տեղադրման հետևանքով, ինչպես նաև մարմնի ընտրված կետերի վրա ֆիզիկական գործոնների ազդեցության ներքո, տեղի են ունենում ռեակցիաներ, բացի՝

Ա-ընդհանուր և տեղային

Բ-հումորալ

Գ-հատվածային/ սեգմենտար և ռեֆլեքտոր

Դ-ալերգիկ

28. Ինսուլտից հետո խոսքի խանգարում ունեցող հիվանդի համար անհատականացված բժշկական վերականգնողական ծրագրում ռեֆլեքսաթերապիան պարտադիր կերպով համակցվում է հետևյալի հետ՝

Ա-բոտուլինային թերապիա

Բ-էլեկտրական խթանում

Գ-բժշկական մերսում

Դ-լոգոպեդի

29. Ասեղնաբուժությունը խորհուրդ չի տրվում համատեղել բուժման միևնույն կուրսի շրջանակներում հետևյալ մեթոդի հետ.

Ա-բուժական ֆիզկուլտուրա (կինեզիոթերապիա)

Բ-բուժական մերսում

Գ-հորմոնաթերապիա

Դ-դիետոթերապիա (բուժական սննդակարգ)

30. Ռեֆլեքսաթերապիայի հակացուցումներն են՝

Ա-դեկոմպենսացված հիվանդություններ

Բ-շաքարային դիաբետ

Գ-ալերգիկ ռինիթ

Դ-ողնաշարի օստեոխոնդրոզ

31. Ռեֆլեքսաթերապիան կարող է համակցվել ՝

Ա-մանուալ թերապիայի

Բ-մերսման հետ

Գ-ֆիտոթերապիայի հետ

Դ-վերը նշված բոլորը

32. Ռեֆլեքսաթերապիան չի կարելի համակցել ՝

Ա-ճառագայթային թերապիայի

Բ-քիմիաթերապիայի հետ

Գ-հորմոնաթերապիայի

Դ-վերը նշված բոլորը

33. Ռեֆլեքսաթերապիայի ընթացքում հնարավոր բարդությունները՝

Ա-հեմատոմայի առաջացում ասեղի ներդրման տեղում

Բ-վարակ ասեղի տեղադրման հատվածում

Գ-այրվածք մոքսաթերապիայի ժամանակ

Դ-վերը նշված բոլորը

34. Ռեֆլեքսաթերապիայի ընթացքում հնարավոր բարդություններն են.

Ա-տարբեր վեգետատիվ ռեակցիաներ (ուշաթափություն, գլխապտույտ, մաշկի գունատություն, սրտի արագացած բաբախում, սառը քրտինք)

Բ-տոքսիկ շոկ

Գ-մշտական ցավ

Դ-միոկարդի ինֆարկտ

35. Ռեֆլեքսաթերապիայի ժամանակավոր սահմանափակումներն են.

Ա-հիպերթերմիա

Բ-գերհոգնածություն

Գ-սուր հոգեկան գրգռվածություն

Դ-տրավմա

36. P3 տյան-ֆու ակուպունկտուրային կետը գտնվում է՝

Ա-բազկի առաջային մակերեսին, անութային փոսի (թևատակի) մակարդակից 3 ցուն ցած, երկգլուխ մկանի (բիցեպսի) արտաքին եզրին

Բ-առաջին միջկողային տարածությունում՝ կրծքավանդակի միջին գծից 6 ցուն դեպի դուրս, պտկային գծից 2 ցուն դեպի դուրս և պտուկից 3 միջկողային տարածություն վերև

Գ-առաջին կողից վերև, ենթանրակային փոսում՝ միջին գծից 6 ցուն դեպի դուրս, P1 չժուն-ֆու կետից 3 սմ վերև, անրակի ակրոմիալ ծայրի ստորին եզրին

Դ-արմնկային ծալքի կենտրոնում՝ բազկի երկգլուխ մկանի տենդոնի (ջլի) ճաճանչային եզրին

37. RP3 տայ-բայ կետը գտնվում է հետևյալ գծի վրա՝

Ա-ոտնաթաթի մեդիալ (ներքին) մակերեսին

Բ-ոտքի առաջային-արտաքին

Գ-ձեռքի թիկնային-միջին

Դ-որովայնի երկրորդ կողմնային

38. Յան-ին (Yang) բնորոշ հատկանիշ է՝

Ա-ջուրը

Բ-կինը

Գ-կրակը

Դ-գիշերը

39. Ավանդական չինական բժշկության տեսանկյունից՝ ներքին օրգանների և էմոցիաների փոխազդեցությունն արտահայտվում է թոքերի և հետևյալի կապով՝

Ա-ուրախության

Բ-տխրության և տագնապի

Գ-վախի

Դ-զայրույթի

40. RP 21 դա-բաո կետի տեղակայման շրջանում տոպոգրաֆիկորեն գտնվում են՝

Ա-առաջային ատամնավոր մկանը, անութային, միջկողային զարկերակների և միջկողային նյարդի ճյուղերը

Բ-աչքի շրջանաձև մկանը, մակերեսային քունքային զարկերակի ճյուղերը, դիմային նյարդի այտային ճյուղը, այտային նյարդի ճյուղերը

Գ-ականջի հետին մկանը, հետին ականջային զարկերակի, հետին ականջային նյարդի և փոքր ծոծրակային նյարդի ճյուղերը

Դ-զստոսկրի առաջային վերին փուշը (օսթը), ազդրի կողմնային (լատերալ) մաշկային նյարդը և ազդրային զարկերակը

41. R 7 ֆու-լյու կետը գտնվում է հետևյալ գծի վրա՝

Ա-ոտքի առաջային-արտաքին մակերեսին

Բ-ձեռքի թիկնային-միջին մակերեսին

Գ-որովայնի երկրորդ կողմնային գծին

Դ-ոտքի ներքին մակերեսին՝ կրնկային (աքիլեսյան) ջլի առաջային եզրին

42. F 11 ին-լյան կետի տեղակայման շրջանում տոպոգրաֆիկորեն գտնվում են՝

Ա-ձեռքի ափային սեփական մատնային զարկերակների և միջնակ ու արմնկային նյարդերից եկող ձեռքի ափային սեփական մատնային նյարդերի ճյուղերը

Բ-երկար զատիչ մկանը, զարկերակների՝ փակողական (օբտուրատոր) և արտաքին ամոթույքային ճյուղերը, նյարդերի՝ փակողական և ազդրային ճյուղերը գոտկային հյուսակից

Գ-նետաձև (սագիտալ) կարանի հետին ծայրը, լամբդայաձև կարանը, գլխուղեղի ապոնևրոզը, ծոծրակային զարկերակի և մեծ ծոծրակային նյարդի ճյուղերը

Դ-հարականջային թքագեղձը՝ իր հաստության մեջ գտնվող ականջաքունքային ու դիմային նյարդերով, մակերեսային քունքային զարկերակի և մեծ ականջային նյարդի ճյուղերը

43. V 31 շան-լյաո կետի տեղակայման շրջանում տոպոգրաֆիկորեն գտնվում են՝

Ա-կրծքավանդակի վերին ապերտուրան (բացվածքը), պարանոցային հյուսակի առաջնային ցողունները

Բ-կրծոսկրի կոթը, կող-կրծոսկրային հոդավորումը և բազկագլխային ցողունը

Գ-կողմնային (լատերալ) սրբանային զարկերակի ճյուղերը, սրբանային նյարդի դորսալ (թիկնային) ճյուղը

Դ-գանգի ձվաձև անցքը և ներքին քնային զարկերակի ճյուղերը

44. Քանի՞ ակուպունկտուրային կետ է գտնվում թիակի (թիակոսկրի) շրջանում՝

Ա-5

Բ-9

Գ-6

Դ-20

45. R 2 ժան-գու ակուպունկտուրային կետը գտնվում է՝

Ա-ոտնաթաթի կամարի ներքին մակերեսին՝ նավակայանման ոսկրի թմբիկից առաջ և մի փոքր ներքև գտնվող փոսության մեջ

Բ-կրնկոսկրից վերև գտնվող փոսության մեջ՝ մեդիալ (ներքին) պճեղի և աքիլեսյան ջլի միջև

Գ-ներբանի կենտրոնում՝ II և III նախագարշապարային ոսկրերի միջև եղած փոսում՝ II մատի ծայրից մինչև կրնկի հետին մասը եղած տարածության 2/5-րդ մակարդակին

Դ-կրնկոսկրին աքիլեսյան ջլի ամրացման վայրից առաջ՝ R3 տայ-սի կետից 1,5 սմ ցած

46. VG 16 ֆեն-ֆու կետի տեղակայման շրջանում տոպոգրաֆիկ գտնվում են՝

Ա-զստոսկրի առաջային վերին փուշը (օսթը), ազդրի կողմնային (լատերալ) մաշկային նյարդը և ազդրային զարկերակը

Բ-ծոծրակային զարկերակի և մեծ ծոծրակային ու ենթածոծրակային նյարդերի ճյուղերը, ծոծրակային մեծ անցքը, որով անցնում է երկարավուն ուղեղը

Գ-աչքի շրջանաձև մկանը, մակերեսային քունքային զարկերակի ճյուղերը, դիմային նյարդի այտային ճյուղը, այտային նյարդի ճյուղերը

Դ-ծամիչ մկանի առաջային եզրը, դիմային զարկերակի, մեծ ականջային նյարդի ճյուղերը և դիմային նյարդից եկող ստորին ծնոտի եզրային ճյուղը

47. GI 19 խե-լյաո կետի տեղակայման շրջանում տոպոգրաֆիկ գտնվում են՝

Ա-ականջի հետին մկանը, հետին ականջային զարկերակի, հետին ականջային նյարդի, մեծ ականջային և փոքր ծոծրակային նյարդերի ճյուղերը

Բ-սանդղաձև մկանները, կրծքավանդակի վերին ապերտուրան (բացվածքը), պարանոցային հյուսակի առաջնային ցողունները

Գ-վերին շրթունքը բարձրացնող մկանը, դիմային զարկերակի, ենթաականակապճային նյարդի ճյուղերը և դիմային նյարդի այտային ճյուղը

Դ-զստոսկրի առաջային վերին փուշը (օսթը), ազդրի կողմնային (լատերալ) մաշկային նյարդը և ազդրային զարկերակը

48. Փայծախի մերիդիանը ըստ պատկանելության և ին-յան աստիճանների նշվում է որպես՝

Ա-ոտքի տայ-ին (Taiyin)

Բ-ոտքի ցզյուե-ին (Jueyin)

Գ-ոտքի շաո-ին (Shaoyin)

Դ-ձեռքի տայ-ին (Taiyin)

49. Թոքերի մերիդիանի նվազագույն ակտիվության օրվա ժամանակահատվածը կազմում է (ժամերով)՝

Ա-19-21

Բ-12-15

Գ-15-17

Դ-22-24

50. Քանի՞ կետ ունի բարակ աղու մերիդիանը՝

Ա-19

Բ-21

Գ-44

Դ-23

51. E 20 չեն-ման կետը գտնվում է՝

Ա-առաջին միջկողային տարածությունում՝ միջանրակային գծով, միջին գծից 4 ցուն լատերալ (դեպի դուրս)

Բ-պորտից 5 ցուն վերև և առաջային միջին գծից 2 ցուն լատերալ (դեպի դուրս)՝ որովայնի երկրորդ կողմնային գծով

Գ-վերանրակային փոսի մեջտեղում՝ պտկային գծով

Դ-կրծոսկրա-անրակա-պտկաձև մկանի առաջային եզրին՝ վահանաճառի վերին եզրի մակարդակին

52. Ըստ ականջախեցու կետերի միջազգային ակուպունկտուրային անվանակարգի (IAN)՝ AP 7 աուրիկուլյար (ականջային) կետը կոչվում է՝

Ա-ատամների հեռացման կամ ստորին ծնոտի ատամնացավի դեպքում անալգեզիայի (ցավազրկման) ստորին կետ

Բ-բերանի խոռոչի հատակ

Գ-վերին ծնոտ

Դ-ատամների հեռացման դեպքում անալգեզիայի (ցավազրկման) վերին կետ

53. AP 58 արգանդի կետը (սեքսուալ կետ) տեղակայված է ականջախեցու այն գոտում, որը կոչվում է՝

Ա-խեցու թաս

Բ-նավակայանման փոս (fossa scaphoidea)

Գ-հակաոլորան (antihelix)

Դ-եռանկյունի փոս (fossa triangularis)

54. R 26 յույ-չժուն կետի տեղակայման շրջանում տոպոգրաֆիկորեն գտնվում են՝

Ա-կրծքի մեծ մկանը, կրծքային, անութային, միջկողային զարկերակների ճյուղերը, միջկողային նյարդի և մեդիալ վերանրակային նյարդի ճյուղերը

Բ-նստատեղի մեծ մկանը (մեծ հետույքամկան), ստորին նստատեղային զարկերակի ճյուղերը, սրբանային նյարդի դորսալ (թիկնային) ճյուղը

Գ-հարականջային թքագեղձը՝ իր հաստության մեջ գտնվող ականջաքունքային ու դիմային նյարդերով, մակերեսային քունքային զարկերակի և մեծ ականջային նյարդի ճյուղերը

Դ-վերգանգային մկանի ճակատային փորիկը, հոնքերը կնճռոտող մկանը, վերակնակապճային զարկերակների և նյարդի ճյուղերը

55. Ախտահարված հոդի շրջանում նախադպրոցական տարիքի երեխայի համար նպատակահարմար է օգտագործել տաքացում օշինդրի սիգարներով՝ ցզյու (Jiu) մեթոդներով՝

Ա-ջերմային և այրմամբ

Բ-արդուկող և կտցահարող

Գ-բույսերի եթերայուղերով ջերմային և այրմամբ՝ մինչև թացանալը

Դ-ջերմային՝ կոճապղպեղի (իմբիրի) շերտի միջով

56. Թոքերի մերիդիանի ազդանշանային (սիգնալային/Մու) կետն է՝

Ա-P1 չժուն-ֆու

Բ-P6 կուն-ցզույ

Գ-P8 ցզին-ցյույ

Դ-P5 չի-ցզե

57. Երեխաների ստամոքսի խոցային հիվանդության դեպքում դեղորայքային բուժումը ռեֆլեքսաթերապիայի (ասեղնաբուժության, ակուպունկտուրայի) հետ համակցելը՝

Ա-հնարավոր է, քանի որ ռեֆլեքսաթերապիան պոտենցում (ուժեղացնում) է դեղամիջոցների ազդեցությունը և նվազեցնում դրանց կողմնակի ազդեցությունների զարգացման ռիսկը

Բ-հնարավոր է, ընդ որում՝ ռեֆլեքսաթերապիան չի ազդում դեղամիջոցների ազդեցության վրա

Գ-խորհուրդ չի տրվում, քանի որ ռեֆլեքսաթերապիան նվազեցնում է դեղամիջոցների արդյունավետությունը

Դ-խորհուրդ չի տրվում, քանի որ ռեֆլեքսաթերապիան մեծացնում է դեղամիջոցների կողմնակի ազդեցությունների զարգացման ռիսկը

58. V 20 պի-շու կետի տեղակայման շրջանում գտնվում են՝

Ա-այտոսկրի մեծ մկանը, ենթաականակապճային զարկերակի, ենթաականակապճային նյարդի ճյուղերը և դիմային նյարդի այտային ճյուղը

Բ-զստոսկրի առաջային վերին փուշը, ազդրի կողմնային (լատերալ) մաշկային նյարդը և ազդրային զարկերակը

Գ-սեղանարդաձև (տրապեցիաձև) մկանը, հետին ստորին ատամնավոր մկանը և ողնաշարը ուղղող մկանը, միջկողային զարկերակի ճյուղերը և կրծքային նյարդի դորսալ (թիկնային) ճյուղը

Դ-հարականջային թուքագեղձը՝ իր պարենխիմայում գտնվող դիմային ու ականջաքունքային նյարդերով, և մակերեսային քունքային զարկերակի ու ականջաքունքային նյարդի ճյուղերը

59. Կանաչ գույնը վերաբերում է հետևյալ տարրին (տարրերից որին)՝

Ա-ջուր

Բ-փայտ

Գ-մետաղ

Դ-կրակ

60. MC 2 տյան-ցյուան ակուպունկտուրային կետը գտնվում է՝

Ա-բազկի առաջային-ներքին մակերեսին, անութային փոսի ծալքի առաջային ծայրի մակարդակից 2 ցուն ցած, որտեղ շոշափվում է բազկի երկգլուխ մկանի ակոսը

Բ-չորրորդ միջկողային տարածությունում՝ առաջային միջին գծից 5 ցուն լատերալ (դեպի դուրս)

Գ-պրոքսիմալ դաստակային ծալքից 5 ցուն վերև

Դ-պրոքսիմալ դաստակային ծալքից 2 ցուն վերև՝ ջլերի միջև

61. Լեղապարկի մերիդիանի նվազագույն ակտիվության ժամանակահատվածը (ըստ էներգիայի շրջանառության մեծ շրջանի) (ժամերով)՝

Ա-5-7

Բ-13-15

Գ-9-11

Դ-11-13

62. GI 12 չժոու-լյաո կետի ասեղնածակման խորությունը կազմում է մինչև (սանտիմետրերով)՝

Ա-1,5

Բ-3,5

Գ-2,5

Դ-3

63. E 35 դու-բի կետը տեղակայված է՝

Ա-ոտքի առաջային-միջին գծի վրա

Բ-ոտքի առաջային-արտաքին գծի վրա

Գ-ձեռքի թիկնային-միջին գծի վրա

Դ-որովայնի երկրորդ կողմնային գծի վրա

64. V 33 չժուն-լյաո ակուպունկտուրային կետը գտնվում է՝

Ա-սրբանային միջին երրորդ կատարից ցած՝ համապատասխան սրբանային հետին երրորդ անցքին, V29 չժուն-լյույ-շու կետի հետ նույն հորիզոնական գծի վրա

Բ-սրբանային միջին չորրորդ կատարից ցած՝ համապատասխան սրբանային հետին չորրորդ անցքին, V30 բայ-խուան-շու կետի հետ նույն հորիզոնական գծի վրա, այդ կետի և մեջքի միջին գծի միջև եղած տարածության մեջտեղում

Գ-II և III սրբանային ողերի փշաձև ելուստների միջև եղած տարածության մակարդակին՝ 1,5 ցուն դեպի կողմ

Դ-III և IV սրբանային ողերի փշաձև ելուստների միջև եղած տարածության մակարդակին՝ 1,5 ցուն դեպի կողմ

65. Ձեռքի ափային-արմնկային գծի վրա տեղակայված են _ կետեր՝

Ա-13

Բ-8

Գ-7

Դ-9

66. VG 20 բայ-խուեյ կետի նյարդավորումն իրականացվում է հետևյալի հաշվին՝

Ա-եռվորյակ նյարդի առաջին ճյուղի և մեծ ծոծրակային նյարդի

Բ-փոքր ծոծրակային նյարդի

Գ-ճակատային նյարդի

Դ-մեծ ականջային նյարդի և ճախարակային նյարդի

67. Ասեղնաբուժության կետի մեջ հայտնվելիս առաջացող «նախատեսված զգացողությունների» հասկացության մեջ ներառված չէ ասեղի ներմուծման վայրում _ հայտնվելը՝

Ա-ծակծկոցի

Բ-արյան կաթիլի

Գ-այրոցի

Դ-տնտղոցի (ճնշման/լեցունության զգացման)

68. Լյարդի մերիդիանը սկսվում է ոտնաթաթի _ մատի եղնգային ֆալանգի _ եզրին գտնվող կետից՝

Ա-առաջին (բութ), արտաքին

Բ-միջնամատի, արտաքին

Գ-ձեռքի մատնեմատի, ներքին

Դ-ձեռքի ցուցամատի, արտաքին

69. Նշեք ասեղնաբուժության (ակուպունկտուրայի) չինական անվանումը՝

Ա-խե-գու

Բ-ցզան-ֆու

Գ-սու-ջոկ

Դ-չժեն-ցզյու (Zhenjiu)

70. Ռեֆլեքսաթերապիայի կիրառման մասին առաջին գրավոր հիշատակումները վերաբերում են՝

Ա-մ.թ. I դարին

Բ-մ.թ. III դարին

Գ-մ.թ.ա. III դարին

Դ-մ.թ.ա. II դարին

71. Ակուպունկտուրային կետերի վրա ներգործության ո՞ր մեթոդները չեն վերաբերում ներգործության էլեկտրական մեթոդներին՝

Ա-ցզյու-թերապիա (տաքացում/այրում)

Բ-էլեկտրապունկտուրա

Գ-Ֆոլի մեթոդ

Դ-Նակատանիի մեթոդ

72. Նշեք մեկ սխալ պատասխան: Ո՞ր մասերից չի կազմված ակուպունկտուրային ասեղը (կամ ո՞ր տերմինը չի համարվում ասեղի կառուցվածքային մաս)՝

Ա-բռնակ

Բ-ասեղի ծայր

Գ-ասեղի մարմին (ցողուն)

Դ-ասեղի խոռոչ

73. Չինական ավանդական բժշկության տեսանկյունից ո՞րը չի վերաբերում հինգ հիմնական տարրերին (ու-սին)՝

Ա-փայտ

Բ-հող

Գ-օդ

Դ-ջուր

74. Ընտրեք հինգ հիմնական տարրերի ճիշտ հերթականությունը ցանկացած երևույթի փուլային զարգացման մեջ՝

Ա-փայտ, կրակ, հող, մետաղ, ջուր

Բ-օդ, փայտ, կրակ, հող, ջուր

Գ-ջուր, հող, օդ, կրակ, մետաղ

Դ-փայտ, հող, կրակ, մետաղ, ջուր

75. Քանի՞ հիմնական մերիդիան գոյություն ունի ըստ չինական ավանդական բժշկության՝

Ա-10

Բ-14

Գ-24

Դ-12

76. Ո՞ր մերիդիանն է ամենաերկարը՝

Ա-ստամոքսի մերիդիանը

Բ-միզապարկի մերիդիանը

Գ-սրտի մերիդիանը

Դ-երիկամների մերիդիանը

77. Նշեք մեկ ճիշտ պատասխան՝

Ա-հիմնական մերիդիանները զույգ են և սիմետրիկ տեղակայված են մարմնի աջ ու ձախ կողմերում

Բ-հիմնական մերիդիանները կենտ են և տեղակայված են կա՛մ մարմնի աջ, կա՛մ ձախ կողմում

Գ-առաջնամիջին և հետնամիջին մերիդիանները հանդիսանում են հիմնական մերիդիաններ

Դ-բոլոր մերիդիանները բաժանվում են ձեռքի և ոտքի մերիդիանների

78. Նշեք մեկ ճիշտ պատասխան՝

Ա-վերին վերջույթների վրա տեղակայված են Յան մերիդիանները, իսկ ստորինների վրա՝ Յին մերիդիանները

Բ-հետնամիջին մերիդիանը (Դու-մայ) հանդիսանում է բոլոր Յան մերիդիանների կառավարիչը

Գ-Յան մերիդիանները տեղակայված են միայն մարմնի ներքին և առաջային մակերեսներին

Դ-բոլոր մերիդիանները սկսվում են իրանից և ավարտվում վերջույթների վրա

79. Նշեք մեկ ճիշտ պատասխան՝

Ա-համամասնական ցունի երկարությունը մարմնի բոլոր մասերում նույնն է

Բ-ակուպունկտուրային կետերը տեղակայված են միայն մերիդիանների վրա

Գ-համամասնական և անհատական ցունի երկարությունները կարող են համընկնել

Դ-ակուպունկտուրային կետերի միջև հեռավորությունը սովորաբար չափվում է անհատական ցուներով

80. Ըստ չինական բժշկության պատկերացումների՝ հիվանդությունների առաջացմանը նպաստող էմոցիոնալ գործոններին չի վերաբերում՝

Ա-ուրախությունը

Բ-բարկությունը

Գ-տագնապը

Դ-զարմանքը

81. Հինգ տարրերի ախտորոշման համաձայն՝ ջլերում դրսևորվող, աչքերում բացահայտվող և եղունգներում ծաղկող օրգանը՝

Ա-թոքերը

Բ-փայծաղը

Գ-լյարդը

Դ-սիրտը

82. Ավանդական չինական բժշկության տեսանկյունից երիկամներն ազդում են՝

Ա-մկանների վրա

Բ-արյունատար անոթների վրա

Գ-ջլերի վրա

Դ-ոսկրերի վրա

83. VG 14 դա-չժույ կետը գտնվում է՝

Ա-ստորին ծնոտի անկյունից 1 լայնական մատ առաջ գտնվող փոսիկում

Բ-VII պարանոցային և I կրծքային ողերի փշաձև ելունների միջև

Գ-մեջքի միջին գծի վրա՝ VI և VII պարանոցային ողերի փշաձև ելունների միջև

Դ-թիակի փշի վերին եզրի մոտ՝ անմիջապես ցզյան-ցզին կետից ներքև

84. Մերիդիանի վրա սեդատիվ կետը գտնվում է՝

Ա-օրգանի մաշկային պրոյեկցիայի շրջանում

Բ-միզապարկի մերիդիանի առաջին գծի վրա

Գ-իր սեփական մերիդիանի վրա

Դ-միզապարկի մերիդիանի երկրորդ գծի վրա

85. VB30 խուան-տյաո կետը գտնվում է՝

Ա-նստատեղի վրա՝ կոնքազդրային հոդի ետևում

Բ-ազդրի վերին հատվածում՝ զստոսկրի առաջային փշից ներքև գտնվող փոսիկում, VB28 վեյ-դաո կետից 3 ցուն ներքև

Գ-պորտի մակարդակից ներքև և XI կողի ազատ եզրից ներքև՝ VB26 дай-май կետից 3 ցուն ներքև

Դ-զստոսկրի կատարից առաջ՝ VB27 ու-շու կետից 2 ցուն ներքև

86. MC 6 նեյ-գուան կետի ասեղի ներթափանցման խորությունը կազմում է մինչև (սանտիմետրերով)՝

Ա-2

Բ-3

Գ-1,7

Դ-1,5

87. Քանի՞ կետ ունի փայծախի մերիդիանը՝

Ա-45

Բ-21

Գ-9

Դ-23

88. V 57 չեն-շան կետը գտնվում է՝

Ա-միջային կոնդիլի հետին եզրի մոտ՝ կիսաթաղանթային մկանի ջլից առաջ, ծնկոսկրիկի կենտրոնի մակարդակին

Բ-սրունքի երկգլուխ մկանի գլուխների՝ Աքիլեսյան ջլի վերածվելու տեղում՝ սրունքի երկգլուխ մկանի գլուխներով կազմված անկյան գագաթի մոտ

Գ-միջային կոճից 6 համաչափ հատված վերև՝ մեծ ոլոքի ներքին եզրից հետ՝ 1,5 սանտիմետր հեռավորության վրա

Դ-ցայլոսկրի թմբիկից ներքև՝ ազդրի մեծ զատիչ մկանի առաջային եզրի մոտ, շեքի մակարդակից 2 սանտիմետր ներքև

89. Միզապարկի մերիդիանի ակտիվության առավելագույն ակտիվությունը լինում է ժամը՝

Ա-15–17

Բ-5–7

Գ-18–20

Դ-8–10

90. Սրտի մերիդիանիի ակտիվության նվազագույն ժամանակը (ըստ էներգիայի մեծ շրջանառության համաձայն) (ժամերով)՝

Ա-23-1

Բ-3-5

Գ-11-13

Դ-19-21

91. GB 8 ասեղնաբուժության կետը գտնվում է

Ա-թիկունքին (մեջքին)

Բ-ուսին

Գ-դեմքին

Դ-գլխի մազածածկ մասում

92. Այն սկզբնատարրը, որի թուլությանը բնորոշ են վատ ինքնազգացողությունը քամոտ եղանակին, առավոտյան, դյուրագրգռությունը և ագրեսիվությունը, հանդիսանում է՝

Ա-հողը

Բ-ջուրը

Գ-փայտը

Դ-մետաղը

93. V58 ֆեյ-յան կետը գտնվում է

Ա-II և III միջին սրբանային կատարների միջև ընկած տարածության մակարդակին՝ դեպի կողմ 3 ցուն հեռավորության վրա

Բ-չորրորդ սրբանային անցքից դեպի կողմ 3 ցուն հեռավորության վրա

Գ-ծնկատակի փոսի մեջտեղից 5 ցուն ցած՝ ձկնամկանի մեջտեղում

Դ-արտաքին (լատերալ) պճեղի կենտրոնի մակարդակից 7 ցուն բարձր՝ պճեղի հետին եզրի և աքիլլեսյան ջլի միջև եղած գոգավորությունից ուղղահայաց գծով դեպի վեր

94. RP 9 ին-լին-ցյուան կետը գտնվում է՝

Ա-ոտքի առաջնա-արտաքին գծի վրա

Բ-ոտքի առաջային -ներքին գծի վրա

Գ-որովայնի երկրորդ կողմնային գծի վրա

Դ-ձեռքի թիկնա-միջնագծի վրա

95. R1 յուն-ցյուան կետը գտնվում է՝

Ա-ոտնաթաթի ներբանի կենտրոնում՝ II և III նախագարշապարային ոսկրերի միջև եղած փոսիկում՝ II մատի ծայրից մինչև կրունկի հետին եզրը եղած հեռավորության 2/5-րդ մակարդակին

Բ-ոտնաթաթի կամարի ներքին մակերեսին՝ նավակաձև ոսկրի թմբիկից դեպի առաջ և փոքր-ինչ ցած գտնվող գոգավորությունում

Գ-աքիլլեսյան ջլի՝ կրնկոսկրին կպման տեղից դեպի առաջ, R3 տայ-սի կետից 1,5 սմ ցած

Դ-կրնկոսկրից բարձր գտնվող գոգավորությունում՝ ներքին (մեդիալ) պճեղի և աքիլլեսյան ջլի միջև

96. “Եռակի տաքացուցիչ-ի” մերիդիանը – TR – առավելագույնս ակտիվ է ժամը __-ից մինչև __-ը

Ա-9-11

Բ-23- 2

Գ-21- 23

Դ-1- 3

97. VB 40 ցյու-սյույ կետը գտնվում է՝

Ա-ոտքի առաջնա-արտաքին գծի վրա

Բ-որովայնի երկրորդ կողմնային գծի վրա

Գ-մեջքի միջնագծի վրա

Դ-ձեռքի թիկնա-միջնագծի վրա

98. VC 4 գուան-յուան կետը գտնվում է՝

Ա-ցայլքային համաճոնի (սիմֆիզի) վերին եզրի մեջտեղում

Բ-արտաքին սեռական օրգանների և հետանցքի միջև

Գ-որովայնի միջնագծի վրա՝ պորտից 4 ցուն ցած

Դ-որովայնի միջնագծի վրա՝ պորտից 3 ցուն ներքև

99. V 36 չեն-ֆու կետը գտնվում է՝

Ա-ենթանստատեղային (նստատեղի տակի) ծալքի կենտրոնում

Բ-երկրորդ միջին սրբանային կատարից ցած՝ համապատասխան երկրորդ հետին սրբանային անցքին, V28 պան-գուան-շու կետի հետ նույն հորիզոնական գծի վրա

Գ-պոչուկի ծայրից դեպի դուրս 1,5 ցուն հեռավորության վրա՝ պոչուկի մակարդակից փոքր-ինչ բարձր

Դ-չորրորդ միջին սրբանային կատարից ցած՝ համապատասխան չորրորդ հետին սրբանային անցքին, V30 բայ-խուան-շու կետի հետ նույն հորիզոնական գծի վրա՝ այս կետի և մեջքի միջնագծի միջև եղած հեռավորության մեջտեղում

100. Փայծաղ-ենթաստամոքսային գեղձի մերիդիանի սկզբնատարրը հանդիսանում է՝

Ա-կրակը

Բ-մետաղը

Գ-փայտը

Դ-հողը

Սկզբնաղբյուրներ՝

1- Агасаров Л.Г., Осипова Н.Н. Краткое руководство по акупунктуре.-М.,1996.-215.

2- Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Пунктурная рефлексотерапия.- Горький 1978. - 296 с.

3- Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии.М. 1996

4- Дуринян Р.А. Атлас аурикулярной рефлексотерапии.- М., 1982.

5- Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. Руководство по рефлексотерапии. - Киев: Вища школа 1989.- 479с

6- Самосюк И.З., Лысенюк В.Г. Акупунктура. Энциклопедия. Киев. 1994

7- Песиков Я.С, Рыбалко С.Я. Атлас клинической аурикулотерапии.М. 1990

8- Пишель Я.В., Шапиро М.И., Шапиро И.И. Анатомо-клинический атлас рефлексотерапии.М.1991

9- Чжу Лянь Руководство по современной чжень - цзю терапии. - М.: Медгиз, 1959 .- 270с.

10- Иглоукалывание. /Под общ. ред. Хоанг Бао Тяо, Ла Куанг Ниеп.— М.: Медицина, 1988.—670с.

11- Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. - М.: Медицина, 1980. - 441с., 2006 –751с., 2-е издание.

12- Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии. - М.: МЕД-пресс, 2001 - 456с.

13- Ян Цзичжоу. Большие достижения Чжень цзю. Том 1, 2. Перевод с китайского. «Профит Стойл», Москва, 2003г.

14- Лакуста В.Н. Гроссу Г.С. Краткие основы рефлексотерапии. - Кишинев, 1980. - 195с.

15- Овечкин А.М. Основы ЧЖЭНЬ-ЦЗЮ терапии. - Саранск, 1991. - 416с.

16- Хоанг Бао Тяу, Ла Куанг Ниеп. Иглоукалывание./ Пер. с вьетн.- М,: Медицина, 1988.

17- Чжу-Лянь. Руководство по современной чжэнь-цзю-терапии./ Пер. с китайского.- М.: Медгиз, 1959.

18- Яроцкая Э.П. Рефлексотерапия заболеваний внутренних органов. - Харьков: Дельта, 1994. - 158с.

19- К.Шнорренбергер - Учебник китайской медицины для западных врачей. -М: «Balbe», 2003. - 560 с.

20- Белоусов П.В., Акупунктурные точки китайской чжэнь-цзю терапии, Алматы, 2004. — 450 с. — ISBN 9965-9452-5-X.

21- Джованни Мачоча "Основы китайской медицины", Подробное руководство для специалистов по акупунктуре и лечению травами, том 1, 2, 3, Москва, Рид Элсивер, 2011г.

22- Bischko I. Einfuhrung in die Akupunktur. — Heidelberg: Haug, 1976. — 124 S.

23- Manaka Y. Practice of Acupuncture. — Yokosuka, 1972. — 185 p. Mann F. Acupuncture: The ancient Chinese art of healing. — L.: Heinemann, 1978. — 200 p.

24- Nogier P.F.M. Treatise of auriculotherapy. — P.: Maisonneuve, 1972. — 321 p.

25- Schnorrenberger C.C. Lehrbuch der chinesischen Medizin fur westliche Arzte. Die theoretischen Grundlagen der chinesischen Akupunktur uqd Arzneiverordnung. — Stuttgart: Hippokrates Verl., 1979. — 636 S.

Սպորտային բժշկություն

1. «Սպորտային բժշկություն» տերմինը ներառում է՝

Ա-մարզիկների ֆունկցիոնալ վիճակի որոշման մեթոդ

Բ-ֆիզիկական դաստիարակությամբ և սպորտով զբաղվող անձանց բժշկական ապահովման (աջակցության) համակարգը)

Գ-մարզիկների և ֆիզկուլտուրա պարապողների առողջական վիճակի ուսումնասիրությունը

Դ-վերը նշված բոլորը

2. Սպորտային բժշկության նպատակն ու խնդիրները ներառում են բոլոր ստորև նշվածները, բացառությամբ՝

Ա-բարձր որակավորում ունեցող մարզիկների մասնագիտացված (նեղ կլինիկական) բուժումը

Բ-ֆիզիկական դաստիարակության արդյունավետության խթանումը՝ նպատակ ունենալով ամրապնդել առողջությունը և բարձրացնել աշխատունակությունը

Գ-ֆիզիկական դաստիարակության և սպորտի ընթացքում բժշկական, կանխարգելիչ և սանիտարահիգիենիկ միջոցառումների կազմակերպում և իրականացումը

Դ-ոչ ռացիոնալ ֆիզիկական դաստիարակության և սպորտային գործունեության հետևանքով առաջացած հիվանդությունների և վնասվածքների վաղ նշանների հայտնաբերումը

3. Ֆիզիկական կուլտուրայի դասերի համար առանձնանում են հետևյալ բժշկական խմբերը՝

Ա-ուժեղ, թույլ, հատուկ

Բ-հիմնական, նախապատրաստական, հատուկ

Գ-ֆիզիկապես պատրաստված, վատ պատրաստված, ֆիզիկապես անպատրաստ

Դ-առաջինը՝ առանց առողջության շեղումների. երկրորդը ՝առողջության փոքր շեղումներով. երրորդ - հիվանդ

4. Մարզիկների ամբուլատոր դիտարկումը ներառում է հետազոտության բոլոր հետևյալ տեսակները, բացառությամբ՝

Ա-ընդհանուր, մասնագիտացված, նախամրցույթային

Բ-հիմնական, լրացուցիչ, կրկնվող

Գ-առաջնային, ընթացիկ, լրացուցիչ

Դ-սպորտով զբաղվելուց առաջ

5. Մարզիկների դիսպանսերային դիտարկման վերաբերյալ բժշկի եզրակացության բովանդակությունը ներառում է բոլոր հետևյալը, բացառությամբ՝

Ա-մարզիկների առողջության և ֆունկցիոնալ վիճակի գնահատումը

Բ-պատրաստվածության մակարդակի գնահատումը

Գ-բուժման և կանխարգելիչ միջոցառումների վերաբերյալ առաջարկությունները

Դ-ուսուցման ծանրաբեռնվածության ռեժիմի վերաբերյալ առաջարկությունները

6. Մարզիկի նախնական հետազոտության ընթացքում ֆունկցիոնալ ախտորոշիչ և լաբորատոր հետազոտությունների պարտադիր ծավալը ներառում է բոլոր ստորև նշվածները, բացառությամբ՝

Ա-կրծքավանդակի ռենտգենը

Բ-արյան թթվահիմնային վիճակի ուսումնասիրություններ

Գ-էլեկտրասրտագրությունը

Դ-արյան և մեզի կլինիկական թեստերը

7. Մարզիկի բժշկական զննության բժշկական եզրակացությունը ներառում է՝

Ա-առողջության գնահատումը

Բ-մարմնի ֆունկցիոնալ վիճակը և ֆիզիկական կատարումը

Գ-ֆիզիկական զարգացման գնահատումը

Դ-վերը նշված բոլորը

8. Թվարկված բոլոր մարզաձևերը մրցումներից առաջ պահանջում են բժշկի կողմից պարտադիր թույլտվություն, բացառությամբ՝

Ա-մարաթոնյան վազք

Բ-բռնցքամարտ

Գ-ջրացատկ

Դ-ստորջրյա սպորտաձևեր

9. Արյան ճնշման ամենամեծ փոփոխությունը նկատվում է՝

Ա-աորտայում

Բ-արտերիոլներում

Գ-մազանոթներում

Դ-երակներում

10. Հիդրոստատիկ ճնշումը ստորին վերջույթներում, երբ մարդը հորիզոնականից ուղղահայաց դիրք է տեղափոխվում՝

Ա-նվազում է

Բ-մեծանում է

Գ-չի փոխվում

Դ-սկզբում կնվազի, հետո կմեծանա

11. Մարմնի հիմնական համակարգերը, որոնք ապահովում են մարզիկի մկանային աշխատանքը, բոլորը հետևյալն են, բացառությամբ՝

Ա-նյարդային

Բ-սրտանոթային

Գ-մկանային

Դ-մաշկի զգայունությունը

12. Հիմնականում դրսևորվում է ֆիզիկական պարապմունքների ազդեցությունը մարմնի վրա՝

Ա-մաշկի ընկալիչների միջոցով

Բ-ջիլ ընկալիչների միջոցով

Գ-մկանային ընկալիչների միջոցով

Դ-օկուլոմոտորային նյարդի միջոցով

13. Համակարգված ֆիզիկական պատրաստության ազդեցությունը կենտրոնական նյարդային համակարգի վրա դրսևորվում է՝

Ա-նյարդային պրոցեսների ուժի բարձրացումով

Բ-նյարդային պրոցեսների շարժունակության բարելավումով

Գ-նյարդամկանային գրգռման անցկացման արագացումով

Դ-թվարկվածը ճիշտ է

14. Ֆիզիկական պատրաստության ազդեցությունը մկանային համակարգի վրա դրսևորվում է հետևյալ բոլորով, բացառությամբ՝

Ա-մկանային տոնուսի բարձրացման

Բ-մկանների հիպերտրոֆիայի

Գ-նոր ջլերի ձևավորման

Դ-շարժումների համակարգման բարելավման

15. Ֆիզիկական պատրաստության ազդեցությունը ոսկրային համակարգի վրա արտահայտված է հետևյալ բոլորով, բացառությամբ՝

Ա-ոսկրերի ամրացումը

Բ-ոսկրային հյուսվածքի աճի խթանումը

Գ-հոդերի շարժունակության բարելավումը

Դ-միջողային սկավառակների աճը

16. Մարզիկների մոտ ֆիզիկական ակտիվության կտրուկ նվազման (դետրենինգի) բացասական ազդեցությունը կարող է դրսևորվել հետևյալ բոլորով, բացառությամբ՝

Ա-սկոլիոզի զարգացման

Բ-սկավառակի ճողվածքի

Գ-սրտամկանի դիստրոֆիայի

Դ-ուռուցքաբանական հիվանդությունների

17. Առավելագույն ինտենսիվության ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ 1 րոպեում սրտի զարկերի մոտավոր միջակայքը կազմում է՝

Ա-130-150 զարկ/րոպե

Բ-150-170 զարկ/րոպե

Գ-170-180 զարկ/րոպե

Դ-200-220 զարկ/րոպե

18. Աշխատող կմախքային մկանների և ներքին օրգանների փոխազդեցությունն իրականացվում է հետևյալ ռեֆլեքսների միջոցով՝

Ա-մաշկամկանային

Բ-մկանահոդային

Գ-մոտոր-վիսցերալ (շարժողական-ընդերային)

Դ-վեգետատիվ

19. Արագա-ուժային սպորտաձևերը հիմնականում զարգացնում են հետևյալ ֆիզիկական որակները՝

Ա-դիմացկանություն

Բ-ուժ

Գ-արագություն

Դ-ճիշտ է բ) և գ)

20. Միջին ֆիզիկական զարգացում ունեցող երեխաների արագաուժային կարողությունների առավելագույն զարգացման տարիքային շրջանն է՝

Ա-նախադպրոցականը

Բ-կրտսեր դպրոցականը

Գ-միջնակարգ դպրոցի

Դ-ավագ դպրոցի

21. Միջին ֆիզիկական զարգացում ունեցող երեխաների ճկունության առավելագույն զարգացման տարիքային շրջանն է՝

Ա-նախադպրոցականը

Բ-կրտսեր դպրոցականը

Գ-միջին դպրոցականը

Դ-ավագ դպրոցականը

22. Միջին ֆիզիկական զարգացում ունեցող երեխաների մոտ դիմացկունության առավելագույն զարգացման տարիքային շրջանն է՝

Ա-կրտսեր դպրոցականը

Բ-միջին դպրոցականը

Գ-ավագ դպրոցականը (ավագ դպրոցի)

Դ-երիտասարդականը

23. Միջին ֆիզիկական զարգացում ունեցող երեխաների ճարպկության (կոորդինացիայի) որակի առավելագույն զարգացման տարիքային շրջանն է՝

Ա-նախադպրոցականը

Բ-կրտսեր դպրոցականը (կրտսեր դպրոցի)

Գ-միջին դպրոցականը

Դ-ավագ դպրոցականը

24. Կարճատև ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ արյան գլյուկոզի մակարդակը՝

Ա-ավելանում է

Բ-նվազում է

Գ-չի փոխվում

Դ-կտրուկ նվազում է մարզման առաջին վայրկյաններին

25. Երկարատև ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ արյան մեջ գլյուկոզի պարունակությունը՝

Ա-նվազում է

Բ-ավելանում է

Գ-մնում է անփոփոխ

Դ-գլյուկոզի վերականգնումը գերազանցում է օգտագործումը

26. Ինտենսիվ ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ արյան մեջ միզանյութի պարունակությունը՝

Ա-ավելանում է

Բ-նվազում է

Գ-մնում է անփոփոխ

Դ-միզանյութի օգտագործումը գերազանցում է ձևավորումը

27. Ինտենսիվ ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ արյան մեջ կրեատինինի պարունակությունը՝

Ա-ավելանում է

Բ-նվազում է

Գ-մնում է անփոփոխ

Դ-օգտագործումը գերազանցում է ձևավորումը

28. Ինտենսիվ ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ մեզի մեջ միզանյութի պարունակությունը՝

Ա-մնում է անփոփոխ

Բ-նվազում է

Գ-ավելանում է

Դ-կարող է աճել կամ նվազել

29. Ինտենսիվ ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ մեզի մեջ կրեատինինը՝

Ա-մնում է անփոփոխ

Բ-նվազում է

Գ-ավելանում է

Դ-ավելանում կամ նվազում է

30. Մարզիկի մարզվածություն հասկացողությունը ներառում է՝

Ա-մարմնի առողջական վիճակը և ֆունկցիոնալ վիճակը

Բ-ֆիզիկական պատրաստվածության մակարդակը

Գ-տեխնիկա-տակտիկական պատրաստվածության մակարդակը

Դ-վերը նշված բոլորը

31. Մարզիկի մարզման հիմնական մեթոդները (տարբերակները) հետևյալն են, բացառությամբ՝

Ա-հավասարաչափ մարզման

Բ-փոփոխական մարզման

Գ-լարված մարզման

Դ-կրկնակի մարզման

32. Բազմամյա մարզումների ընթացքում սպորտային ընտրության հիմնական փուլերը հետևյալն են, բացառությամբ՝

Ա-նախնական պատրաստության (ընտրության) փուլի

Բ-նախնական սպորտային մասնագիտացման փուլի

Գ-ընտրված մարզաձևում խորացված մարզումների փուլի

Դ-մրցումներին մասնակցության

33. Արագաուժային մարզաձևերում մարզիկի արդյունավետությունը որոշող հատուկ գործոնները ներառում են հետևյալ բոլորը, բացառությամբ՝

Ա-ֆիզիկական հատկություններ (հատուկ)

Բ-մտավոր զարգացում

Գ-ֆիզիկական պատրաստվածություն

Դ-տեխնիկական պատրաստվածություն

34. Ցիկլիկ մարզաձևերում մարզիկի աշխատունակությունը որոշող հատուկ գործոնները ներառում են հետևյալ բոլորը, բացառությամբ՝

Ա-ընդհանուր դիմացկունությունը

Բ-հատուկ դիմացկունությունը

Գ-կարդիո-ռեսպիրատոր համակարգի հնարավորությունները

Դ-շարժումների համակարգումը

35. Օրգանիզմի ջերմակարգավորման հիմնական տեսակները ներառում են՝

Ա-քիմիականը

Բ-ֆիզիկականը

Գ-էլեկտրականը

Դ-ա) և բ) տարբերակները ճիշտ են

36. Ջրային պրոցեդուրաների ժամանակ օրգանիզմի պատասխան արձագանքի բարենպաստ փուլերը ներառում են՝

Ա-առաջնային դողի և ակտիվ հիպերեմիայի փուլը

Բ-երկրորդական ցրտային և երկրորդական հիպերեմիայի փուլը

Գ-երկրորդական հիպերմիայի փուլը

Դ-ակրոցիանոզի փուլը

37. Տարբեր սպորտային սարքավորումների օգտագործման ժամանակ սպորտային վնասվածքների կանխարգելման գործոնները ներառում են՝

Ա-ժամանակին հսկողություն տեխնիկական վիճակի և գործիքների ամրացման նկատմամբ

Բ-հսկողություն ապահովագրական միջոցների և պաշտպանիչ սարքերի նկատմամբ

Գ-սարքավորումների վրա առավելագույն թույլատրելի բեռնվածության վերաբերյալ տեղեկատվածության առկայությունը

Դ-վերը նշված բոլորը

38. Լողավազանի ջրում մնացորդային քլորի ստանդարտ կոնցենտրացիան է՝

Ա-0,5 գ/մ³

Բ-0,7 գ/մ³

Գ-0,9 գ/մ³

Դ-1,0 գ/մ³

39. Կետլե-ի ինդեքսը հաշվի է առնում՝

Ա-հասակ

Բ-քաշը

Գ-կրծքավանդակի ծավալը

Դ-ա) և բ) ճիշտ են

40. Կենսական ինդեքսը հաշվի է առնում՝

Ա-հասակ

Բ-քաշը

Գ-թոքերի կենսական տարողությունը

Դ-բ) և գ) ճիշտ են

41. -ամյա մարզիկի մոտ առաջացել է հիպերտոնիկ ռեակցիայի պատասխան ստանդարտ վարժությունների նկատմամբ: Բժշկի մարտավարությունն ու առաջարկությունները ներառում են՝

Ա-անհրաժեշտ է պարզել սպորտային անամնեզը, առօրյան, սննդակարգը և վերջին շրջանում տարած հիվանդությունները

Բ-մարզումների ընթացքում իրականացնել բժշկամանկավարժական դիտարկում

Գ-բարձրացնել ծանրաբեռնվածության ծավալը

Դ-ա) և բ) ճիշտ են

42. Սպորտի վարպետ «մարաթոնյան վազորդը» գանգատներ չի նշում: Ծանրաբեռնվածությունից հետո աուսկուլտատիվ լսվում է «անվերջ տոն»: Սա թույլ է տալիս եզրակացնել՝

Ա-ֆունկցիոնալ վիճակը բարելավվում է, եթե «անվերջ տոնը» լսվում է ծանրաբեռնվածությունը դադարեցնելուց ոչ ավելի, քան 2 րոպե.

Բ-ֆունկցիոնալ վիճակը վատանում է

Գ-անհնար է դիտարկել դինամիկան

Դ-ֆունկցիոնալ վիճակը բարելավվում է, եթե «անվերջ տոնը» լսվում է 5 րոպե

43. Առաջին կարգի մարզիկը գանգատվում է հոգնածությունից, մարզվելու ցանկության բացակայությունից և գլխացավերից: Չափավոր ծանրաբեռնվածության նկատմամբ ռեակցիայի տեսակը հիպոտոնիկ է: Բժշկին պետք է՝

Ա-պարզել մարզումների, քնային, սննդային ռեժիմը, վերջին տարած հիվանդությունները

Բ-մարզումների ընթացքում իրականացնել բժշկամանկավարժական դիտարկումներ

Գ-անցկացնել խորացված հետազոտություններ

Դ-վերը նշված բոլորը ճիշտ են

44. -րդ կարգի 13-ամյա մարզիկը վերջին 2-3 ամիսների ընթացքում գանգատվում է դյուրագրգռությունից, քրտնարտադրությունից և հաճախասրտությունից: Օրթոստատիկ թեստ անցկացնելուց հետո հայտնաբերվել է ՍԿՀ-ի (պուլսի) աճ 40%-ով: Այս դեպքում անհրաժեշտ է՝

Ա-նվազեցնել ծանրաբեռնվածություն ծավալը

Բ-մարզումների ընթացքում իրականացնել բժշկամանկավարժական հսկողություն

Գ-անցկացնել խորացված բժշկական հետազոտություն

Դ-մեծացնել ծանրաբեռնվածության ծավալը

45. Երկար տարածությունների վազորդի մոտ արյան մեջ կաթնաթթվի մակարդակի աճ է նկատվել 0,9 մմոլ/լ-ից մինչև 7,8 մմոլ/լ՝ ի պատասխան ստանդարտ թեստային ծանրաբեռնվածության: Մեկ ամիս ինտենսիվ մարզումներից հետո, նույն ծանրաբեռնվածության դեպքում, ակնկալվում է կաթնաթթվի մակարդակի հետևյալ փոփոխությունը.

Ա-0,9 մմոլ/լ-ից մինչև 5,6 մմոլ/լ

Բ-1,8 մմոլ/լ-ից մինչև 8,9 մմոլ/լ

Գ-առանց փոփոխության

Դ-3,3 մմոլ/լ-ից մինչև 10,0 մմոլ/լ

46. Միջին տարածությունների վազորդների մոտ, երբ մարզվում են աճող ինտենսիվությամբ, նկատվում է արյան միզանյութի մակարդակի աճ մարզումից հետո 40 մգ%-ից մինչև 70 մգ%: Սա պետք է դիտարկել որպես՝

Ա-օրգանիզմի արձագանքի դրական տարբերակ ծանրաբեռնվածության հանդեպ

Բ-օրգանիզմի արձագանքի բացասական տարբերակ ծանրաբեռնվածության հանդեպ

Գ-նախորդ մարզումների ծանրաբեռնվածությունից հետո անբավարար վերականգնման նշան

Դ-բոլորը սխալ են

47. Մարաթոն վազորդի արյան սկզբնական ցուցանիշները նորմալ են հանգստի ժամանակ: Մրցակցային ծանրաբեռնվածությունից հետո նշվել է հեմոգլոբինի չափավոր նվազում, գլյուկոզայի նվազում՝ 10%-ով, լակտատի ավելացում՝ 50%-ով, միզանյութի՝ 40%-ով: Մարզիկի մարզավիճակը պետք է գնահատել որպես

Ա-ցածր

Բ-միջին

Գ-անբավարար

Դ-բարձր

48. Կրկնվող սպեցիֆիկ (յուրահատուկ) ծանրաբեռնվածության փորձերի համար կիրառվում են հետևյալ պահանջները՝

Ա-ծանրաբեռնվածությունը պետք է լինի սպեցիֆիկ (յուրահատուկ) տվյալ մարզիկի համար

Բ-ծանրաբեռնվածությունը պետք է իրականացվի առավելագույն ինտենսիվությամբ

Գ-ծանրաբեռնվածությունը պետք է կրկնվի. կրկնությունների միջև հնարավորինս կարճ ընդմիջումներով

Դ-վերը նշված բոլորը ճիշտ են

49. Մարզիկների սննդակարգի ո՞ր բաղադրիչն է ապահովում էներգիայի (կալորիաների) ամենամեծ քանակությունը:

Ա-սպիտակուցներ

Բ-ճարպեր

Գ-ածխաջրեր

Դ-հանքային նյութեր

50. Մարզիկի սննդակարգում սպիտակուցների այն տոկոսը, որն օպտիմալ է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության համար՝

Ա-10-14%

Բ-25-30%

Գ-50-60%

Դ-65-70%

51. Մարմնի քաշը նվազեցնող մարզիկների սննդակարգի կալորիականությունը կրճատվում է սննդի հետևյալ բաղադրիչների հաշվին՝

Ա-սպիտակուցներ

Բ-ճարպեր և ածխաջրեր

Գ-ածխաջրեր

Դ-հեղուկներ

52. Այն նյութերը, որոնք բարձրացնում են մարզիկի ֆիզիկական աշխատունակությունը օրգանիզմում հիպոքսիայի (թթվածնային քաղցի) պայմաններում, պատկանում են՝

Ա-սպիտակուցներ

Բ-խոլեստերին

Գ-կետոնային մարմիններ

Դ-վիտամին B15 (կալիումի պանգամատ)

53. Սպորտային վնասվածքների արտաքին (էկզոգեն) պատճառները ներառում են.

Ա-ուսումնամարզական հավաքների և մրցումների սխալ կազմակերպումն ու մեթոդիկան

Բ-մարզասրահների, սարքավորումների, մարզագույքի, ինչպես նաև մարզիկի հագուստի և կոշիկի անբավարար վիճակը

Գ-մարզումների և մրցումների անցկացման համար անբարենպաստ սանիտարահիգիենիկ և օդերևութաբանական պայմաններ.

Դ-ամեն ինչ ճիշտ է

54. Սպորտային վնասվածքների «ներքին» (էնդոգեն) պատճառներըի մեջ չի ներառվում՝

Ա-հոգնածության (գերհոգնածության) վիճակը

Բ-մարզիկի օրգանիզմի ֆունկցիոնալ վիճակի փոփոխությունը՝ առաջացած մարզումների ընդմիջման կամ հիվանդության պատճառով

Գ-մարզիկի կողմից շարժման բիոմեխանիկական կառուցվածքի խախտումը

Դ-մրցելույթները շոգ և ցուրտ եղանակին

55. Սպորտային վնասվածքները կանխարգելու համար չպետք է՝

Ա-ժամանակին կատարել բժշկական և բժշկամանկավարժական հսկողություն մարզիկի առողջական վիճակը և մարզիկների ֆիզիկական պատրաստվածությունը որոշելու նպատակով

Բ-մարզիկների հետ անցկացնել հիգիենա-առողջապահական աշխատանք

Գ-բարելավել մարզիկների ֆիզիկական և տեխնիկական պատրաստվածությունը

Դ-օգտագործել դեղամիջոցներ, որոնք խթանում (ստիմուլացնում) են կենտրոնական նյարդային համակարգի գործունեությունը

56. Քթի ոսկրերի կոտրվածքի ախտանիշները ներառում են՝

Ա-քթի ձևախեղում (դեֆորմացիա) և ցավոտություն

Բ-քթով շնչելու դժվարություն

Գ-ոսկրային բեկորների շարժունակություն և կրիպիտացիա (ճարճատյուն)

Դ-բոլոր թվարկվածները

57. Ծնկային հոդի տրավմատիկ հեմարտրոզին (հոդախոռոչի արյունազեղում) բնորոշ են բոլոր հետևյալները, բացառությամբ՝

Ա-սուր ցավ հոդում

Բ-հոդերի ուրվագծերի (կոնտուրների) փոփոխությունները նրա շրջագծի մեծացմամբ

Գ-ծնկահոդի ամբողջական շարժունակություն

Դ-վերջույթի ստիպողական կիսակռացած դիրքը

58. Վնասվածքներ ստացած մարզիկների վերականգնման (ռեաբիլիտացիայի) փուլում օգտագործվում է՝

Ա-էլեկտրոֆորեզ լիդազով

Բ-էլեկտրոֆորեզ քիմոտրիպսինով

Գ-ֆոնոֆորեզ հիդրոկորտիզոնով

Դ-բոլոր թվարկվածները

59. Ազդրի տարբեր մկանների վնասվածքը ամենատարածված է հետևյալ խաղային մարզաձևերում՝

Ա-ֆուտբոլ և հոկեյ

Բ-սեղանի թենիսու

Գ-թենիս

Դ-հանդբոլ

60. Աքիլեսյան ջլի պատռվածքի ախտանիշները ներառում են.

Ա-ցավ վնասվածքի տեղում

Բ-սրունքի հետին խմբի մկանների թուլություն

Գ-կաղություն քայլելիս

Դ-վերը նշված բոլորը

61. Սպորտային այն մասնագիտացումը, որն ամենաշատն է նպաստում երեխաների մոտ թոքերի կենսական տարողության (ԹԿՏ) աճին՝

Ա-լող

Բ-ծանրամարտ

Գ-սեղանի թենիս

Դ-ռիթմիկ մարմնամարզություն

62. Երիտասարդ մարզիկների ֆիզիկական ակտիվության ընթացքում արյան անբարենպաստ փոփոխությունները ներառում են բոլոր հետևյալները, բացառությամբ

Ա-հեմոգլոբինի նվազում

Բ-ռետիկուլոցիտների քանակի ավելացում

Գ-արյան մակարդման արագացում

Դ-ԷՆԱ-ի արագացում

63. Բիցեպսի (բազկի երկգլուխ մկանի) ջլի պատռվածքին բնորոշ ախտանշանները ներառում են բոլոր հետևյալ նշանները, բացառությամբ՝

Ա-սուր ցավ կամ ճաքի ձայն ջլի պատռման պահին

Բ-վնասվածքի վայրում այտուցի զարգացում

Գ-հեմատոմայի զարգացումը վնասվածքից մի քանի օր անց

Դ-ձեռքի մկանների ուժի կտրուկ անկում

64. Աքիլեսյան ջլի պատռվածքի վիրահատությունից հետո մարզական ծանրաբեռնվածության անցնել թույլատրվում է ոչ շուտ, քան՝

Ա-1-2 ամիս անց

Բ-3-4 ամիս անց

Գ-5 ամիս անց

Դ-6-8 ամիս հետո

65. Մարզիկի մոտ լյարդի ցավային համախտանիշի կլինիկական պատկերը դրսևորվում է՝

Ա-աջ կողատակում (ենթակողային շրջանում) ինտենսիվ վարժությունների ժամանակ առաջացող ցավերով

Բ-«սոված» ցավերի գանգատներով, ախորժակի բարձրացմամբ

Գ-ա) և դ) տարբերակները ճիշտ են

Դ-ֆիզիկական աշխատունակության իջեցումով

66. Մկանների ինտենսիվ աշխատանքի ժամանակ մարզիկների հոգնածության բնորոշ օբյեկտիվ նշանները ներառում են բոլոր հետևյալները, բացառությամբ՝

Ա-շարժումների կոորդինացիայի (համակարգման)խախտում

Բ-շարժումների ուժի և արագության նվազում

Գ-աշխատանքից հրաժարվելը

Դ-կենտրոնական և ծայրամասային հեմոդինամիկայի (արյան շրջանառության) ցուցանիշների վատացում

67. Արագա-ուժային սպորտաձևերում (օրինակ՝ սպրինտ, ծանրամարտ) հետևյալ համակարգերից ո՞րն է առավել ենթակա հոգնածության (հոգնելիության)՝

Ա-շնչառական

Բ-սրտանոթային

Գ-մկանային

Դ-նյութափոխանակության

68. Մկանային ինտենսիվ աշխատանքի ընթացքում հոգնածության զարգացումն անցնում է հետևյալ փուլերով՝

Ա-փոխհատուցված

Բ-գերփոխհատուցման

Գ-ապափոխհատուցված / դեկոմպենսացված

Դ-ա) և գ) տարբերակները ճիշտ են

69. Մարզիկի աշխատունակության վերականգնման համակարգը ներառում է միջոցների հետևյալ խմբերը, բացառությամբ՝

Ա-մանկավարժական

Բ-բժշկակակենսաբանական

Գ-հոգեբանական

Դ-նեյրոտրոպ

70. Մարզիկների ֆիզիկական աշխատունակության վերականգնման հատուկ բժշկականենսաբանական միջոցները ներառում են բոլոր հետևյալները, բացառությամբ՝

Ա-դեղաբանական

Բ-հիգիենիկ

Գ-ռացիոնալ սնուցումը

Դ-ֆիզիոթերապևտիկ

71. Ի՞նչ սննդանյութեր են ավելի շատ անհրաժեշտ ձմեռային սպորտաձևերին և լողորդներին՝ օրգանիզմի զգալի ջերմատվության (ջերմության կորստի) պատճառով՝

Ա-ածխաջրեր

Բ-սպիտակուցներ

Գ-ճարպեր

Դ-հանքային նյութեր

72. Մարզիկի ֆիզիկական աշխատունակության վերականգնման դեղաբանական շտկումը (կորեկցիան) կատարվում է թվարկված բոլոր միջոցներով, բացառությամբ՝

Ա-նեյրոտրոպ դեղամիջոցների

Բ-էներգոտրոպ / էներգետիկ ազդեցության միջոցների

Գ-սպիտակուցների սինթեզը խթանող միջոցների

Դ-վիտամինային համալիրների

73. Մարզիկի սննդակարգում ալկալային հիմքերի (հիմնային էկվիվալենտների) աղբյուրներ չեն հանդիսանում՝

Ա-բանջարեղենը

Բ-մրգերը

Գ-կաթը

Դ-հացահատիկային մթերքները

74. Հարվարդի քայլային թեստում նստարանին վերելքների հաճախականությունը (տեմպը) կազմում է՝

Ա-րոպեում 10 անգամ

Բ-րոպեում 20 անգամ

Գ-րոպեում 30 անգամ

Դ-րոպեում 40 անգամ

75. Տարբեր մարզաձեւերի մարզիկների օրական էներգածախսերի տատանումները կազմում են՝

Ա-1400-4500 կկալ

Բ-1800-5000 կկալ

Գ-2000-7000 կկալ

Դ-2800-8000 կկալ

76. Մարզիկի սննդակարգում սպիտակուցների օպտիմալ տոկոսային հարաբերակցությունն ընդհանուր կալորիականության մեջ կազմում է՝

Ա-10-14%

Բ-25-30%

Գ-50-60%

Դ-65-70%

77. -րդ կարգի 13-ամյա մարզիկը վերջին 2-3 ամիսների ընթացքում գանգատվում է դյուրագրգռությունից, քրտնարտադրությունից և պուլսի հաճախությունից: Օրթոստատիկ թեստ անցկացնելուց հետո հայտնաբերվել է զարկերակային արագության բարձրացում 40%-ով: Այս դեպքում չպետք է՝

Ա-նվազեցնել ծանրաբեռնվածության ծավալը

Բ-վերապատրաստման ընթացքում իրականացնել բժշկական և մանկավարժական հսկողություն

Գ-կատարել խորացված բժշկական զննում/հետազոտություն

Դ-մեծացնել ծանրաբեռնվածության ծավալը

78. Ուսանողների ֆիզիկական դաստիարակության (ֆիզկուլտուրայի) դասընթացների անցկացման համար առանձնացվում են հետևյալ բժշկական խմբերը, բացառությամբ՝

Ա-ֆիզիկական հաշմանդամություն ունեցող անձինք

Բ-նախապատրաստական

Գ-հիմնական

Դ-հատուկ

79. Մարզիկների կենսաքիմիական թեստավորումը խորհուրդ է տրվում կատարել նշված բոլոր ժամանակահատվածներում, բացառությամբ՝

Ա-նախապատրաստական շրջանի երկրորդ կեսին

Բ-մրցույթային շրջանի ավարտին

Գ-նախամրցույթային ծրջանում

Դ-երբ հայտնաբերվում են մարզիկների առողջական վիճակի շեղումներ կամ գերլարվածության նշաններ

80. Մեկ Վատտ (Վտ/ W) ծանրաբեռնվածության հզորությունը հավասար է մոտավորապես հետևյալ մեխանիկական հզորությանը՝

Ա-5 կգմ/րոպե

Բ-6 կգմ/րոպե

Գ-7 կգմ/րոպե

Դ-10 կգմ/րոպե

81. Հեծանիվէրգոմետրիայի (Վելոէրգոմետրիկ) հետազոտության ժամանակ ոտնակների պտտման հաճախականությունը պահպանվում է մակարդակի վրա՝

Ա-40-50 պտ/րոպ

Բ-50-60 պտ/րոպ

Գ-60-70 պտ/րոպ

Դ-70-80 պտ/րոպ

82. Թթվածնի մաքսիմալ սպառումը (ԹՄՍ / ՄՊԿ) բնութագրում է՝

Ա-առավելագույն կատարողականությունը

Բ-առավելագույն աերոբ հզորությունը

Գ-O2 տրանսպորտային համակարգի առավելագույն արտադրողականությունը

Դ-օրգանիզմի ֆիզիոլոգիական պաշարները

83. Մկանների էլեկտրական ակտիվության որոշման մեթոդներին է վերաբերում՝

Ա-միոտոնուսոմետրիան

Բ-դինամոմետրիան

Գ-միոգրաֆիան

Դ-էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիան

84. Տարեկան դոպինգ-թեստերի առավելագույն քանակը մեկ մարզիկի համար կազմում է՝

Ա-2

Բ-5

Գ-20

Դ-անսահմանափակ

85. Որքա՞ն հաճախ է WADA-ի կողմից վերանայվում Արգելված ցուցակը (Prohibited List)՝

Ա-ամիսը մեկ անգամ

Բ-տարին մեկ անգամ

Գ-օլիմպիական և պարաօլիմպիկ խաղերից առաջ

Դ-երբեք չի վերանայվել

86. Եթե մարզիկը պաշտոնական ծանուցում է ստացել դոպինգ-հսկողություն անցնելու մասին, արդյո՞ք նա պետք է անմիջապես ներկայանա դոպինգ-հսկողության կետ (Doping Control Station)՝

Ա-Այո

Բ-Ոչ - ունի 1 ժամ

Գ-Կարող է ներկայանալ, երբ պատրաստ լինի

Դ-Ոչ - ունի 24 ժամ ժամանակ

87. Մարզիկի կողմից տրամադրված մեզի և/կամ արյան դոպինգ-նմուշը որքա՞ն ժամանակ կարող է պահպանվել լաբորատորիայում և ենթարկվել կրկնակի փորձաքննության (ռեանալիզի)՝

Ա-անորոշ ժամկետով

Բ-10 տարի

Գ-2 տարի

Դ-նմուշները չեն կարող պահվել

88. Թերապևտիկ օգտագործման թույլտվության ծրագիրը (TUE) մարզիկներին հնարավորություն է ընձեռում հիվանդությունների ժամանակ բուժում ստանալ արգելված նյութեր պարունակող դեղերի օգտագործման միջոցով, եթե՝

Ա-թերապևտիկ թույլտվություն օգտագործումը արդարացված է, եթե այդ դեղերը չեն սպառնում առողջության լուրջ վատացմանը

Բ-դրանք չեն նպաստում մարզական արդյունքների լրացուցիչ բարելավմանը (բացի առողջական նորմայի վերականգնումից)

Գ-դրանց այլընտրանքային (չարգելված) փոխարինողներ չկան

Դ-տրվել է ընդհանուր թույլտվություն մրցումների ժամանակ

89. Դոպինգին այլընտրանքային (թույլատրելի) նյութերն են՝

Ա-կենտրոնական նյարդային համակարգի խթանիչները

Բ-բուսական ծագման անաբոլիկները

Գ-սիմպաթոմիմետիկ ամիններ

Դ-կենտրոնական նյարդային համակարգի խթանիչներ

90. Մարզված մարզիկների մոտ «սահմանային (կրիտիկական) արժեքն» է

Ա-րոպեում 24-29 զարկ

Բ-րոպեում 29-34 զարկ

Գ-րոպեում 35-40 զարկ

Դ-րոպեում 41- 50 զարկ

91. Գերհոգնածության հաղթահարման իրատեսական (ռեալ) ուղին է՝

Ա-մարզումների լիակատար դադարեցումը

Բ-հանգստի և ակտիվ վերականգնման փուլի ճիշտ կազմակերպումը (+)

Գ-անհապաղ տեղափոխումը կլինիկա (հոսպիտալացում)

Դ-մարզումների շարունակումը՝ առանց ծանրաբեռնվածության փոփոխության

92. Հետևյալ նոզոլոգիաները (հիվանդությունները) դիտարկվում են որպես փորոքների ֆիբրիլյացիայի հնարավոր պատճառներ այն մարզիկների մոտ, ովքեր չունեն սրտի օրգանական (ստրուկտուրալ) հիվանդության նշաններ, բացառությամբ մեկի՝

Ա-Բրուգադայի համախտանիշ

Բ-Wolff-Parkinson-White (WPW) համախտանիշ

Գ-առաջին աստիճանի ԱՎ (AV) (ատրիովենտրիկուլյար) պաշարում

Դ-Commotio cordis (սրտի ցնցում՝ կրծքավանդակի տրավմայի հետևանքով)

93. Պարալիմպիկ ամառային մարզաձև չի հանդիսանում՝

Ա-լողը

Բ-ծանրամարտը

Գ-բռնցքամարտը

Դ-վոլեյբոլը

94. Ի՞նչ գործընթաց է նշանակում Commotio Cordis-ը.

Ա-կենսաքիմիական

Բ-ֆիզիոլոգիական

Գ-անոթային խցանում

Դ-պաթոֆիզիոլոգիական

95. Ո՞ր լաբորատորիան կարող է իրականացնել դոպինգ-նմուշների փորձաքննությունը (վերլուծությունը).

Ա-Համաշխարհային հակադոպինգային գործակալության (WADA) կողմից հավատարմագրված լաբորատորիան

Բ-կլինիկական լաբորատորիան

Գ-Միջազգային օլիմպիական կոմիտեին կից լաբորատորիան

Դ-կենսաքիմիական լաբորատորիան

96. Ֆունկցիոնալ սիստոլիկ աղմուկի ինտենսիվությունը բարձր ֆունկցիոնալ պատրաստվածության մակարդակ ունեցող մարզիկների մոտ՝

Ա-նվազում է

Բ-հնարավոր չի լսել

Գ-աուսկուլտացվում է մինջև հինգ րոպե

Դ-աճում է

97. Ի՞նչ մարզաձևով չի թույլատրվում զբաղվել թույլ աստիճանի չփակված օվալ անցքի առկայության դեպքում.

Ա-մարնամարզություն

Բ-ըմբշամարտ

Գ-ջրացատկ

Դ-լող

98. ԷՍԳ ի՞նչ փոփոխությունների դեպքում չի թույլատրվում զբաղվել սպորտով.

Ա-I աստիճանի ատրիովենտրիկուլյար պաշարում

Բ-Հիսի խրձի աջ ոտիկի մասնակի պաշարում

Գ-WPW համախտանիշ

Դ-II աստիճանի ատրիովենտրիկուլյար պաշարում, Մոբից 1 տիպով

99. Կրկնակի փորձերը կատարվում են՝

Ա-ստեպ-թեստից հետո

Բ-մարզումներից հետո

Գ-մրցումներից հետո

Դ-մարզումներից առաջ

100. Մարտինեյի թեստը ներառում է՝

Ա-շնչման պահում ներշնչման ժամանակ

Բ-20 կքանիստ՝ 30 վայրկյանում

Գ-վազք տեղում՝ 20 վայրկյան

Դ-30 կքանիստ՝ 45 վայրկյան

101. Օպտիմալ զարկերակային ռեժիմը (սրտի կծկումների հաճախականությունը), որի դեպքում պետք է դադարեցնել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը, սա է՝

Ա-140 զ/րոպ

Բ-150 զ/րոպ

Գ-170 զ/րոպ

Դ-200 զ/րոպ

102. Ստեպ-էրգոմետրիայի (թեստի) ընթացքում ծանրաբեռնվածության հզորությունը կախված է նշված բոլորից, բացառությամբ՝

Ա-մարմնի զանգվածից (քաշից)

Բ-աստիճանի բարձրությունից

Գ-հասակից

Դ-րոպեում վերելքների քանակից

103. Կրկնվող (ինտերվալային) ծանրաբեռնվածությունը միջին տարածության վազորդների համար կազմում է՝

Ա-100 մ

Բ-200-400 մ

Գ-60 մ

Դ-1000-3000 մ

104. Էրգոմետրիայի PWC բանաձևի հիմնական պարամետրերն են նշված բոլորը, բացառությամբ՝

Ա-առաջին և երկրորդ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության հզորությունը

Բ-սրտի կծկումների հաճախականությունը առաջին ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության վերջում

Գ-սրտի հաճախականությունը հանգստի ժամանակ

105. Մաքսիմալ ծանրաբեռնվածության փորձերը բնութագրվում են ծանրաբեռնվածության կատարմամբ՝

Ա-2 փուլով

Բ-3 փուլով

Գ-մինչև «հրաժարվելը»

Դ-1 փուլով

106. Մարտինեի փորձը թույլ է տալիս որոշել՝

Ա-ընդհանուր ֆիզիկական աշխատունակությունը

Բ-ֆիզիկական գերլարվածության առկայությունը

Գ-սրտանոթային համակարգի արձագանքի (ռեակցիայի) տեսակը ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ

Դ-հատուկ աշխատունակությունը

107. Արյան մեջ լակտատի ո՞ր մոտավոր կոնցենտրացիան է սովորաբար ընդունվում որպես անաէրոբ շեմի (ԱՇ) ստանդարտ կողմնորոշիչ՝ որակավորված մարզիկների աստիճանական թեստավորման ժամանակ՝

Ա-2 մմոլ/լ

Բ-6 մմոլ/լ

Գ-4 մմոլ/լ

Դ-10 մմոլ/լ

108. Ձախ փորոքի էքսցենտրիկ հիպերտրոֆիան (սրտի խոռոչների ընդլայնումը և պատերի չափավոր հաստացումը) բնորոշ է «սպորտային սրտին» հետևյալ մարզաձևերով զբաղվողների մոտ՝

Ա-ուժային մարզաձևեր (ծանրամարտ, բոդիբիլդինգ)

Բ-դիմացկունության մարզաձևեր (վազք, լող, դահուկավազք)

Գ-արագա-ուժային մարզաձևեր (սպրինտ, ցատկեր)

Դ-նետումներ և հարվածային մարզաձևեր

109. Հետևյալ չափանիշներից ո՞րն է թույլ տալիս տարբերակել ֆիզիոլոգիական «սպորտային սիրտը» հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիայից (ՀԿՄՊ)՝

Ա-ձախ փորոքի պատի հաստության աճը 11 մմ-ից բարձր

Բ-ձախ փորոքի դիաստոլիկ ֆունկցիայի պահպանումը և խոռոչի դիլատացիան (ընդլայնումը)

Գ-սրտի կծկումների հաճախականության աճը հանգստի ժամանակ

Դ-ԷՍԳ-ում սինուսային բրադիկարդիայի առկայությունը

110. Բարձր որակավորում ունեցող մարզիկների մոտ հանգստի վիճակում սինուսային բրադիկարդիայի (ՍԿՀ նվազումը 50 զ/րոպ-ից ցածր) զարգացման հիմնական ֆիզիոլոգիական պատճառն է՝

Ա-սիմպաթիկ նյարդային համակարգի տոնուսի բարձրացումը

Բ-սրտի մկանների հոգնածությունը և գերլարվածությունը

Գ-թափառող նյարդի (նեյրո-վեգետատիվ) տոնուսի գերակշռումը (վագոտոնիա)

Դ-արյան մեջ թթվածնի պակասը (հիպոքսիա)

111. Բարձր դիմացկունություն ունեցող մարզիկների ԷՍԳ-ում հաճախ հանդիպող հետևյալ փոփոխություններից ո՞րն է համարվում «սպորտային սրտի» ֆիզիոլոգիական (նորմալ) դրսևորում՝

Ա-ST սեգմենտի հորիզոնական դեպրեսիա (իջեցում) 2 մմ-ից ավելի

Բ-ST սեգմենտի էլևացիա (բարձրացում)՝ սրտի փորոքների վաղ վերականգնման (ռեպոլյարիզացիայի) համախտանիշով

Գ-QT ինտերվալի զգալի երկարացում (480 մս-ից ավելի)

Դ-բացասական T ատամիկների առկայություն ձախ կրծքային արտածումներում (V5-V6)

112. Ի տարբերություն պաթոլոգիական հիպերտրոֆիայի, ֆիզիոլոգիական «սպորտային սրտի» ձախ փորոքի միոկարդի հաստացումը բնութագրվում է՝

Ա-մարզումների դադարեցումից հետո հաստության անփոփոխ պահպանմամբ

Բ-մարզումների լիարժեք դադարեցումից (դետրենիզացիա) հետո հիպերտրոֆիայի հետզարգացմամբ (ռեգրեսով)

Գ-տարիների ընթացքում սրտային անբավարարության անխուսափելի զարգացմամբ

Դ-միոկարդի արտահայտված ֆիբրոզի առաջացմամբ

113. Ֆիզիոլոգիական «սպորտային սրտի» հիմնական հեմոդինամիկ (ֆունկցիոնալ) առավելությունը հանգստի վիճակում և բեռնվածության ժամանակ սա է՝

Ա-սրտի րոպեական ծավալի կտրուկ նվազումը մաքսիմալ աշխատանքի ժամանակ

Բ-սրտի կծկումների հաճախականության (ՍԿՀ) բարձրացումը հանգստի վիճակում

Գ-սրտի հարվածային (սիստոլիկ) ծավալի զգալի աճը

Դ-ձախ փորոքի արտամղման ֆրակցիայի նվազումը 50%-ից ցածր

114. Ձախ փորոքի պատի հաստության ո՞ր միջակայքն է համարվում «մոխրագույն գոտի» (սպորտային հիպերտրոֆիայի և հիպերտրոֆիկ կարդիոմիոպաթիայի միջև) տղամարդ մարզիկների մոտ՝

Ա-9-11 մմ

Բ-13-15 մմ

Գ-17-19 մմ

Դ-21-23 մմ

115. ԷՍԳ-ում Բրուգադայի համախտանիշի (V1-V2 արտածումներում ST սեգմենտի բնորոշ թեք էլևացիա) հայտնաբերումը մարզիկի մոտ հանդիսանում է՝

Ա-ֆիզիոլոգիական նորմա և բարձր ֆունկցիոնալ պատրաստվածության նշան

Բ-սպորտից ժամանակավոր կամ բացարձակ հեռացման պատճառ՝ հանկարծակի սրտային մահվան բարձր ռիսկի պատճառով

Գ-մարզումային ծանրաբեռնվածությունը 20%-ով ավելացնելու ցուցում

Դ-միայն ուժային մարզումների արգելք

116. Աջ փորոքի արիթմոգեն կարդիոմիոպաթիայի (ԱԿՄՊ) կարևորագույն ԷՍԳ չափանիշը, որը հաճախ հանդիպում է այդ պատահարով մարզիկների մոտ, սա է՝

Ա-Դելտա-ալիքի (ատամիկի) առկայությունը

Բ-Էպսիլոն-ալիքի (ատամիկի) առկայությունը QRS կոմպլեքսից հետո V1-V3 արտածումներում

Գ-PR ինտերվալի կարճացումը

Դ-R ատամիկի վոլտաժի կտրուկ աճը ձախ արտածումներում

117. Ձախ փորոքի խոռոչի ընդլայնումը (դիլատացիան)՝ առանց դրա պատերի հաստության ավելացման, կոչվում է՝

Ա-կոնցենտրիկ հիպերտրոֆիա

Բ-կոնցենտրիկ ռեմոդելավորում

Գ-էքսցենտրիկ ռեմոդելավորում (կամ մեկուսացված դիլատացիա)

Դ-միոկարդի ֆիբրոզ

118. Մարզիկների մոտ երկարացված QT ինտերվալի համախտանիշի (LQTS) հիմնական վտանգը ֆիզիոլոգիական ծանրաբեռնվածության ժամանակ կապված է՝

Ա-զարկերակային ճնշման կտրուկ անկման հետ

Բ-չարորակ փորոքային տախիկարդիայի (Torsades de Pointes) և սրտի կանգի զարգացման հետ

Գ-բրոնխիալ ասթմայի նոպայի առաջացման հետ

Դ-մկանային ցնցումների զարգացման հետ

119. ԷՍԳ-ի Հոլտեր-մոնիտորավորումը (24-74 ժամյա գրանցում) մարզիկների մոտ կիրառվում է առաջնահերթ հետևյալ նպատակով՝

Ա-մաքսիմալ թթվածնի սպառումը (VO2 max) չափելու համար

Բ-թաքնված (պարոքսիզմալ) ռիթմի և հաղորդականության խանգարումների հայտնաբերման համար

Գ-արյան մեջ հեմոգլոբինի մակարդակը որոշելու համար

Դ-մկանային ուժի վերականգնման արագությունը գնահատելու համար

120. Սուր միոկարդիտի (սրտամկանի բորբոքման) ախտորոշման դեպքում մարզիկի բժշկական մարզական հանձնաժողովի ստանդարտ որոշումն է՝

Ա-մարզումների ինտենսիվության բարձրացումը ֆիզիկական տոնուսը պահպանելու համար

Բ-սպորտային մարզումների և մրցումների լիարժեք արգելում (դադարեցում) նվազագույնը 3-6 ամսով

Գ-միայն վազքային վարժությունների արգելումը՝ ուժային մարզումների թույլտվությամբ

Դ-մարզումների շարունակումը հակաբիոտիկների ընդունման ֆոնին

121. Մարզադաշտում Commotio Cordis-ի (կրծքավանդակի հարվածից սրտի կանգի) դեպքում տուժածի փրկության և վերակենդանացման ամենաարդյունավետ միջոցն է՝

Ա-տաք ըմպելիքների և անաշխատունակության դեղահաբերի ընդունումը

Բ-անհապաղ սրտանոթային վերակենդանացման (ՍՊՎ) սկսումը և ավտոմատ արտաքին դեֆիբրիլյատորի (ԱԱԴ) կիրառումը

Գ-մարմնի սառեցումը սառույցով

Դ-տուժածին անշարժ թողնելը մինչև շնչառության ինքնուրույն վերականգնումը

122. Ծանր աստիճանի սիմպտոմատիկ աորտալ ստենոզով (ձախ փորոքից արյան արտամղման խիստ դժվարացում) հիվանդ մարզիկներին՝

Ա-թույլատրվում է զբաղվել բոլոր տեսակի դինամիկ մարզաձևերով

Բ-թույլատրվում է մասնակցել միայն միջազգային մրցումներին

Գ-հակացուցված են բոլոր տեսակի մրցակցային և բարձր ինտենսիվության մարզումները

Դ-թույլատրվում է զբաղվել ծանրամարտով

123. Մարզական խաղերի ժամանակ (օրինակ՝ թենիսի կամ տենիսի գնդակի հարվածից) աչքի սուր կոնտուզիայի (սալջարդի) և հիֆեմայի (առաջնային խոռոչում արյան կուտակում) կասկածի դեպքում առաջին օգնությունը ներառում է՝

Ա-աչքի ինտենսիվ տրորում և տաք կոմպրեսի կիրառում

Բ-ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության անհապաղ դադարեցում, աչքի երկկողմանի հանգիստ (ասեպտիկ վիրակապ) և շտապ տեղափոխում ակնաբույժի մոտ

Գ-մարզման շարունակում՝ ցավազրկող կաթիլների օգտագործումից հետո

Դ-ակնագնդի ուժեղ սեղմում թափահարումը դադարեցնելու համար

124. Ինտենսիվ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից հետո մկաններում գլիկոգենի պաշարների ամենաարդյունավետ վերականգնման համար խորհուրդ է տրվում առաջին 30-60 րոպեների ընթացքում օգտագործել՝

Ա-բարձր ճարպայնությամբ սնունդ

Բ-բարձր գլիկեմիկ ինդեքսով ածխաջրեր և արագ մարսվող սպիտակուցներ («ածխաջրային պատուհան»)

Գ-բացառապես մաքուր ջուր՝ առանց սննդանյութերի

Դ-միայն կոֆեին պարունակող ըմպելիքներ

125. Դիմացկունության երկարատև մարզումների ժամանակ (1 ժամից ավելի) ջրազրկման և հիպոնատրեմիայի (արյան մեջ նատրիումի պակասի) կանխարգելման համար լավագույն ընտրությունն է՝

Ա-թունդ գազավորված քաղցր հյութերի ընդունումը

Բ-մեծ քանակությամբ թորած ջրի օգտագործումը

Գ-իզոտոնիկ ըմպելիքների (իզոտոնիկների) օգտագործումը, որոնք պարունակում են էլեկտրոլիտներ և ածխաջրեր

Դ-չոր սննդի ընդունումը՝ առանց հեղուկի

Սկզբնաղբյուրներ՝

1- Н.Д. Граевская, Т.И. Долматова. Спортивная медицина. Курс лекций и практические занятия, 2 части, Советский спорт, Москва, 2005.

2- Г.А. Макарова. Спортивная медицина, учебник, Москва, Советский спорт, 2008, 480 с.

3- З.Б. Белоцерковский. Эргометрические и кардиологические критерии физической работоспособности у спортсменов, Советский спорт, Москва, 2009.

4- В.И. Дубровский. Спортивная медицина. Москва, Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002.

5- Руководство по спортивной медицине / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию ФГУ "Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины"; под ред. В. А. Маргазина. — СПб.: СпецЛит, 2012. — 487 с.

6- Спортивная медицина: национальное руководство / под ред. акад. РАН и РАМН С.П. Миронова, проф. Б.А. Поляева, проф. Г.А. Макаровой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 1184 с.

7- Sudden cardiac death in athletes: the Lausanne Recommendations. Bille K, Figueiras D, Schamasch P, Kappenberger L, Brenner JI, Meijboom FJ, Meijboom EJ. 2006.

8- The IOC Consensus Statement on Periodic Health Evaluation of Elite Athletes. Ljungqvist A, Jenoure P, Engebretsen L, Alonso JM, Bahr R, Clough A, De Bondt G, Dvorak J, Maloley R, Matheson G, Meeuwisse W, Meijboom E, Mountjoy M, Pelliccia A, Schwellnus M, Sprumont D, Schamasch P, Gauthier JB, Dubi C, Stupp H, Thill C. 2009.

9- Петер Янсен. ЧСС, лактат и тренировки на выносливость: пер. с англ. — Мурманск: Издательство «Тулома», 2006. — 160 с.

10- Г.А. Макарова, Т.С. Гуревич, Е.Е. Ачкасов, С.Ю. Юрьев. Электрокардиограмма спортсмена: норма, патология и потенциально опасная зона. «Спорт» и «Человек», Москва, 2018.

11- A. Hovhannisyan. List 2023. Prohibited and non-prohibited substances in Sport.

12- Համաշխարհային հակադոպինգային օրենսգիրք. Միջազգային ստանդարտ՝ արգելված նյութերի և մեթոդների ցուցակ, 2026, ARM-NADO. https://armnado.am

13- IOC Manual of Sports Cardiology. International Olympic Committee. Published 2017 by John Wiley & Sons, Ltd.

Ֆիզիոթերապիա

1. Ո՞րն է գալվանիզացիայի հիմնական գործող գործոնը:

Ա-Փոփոխական սինուսոիդալ հոսանքը

Բ-Անընդհատ հաստատուն հոսանքը

Գ-Բարձր հաճախականության մագնիսական դաշտը

Դ-Լազերային ճառագայթումը

2. Ի՞նչ նյութ է ներմուծվում օրգանիզմ երկայնական էլեկտրոֆորեզի ժամանակ:

Ա-Դեղանյութ՝ իոնների տեսքով

Բ-Բարձրամոլեկուլային սպիտակուց

Գ-Յուղային լուծույթ

Դ-Անլուծելի նստվածք

3. Ո՞ր մեթոդիկան է նպատակահարմար օգտագործել նստաներվի գալվանիզացիայի ժամանակ:

Ա-Միջաձիգ

Բ-Երկարաձիգ

Գ-Նշանակություն չունի

Դ-Սեգմենտար

4. Ի՞նչ ազդեցություն է թողնում հաստատուն հոսանքի անոդը ազդեցության գոտու հյուսվածքների վրա:

Ա-Արտահայտված գրգռող

Բ-Ցավազրկող և հակաայտուցային

Գ-Անոթալայնացնող (կտրուկ)

Դ-Հյուսվածքային կոլոիդների ջրիկացում

5. Ի՞նչ է տեղի ունենում կաթոդի վրա գալվանիզացիայի ժամանակ:

Ա-Միջավայրի հիմնայնացում (pH-ի բարձրացում)

Բ-Միջավայրի թթվեցում (pH-ի նվազում)

Գ-Հյուսվածքների ջրազրկում (դեհիդրատացիա)

Դ-Նյարդային վերջույթների դրդողականության նվազում

6. Ջերմային թերապիան նշանակվում է վնասվածքից հետո.

Ա-Հաջորդ օրը

Բ-2-3 օր հետո

Գ-10 օր հետո

Դ-14 օր հետո

7. Ընտրել ռեֆլեկտոր-սեգմենտար ազդեցություն ունեցող մեթոդիկան՝

Ա-Էլեկտրոֆորեզ ըստ Վերմելից

Բ-Գալվանական օձիք ըստ Շերբակի

Գ-Բերգոնյեի կիսադիմակ

Դ-Էլեկտրոֆորեզ էպիգաստրալ շրջանի

8. Ո՞ր երևույթն է ընկած հիդրոգալվանական լոգանքների բուժիչ ազդեցության հիմքում:

Ա-Հաստատուն հոսանքի և ջրի ջերմաստիճանային գործոնի համակցումը

Բ-Միայն ջրի մեխանիկական տատանումների ազդեցությունը

Գ-Ջրային գոլորշու թափանցումը թոքեր

Դ-Ռադիոակտիվ իզոտոպների անջատումը

9. Որքա՞ն է գալվանիզացիայի մեկ պրոցեդուրայի առավելագույն տևողությունը:

Ա-5–10 րոպե

Բ-20–30 րոպե

Գ-60–90 րոպե

Դ-2–3 ժամ

10. Ո՞ր նյութից են ամենից հաճախ պատրաստվում էլեկտրոֆորեզի հիդրոֆիլ միջադիրները:

Ա-Սինթետիկ կտոր

Բ-Բազմաշերտ թանզիֆ (մարլյա) կամ ֆլանել

Գ-Ռետին

Դ-Պլաստիկ

11. Ո՞ր հոսանքն է օգտագործվում էլեկտրաքուն (электросон) մեթոդում:

Ա-Անընդհատ հաստատուն հոսանք

Բ-Ցածր հաճախականության հաստատուն ուղղությամբ իմպուլսային հոսանք

Գ-Բարձր հաճախականության փոփոխական հոսանք

Դ-Բարձր ինտենսիվության միկրոհոսանք

12. Ի՞նչ հիմնական թերապևտիկ ազդեցություն ունի ամպլիպուլսթերապիան (ԱՄՏ):

Ա-Ուռուցքային բջիջների քայքայում

Բ-Նեյրոմիոխթանող և ցավազրկող

Գ-Այրող (կոագուլացնող) ազդեցություն

Դ-Սառեցնող էֆեկտ

13. Որքա՞ն է սինուսոիդալ մոդուլացված հոսանքների (ԱՄՏ) կրող հաճախականությունը:

Ա-50 Հց

Բ-5000 Հց

Գ-100 կՀց

Դ-40 ՄՀց

14. Ինչի՞ համար է կիրառվում էլեկտրամիոխթանումը:

Ա-Արյան մակարդելիությունը նվազեցնելու համար

Բ-Վնասված մկանների և նյարդերի ֆունկցիան վերականգնելու համար

Գ-Մազերի աճը արագացնելու համար

Դ-Սուր թարախային գործընթացները բուժելու համար

15. Ո՞ր ֆիզիոլոգիական երևույթն է կանխում հյուսվածքների սովորելը (ադապտացիան) դիադինամիկ հոսանքներին (ԴԴՀ):

Ա-Բևեռականության մշտական փոփոխությունը և հոսանքի տեսակների հերթագայությունը

Բ-Էլեկտրոդների բարձր ջերմաստիճանը

Գ-Հակաբիոտիկներով միջադիրների օգտագործումը

Դ-Իմպուլսների միջև դադարների բացակայությունը

16. Դիադինամիկ հոսանքի ո՞ր տեսակն ունի ամենաարտահայտված ցավազրկող ազդեցությունը:

Ա-Մեկպարբերական անընդհատ (ՕՆ)

Բ-Երկպարբերական անընդհատ (ԴՆ)

Գ-Մեկպարբերական ռիթմիկ (ՕՌ)

Դ-Կարճ պարբերություն (ԿՊ)

17. Ո՞րն է հանդիսանում հակացուցում էլեկտրամիոխթանում անցկացման համար:

Ա-Մկանների ատրոֆիա անգործությունից

Բ-Ոսկրերի կոտրվածքներ մինչև մետաղական օստեոսինթեզը (չֆիքսված)

Գ-Դեմքի նյարդի պարեզ

Դ-Ատոնիկ կղկղանք (փորկապություն)

18. Ի՞նչ զգացողություն պետք է ունենա պացիենտը ամպլիպուլսթերապիայի ժամանակ ցավազրկման ռեժիմում:

Ա-Այրոց և ցավ

Բ-Արտահայտված, բայց անցավ թրթռում (վիբրացիա)

Գ-Որևէ զգացողության իսպառ բացակայություն

Դ-Սառնության զգացում

19. Իմպուլսային թերապիայի ո՞ր մեթոդի դեպքում են էլեկտրոդները ամենից հաճախ տեղադրվում ակնակապիճների և պտկաձև ելունների շրջանում:

Ա-Ֆլյուկտուորիզացիա

Բ-Էլեկտրաքուն

Գ-Ինտերֆերենցթերապիա

Դ-Դարսոնվալիզացիա

20. Ի՞նչ այրվածքներ կարող են առաջանալ գալվանական հոսանքից՝

Ա-էլեկտրական

Բ-քիմիական

Գ-ճառագայթային

Դ-թերմիկ

21. Որքա՞ն է փոփոխական հոսանքի հաճախականությունը դարսոնվալիզացիայի ժամանակ:

Ա-50 Հց

Բ-5 կՀց

Գ-Մոտ 110 կՀց

Դ-40 ՄՀց

22. Դեղորայքային էլեկտրոֆորեզը տարբերվում է գալվանիզացիայից՝

Ա-էլեկտրոդների տակ հիպերեմիայի առաջացումով

Բ-էլեկտրոլիզի երևույթով

Գ-հիստամինանման նյութերի առաջացումով

Դ-մաշկային դեպոյի առաջացումով

23. Ի՞նչ հիմնական բուժիչ ազդեցություն ունի ՈՒԲՀ (УВЧ) թերապիան:

Ա-Հակաբորբոքային, անոթալայնացնող, թրոֆիկ

Բ-Ոսկրային հյուսվածքի քայքայում

Գ-Արյան հոսքի դանդաղեցում մազանոթներում

Դ-Բջջային թաղանթների թափանցելիության նվազում

24. Ո՞ր էլեկտրոդներն են օգտագործվում տեղային դարսոնվալիզացիա անցկացնելու համար:

Ա-Կապարե թիթեղներ

Բ-Ապակյա վակուումային էլեկտրոդներ

Գ-Ինդուկտոր-մալուխներ

Դ-Ռետինե թեզանիքներ

25. Ի՞նչ երևույթ է տեղի ունենում դիէլեկտրիկ հյուսվածքներում ՈՒԲՀ էլեկտրական դաշտի ազդեցության տակ:

Ա-Ֆուկոյի մրրկային հոսանքների առաջացում

Բ-Կապված լիցքերի (դիպոլների) կողմնորոշիչ տեղաշարժ

Գ-Արտահայտված էլեկտրոլիզ՝ գազերի անջատմամբ

Դ-Իոնների ուղղորդված հոսքի հայտնվում

26. Ի՞նչ զգացողություն է նշում հիվանդը էլեկտրոդների տակ գալվանիզացիայի ժամանակ՝

Ա-Համաչափ ծակծկոց կամ թեթև այրոց

Բ-Մանր թրթռոց

Գ-Դուրեկան ջերմություն

Դ-Ոչ մի զգացողություն

27. Ալիքների ո՞ր տիրույթում է աշխատում միկրոալիքային թերապիայի սարքավորումը (ՍՄՎ և ԴՄՎ):

Ա-Կիլոմետրային ալիքներ

Բ-Սանտիմետրային և դեցիմետրային ալիքներ

Գ-Ռենտգենյան ալիքներ

Դ-Ինֆրակարմիր ալիքներ

28. Որքա՞ն է էներգիայի թափանցման խորությունը հյուսվածքների մեջ ԴՄՎ-թերապիայի ժամանակ:

Ա-1–2 մմ

Բ-3–5 սմ

Գ-9–11 սմ

Դ-Ամբողջ մարմնով միջանցիկ անցում

29. Ո՞րն է հանդիսանում բացարձակ հակացուցում ՈՒԲՀ-թերապիայի համար:

Ա-Սուր թարախային սինուսիտ՝ արտախոսքի առկայության դեպքում

Բ-Չարորակ նորագոյացություններ

Գ-Քրոնիկ բրոնխիտ

Դ-Եռորյակ նյարդի նևրալգիա

30. Ի՞նչ զգացողություն է համարվում նորմալ պացիենտի համար ՈՒԲՀ-թերապիայի ջերմային դոզավորման ժամանակ:

Ա-Ուժեղ այրոց

Բ-Մեղմ, հաճելի ջերմության զգացում

Գ-Էլեկտրական հոսանքով ծակծկոց

Դ-Որևէ զգացողության բացակայություն

31. Ո՞ր մագնիսական դաշտն է փոփոխվում ժամանակի ընթացքում և ըստ ուղղության:

Ա-Հաստատուն մագնիսական դաշտը (ՀՄԴ)

Բ-Փոփոխական մագնիսական դաշտը (ՓՄԴ)

Գ-Իմպուլսային մագնիսական դաշտը (ԻՄԴ)

Դ-Պտտվող մագնիսական դաշտը

32. Նշված ազդեցություններից ո՞րը բնորոշ ՉԷ ցածր հաճախականության մագնիսաթերապիային:

Ա-Հակաայտուցային

Բ-Սեդատիվ (հանգստացնող)

Գ-Արտահայտված ջերմային՝ հյուսվածքների տաքացմամբ 5 աստիճանով

Դ-Միկրոշրջանառության բարելավում

33. Օրգանիզմի ո՞ր համակարգն է ամենազգայունը մագնիսական դաշտի ազդեցության նկատմամբ:

Ա-Ոսկրային համակարգը

Բ-Նյարդային համակարգը

Գ-Մկանային համակարգը

Դ-Միզասեռական համակարգը

34. Թույլատրվո՞ւմ է արդյոք ցածր հաճախականության մագնիսաթերապիան ազդեցության գոտում մետաղական շտիֆտների (մագնիսափափուկ համաձուլվածքներից) առկայության դեպքում:

Ա-Կատեգորիկ արգելվում է

Բ-Թույլատրվում է (բացարձակ հակացուցում չէ)

Գ-Թույլատրվում է միայն բարձր ինտենսիվության իմպուլսային ռեժիմում

Դ-Թույլատրվում է միայն մինչև 3 տարեկան երեխաներին

35. Ո՞րն է մագնիսական ինդուկցիայի չափման միավորը Միջազգային համակարգում (ՄՀ):

Ա-Վոլտ

Բ-Տեսլա

Գ-Ամպեր

Դ-Ջոուլ

36. Ի՞նչ ազդեցություն է թողնում ցածր հաճախականության մագնիսական դաշտը արյան մակարդելիության վրա:

Ա-Կտրուկ բարձրացնում է

Բ-Չափավոր նվազեցնում է (հակամակարդիչ ազդեցություն)

Գ-Ոչ մի ազդեցություն չի թողնում

Դ-Իսպառ արգելակում է թրոմբոցիտների արտադրությունը

37. Ինչպիսի՞ բնույթ ունի ընդհանուր մագնիսաթերապիայի ազդեցությունը զարկերակային ճնշման վրա:

Ա-Նպաստում է ՋՃ նվազմանը (հիպոտենզիվ էֆեկտ)

Բ-Առաջացնում է հիպերտոնիկ կրիզ

Գ-Կայուն կերպով բարձրացնում է ճնշումը

Դ-Ճնշումը քաոսայնորեն փոխվում է յուրաքանչյուր 2 րոպեն մեկ

38. Կարելի՞ է արդյոք մագնիսաթերապիա անցկացնել գիպսակապի վրայից:

Ա-Ոչ, գիպսը լիովին անդրադարձնում է մագնիսական դաշտը

Բ-Այո, մագնիսական դաշտն անարգել թափանցում է գիպսի միջով

Գ-Այո, բայց միայն եթե գիպսը թաց է

Դ-Ոչ, դա կառաջացնի մաշկի այրվածք գիպսի տակ

39. Մագնիսաթերապիայի ո՞ր մեթոդն է օգտագործում գերհզոր դաշտեր միկրովայրկյանների ընթացքում:

Ա-Հաստատուն մագնիսաթերապիա

Բ-Բարձր ինտենսիվության իմպուլսային մագնիսաթերապիա (ԲԻԻՄ)

Գ-Ցածր հաճախականության սինուսոիդալ թերապիա

Դ-Մագնիսաֆորեզ

40. Ո՞րն է մագնիսաթերապիայի կիրառման հիմնական ցուցումը վնասվածքաբանության մեջ:

Ա-Բաց զարկերակային արյունահոսություն

Բ-Ոսկրերի կոտրվածքների դանդաղած սերտաճում (կոնսոլիդացիա)

Գ-Սուր օստեոմիելիտ՝ բարձր տենդով

Դ-Ողնուղեղի լրիվ պատռվածք

41. Ինչպիսի՞ն է լազերային ճառագայթման բնույթը:

Ա-Ուլտրաձայնային ալիքների հոսք

Բ-Կոհերենտ, մոնոխրոմատիկ, բևեռացված լուսային ճառագայթում

Գ-Էլեկտրոնների ուղղորդված հոսք

Դ-Իոնոնացնող ռենտգենյան ճառագայթում

42. Օպտիկական ճառագայթման սպեկտրի ո՞ր մասն ունի ամենաարտահայտված ջերմային ազդեցությունը:

Ա-Ուլտրամանուշակագույնը

Բ-Տեսանելի կապույտ լույսը

Գ-Ինֆրակարմիրը

Դ-Ռենտգենյանը

43. Ի՞նչ կենսաբանական ազդեցություն է առավել բնորոշ կարճալիք ուլտրամանուշակագույն ճառագայթմանը (ԿՈՒՄ):

Ա-Արտահայտված բակտերիցիդ

Բ-Պիգմենտագոյացնող (արևայրուք)

Գ-Դիտամինագոյացնող (վիտամին D-ի սինթեզ)

Դ-Մկանների խորը տաքացում

44. Ո՞ր ճառագայթումն է պատասխանատու արևայրուքի պիգմենտի (մելանինի) առաջացման համար:

Ա-Ինֆրակարմիր

Բ-Երկարալիք և միջնալիք ուլտրամանուշակագույն (ԵՈՒՄ և ՄՈՒՄ)

Գ-Միկրոալիքային

Դ-Կարմիր լազեր

45. Ի՞նչ է կենսաբանական դոզան (բիոդոզա) ՈՒՄ ճառագայթման ժամանակ:

Ա-Ճառագայթման ժամանակը, որն անհրաժեշտ է նվազագույն տեսանելի էրիթեմայի հայտնվելու համար

Բ-Էներգիայի քանակը, որն առաջացնում է մաշկի III աստիճանի այրվածք

Գ-Պացիենտի մարմնի քաշը՝ բաժանված լամպի ինտենսիվության վրա

Դ-Ստաֆիլակոկի գաղութը ոչնչացնելու նվազագույն ժամանակը

46. ՄՈՒՄ ճառագայթումից որքա՞ն ժամանակ անց է սովորաբար հայտնվում էրիթեման:

Ա-Անմիջապես պրոցեդուրայի ժամանակ

Բ-2–6 ժամ անց

Գ-24–48 ժամ անց

Դ-Մեկ շաբաթ անց

47. Ո՞ր սարքն է օգտագործվում ՈՒՄ ճառագայթման անհատական բիոդոզան որոշելու համար:

Ա-Գորբաչովի դոզաչափ (բիոդոզիմետր)

Բ-Պիրոմետր

Գ-Վոլտմետր

Դ-Պսիխրոմետր

48. Ո՞րն է հանդիսանում պարտադիր պաշտպանության պայման լազերային և ՈՒՄ թերապիայի պրոցեդուրաների անցկացման ժամանակ:

Ա-Պացիենտի և անձնակազմի կողմից պաշտպանիչ ակնոցների օգտագործումը

Բ-Մահճակալի հողակցումը

Գ-Անձնակազմի դեմքին թանզիֆե դիմակի առկայությունը

Դ-Կապարե գոգնոցը

49. Ո՞ր լույսն է ամենախորը թափանցում կենսաբանական հյուսվածքների մեջ:

Ա-Մանուշակագույնը

Բ-Ուլտրամանուշակագույնը

Գ-Ինֆրակարմիրը և կարմիրը

Դ-Կանաչը

50. Ո՞ր վիճակի բուժման համար է առավել ցուցված ՄՈՒՄ ճառագայթումը ենթաէրիթեմային դոզաներով:

Ա-Սրտամկանի սուր ինֆարկտ

Բ-Ռախիտ երեխաների մոտ (վիտամին D-ի դեֆիցիտ)

Գ-Ֆոտոդերմատոզ

Դ-Ակտիվ արյունահոսություն

51. Ինչպիսի՞ն է ուլտրաձայնի բնույթը:

Ա-Բարձր հաճախականության էլեկտրամագնիսական ալիքներ

Բ-Առաձգական միջավայրի մեխանիկական տատանումներ 20 կՀց-ից բարձր հաճախականությամբ

Գ-Տարրական մասնիկների հոսք

Դ-Օպտիկական ոչ կոհերենտ ճառագայթում

52. Ո՞ր երևույթն է ընկած ֆիզիոթերապևտիկ սարքավորումներում ուլտրաձայնային տատանումների ստացման հիմքում:

Ա-Հակադարձ պիեզոէլեկտրական էֆեկտը

Բ-Էլեկտրոլիզը

Գ-Թերմոէլեկտրոնային էմիսիան

Դ-Լյումինեսցենցիան

53. Ո՞ր բուժիչ ազդեցությունը բնորոշ ՉԷ ուլտրաձայնային թերապիային:

Ա-Հյուսվածքների միկրոմերսում բջջային մակարդակում

Բ-Սպիների փափկեցում և ներծծում

Գ-ԿՈՒՄ ճառագայթների արտահայտված բակտերիասպան ազդեցություն

Դ-Հակաբորբոքային և սպազմոլիտիկ

54. Ի՞նչ է ուլտրաֆոնոֆորեզը:

Ա-Դեղանյութերի ներմուծում հաստատուն հոսանքի օգնությամբ

Բ-Դեղանյութերի ներմուծում ուլտրաձայնային տատանումների օգնությամբ

Գ-Մանրադիսպերս գոլորշու ինհալացիա

Դ-Միջմկանային ներարկում ռենտգենյան հսկողության տակ

55. Ո՞ր հպումային (կոնտակտային) միջավայրն է օգտագործվում ուլտրաձայնային թերապիայի ժամանակ օդային շերտը բացառելու համար:

Ա-Չոր տալկ

Բ-Հատուկ գել, վազելինային կամ բուսական յուղ

Գ-Յոդի սպիրտային լուծույթ

Դ-Թորած ջուր՝ առանց մաշկի հետ շփման (օդի միջով)

56. Որքա՞ն է ուլտրաձայնի առավելագույն թույլատրելի ինտենսիվությունը բուժական պրակտիկայում պրոցեդուրաներ անցկացնելիս (Վտ/քառ. սմ):

Ա-0,01–0,05

Բ-0,1–1,2

Գ-5,0–10,0

Դ-50,0

57. Ուլտրաձայնի գեներացման ո՞ր ռեժիմներն են օգտագործվում ֆիզիոթերապիայում:

Ա-Անընդհատ և իմպուլսային

Բ-Կայուն (ստաբիլ) և շարժուն (լաբիլ)

Գ-Երկայնական և միջանցիկ

Դ-Բարձրալար և ցածրալար

58. Մարմնի ո՞ր շրջանի վրա է ԿԱՏԵԳՈՐԻԿ արգելվում ազդել ուլտրաձայնով թերապևտիկ դոզաներով:

Ա-Ծնկան հոդի շրջան

Բ-Սրտի, գլխուղեղի շրջան և երեխաների ոսկրերի աճման գոտիներ

Գ-Օձիքային գոտու շրջան

Դ-Գոտկատեղի շրջան

59. Ի՞նչ է ուլտրաձայնային պրոցեդուրայի անցկացման շարժուն (լաբիլ) եղանակը:

Ա-Ճառագայթիչը անշարժ ֆիքսված է պացիենտի մարմնի վրա

Բ-Ճառագայթիչը սահուն տեղաշարժում են ազդեցության գոտով շրջանաձև կամ երկայնական շարժումներով

Գ-Պրոցեդուրան անցկացվում է պացիենտից 1 մետր հեռավորության վրա

Դ-Ճառագայթիչը փոխում են յուրաքանչյուր 5 վայրկյանը մեկ նորով

60. Ի՞նչ բարդություն կարող է առաջանալ ուլտրաձայնային ճառագայթիչի անշարժ (ստաբիլ) դիրքի և բարձր ինտենսիվության դեպքում առանց հսկողության:

Ա-Էլեկտրական շոկ

Բ-Վերնոսկրի (надкостница) գերտաքացում և կտրուկ ցավ (պերիոստալ ցավ)

Գ-Ճառագայթային հիվանդություն

Դ-Անաֆիլակտիկ ստոմատիտ

61. Ջրաբուժության ո՞ր բաժնին է պատկանում քաղցրահամ ջրի կիրառումը:

Ա-Բալնեոթերապիա

Բ-Հիդրոթերապիա

Գ-Կլիմատոթերապիա

Դ-Ցեխաբուժություն

62. Ջրի ո՞ր ջերմաստիճանն է համարվում ինդիֆերենտ (չեզոք) մարդու օրգանիզմի համար:

Ա-0–4 °C

Բ-20–24 °C

Գ-34–36 °C

Դ-40–42 °C

63. Ո՞ր ցնցուղն է պատկանում բարձր ճնշման (2-ից 4 մթնոլորտ) պրոցեդուրաներին:

Ա-Անձրևային ցնցուղ

Բ-Շրջանառու (ցիրկուլյար) ցնցուղ

Գ-Շարկոյի ցնցուղ

Դ-Վերընթաց ցնցուղ

64. Նշված հիվանդություններից որի՞ դեպքում խորհուրդ չի տրվում էլեկտրաքուն թերապիան՝

Ա-Ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցային հիվանդություն

Բ-ՍԻՀ /սրտի իշեմիկ հիվանդություն/

Գ-Հիպերտոնիկ հիվանդություն 1-2 աստիճանի

Դ-Էպիլեպսիա

65. Ի՞նչ ազդեցություն ունեն ռադոնային լոգանքները (բալնեոթերապիա):

Ա-Արտահայտված գրգռող ազդեցություն կենտրոնական նյարդային համակարգի վրա

Բ-Հակաբորբոքային, ցավազրկող, սիրտ-անոթային համակարգի ֆունկցիան կարգավորող

Գ-Էրիթրոցիտների քայքայում

Դ-Էպիդերմիսի վերին շերտերի այրում (կոագուլյացիա)

66. Ո՞ր ջրաբուժական ազդեցությունն է ենթադրում ջրի ջերմաստիճանի աստիճանական նվազեցում կոփման նպատակով:

Ա-Կոնտրաստային ցնցուղ

Բ-Տաք փաթաթում

Գ-Ջրցողում և շփում

Դ-Սաունա

67. Ո՞րն է չոր ածխաթթվային լոգանքների հիմնական առանձնահատկությունը:

Ա-Պացիենտը շնչում է խտացված ածխաթթու գազ դիմակի միջով

Բ-Պացիենտի մարմինը (առանց գլխի) գտնվում է հատուկ խցիկում/պարկում, որը լցված է խոնավ ածխաթթու գազով՝ բացառելով ջրի հիդրոստատիկ ճնշումը

Գ-Պրոցեդուրան անցկացվում է չոր ֆիննական սաունայում

Դ-Գազը մաշկի վրա է տրվում 5 մթնոլորտ ճնշման տակ

68. Ո՞ր հակացուցումն է ընդհանուր բոլոր տեսակի ընդհանուր լոգանքների և ցնցուղների համար:

Ա-Քրոնիկ գաստրիտ՝ ռեմիսիայի փուլում

Բ-Սրտամկանի սուր ինֆարկտ, տենդային վիճակներ, սրտային գործունեության դեկոմպենսացիա

Գ-Ողնաշարի օստեոխոնդրոզ

Դ-Մկանային թեթև հոգնածություն

69. Ի՞նչ ազդեցություն է թողնում ցիրկուլյար ցնցուղը:

Ա-Սեդատիվ (հանգստացնող) և քնաբեր

Բ-Տոնուսավորող և օրգանիզմն ամրապնդող

Գ-Տեղային քայքայող

Դ-Ներքին օրգանները սառեցնող

70. Նշել թե տրված հիվանդություններից որի՞ ժամանակ չի կիրառվում սինուսոիդալ մոդուլացված հոսանքներ՝

Ա-Ճարպակալում

Բ-Նեյրոմիոզիտ

Գ-Տրիգեմինիտ

Դ-Թրոմբոֆլեբիտ

71. Ո՞ր նյութն է օժտված բարձր ջերմունակությամբ և ցածր ջերմահաղորդականությամբ, ինչը նրան դարձնում է իդեալական ջերմաբուժության համար:

Ա-Բնական բուժիչ ցեխը (պելոիդ), պարաֆինը, օզոկերիտը

Բ-Թերթավոր պողպատը

Գ-Գետի ավազը՝ չոր տեսքով

Դ-Հոսող սառը ջուրը

72. Ի՞նչ է օզոկերիտը:

Ա-Գորշ ածխի վերամշակման արգասիք

Բ-Նավթային ծագման բնական նյութ («լեռնային մոմ»)

Գ-Սառած հրաբխային լավա

Դ-Սինթետիկ պոլիմեր

73. Որքա՞ն է հալված պարաֆինի ջերմաստիճանը մաշկին շերտավորման եղանակով քսելիս (°C):

Ա-36–37

Բ-50–55

Գ-80–90

Դ-100–120

74. Օզոկերիտի ո՞ր բուժիչ հատկությունն է նրան շահեկանորեն տարբերում պարաֆինից:

Ա-Քիմիական և կենսաբանական ազդեցության առկայությունը հանքային յուղերի և խեժերի հաշվին

Բ-Ջերմություն պահպանելու ունակության իսպառ բացակայությունը

Գ-Ռադիոակտիվությունը

Դ-Սենյակային ջերմաստիճանում ջրի մեջ լուծվելու ունակությունը

75. Քանի՞ անգամ և ի՞նչ հաճախականությամբ կարելի է անցկացնել էրիթեմ դոզաներով ազդեցություն միևնույն օջախում՝

Ա-3-4 անգամ, ամեն օր

Բ-Ոչ ավել քան 3-4 անգամ, ամեն 1-2 օրը մեկ

Գ-Մեկ անգամ

Դ-2 անգամ, շաբաթը մեկ

76. Ի՞նչ է կոմպրեսիոն (մեխանիկական) էֆեկտը պարաֆինի սառչելու ժամանակ:

Ա-Պարաֆինը ընդարձակվում է և տաքացնում հյուսվածքները

Բ-Պարաֆինը սառչելիս ծավալով փոքրանում է՝ թեթև սեղմելով հյուսվածքները և բարելավելով ավշահոսքը

Գ-Պարաֆինը առաջացնում է մազանոթների միկրոպատռվածքներ

Դ-Պարաֆինը գոլորշիանում է մաշկի մակերևույթից

77. Ո՞ր հակացուցումն է սպեցիֆիկ բարձր ջերմաստիճանի բնական բուժիչ ցեխի կիրառման համար:

Ա-Քրոնիկ պրոստատիտ՝ առանց սրացման

Բ-Սուր բորբոքային գործընթացներ, տուբերկուլյոզ, արգանդի միոմա

Գ-Խոշոր հոդերի արթրոզ

Դ-Սպաստիկ կոլիտ

78. Ո՞ր մեթոդով են ամենից հաճախ հեռացնում բուժիչ ցեխի մնացորդները պացիենտի մարմնից ապլիկացիայից հետո:

Ա-Մաքրում են չոր խոզանակով

Բ-Լվանում են տաք անձրևային կամ մեղմացված ցնցուղի տակ՝ առանց օճառի

Գ-Պացիենտը ընդունում է տաք լոգանք 40 րոպե տևողությամբ

Դ-Սպասում են, մինչև ցեխն ինքնուրույն պոկվի օրվա ընթացքում

79. Ո՞ր պրոցեդուրան է համակցում բուժիչ ցեխի և հաստատուն էլեկտրական հոսանքի ազդեցությունը:

Ա-Գալվանացեխաբուժություն (էլեկտրացեխ)

Բ-ՈՒԲՀ-պելոիդոթերապիա

Գ-Օզոկերիտի ֆոնոֆորեզ

Դ-Ցեխային Շարկոյի ցնցուղ

80. Ի՞նչ ֆիզիոլոգիական ազդեցություն է թողնում տեղային ջերմաբուժությունը ապլիկացիայի գոտու արյունատար անոթների վրա:

Ա-Զարկերակների կայուն սպազմ

Բ-Անոթների լայնացում և արտահայտված հիպերեմիա (արյան ներհոսքի ուժեղացում)

Գ-Արյան շրջանառության լրիվ կանգ

Դ-Թրոմբների առաջացում

81. Ի՞նչ է ինհալացիան:

Ա-Դեղանյութերի ներմուծում օրգանիզմ շնչառական ուղիներով՝ աերոզոլների տեսքով

Բ-Լուծույթների ներմուծում ուղիղ աղիքով

Գ-Գազերի ենթամաշկային ներմուծման մեթոդ

Դ-Բերանի խոռոչի ողողում

82. Ո՞ր ցնցուղը շիթային չէ՝

Ա-Շարկոյի

Բ-Փոշային

Գ-Հովհարային

Դ-Շոտլանդական

83. Ինհալացիայի ո՞ր տեսակի դեպքում է օգտագործվում դեղորայքային լուծույթի տաքացում մինչև 38–40 °C:

Ա-Սառը ինհալացիա

Բ-Տաք-խոնավ ինհալացիա

Գ-Յուղային ինհալացիա՝ առանց տաքացման

Դ-Չոր փոշենման ինհալատոր

84. Ո՞րն է յուղային ինհալացիաների հիմնական նշանակությունը:

Ա-Թափանցում ալվեոլներ թոքաբորբի բուժման համար

Բ-Պաշտպանիչ թաղանթի ստեղծում քթըմպանի լորձաթաղանթի վրա չորացման և ատրոֆիայի դեպքում

Գ-Թոքային հյուսվածքի քայքայում

Դ-Զարկերակային ճնշման բարձրացում

85. Ի՞նչ է հալոթերապիան (սպելեոթերապիա):

Ա-Բուժում աղի հանքերի արհեստական միկրոկլիմայի պայմաններում (նատրիումի քլորիդի աերոզոլ)

Բ-Բուժում մաքուր յոդի գոլորշիներով

Գ-Արևի ուղիղ ճառագայթների տակ գտնվելը լողափին

Դ-Ինհալացիաներ փշատերև ծառերի եթերայուղերով

86. Ո՞ր հակացուցումն է կրիտիկական գոլորշային ինհալացիաներ նշանակելու համար:

Ա-Սուր լարինգոտրախեիտ հիվանդության առաջին ժամերին՝ ստենոզի վտանգով (հատկապես երեխաների մոտ)

Բ-Քրոնիկ չոր ֆարինգիտ

Գ-Հազ՝ դժվարանցանելի խորխով

Դ-Պրոֆեսիոնալ լարինգիտ երգիչների մոտ

87. Ո՞ր սարքն է հեղուկ դեղամիջոցը վերածում մանրադիսպերս մշուշի՝ սեղմված օդի կամ ուլտրաձայնի էներգիայի հաշվին:

Ա-Նեբուլայզեր (ինհալատոր)

Բ-Սպիրոմետր

Գ-Տոնոմետր

Դ-Ռեֆրակտոմետր

88. Ի՞նչ պետք է անի պացիենտը բրոնխների հիվանդությունների բուժման համար ինհալացիայի ժամանակ:

Ա-Շնչի խորը, ներշնչումն անի բերանով, պահի շունչը 1–2 վայրկյան և արտաշնչի քթով

Բ-Շնչի որքան հնարավոր է հաճախ և մակերեսային

Գ-Պահի շունչը 30 վայրկյան յուրաքանչյուր ներշնչումից հետո

Դ-Խոսի պրոցեդուրայի ժամանակ

89. Ո՞ր լուծույթներն է ԿԱՏԵԳՈՐԻԿ արգելվում լցնել ուլտրաձայնային նեբուլայզերների մեջ բրոնխիալ ասթմայի բուժման համար:

Ա-Ֆիզիոլոգիական լուծույթ (0,9% NaCl)

Բ-Մաքուր եթերայուղեր և յուղային լուծույթներ (յուղային թոքաբորբի զարգացման ռիսկ)

Գ-Բրոնխոլիտիկների հատուկ լուծույթներ

Դ-Հանքային ջուր՝ առանց գազի

90. Որքա՞ն է մեկ ինհալացիոն պրոցեդուրայի միջին տևողությունը:

Ա-1–2 րոպե

Բ-5–10 րոպե

Գ-30–45 րոպե

Դ-2 ժամ

91. Ինչպիսի՞ հատակի ծածկույթ է ԿԱՏԵԳՈՐԻԿ արգելվում էլեկտրոբուժման կաբինետներում անվտանգության տեխնիկայի կանոններով:

Ա-Պոլիմերային հիմքով լինոլեում

Բ-Կերամիկական սալիկ կամ ցեմենտե հատակ՝ առանց փայտյա հարթակների/գորգերի

Գ-Լաքապատ մանրահատակ (պարկետ)

Դ-Փայտյա հատակ

92. Ի՞նչ է պարտավոր անել բուժանձնակազմը նախքան որևէ էլեկտրապրոցեդուրա սկսելը:

Ա-Ստուգել լարերի, էլեկտրոդների ամբողջականությունը և սարքի հողակցման հուսալիությունը (եթե պահանջվում է)

Բ-Պացիենտին առաջարկել մի բաժակ ջուր խմել

Գ-Չափել պացիենտի հասակը

Դ-Միացնել սարքը առավելագույն հզորությամբ մինչև պացիենտի գալը

93. Ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաների ո՞ր համակցումն է նույն օրը նույն գոտու վրա համարվում անցանկալի (ծանրաբեռնող):

Ա-Երկու ընդհանուր ջերմային կամ երկու էլեկտրապրոցեդուրա (օրինակ՝ ՍՄՏ և ՈՒԲՀ նույն հոդի վրա)

Բ-Մագնիսաթերապիա և բուժական ֆիզկուլտուրա (ԲՖԿ)

Գ-Էլեկտրաքուն և տեղային դարսոնվալիզացիա

Դ-Ինհալացիա և օձիքային գոտու մերսում

94. Նշված հիվանդություններից որի՞ դեպքում ինֆրակարմիր ճառագայթումը ցուցված չէ՝

Ա-Բրոնխիտ

Բ-Ցրտահարություն

Գ-Նեֆրիտ

Դ-Երակների վարիկոզ լայնացում

95. Ի՞նչ պետք է անի պացիենտը գալվանիզացիայի պրոցեդուրայի ժամանակ այրոցի կամ ցավի զգացում առաջանալիս:

Ա-Համբերի մինչև պրոցեդուրայի ժամանակի ավարտը

Բ-Անմիջապես տեղյակ պահի բուժքրոջը

Գ-Ինքնուրույն պոկի էլեկտրոդները մարմնից

Դ-Փորձի շրջել սարքը

96. Ի՞նչ պարբերականությամբ պետք է անցկացվի ֆիզիոթերապևտիկ սարքավորումների կանխարգելիչ տեխնիկական զննումը:

Ա-10 տարին մեկ անգամ

Բ-Պարբերաբար՝ տեխնիկական սպասարկման գրաֆիկին համապատասխան (սովորաբար ամիսը / եռամսյակը 1 անգամից ոչ պակաս) և շահագործման հանձնելուց առաջ

Գ-Միայն այն բանից հետո, երբ սարքը կբռնկվի կամ կհարվածի էլեկտրական հոսանքով

Դ-Ամեն առավոտ հերթափոխից առաջ՝ հենց պացիենտների ուժերով

97. Թույլատրվո՞ւմ է արդյոք ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաներ անցկացնել ալկոհոլային կամ թմրամոլային հարբածության մեջ գտնվող պացիենտներին:

Ա-Այո, դա լավացնում է պրոցեդուրաների էֆեկտը

Բ-Կատեգորիկ արգելվում է

Գ-Թույլատրվում է միայն ջրաբուժությունը

Դ-Թույլատրվում է հերթապահ բուժքրոջ հայեցողությամբ

98. Դարսոնվալի հոսանքը կարող է.

Ա-Իջեցնել մաշկի նյարդային ռեցեպտորների զգայունությունը

Բ-Առաջացնել մկաններում ռեցեպտորների գրգռվածություն, ինչը կբերի մկանների կծկումներին

Գ-Ճնշել նյութափոխանակության պրոցեսները

Դ-Իջեցնել ռեգեներացիան

99. Ո՞ր փաստաթուղթն է հանդիսանում բուժքրոջ կողմից ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրայի անցկացման հիմնական հիմքը:

Ա-Պացիենտի հարևանի բանավոր խնդրանքը

Բ-Պրոցեդուրային քարտը, որը լրացված և ստորագրված է բժիշկ-ֆիզիոթերապևտի կողմից

Գ-Գրառումը պացիենտի անձնագրում

Դ-Պոլիկլինիկայի գրանցատարի կողմից տրված ուղեգիրը

100. Ո՞րն է առաջնահերթ գործողությունը ֆիզիոթերապևտիկ կաբինետում էլեկտրական հոսանքից պատահական հարված ստանալու դեպքում:

Ա-Սկսել տուժածի անոթարկի (պուլսի) չափումը՝ առանց սարքն անջատելու

Բ-Անմիջապես հոսանքազրկել սարքը (անջատել անջատիչը/անջատիչ բռնակը) և ցույց տալ առաջին օգնություն

Գ-Գնալ հիվանդանոցի գլխավոր բժշկին փնտրելու

Դ-Տուժածին ծածկել թաց սավանով

Սկզբնաղբյուրներ՝

«Ընդհանուր ֆիզիոթերապիա» (Վ. Մ. Բոգոլյուբով, Գ. Ն. Պոնոմարենկո) — հիմնական դասագիրք, որից վերցված են հոսանքի խտության նորմատիվները, էլեկտրոֆորեզի ժամանակ բևեռականության սկզբունքները և գործոնների կենսաֆիզիկական հիմքերը:

«Ֆիզիոթերապիա: ազգային ուղեցույց» (խմբ. Գ. Ն. Պոնոմարենկոյի) — օգտագործվել է ժամանակակից հակացուցումների, կաբինետների մակերեսների ՍանՊԻՆ (սանիտարական կանոնների և նորմերի) նորմատիվների, անվտանգության տեխնիկայի կանոնների և նույն օրը պրոցեդուրաների համակցման սկզբունքների ստուգման (վերիֆիկացման) համար:

«Ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաների տեխնիկա և մեթոդիկա» (տեղեկատու խմբ. Վ. Մ. Բոգոլյուբովի) — հիմք է հանդիսացել էլեկտրոդների տեղադրման, օզոկերիտո-պարաֆինաբուժության ջերմաստիճանային ռեժիմների և ինհալացիոն մասնիկների տեսակների վերաբերյալ հարցերի համար:

«Գործնական ֆիզիոթերապիա» (Ա. Ա. Ուշակով) — իմպուլսային հոսանքների (ՍՄՏ, ԴԴՀ) և լազերային/ՈւՄ դոզաչափության բաժինների համար:

• Բոգոլյուբով, Վ. Մ. Ընդհանուր ֆիզիոթերապիա : դասագիրք բժշկական բուհերի ուսանողների համար / Վ. Մ. Բոգոլյուբով, Գ. Ն. Պոնոմարենկո. — 3-րդ հրատ., լրամշակ. և հավել. — Մոսկվա : Մեդիցինա, 1999. — 432 էջ.
• Ֆիզիոթերապիա : ազգային ուղեցույց / խմբագրությամբ՝ Գ. Ն. Պոնոմարենկոյի ; Ընդհանուր բժշկական ասոցիացիա, Որակի գծով բժշկական ընկերությունների ասոցիացիա. — Մոսկվա : ԳԷՈՏԱՐ-Մեդիա, 2009. — 864 էջ. — (Շարք՝ «Ազգային ուղեցույցներ»).
• Ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաների տեխնիկա և մեթոդիկա : տեղեկատու / խմբագրությամբ՝ Վ. Մ. Բոգոլյուբովի. — Մոսկվա : Բինոմ, 2020. — 464 էջ.
• Ուշակով, Ա. Ա. Գործնական ֆիզիոթերապիա : ուղեցույց բժիշկների համար / Ա. Ա. Ուշակով. — 3-րդ հրատ., ուղղված և լրացված. — Մոսկվա : Բժշկական տեղեկատվական գործակալություն (ՄԻԱ), 2013. — 688 էջ

Մանկական վերականգնողաբանություն

1. Ո՞րն է վերականգնողական բժշկության /ռեաբիլիտացիայի/ առավել ճիշտ սահմանումը:

Ա-Բուժման գործընթաց, որի հիմնական նպատակն է վերացնել հիվանդության պատճառը:

Բ-Ֆիզիկական վարժությունների ծրագիր, որն իրականացվում է միայն վնասվածքից հետո:

Գ-Միջամտությունների համալիր, որի նպատակն է օպտիմալացնել անձի գործունեությունը և մասնակցությունը և նվազեցնել առողջական վիճակի ազդեցությունը առօրյա կյանքի վրա:

Դ-Գործընթաց, որն ուղղված է միայն շարժողական ֆունկցիայի վերականգնմանը:

2. Ո՞րն է Ֆունկցիոնալության, հաշմանդամության և առողջության միջազգային դասակարգման (ՖՄԴ/ICF) հիմնական նպատակը:

Ա-Հիվանդությունների ախտորոշումը և դասակարգումը:

Բ-Առողջական վիճակի ազդեցության գնահատումը՝ ֆունկցիաների, գործունեության, մասնակցության և միջավայրային գործոնների համատեքստում:

Գ-Դեղորայքային բուժման արդյունավետության գնահատումը:

Դ-Միայն հաշմանդամության աստիճանի որոշումը:

3. Ո՞ր մոդելի վրա է հիմնված ICF-ը:

Ա-Բժշկական մոդելի:

Բ-Սոցիալական մոդելի:

Գ-Կենսահոգեսոցիալական մոդելի:

Դ-Հոգեբանական մոդելի:

4. Որո՞նք են ICF-ի հիմնական բաղադրիչները:

Ա-Մարմնի ֆունկցիաներ և կառուցվածքներ:

Բ-Գործունեություն և մասնակցություն:

Գ-Շրջակա միջավայրի և անձնական գործոնների ազդեցությունը:

Դ-Վերոնշյալներից բոլորը:

5. Երեխայի զարգացման շարժողական ուշացման դեպքում վերականգնողական բժշկի առաջին կարևոր քայլերից է՝

Ա-Անմիջապես նշանակել ինտենսիվ ֆիզիկական վարժություններ:

Բ-Որոշել միայն երեխայի մկանային տոնուսը:

Գ-Կատարել համապարփակ զարգացման և ֆունկցիոնալ գնահատում՝ հաշվի առնելով շարժումները, կեցվածքը, տոնուսը, ուժը, ռեֆլեքսները, զարգացման փուլերը և մասնակցությունը:

Դ-Նշանակել Բակլոսան:

6. Մանկական վերականգնողական նպատակները պետք է՝

Ա-Սահմանվեն միայն բժշկի կողմից:

Բ-Կենտրոնանան միայն մկանային ուժի բարձրացման վրա:

Գ-Լինեն երեխային և ընտանիքին ուղղված, ֆունկցիոնալ, չափելի և իրատեսական:

Դ-Սահմանվեն միայն ախտորոշման հիման վրա:

7. Ո՞ր տարբերակն է լավագույնս արտացոլում SMART/ԽԵԼԱՄԻՏ վերականգնողական նպատակը:

Ա-«Բարելավել երեխայի քայլքը»:

Բ-«Ուժեղացնել ոտքերը»:

Գ-«4 շաբաթվա ընթացքում երեխան կկարողանա 10 մ քայլել առանց ֆիզիկական օգնության՝ առանց հավասարակշռության կորստի»:

Դ-«Երեխան պետք է ավելի լավ քայլի»:

8. Ո՞ր տարբերակն է ճիշտ ներկայացնում աջակցող միջոցների օրինակներ:

Ա-Լաբորատոր սարքեր և դեղամիջոցներ:

Բ-Օրթեզներ, պրոթեզներ, քայլակներ, հենակներ և սայլակներ:

Գ-Ռենտգեն սարքեր և ուլտրաձայնային սարքեր:

Դ-Միայն վիրաբուժական իմպլանտներ:

9. Աջակցող միջոցների հիմնական նպատակներից է՝

Ա-Սահմանափակել երեխայի շարժունակությունը:

Բ-Փոխարինել ամբողջ վերականգնողական բուժումը:

Գ-Աջակցել ֆունկցիոնալությանը, անվտանգությանը, շարժունակությանը, անկախությանը և մասնակցությանը:

Դ-Օգտագործել միայն կոսմետիկ նպատակներով:

10. Երեխայի համար օրթեզ ընտրելիս պետք է հաշվի առնել՝

Ա-Միայն ախտորոշումը:

Բ-Միայն երեխայի տարիքը:

Գ-Շարժման խանգարման տեսակը, մկանային ուժը, հոդերի շարժման ծավալը, տոնուսը, կեցվածքը, քայլվածքը և ֆունկցիոնալ նպատակները:

Դ-Միայն օրթեզի արտաքին տեսքը:

11. Աջակցող միջոցի արդյունավետությունը գնահատելիս առավել կարևոր է՝

Ա-Միայն այն, թե որքան երկար է երեխան այն կրում:

Բ-Արդյոք այն բարելավում է երեխայի ֆունկցիան, անվտանգությունը և մասնակցությունը՝ առանց անցանկալի հետևանքների:

Գ-Միայն ծնողի գոհունակությունը:

Դ-Միայն սարքի տեխնիկական բնութագրերը:

12. Մանկական վերականգնողական բժշկի դերը բազմամասնագիտական թիմում ներառում է՝

Ա-Միայն ախտորոշման հաստատումը:

Բ-Երեխայի բժշկական և ֆունկցիոնալ վիճակի գնահատումը, վերականգնողական նպատակների ձևավորումը, միջամտությունների համակարգումը և դինամիկայի գնահատումը:

Գ-Միայն դեղորայքի նշանակումը:

Դ-ֆիզիկական վարժությունների ընտրությունը:

13. Ո՞րն է երեխային քայլքի լաբորատոր հետազոտության ուղարկելու հիմնական նպատակը և ի՞նչ տեղեկատվություն է այն տալիս վերականգնողական բուժման պլանավորման համար:

Ա-Որոշել երեխայի քայլելու արագությունը և հաստատել քայլվածքի առկայությունը:

Բ-Որոշել, թե արդյոք երեխային անհրաժեշտ է օրթեզ:

Գ-Բացահայտել քայլվածքի խանգարման մեխանիզմները և դրանց հիմքում ընկած հնարավոր պատճառները՝ օգնելով ընտրել նպատակային վերականգնողական միջամտություններ, օրթեզավորում կամ այլ բուժական մոտեցումներ:

Դ-Միայն գնահատել երեխայի մկանային ուժը և հոդերի շարժման ծավալը:

14. ՄՈՒՊ/ մանկական ուղեղային պարեզ/ ունեցող երեխայի ֆունկցիոնալ դասակարգման համար /GMFCS/ դասակարգումը հիմնականում գնահատում է՝

Ա-Մկանային ուժի աստիճանը և սպաստիկության ծանրությունը:

Բ-Մեծ շարժողական ֆունկցիան՝ հատկապես նստելու, կանգնելու, քայլելու և տեղաշարժվելու կարողությունները:

Գ-Ձեռքերի մանր մոտորիկան և ինքնասպասարկման հմտությունները:

Դ-Խոսքի և ճանաչողական զարգացման մակարդակը:

15. Սպաստիկ դիպլեգիայով քայլող երեխայի վերականգնողական ծրագիր կազմելիս ո՞ր մոտեցումն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Կենտրոնանալ միայն ստորին վերջույթների սպաստիկության նվազեցման վրա:

Բ-Նպատակադրել միայն մկանների ուժեղացումը՝ առանց քայլվածքի և ֆունկցիայի գնահատման:

Գ-Գնահատել քայլվածքը, մկանային տոնուսը, ուժը, հոդերի շարժման ծավալը, կեցվածքը և շարժողական ռազմավարությունները, ապա սահմանել ֆունկցիոնալ նպատակներ և ընտրել համապատասխան միջամտություններ:

Դ-Բոլոր երեխաներին նշանակել օրթեզ և վարժությունների ծրագիրը:

16. Ո՞րն է Դյուշենի մկանային դիստրոֆիայով երեխայի վերականգնողական բուժման կազմակերպման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա-Կիրառել բարձր ինտենսիվության ուժային վարժություններ՝ մկանային ուժի արագ բարձրացման նպատակով:

Բ-Խուսափել ցանկացած ֆիզիկական ակտիվությունից՝ մկանների հետագա վնասումը կանխելու համար:

Գ-Կիրառել չափավոր և էներգախնայող ֆիզիկական ակտիվություն՝ խուսափելով գերլարվածությունից և էքսցենտրիկ ծանրաբեռնվածությունից, պահպանելով հոդերի շարժունակությունը, կանխելով կոնտրակտուրաները, գնահատելով շնչառական և սրտային ֆունկցիաները :

Դ-Կենտրոնանալ ստորին վերջույթների մկանների ուժեղացման վրա՝ քայլելու կարողությունը հնարավորինս երկար պահպանելու նպատակով:

17. Վաղ մանկական զարգացման խանգարման դեպքում վերականգնողական նպատակների ընտրության առավել ճիշտ մոտեցումն է՝

Ա-Նպատակադրել միայն տարիքային նորմատիվ հմտությունների հասնելուն:

Բ-Կենտրոնանալ միայն մկանային տոնուսի և ուժի փոփոխության վրա:

Գ-Սահմանել երեխայի տարիքին և զարգացման մակարդակին համապատասխան, ֆունկցիոնալ, չափելի և ընտանիքի համար նշանակալի նպատակներ՝ ուղղված գործունեության և մասնակցության բարելավմանը:

Դ-Նպատակները սահմանել միայն բժշկական ախտորոշման հիման վրա:

18. Ո՞րն է ֆիզիոթերապիայի հիմնական նպատակը Դյուշենի մկանային դիստրոֆիայի դեպքում:

Ա-Մկանային ուժի առավելագույն մեծացում՝ բարձր ինտենսիվության դիմադրողական վարժությունների միջոցով

Բ-Շարժունակության և ֆունկցիոնալ անկախության հնարավորինս երկար պահպանում, կոնտրակտուրաների կանխարգելում և մասնակցության խթանում

Գ-Մկանային դեգեներացիայի ամբողջական կանխարգելում էլեկտրախթանման միջոցով

Դ-Միայն քայլքի արագության և դիմացկունության մեծացում

19. Հետևյալներից ո՞րն է լավագույնս բնութագրում մանկական ողնուղեղային վնասվածքի կանխատեսումը:

Ա-Լիարժեք ֆունկցիոնալ վերականգնումը երաշխավորված է մի քանի շաբաթվա ընթացքում

Բ-Կանխատեսումը հիմնականում կախված է վնասվածքի նյարդաբանական մակարդակից, ամբողջականությունից և ծանրությունից

Գ-Մանկական տարիքում նյարդաբանական ֆունկցիայի վերականգնում հնարավոր չէ

Դ-Կանխատեսումը բոլոր երեխաների մոտ նույնն է՝ անկախ վնասվածքի բնույթից

20. ԳՈՒՏՎ-ի/գլխուղեղային վնասվածք/ վաղ ֆիզիկական թերապիայի հիմնական նպատակներից է՝

Ա-Երկրորդային բարդությունների կանխարգելումը և ֆունկցիոնալ շարժունակության պահպանումը

Բ-Առաջնային գլխուղեղային վնասվածքի ամբողջական վերականգնումը

Գ-Զգացողության կորստի կանխարգելումը

Դ-Միայն մկանային ուժի զարգացումը

21. Որո՞նք են ստացիոնար վերականգնողական բուժման ընթացքում ուշադրության կենտրոնում գտնվող հիմնական խնդիրները:

Ա-Բժշկական վիճակի և հնարավոր բարդությունների վերահսկում

Բ-Շարժունակության և ֆունկցիոնալ կարողությունների բարելավում

Գ-Բոլորը ճիշտ է

Դ-Ինքնախնամքի հիմնական հմտությունների զարգացում

22. Ո՞ր մկանային խումբն է կարևոր դեր կատարում ողնաշարի հատվածային կայունացման գործում և հաճախ ցուցաբերում է ֆունկցիոնալ թուլացում քրոնիկ լումբալ ցավի դեպքում:

Ա-Ողնաշարի էքստենսորներ (erector spinae)

Բ-Որովայնի ուղիղ մկան (rectus abdominis)

Գ-Խորանիստ մկաններ (multifidus, transversus abdominis)

Դ-Կրծքային մեծ մկան (pectoralis major)

23. Ամպուտացիայի հիմնական նպատակն է՝

Ա-Կրճատել վիրաբուժական միջամտությունների քանակը

Բ-Վերացնել ախտաբանական/վնասված հատվածը և ձևավորել ֆունկցիոնալ ծայրատ

Գ-Կանխել ցավի առաջացումը

Դ-Բարձրացնել ֆիզիկական ակտիվությունը

24. Վերականգնողական ծրագրի վերջնական նպատակն է՝

Ա-Վերականգնել ֆիզիոլոգիական շարժումները

Բ-Նվազեցնել ցավը

Գ-Ապահովել առավելագույն ֆունկցիոնալ անկախություն

Դ-Բարելավել արյան շրջանառությունը

25. Մեջքի ցավի դեպքում ֆիզիկական թերապիայի հիմնական նպատակներից է՝

Ա-Ֆիզիկական ակտիվության լիարժեք սահմանափակումը

Բ-Մկանների ուժի, շարժունակության և ֆունկցիոնալ ակտիվության բարելավումը

Գ-Երկարատև անկողնային ռեժիմի ապահովումը

Դ-Միայն ցավազրկող միջոցների կիրառումը

26. Ինսուլտից հետո խոսքի և հաղորդակցության խանգարումների վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է ճիշտ:

Ա-Աֆազիան խոսքի մկանների թուլություն է և միշտ պայմանավորված է դիզարտրիայով:

Բ-Աֆազիան լեզվական ֆունկցիայի խանգարում է, որը կարող է ազդել խոսքի ընկալման, արտահայտման, անվանման, կրկնության, ընթերցանության կամ գրելու վրա, և պահանջում է համապատասխան գնահատում ու լոգոպեդական/խոսքային թերապիա:

Գ-Դիզարտրիան և աֆազիան նույն խանգարումներն են:

Դ-Ինսուլտից հետո խոսքի խանգարումները վերականգնողական բուժման նպատակ չեն կարող լինել:

27. Ինսուլտից հետո առավել լարված մկանների գնահատման և բուժման ժամանակ ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Բուժել միայն այն մկանները, որոնք ունեն ամենաբարձր տոնուսը:

Բ-Գնահատել սպաստիկության բաշխումը, մկանների կարճացումը, շարժման սահմանափակումը և դրա ազդեցությունը ֆունկցիայի վրա, ապա ընտրել նպատակային միջամտություն՝ դիրքավորում, թերապևտիկ վարժություններ, օրթեզավորում և անհրաժեշտության դեպքում դեղորայքային բուժում:

Գ-Սպաստիկ մկանների ուժային վարժությունները կատարել առավելագույն ծանրաբեռնվածությամբ:

Դ-Սպաստիկության առկայության դեպքում դադարեցնել ակտիվ վերականգնողական բուժումը:

28. Այրվածքից հետո արդեն ձևավորված կոնտրակտուրայի դեպքում վերականգնողական բուժման հիմնական նպատակն է՝

Ա-Միայն ցավի նվազեցումը

Բ-Շարժումների ծավալի վերականգնումը և ֆունկցիայի բարելավումը

Գ-Հոդի երկարատև անշարժացումը

Դ-Մկանային ակտիվության սահմանափակումը

29. Ո՞ր գործոնն է առավել հաճախ նպաստում երկրորդային օստեոպորոզի զարգացմանը երկարատև վերականգնողական բուժում ստացող երեխայի մոտ:

Ա-Կանոնավոր ֆիզիկական ակտիվությունը և ծանրաբեռնվածությունը

Բ-Երկարատև անշարժությունը և մեխանիկական ծանրաբեռնվածության նվազումը

Գ-Հոդերի լիարժեք շարժունակության պահպանումը

Դ-Կանոնավոր ուղղահայացացումը և քայլքը

30. Օստեոպորոզի դեպքում վերականգնողական բուժման կարևոր նպատակներից ո՞րն է:

Ա-Երկարատև անշարժության ապահովումը

Բ-Մեխանիկական ծանրաբեռնվածության աստիճանական ավելացումը և ոսկրային հյուսվածքի խթանումը

Գ-Բոլոր ֆիզիկական վարժությունների դադարեցումը

Դ-Միայն պասիվ շարժումների իրականացումը

31. Օստեոպորոզ ունեցող երեխայի վերտիկալիզացիայի ժամանակ ո՞ր սկզբունքն է առավել ճիշտ:

Ա-Անմիջապես ապահովել առավելագույն ծանրաբեռնվածություն

Բ-Վերտիկալիզացիան իրականացնել աստիճանաբար՝ հաշվի առնելով երեխայի ոսկրային վիճակը, ցավը և ընդհանուր ֆունկցիոնալ կարողությունները

Գ-Վերտիկալիզացիան հակացուցված է բոլոր դեպքերում

Դ-Վերտիկալիզացիան իրականացնել միայն այն դեպքում, երբ երեխան կարող է ինքնուրույն կանգնել

32. Ո՞րն է դերմատոմիոզիտի ժամանակ վերականգնողական բուժման հիմնական սկզբունքը:

Ա-Երկարատև լիակատար հանգիստ և ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում

Բ-Վաղ և անվտանգ, անհատականացված ֆիզիկական ակտիվություն՝ մկանային ուժի և ֆունկցիայի պահպանման/բարելավման նպատակով

Գ-Միայն պասիվ շարժումների իրականացում՝ անկախ հիվանդության ակտիվությունից

Դ-Բարձր ինտենսիվության ուժային վարժություններ՝ առանց հիվանդության ակտիվության գնահատման

33. Ո՞ր վարժությունն է առավել նպատակահարմար դերմատոմիոզիտով երեխայի վերականգնողական ծրագրում՝ հիվանդության ակտիվությունը և երեխայի ֆունկցիոնալ վիճակը հաշվի առնելով:

Ա-Անհատականացված, աստիճանաբար ավելացվող աերոբիկ և մկանային ուժեղացնող վարժություններ՝ ֆիզիոթերապիստի հսկողությամբ

Բ-Միայն երկարատև անկողնային ռեժիմ

Գ-Մինչև մկանային ուժի լիարժեք վերականգնումը բոլոր վարժությունների դադարեցում

Դ-Առավելագույն ինտենսիվության ուժային վարժություններ ամեն օր

34. Արդեն ձևավորված կոնտրակտուրայի դեպքում ո՞րն է վերականգնողական բուժման հիմնական մոտեցումը:

Ա-Հոդի ամբողջական անշարժացում

Բ-Անհատականացված շարժումների և ձգման ծրագիր, դիրքավորում և անհրաժեշտության դեպքում՝ օրթեզավորում՝ հաշվի առնելով կոնտրակտուրայի ծանրությունը

Գ-Միայն ակտիվ ուժային վարժություններ՝ առավելագույն ծանրաբեռնվածությամբ

Դ-Ֆիզիկական ակտիվության ամբողջական դադարեցում

35. Ո՞րն է նախապրոթեզավորման փուլի հիմնական նպատակը ստորին վերջույթի անդամահատումից հետո:

Ա-Միայն պրոթեզով քայլքի ուսուցումը

Բ-Մնացորդային վերջույթի պատրաստումը, հոդերի շարժումների ծավալի և մկանային ուժի պահպանումը, կոնտրակտուրաների կանխարգելումը և ֆունկցիոնալ պատրաստվածության ապահովումը

Գ-Մնացորդային վերջույթի երկարատև անշարժացումը

Դ-Պրոթեզի մշտական օգտագործման սկսումը՝ անկախ վերքի վիճակից

36. Ո՞րն է հետպրոթեզավորման վերականգնողական փուլի հիմնական ուղղությունը:

Ա-Պրոթեզի կիրառման ուսուցում, բալանսի և քայլքի մարզում, ֆունկցիոնալ շարժունակության զարգացում

Բ-Միայն մնացորդային վերջույթի մաշկի խնամք

Գ-Պասիվ շարժումների իրականացում

Դ-Ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում՝ պրոթեզը չվնասելու նպատակով

37. Ո՞րն է համարվում Բոբաթ թերապիայի հիմնական կլինիկական մոտեցումը կենտրոնական նյարդային համակարգի վնասում (օրինակ՝ ՄՈՒԿ կամ ինսուլտ) ունեցող պացիենտների հետ աշխատելիս.

Ա-Մեկուսացված մկանների ուժեղացումը՝ օգտագործելով ծանրություններ և դիմադրողական վարժություններ

Բ-Պաթոլոգիկ ռեֆլեքսների և ոչ նորմալ մկանային տոնուսի արգելակումը (ինհիբիցիա) և «կառավարման հիմնական կետերի» միջոցով ճիշտ կեցվածքային արձագանքների ու ֆունկցիոնալ շարժումների խթանումը (ֆասիլիտացիա)

Գ-Միայն պասիվ ձգումների իրականացումը՝ առանց պացիենտի ակտիվ մասնակցության

Դ-Բացառապես սենսորային խթանումը՝ առանց շարժողական առաջադրանքների կատարման

38. Ո՞ր սահմանումն է առավել ամբողջական և ճիշտ նկարագրում վերականգնողական բուժումը:

Ա-Բուժման մեթոդների համալիր, որի հիմնական նպատակն է հիվանդության ախտանիշների դեղորայքային վերացումը:

Բ-Միջոցառումների համալիր, որն ուղղված է միայն շարժողական ֆունկցիաների վերականգնմանը՝ հիվանդությունից կամ վնասվածքից հետո:

Գ-Միջամտությունների համալիր, որն ուղղված է անձի ֆունկցիոնալ կարողությունների օպտիմալացմանը, ակտիվության և մասնակցության բարձրացմանը և հաշմանդամության ազդեցության նվազեցմանը՝ հաշվի առնելով անձի անհատական կարիքներն ու միջավայրը:

Դ-Բուժման մեթոդ, որի նպատակն է հիվանդի լիարժեք վերադարձը նախկին ֆիզիկական վիճակին՝ անկախ հիվանդության բնույթից:

39. Ո՞ր տարբերակն է առավել ճիշտ արտացոլում վերականգնողական բուժման հիմնական նպատակը:

Ա-Միայն հիվանդության պատճառի վերացումը:

Բ-Անձի ֆունկցիոնալության բարելավումը՝ հնարավորությունների առավելագույն օգտագործմամբ, ինքնուրույնության, առօրյա գործունեության և հասարակական մասնակցության խթանմամբ:

Գ-Մկանային ուժի և շարժումների ծավալի վերականգնումը:

Դ-Հիվանդության ախտանիշների ժամանակավոր նվազեցումը՝ առանց առօրյա գործունեության և մասնակցության գնահատման:

40. Ո՞րն է մանկական ուղեղային պարեզի (ՄՈՒՊ) առավել ճիշտ սահմանումը:

Ա-Կենտրոնական նյարդային համակարգի առաջադիմող հիվանդություն, որը բնորոշվում է մկանային ուժի աստիճանական կորստով:

Բ-Շարժման և կեցվածքի զարգացման մշտական խանգարումների խումբ, որոնք առաջանում են զարգացող ուղեղի ոչ առաջադիմող վնասման հետևանքով և կարող են ուղեկցվել գործունեության սահմանափակումներով:

Գ-Մկանային տոնուսի բարձրացումով արտահայտվող նյարդաբանական վիճակ:

Դ-Ժառանգական նյարդամկանային հիվանդություն, որն առաջացնում է շարժողական զարգացման ուշացում:

41. Ո՞րն է վաղ մանկական զարգացման գնահատման առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա-Գնահատել միայն երեխայի շարժողական զարգացումը:

Բ-Գնահատել երեխայի զարգացման առանձին ոլորտները՝ առանց դրանց փոխկապակցվածությունը հաշվի առնելու:

Գ-Համապարփակ գնահատել շարժողական, կոգնիտիվ, հաղորդակցական, սոցիալ-էմոցիոնալ և ինքնասպասարկման հմտությունները՝ հաշվի առնելով երեխայի տարիքը և միջավայրը:

Դ-Գնահատել միայն այն հմտությունները, որոնց մասին ծնողը հայտնում է որպես խնդիր:

42. (7 ամսական) երեխայի զարգացման գնահատման ժամանակ ո՞ր կարողությունն է առավել բնորոշ այս տարիքին:

Ա-Ինքնուրույն քայլելը:

Բ-Կայուն նստելը՝ առանց աջակցության, և ինքնուրույն կանգնելը:

Գ-Գլխի լավ վերահսկումը, ձեռքերի ակտիվ օգտագործումը, շրջվելը և հենման միջոցով դիրքի վերահսկման զարգացումը:

Դ-Ինքնուրույն աստիճաններով բարձրանալը:

43. (10 ամսական) երեխայի մոտ ո՞ր նշանն է առավել մտահոգիչ և պահանջում է զարգացման լրացուցիչ գնահատում:

Ա-Երեխան դեռ չի քայլում:

Բ-Երեխան չի ասում իմաստավորված բառեր, բայց բաբախում է և ակտիվորեն հաղորդակցվում է ժեստերով:

Գ-Երեխան չի կարողանում ինքնուրույն նստել և չունի կայուն հենում ձեռքերի վրա:

Դ-Երեխան նախընտրում է խաղալիքները վերցնել աջ ձեռքով:

44. Վաղ մանկական զարգացման ընթացքում «շարժողական հմտության» ձեռքբերումը գնահատելիս առավել կարևոր է՝

Ա-Միայն այն, թե երեխան տվյալ շարժումը կատարում է, թե ոչ:

Բ-Գնահատել ոչ միայն շարժման առկայությունը, այլև դրա որակը, սիմետրիան, շարժման ռազմավարությունը, ինքնուրույնությունը և տվյալ հմտության կիրառումը առօրյա գործունեության մեջ:

Գ-Գնահատել մկանային ուժը:

Դ-Համեմատել երեխային միայն նույն տարիքի երեխաների հետ՝ առանց անհատական տարբերությունները հաշվի առնելու:

45. Վաղ միջամտության վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է առավել ճիշտ:

Ա-Վաղ միջամտությունը պետք է սկսել միայն վերջնական նյարդաբանական ախտորոշումից հետո:

Բ-Վաղ միջամտությունը նպատակահարմար է սկսել հնարավորինս վաղ՝ զարգացման խանգարման կամ դրա բարձր ռիսկի հայտնաբերումից հետո՝ անկախ նրանից, թե վերջնական ախտորոշումը դեռ հաստատված է, թե ոչ:

Գ-Մինչև 1 տարեկանը ֆիզիոթերապևտիկ միջամտությունները սովորաբար անհրաժեշտ չեն:

Դ-Վաղ միջամտությունը պետք է ուղղված լինի միայն մկանային տոնուսի նորմալացմանը:

46. ամսական երեխայի մոտ գլխի վերահսկման ուշացման առկայության դեպքում վերականգնողաբանի առավել ճիշտ քայլն է՝

Ա-Սպասել մինչև 12 ամսական՝ ինքնուրույն կարգավորվելու հնարավորությունը գնահատելու համար:

Բ-Եզրակացնել, որ երեխան ունի մանկական ուղեղային պարեզ:

Գ-Կատարել համապարփակ զարգացման և նյարդաշարժողական գնահատում, բացահայտել հնարավոր պատճառները և անհրաժեշտության դեպքում կազմակերպել վաղ միջամտություն և հետագա հսկողություն:

Դ-Նշանակել միայն պասիվ վարժություններ և մերսում

47. Վաղ մանկական զարգացման գնահատման ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվարկել շտրված տարիքը corrected age-ը հատկապես կարևոր է՝

Ա-Բոլոր երեխաների մոտ մինչև 5 տարեկանը:

Բ-Վաղաժամ ծնված երեխաների զարգացման հմտությունները գնահատելիս՝ հաշվի առնելով վաղաժամ ծնված լինելու հանգամանքը:

Գ-Միայն շարժողական համակարգի վնասվածք ունեցող երեխաների դեպքում:

Դ-Միայն այն երեխաների մոտ, որոնք ունեն ծննդաբերական վնասվածք:

48. Ո՞րն է պրիմիտիվ ռեֆլեքսների առավել ճիշտ բնութագիրը:

Ա-Կամային շարժումներ են, որոնք ձևավորվում են երեխայի կյանքի առաջին տարում:

Բ-Նորածնային շրջանում առկա ավտոմատ շարժողական պատասխաններ են, որոնք արտացոլում են նյարդային համակարգի վաղ հասունացման գործընթացը և հետագայում սովորաբար ինտեգրվում են/մարում են:

Գ-Ռեֆլեքսներ են, որոնք ամբողջ կյանքի ընթացքում պետք է պահպանվեն նույն ինտենսիվությամբ:

Դ-Միայն մկանային տոնուսի բարձրացման դրսևորումներ են:

49. Ո՞ր իրավիճակը կարող է վկայել երեխայի նյարդաշարժողական զարգացման խանգարման մասին:

Ա-Տարիքին համապատասխան ժամանակահատվածում պրիմիտիվ ռեֆլեքսի առկայությունը:

Բ-Պրիմիտիվ ռեֆլեքսների ժամանակին ինտեգրումը:

Գ-Պրիմիտիվ ռեֆլեքսի արտահայտված կամ ասիմետրիկ պահպանվելը այն տարիքից հետո, երբ այն սովորաբար պետք է ինտեգրված լինի:

Դ-Նորածնային շրջանում պրիմիտիվ ռեֆլեքսների առկայությունը:

50. Ասիմետրիկ տոնիկ պարանոցային ռեֆլեքսի(ATNR) ժամանակ երեխայի գլխի պտույտը սովորաբար առաջացնում է՝

Ա-պարանոցի պտույտ, վերին և ստորին վերջույթների ծալում:

Բ-պարանոցի պտույտ աջ կամ ձախ նույն կողմի վերին վերջույթի տարածում և հակառակ կողմի վերին վերջույթի ծալում:

Գ-Երկու վերին վերջույթների միաժամանակյա տարածում:

Դ-Միայն ստորին վերջույթների տարածում:

51. Ո՞րն է Moro ռեֆլեքսի առավել բնորոշ պատասխանը:

Ա-Գլխի պտույտի ժամանակ նույն կողմի վերջույթների տարածում:

Բ-Հանկարծակի գրգռիչից հետո վերին վերջույթների սկզբնական զատում և տարածում, որին հաջորդում է դեպի մարմին մոտեցում/ծալում:

Գ-Ոտնաթաթի արտաքին եզրի գրգռումից մատների տարածում:

Դ-Ափի գրգռումից մատների տարածում:

52. ATNR (ասիմետրիկ տոնիկ պարանոցային ռեֆլեքսի) ժամանակին չինտեգրվելու դեպքում ի՞նչ կարող է դիտվել երեխայի մոտ:

Ա-Միայն մկանային տոնուսի ընդհանուր նվազում:

Բ-Շարժումների և կեցվածքի վերահսկման դժվարություններ, ձեռքերի միջին գծով համատեղ օգտագործման սահմանափակում, երկկողմանի կոորդինացիայի և մանր մոտորիկայի դժվարություններ:

Գ-Ստորին վերջույթների մկանային ուժի նվազում:

Դ-Խոսքի զարգացման ուշացում:

53. Աուտիզմի սպեկտրի խանգարման վաղ նախազգուշական նշաններից ո՞րն է:

Ա-Ուշ քայլելը և տեսողության խնդիրները

Բ-12 ամսականում բլբլոցի բացակայությունը և 16 ամսականում իմաստավորված որևէ բառի բացակայությունը

Գ-Գլխի շրջագծի արագ աճը

Դ-Պատանեկության զարգացման ուշացումը

54. Փոքր տարիքի երեխայի կոգնիտիվ ֆունկցիաները գնահատելու առավել համապատասխան մեթոդը ո՞րն է:

Ա-ՄՌՏ հետազոտությունը

Բ-Խոսքի գնահատումը

Գ-Խաղային գործունեության և երեխայի վարքի դիտարկումը

Դ-Նյարդաբանական ռեֆլեքսների գնահատումը

55. Ինչո՞ւ է կարևոր երեխայի գլխի շրջագծի չափումը:

Ա-Այն անմիջականորեն որոշում է երեխայի մտավոր կարողությունները

Բ-Այն օգնում է գնահատել գլխուղեղի աճն ու հայտնաբերել գանգի և գլխուղեղի աճի հնարավոր շեղումները

Գ-Այն որոշում է երեխայի մկանային ուժը

Դ-Այն օգտագործվում է միայն սնուցման վիճակը գնահատելու համար

56. Ի՞նչ կապ կա երեխայի գլխի շրջագծի և մտավոր զարգացման միջև:

Ա-Գլխի շրջագիծը լիովին որոշում է երեխայի մտավոր զարգացումը

Բ-Գլխի շրջագծի ցանկացած շեղում պարտադիր վկայում է մտավոր զարգացման խանգարման մասին

Գ-Գլխի շրջագիծը կարող է լինել նյարդաբանական զարգացման կարևոր ցուցանիշ, սակայն միայն դրա չափմամբ հնարավոր չէ գնահատել կամ կանխատեսել երեխայի մտավոր զարգացումը

Դ-Գլխի շրջագիծը որևէ նշանակություն չունի երեխայի զարգացման գնահատման համար

57. Ո՞րն է համարվում «կարմիր դրոշակ» երեխայի սոցիալական զարգացման մեջ՝ կապված «միասնական ուշադրության» (joint attention) և մատնանշման (pointing) հմտության հետ:

Ա-Երեխան 9 ամսականում փորձում է բռնել իրեն մոտ գտնվող խաղալիքը

Բ-Երեխան 12-15 ամսականում հետաքրքրություն առաջացնող առարկան ցույց տալու համար չի օգտագործում ցուցամատը (proto-declarative pointing)

Գ-Երեխան 18 ամսականում մատնանշում է այն ուտելիքը, որն ուզում է ստանալ

Դ-Երեխան 6 ամսականում հայացքով հետևում է շարժվող առարկային

58. Վաղ միջամտությունը (մինչև 3-4 ամսականը), որը ներառում է դիրքային բուժում և կանոնավոր ձգումներ (stretching), արդյունավետ է դեպքերի ավելի քան 90%-ում: Ո՞րն է վաղ բուժման հիմնական նպատակը.

Ա-Կանխել մկանային հյուսվածքի ֆիբրոզացումը (փոխարինումը շարակցական հյուսվածքով) և խուսափել հետագա վիրահատական միջամտությունից

Բ-Արագացնել երեխայի սողալու հմտությունը

Գ-Բարձրացնել երեխայի մարմնի հավասարակշռությունը

Դ-Կանխել բնածին հոդախախտի զարգացումը

59. ՄՈՒՊ/ մանկական ուղեղային պարեզ/ ունեցող երեխայի վերականգնողական գնահատման ժամանակ ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Գնահատել մկանային տոնուսը և սպաստիկության աստիճանը:

Բ-Գնահատել շարժումների սահմանափակումը և կոնտրակտուրաների առկայությունը:

Գ-Համապարփակ գնահատել մարմնի ֆունկցիաներն ու կառուցվածքները, գործունեությունը, մասնակցությունը, միջավայրային գործոնները և երեխայի ու ընտանիքի նպատակները:

Դ-Գնահատել երեխայի քայլելու կարողությունը:

60. Մանկական ուղեղային պարալիզի (ՄՈՒՊ) հիմնական կլինիկական տեսակներն ըստ շարժողական խանգարման բնույթի ներառում են՝

Ա-Սպաստիկ, ատաքսիկ և դիսկինետիկ ձևերը:

Բ-Միայն սպաստիկ և դիսկինետիկ ձևերը:

Գ-Սպաստիկ, ատաքսիկ և մկանային դիստրոֆիկ ձևերը:

Դ-Հիպոտոնիկ, մոնոպարետիկ և տետրապարետիկ ձևերը:

61. Մանկական ուղեղային պարալիզի (ՄՈՒՊ) դասակարգման մեջ՝ ըստ վերջույթների ներգրավվածության, հեմիպարեզը բնորոշվում է՝

Ա-Միայն մեկ ստորին վերջույթի ախտահարմամբ:

Բ-Հիմնականում երկու ստորին վերջույթների ախտահարմամբ:

Գ-Միևնույն կողմի վերին և ստորին վերջույթների ախտահարմամբ:

Դ-Բոլոր չորս վերջույթների համակցված ախտահարմամբ:

62. Որ գործոնը չի կարող լինել մանկական ուղեղային պարեզի զարգացման պատճառ

Ա-Պերինատալ հիպօքսիա (ծննդաբերության ժամանակ թթվածնային անբավարարություն)

Բ-Գենետիկ խնդիրները

Գ-Նորածնային շրջանում վարակներ և նյարդային համակարգի վնասումներ

Դ-ներարգանդային ինֆեկցիաները

63. Ո՞ր համակցությունն է առավել բնորոշ ինսուլտի հետևանքով առաջացած հիմնական նյարդաբանական խանգարումներին:

Ա-Հեմիպարեզ/հեմիպլեգիա, զգացողության խանգարումներ, հավասարակշռության և կոորդինացիայի խանգարումներ, խոսքի կամ ճանաչողական ֆունկցիաների փոփոխություններ:

Բ-Միայն ստորին վերջույթների մկանային թուլություն և ցավ:

Գ-Մկանային տոնուսի բարձրացում՝ առանց շարժողական թուլության:

Դ-Տեսողության խանգարում:

64. Ո՞րն է ՄՈւՊ սպաստիկ ձևի (օրինակ՝ սպաստիկ դիպլեգիա) հիմնական կլինիկական բնութագիրը:

Ա-Մկանային տոնուսի անկում (հիպոտոնիա) և հոդերի գերշարժունակություն:

Բ-Արագությունից կախված դիմադրություն պասիվ շարժմանը (սպաստիկություն), հիպերռեֆլեքսիա և պաթոլոգիական ռեֆլեքսների (օրինակ՝ Բաբինսկու նշան) առկայություն:

Գ-Անկանոն, ոչ կամային շարժումներ, որոնք ուժեղանում են հուզական լարվածության ժամանակ:

Դ-Մկանային ուժի կորուստ՝ առանց ռեֆլեքսների փոփոխության:

65. ՄՈւՊ դիսկինետիկ (աթետոիդ) ձևին բնորոշ ո՞ր ախտանիշն է այն տարբերակում մյուս տեսակներից:

Ա-Կայուն մկանային ռիգիդություն, որը չի փոփոխվում օրվա ընթացքում:

Բ-Հավասարակշռության կորուստ և լայն հիմքով քայլվածք (wide-based gait):

Գ-Փոփոխական մկանային տոնուս և ոչ կամային շարժումներ, դանդաղ/ որդանման շարժումներ (աթետոզ) կամ դիստոնիկ դիրքեր, որոնք սովորաբար անհետանում են քնած ժամանակ:

Դ-Միայն ստորին վերջույթների մկանների կարճացում և «մկրատաձև» քայլվածք:

66. Ո՞ր կլինիկական նշաններն են առավել բնորոշ ՄՈւՊ ատակսիկ ձևով հիվանդ երեխային:

Ա-Շարժումների կոորդինացիայի խանգարում, դիսմետրիա (թիրախին հասնելու դժվարություն), ինտենցիոն դող (տրեմոր) և հավասարակշռության պահպանման խնդիրներ:

Բ-Մկանների մշտական բարձր տոնուս և հոդերի վաղաժամ կոնտրակտուրաներ:

Գ-Միայն դեմքի մկանների սպազմ և խոսքի բացակայություն:

Դ-Վերին վերջույթների ընդգծված սպաստիկություն՝ ծալիչ մկանների գերակայությամբ:

67. ՄՈւՊ դիսկինետիկ (աթետոիդ) ձևի զարգացումը պայմանավորված է գլխուղեղի ո՞ր կառույցների առաջնային վնասմամբ:

Ա-Ուղեղիկի (Cerebellum) կեղևի և ուղիների վնասմամբ:

Բ-Ենթակեղևային հանգույցների (բազալ գանգլիաների՝ Basal ganglia) և էքստրապիրամիդային համակարգի վնասմամբ:

Գ-Ողնուղեղի առաջնային եղջյուրների շարժիչ նեյրոնների ախտահարմամբ:

Դ-Միայն ծիածանաթաղանթի և տեսողական թմբի վնասմամբ:

68. Ուղեղի կեղևի շարժիչ գոտու (Motor cortex) և պիրամիդային ուղիների (Corticospinal tracts) վնասումը հանգեցնում է ՄՈւՊ-ի ո՞ր ձևի զարգացմանը:

Ա-Ատակսիկ ձևի, որն արտահայտվում է հավասարակշռության կորստով:

Բ-Դիսկինետիկ ձևի, որն արտահայտվում է աթետոզով:

Գ-Սպաստիկ ձևի (դիպլեգիա, հեմիպլեգիա, քվադրիպլեգիա), որն արտահայտվում է մկանային տոնուսի բարձրացմամբ:

Դ-Խառը ձևի, որտեղ գերակշռում է միայն մկանային հիպոտոնիան:

69. Մանկական ուղեղային կաթվածի (ՄՈՒԿ) սպաստիկ դիպլեգիա ձևին բնորոշ է «մկրատաձև» քայլվածքը: Ո՞ր մկանների գերլարվածությունն (սպաստիկան) է ընկած այս ախտաբանության հիմքում:

Ա-Ազդրի ադուկտորների/առբերիչ (մոտեցնող մկանների)

Բ-Մեծ հետույքային մկանի (m. gluteus maximus)

Գ-Քառագլուխ մկանի (m. quadriceps femoris)

Դ-Սրունքի առաջնային մկանների

70. Մանկական ուղեղային պարեզ, հեմիպարետիկ ձևի ժամանակ, ի տարբերություն մեծահասակների հեմիպլեգիայի, քայլքի տեղափոխման (swing phase) փուլում թաթի «գետնին քսվելը» կանխելու համար երեխաները հաճախ կիրառում են հետևյալ կոմպենսատոր մեխանիզմը.

Ա-Ախտահարված կողմում կոնքի բարձրացում (pelvic hiking) կամ կոնքի հետհակում (retraction)

Բ-Ծնկան հոդի լրիվ ուղղում (hyperextension)

Գ-Իրանի թեքում դեպի ախտահարված կողմը

Դ-Քայլքի լայնացում (wide base of support)

71. Մանկական ուղեղային պարեզի դեպքում սպաստիկ դիպլեգիկ քայլվածքին առավել բնորոշ է՝

Ա-Լայն հենման մակերեսով քայլք՝ հաճախակի հավասարակշռության կորուստներով

Բ-Ստորին վերջույթների ադդուկցիա, ծնկների և կոնքազդրային հոդերի ֆլեքսիա, ոտնաթաթերի էքվինուսային դիրք

Գ-Միայն մեկ ստորին վերջույթի շրջանաձև շարժում քայլքի ընթացքում

Դ-Կրունկների վրա քայլք՝ ծնկների հիպերէքստենզիայով

72. Մանկական ուղեղային պարեզի դեպքում դիսկինետիկ քայլվածքին առավել բնորոշ է՝

Ա-Կայուն, կարծրացած քայլվածք՝ առանց շարժումների փոփոխականության

Բ-Ակամա շարժումներ, տոնուսի փոփոխականություն և քայլքի ձևի անկանխատեսելի փոփոխություններ

Գ-Միայն սրունք-ոտնաթաթային հոդի շարժումների սահմանափակում

Դ-Միայն մեկ ստորին վերջույթի մկանային թուլություն

73. Դյուշենի մկանային դիստրոֆիան (Duchenne muscular dystrophy, DMD) բնութագրվում է՝

Ա-X-քրոմոսոմի հետ կապված ռեցեսիվ ժառանգմամբ պայմանավորված, դիստրոֆին սպիտակուցի անբավարարությամբ առաջացող պրոգրեսիվ մկանային հիվանդությամբ:

Բ-Աուտոսոմ-դոմինանտ ժառանգմամբ փոխանցվող, հիմնականում զգացողության խանգարումներով ընթացող նյարդաբանական հիվանդությամբ:

Գ-Կենտրոնական նյարդային համակարգի վնասմամբ պայմանավորված, ոչ պրոգրեսիվ շարժողական խանգարմամբ:

Դ-Աուտոսոմ-ռեցեսիվ ժառանգմամբ փոխանցվող, հիմնականում հոդերի և կապանների ախտահարմամբ ընթացող հիվանդությամբ:

74. Ո՞ր կլինիկական դրսևորումն է առավել բնորոշ Դյուշենի մկանային դիստրոֆիային:

Ա-Դիստալ մկանային թուլություն, զգացողության խանգարում և բարձրակամար թաթ

Բ-Պրոքսիմալ մկանային թուլություն, դժվարացած քայլք և Գովերսի նշան

Գ-Մկանային կարկամություն, սպաստիկություն և պաթոլոգիական ռեֆլեքսներ

Դ-Միոտոնիա, դիստալ մկանային թուլություն և զգացողության խանգարում

75. Ո՞րն է սպինալ մկանային ատրոֆիայի առավել բնորոշ կլինիկական դրսևորումը:

Ա-Պրոքսիմալ մկանային թուլություն, մկանային տոնուսի նվազում և ջլային ռեֆլեքսների նվազում կամ բացակայություն

Բ-Սպաստիկություն, պաթոլոգիական ռեֆլեքսներ և մկանային տոնուսի բարձրացում

Գ-Դիստալ զգացողության կորուստ, բարձրակամար թաթ և «կախված թաթ»

Դ-Միոտոնիա և մկանային հիպերտրոֆիա

76. Ո՞րն է 5q սպինալ մկանային ատրոֆիայի (SMA) հիմնական պատճառը:

Ա-SMN1 գենի բիալելային պաթոգեն տարբերակները, որոնք հանգեցնում են SMN սպիտակուցի անբավարարության և ողնուղեղի շարժողական նեյրոնների ախտահարման

Բ-Վիրուսային վարակի հետևանքով ողնուղեղի շարժողական նեյրոնների վնասումը

Գ-Ճարպակալմամբ պայմանավորված մկանային հյուսվածքի վնասումը

Դ-Ծննդաբերության ընթացքում ողնուղեղի վնասվածքը

77. Ո՞ր մկանային դիստրոֆիան է սովորաբար սկսվում վաղ մանկական տարիքում և բնորոշվում է պրոքսիմալ մկանային թուլությամբ ու Գովերսի նշանով:

Ա-BeckerԲեկերի մկանային դիստրոֆիա

Բ-Բնածին մկանային դիստրոֆիա

Գ-Դյուշենի մկանային դիստրոֆիա

Դ-) Վերջույթ–գոտի (limb-girdle) մկանային դիստրոֆիա

78. Ո՞ր կլինիկական դրսևորումն է առավել բնորոշ բնածին միոպաթիաներին:

Ա-Նորմալ մկանային տոնուս և մկանային ուժ՝ ծննդյան շրջանում

Բ-Հիպոտոնիա, մկանային թուլություն և «կախ ընկած նորածնի» (floppy infant) համախտանիշ

Գ-Միայն դիստալ մկանային թուլություն՝ առանց հիպոտոնիայի

Դ-)Մի քանի ամսվա ընթացքում արագ զարգացող ծանր մկանային թուլություն՝ սայլակային կախվածությամբ

79. Ո՞ր մոտեցումն է առավել նպատակահարմար միոտոնիկ դիստրոֆիայի դեպքում հոգնածության կառավարման համար:

Ա-Գործունեության սահմանափակումների անտեսում և ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության շարունակական ավելացում

Բ-Անհատականացված, ցածրից միջին ինտենսիվության ֆիզիկական ակտիվություն՝ զուգակցված էներգիայի պահպանման և գործունեության ճիշտ պլանավորման ռազմավարությունների հետ

Գ-Բարձր ինտենսիվության և մեծ դիմադրությամբ վարժություններ՝ մկանային ուժի առավելագույն զարգացման նպատակով

Դ-Բոլոր տեսակի ֆիզիկական ակտիվությունից խուսափում՝ մկանային հոգնածությունը կանխելու համար

80. Ո՞րն է բազկահյուսակի մանկաբարձական վնասման ռեաբիլիտացիոն բուժման առաջնահերթ խնդիրը կյանքի առաջին ամիսներին՝ հաշվի առնելով մկանային դիսբալանսը:

Ա-Վնասված վերջույթի կոշտ անշարժացում (իմոբիլիզացիա) մինչև 6 ամսական հասակը:

Բ-Միայն ախտահարված մկանների էլեկտրոստիմուլյացիա՝ առանց կինեզոթերապիայի կիրառման:

Գ-Հոդերի պասիվ շարժունակության պահպանումը (PROM)՝ կանխելու համար ուսահոդի ներքին ռոտացիոն կոնտրակտուրաները և արմնկային հոդի ծալիչ կոնտրակտուրաները:

Դ-Անհապաղ նյարդավիրահատական միջամտություն՝ անկախ կլինիկական դրական դինամիկայի առկայությունից:

81. Ո՞ր սահմանումն է առավել ճիշտ բնութագրում մանկական դերմատոմիոզիտը (juvenile dermatomyositis):

Ա-Դեգեներատիվ նյարդամկանային հիվանդություն, որն առաջացնում է միայն դիստալ մկանների թուլություն

Բ-Աուտոիմուն բորբոքային միոպաթիա, որը բնորոշվում է հիմնականում պրոքսիմալ մկանների սիմետրիկ թուլությամբ և բնորոշ մաշկային դրսևորումներով

Գ-Վարակային հիվանդություն, որն ախտահարում է միայն մաշկը

Դ-Հոդերի քրոնիկ բորբոքային հիվանդություն՝ առանց մկանների ախտահարման

82. Դերմատոմիոզիտով երեխայի վերականգնողական գնահատման ժամանակ ո՞ր ախտանշանն է վկայում դիսֆագիայի հնարավոր առկայության մասին:

Ա-Միայն քայլելու արագության նվազումը

Բ-Կուլ տալու դժվարությունը և սնվելիս հազը կամ խեղդվելու դրվագները

Գ-Մկանային ցավը ֆիզիկական ակտիվությունից հետո

Դ-Կոկորդի շրջանում ցավի զգացողությունը

83. Դերմատոմիոզիտի դեպքում շնչառական մկանների ներգրավվածության դեպքում ո՞ր նշանն է առավել կարևոր վերականգնողական գնահատման համար:

Ա-Հազի ուժի նվազում և շնչառական դժվարության առաջացում

Բ-Միայն սրտի հաճախության բարձրացում ֆիզիկական ակտիվության ժամանակ

Գ-Վերին վերջույթների շարժումների սահմանափակում

Դ-Միայն մաշկի չորություն

84. Դերմատոմիոզիտով երեխայի մոտ կոնտրակտուրաների և օստեոպորոզի ռիսկը նվազեցնելու համար ո՞ր մոտեցումն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Երկարատև անկողնային ռեժիմ և ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում

Բ-Անհատականացված շարժողական ակտիվություն, հոդերի շարժումների ծավալի պահպանում և աստիճանական ծանրաբեռնվածություն

Գ-Պասիվ շարժումներ՝ առանց ուղղահայացացման

Դ-Բարձր ինտենսիվության վարժություններ՝ անկախ հիվանդության ակտիվությունից

85. Ո՞րն է I աստիճանի պառկելախոցի հիմնական բուժական միջամտությունը:

Ա-Վերքի վիրաբուժական դեբրիդմենտ

Բ-Վնասված հատվածից ճնշման վերացում և մաշկի հետագա վնասման կանխարգելում

Գ-Համակարգային հակաբիոտիկների պարտադիր նշանակում

Դ-Վնասված հատվածի մերսում՝ արյան շրջանառությունը բարելավելու նպատակով

86. Ո՞ր վիճակները կարող են դիսֆագիայի պատճառ հանդիսանալ երեխայի մոտ:

Ա-Միայն ատամների աճը

Բ-Ախորժակի նվազումը

Գ-Նյարդաբանական և նյարդամկանային հիվանդությունները, գլխուղեղի վնասվածքները և կառուցվածքային անոմալիաները

Դ-Երեխայի քնի խանգարումը

87. Ո՞ր վիճակը սովորաբար դիսֆագիայի պատճառ չի հանդիսանում:

Ա-Ուղեղային կաթված

Բ-Նյարդամկանային հիվանդություններ

Գ-Գլխուղեղի տրավմատիկ վնասվածք

Դ-Մոտոպիկ կարճատեսություն

88. Ո՞ր նշանները կարող են վկայել երեխայի մոտ գլխուղեղային շունտի անգործության կամ խցանման մասին:

Ա-Նոր առաջացած կամ ուժեղացող գլխացավ, փսխում, քնկոտություն/գիտակցության փոփոխություն, գանգի շրջագծի արագ աճ՝ հատկապես փոքր տարիքում

Բ-Ախորժակի բարձրացում և քաշի ավելացում

Գ-Քթի հոսք և հազ

Դ-Միայն ստորին վերջույթների մկանային ուժի բարձրացում

89. Ողնաշարի պարանոցային C6 սեգմենտի լրիվ վնասման դեպքում ո՞ր շարժողական ֆունկցիան է սովորաբար պահպանվում վերին վերջույթներում:

Ա-Արմունկի տարածում (m. triceps brachii)

Բ-Արմունկի ծալում (m. biceps brachii և m. brachialis)

Գ-Դաստակի և մատների ծալում

Դ-Դաստակի տարածում

90. Ո՞ր մակարդակի վնասվածքն է համարվում «կրիտիկական» վերին վերջույթների համար, որից ներքև վնասման դեպքում պահպանվում է արմունկի տարածումը (m. triceps), ինչը թույլ է տալիս պացիենտին ինքնուրույն տեղափոխվել սայլակ:

Ա-C4

Բ-C5

Գ-C7

Դ-T1

91. Բթամատի հակադրման (opposition) ֆունկցիայի կորուստը և թենարի (thenar) մկանների ապաճը (ատրոֆիա), որը հայտնի է նաև «կապիկի ձեռք» անվանմամբ, բնորոշ է հետևյալ նյարդի վնասմանը.

Ա-Ճաճանչային նյարդ (n. radialis)

Բ-Ծղիկային նյարդ (n. ulnaris)

Գ-Միջնակ նյարդ (n. medianus)

Դ-Ենթաթիակային նյարդ (n. subscapularis)

92. Ոտնաթաթի «էվերսիան» (eversion)՝ թաթի արտաքին եզրի բարձրացումը, իրականացնող նրբոլոքային մկանների (m. peroneus longus և brevis) կաթվածը դիտվում է հետևյալ նյարդի վնասման ժամանակ.

Ա-Ոլոքային նյարդ (n. tibialis)

Բ-Մակերեսային նրբոլոքային (n. peroneus superficialis)

Գ-Սրբանային նյարդ (n. pudendus)

Դ-Փակցնող նյարդ (n. obturatorius)

93. Ուղեղիկի (cerebellum) վնասման դեպքում պացիենտի մոտ դիտվող «ատաքսիան» վերականգնողական թերապիայի ընթացքում հիմնականում դրսևորվում է որպես.

Ա-Մկանային ուժի լրիվ կորուստ (պարալիզ)

Բ-Շարժումների համաձայնեցման (կոորդինացիայի), հավասարակշռության և մկանային տոնուսի կարգավորման խանգարում

Գ-Տեսողական դաշտերի կորուստ

Դ-Միայն խոսքի հասկացման դժվարություն

94. Ո՞ր ֆիզիկական առանձնահատկությունն է հաճախ հանդիպում Դաունի համախտանիշ ունեցող երեխաների մոտ:

Ա-Մկանային տոնուսի բարձրացում

Բ-Հոդերի շարժունակության սահմանափակում

Գ-Հիպոտոնիա՝ ցածր մկանային տոնուս

Դ-Բերանի մեծ խոռոչ

95. Դաունի համախտանիշի դեպքում հոդերի գերշարժունակությունը հիմնականում պայմանավորված է՝

Ա-Մկանային սպաստիկությամբ

Բ-Կապանների թուլությամբ

Գ-Ոսկրային խտության բարձրացմամբ

Դ-Ջիլերի կարճացմամբ

96. Դաունի համախտանիշով երեխայի մոտ պարանոցի ինտենսիվ շարժումներ կատարելիս ո՞ր վիճակի առկայությունն է առավել կարևոր հաշվի առնել:

Ա-Ատլանտոաքսիալ անկայունություն

Բ-Կոնքազդրային հոդի հոդախախտ

Գ-Ուսահոդի ենթահոդախախտ

Դ-Սկոլիոզ

97. Երեխայի շարժողական գնահատման ժամանակ մկանային ուժի գնահատումը պետք է կատարել՝

Ա-Միայն մեկ դիրքում:

Բ-Տեսողական դիտարկմամբ:

Գ-Հաշվի առնելով երեխայի տարիքը, համագործակցության հնարավորությունը, շարժման որակը և անհրաժեշտության դեպքում կիրառելով համապատասխան ստանդարտացված մեթոդ/սանդղակ:

Դ-Միայն դինամոմետրով:

98. Մանկական վերականգնման վերջնական նպատակը առավել ճիշտ է արտահայտվում հետևյալ կերպ՝

Ա-Միայն մկանային ուժի վերականգնում:

Բ-Միայն նորմալ շարժման ձևի վերականգնում:

Գ-Երեխայի հնարավորինս անվտանգ, անկախ և տարիքին համապատասխան գործունեության ու մասնակցության ապահովում՝ հաշվի առնելով անհատական հնարավորությունները և միջավայրը:

Դ-Միայն ախտաբանական շարժումների վերացումը:

99. Գլազգոյի կոմայի սանդղակի (ԳԿՍ/GCS) ո՞ր միավորային միջակայքն է համապատասխանում միջին ծանրության գիտակցության խանգարմանը:

Ա-9–12

Բ-13–15

Գ-3–8

Դ-3–5

100. Ո՞ր միջոցն է առավել արդյունավետ երեխաների մոտ տրանսպորտային պատահարների հետևանքով գլխուղեղի վնասվածքի կանխարգելման համար:

Ա-Ավտոմեքենայում երեխային տեղափոխել առանց անվտանգության համակարգի՝ կարճ ճանապարհների դեպքում

Բ-Երեխային ավտոմեքենայում տեղափոխել տարիքին և չափին համապատասխան մանկական անվտանգության համակարգով կամ ամրագոտիով

Գ-Հեծանիվ վարելիս միայն դանդաղ արագությամբ շարժվել

Դ-Խաղահրապարակում երեխային թույլ չտալ բարձրանալ սարքավորումների վրա

101. Կոնք-ազդրային հոդի դիսպլազիայի (DDH) կառավարման վերաբերյալ նշել սխալ պատասխանը:

Ա-Մինչև 6 ամսական երեխաների մոտ՝ ազդրի գլխիկը ացետաբուլումում պահել զատման դիրքի միջոցով

Բ-6–12 ամսական երեխաների մոտ՝ կիրառել կմախքային ձգում՝ ազդրի գլխիկը ացետաբուլումում տեղադրելու նպատակով

Գ-12 ամսականից հետո՝ անհրաժեշտության դեպքում կիրառել վիրաբուժական բուժում

Դ-Ուժեղացնել ազդրի առբերիչ մկանները

102. Արթրոգրիպոզի վերաբերյալ նշել սխալ պատասխանը:

Ա-Բազմակի բնածին կոնտրակտուրաներով վիճակ է

Բ-Ոչ պրոգրեսիվ խանգարում է

Գ-Բնորոշվում է բազմակի հոդերի կոնտրակտուրաներով և մկանային թուլությամբ

Դ-Բազմակի հոդերի բորբոքային պրոցես է

103. Սպաստիկության դեղորայքային բուժման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է առավել ճիշտ:

Ա-Դեղորայքը պետք է ամբողջությամբ փոխարինի ֆիզիկական թերապիային:

Բ-Սպաստիկության առկայությունը ինքնին բավարար ցուցում է դեղորայքային բուժում սկսելու համար:

Գ-Դեղորայքի ընտրությունը պետք է հիմնված լինի սպաստիկության տարածվածության, ծանրության, ֆունկցիայի վրա ազդեցության և բուժման նպատակի վրա և սովորաբար զուգակցվի համապատասխան վերականգնողական միջամտությունների հետ:

Դ-Ֆոկալ և տարածուն սպաստիկության դեպքում միշտ պետք է կիրառել նույն դեղամիջոցը:

104. Սպաստիկության դեղորայքային բուժման վերաբերյալ ո՞ր պնդումն է առավել ճիշտ:

Ա-Դեղորայքը պետք է ամբողջությամբ փոխարինի ֆիզիկական թերապիային:

Բ-Սպաստիկության առկայությունը ինքնին բավարար ցուցում է դեղորայքային բուժում սկսելու համար:

Գ-Դեղորայքի ընտրությունը պետք է հիմնված լինի սպաստիկության տարածվածության, ծանրության, ֆունկցիայի վրա ազդեցության և բուժման նպատակի վրա և սովորաբար զուգակցվի համապատասխան վերականգնողական միջամտությունների հետ:

Դ-Ֆոկալ և տարածուն սպաստիկության դեպքում միշտ պետք է կիրառել նույն դեղամիջոցը:

105. Մտավոր զարգացման խանգարումը (ինտելեկտուալ հաշմանդամությունը) բնութագրվում է սահմանափակումներով հիմնականում ո՞ր երկու ոլորտներում:

Ա-Ուժ և ֆիզիկական դիմացկունություն

Բ-Զգայական մշակում և ռեֆլեքսներ

Գ-Ինտելեկտուալ գործառույթներ և ադապտիվ վարքագիծ

Դ-Շարժունակություն և հավասարակշռություն

106. Որո՞նք են աուտիզմի սպեկտրի խանգարման (ԱՍԽ) երկու հիմնական ախտանշանային տիրույթները:

Ա-Խոսքի զարգացման հապաղում և անհանգստություն

Բ-Սոցիալական հաղորդակցության և սոցիալական փոխազդեցության դժվարություններ, ինչպես նաև սահմանափակ և կրկնվող վարքագծային դրսևորումներ

Գ-Շարժողական զարգացման հապաղում և ցնցումներ

Դ-Զգայական ֆունկցիաների կորուստ և ճանաչողական անկում

107. Աուտիզմի սպեկտրի խանգարման (ԱՍԽ) դեպքում զգայական մշակման առանձնահատկությունները կարող են դրսևորվել՝

Ա-Միայն հիպոզգայունությամբ

Բ-Միայն գերզգայունությամբ

Գ-Ե՛վ գերզգայունությամբ, ե՛վ հիպոզգայունությամբ

Դ-Զգայական մշակման խնդիրները բնորոշ չեն ԱՍԽ-ին

108. Ի՞նչ է դիսպրաքսիան:

Ա-Խոսքի զարգացման հապաղում

Բ-Նպատակային շարժումների պլանավորման և իրականացման դժվարություն

Գ-Տեսողության խանգարում

Դ-Լսողության կորուստ

109. Այրվածք ստացած երեխայի մոտ ե՞րբ է նպատակահարմար սկսել ակտիվ շարժումները:

Ա-Միայն վիրահատությունից հետո

Բ-Միայն ցավի լիակատար բացակայության դեպքում

Գ-Վերքի ամբողջական փակվելուց 1 ամիս անց

Դ-Հնարավորինս վաղ՝ բժշկի թույլտվությամբ և երեխայի վիճակին համապատասխան

110. Պառկելախոցի բուժման ժամանակ ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Վերքի վրա շարունակական ճնշման պահպանում՝ ապաքինումն արագացնելու համար

Բ-Միայն հակաբիոտիկների կիրառումը՝ անկախ վարակի առկայությունից

Գ-Ճնշման վերացում, համապատասխան վերքի խնամք, սնուցման գնահատում և անհրաժեշտության դեպքում՝ վարակի բուժում

Դ-Միայն վերքի չոր պահպանումը՝ առանց այլ միջամտությունների

111. Գոնիոմետրիկ չափման ժամանակ ո՞ր սկզբունքն է կարևոր շարժումների ծավալը ճիշտ գնահատելու համար:

Ա-Հոդի դիրքը և գոնիոմետրի առանցքը պետք է ճիշտ համապատասխանեցվեն տվյալ հոդի անատոմիական առանցքին

Բ-Գոնիոմետրը պետք է տեղադրվի միայն վերջույթի հեռավոր հատվածում

Գ-Չափումը պետք է կատարել միայն ակտիվ շարժման ժամանակ

Դ-Միշտ անհրաժեշտ է չափել միայն առողջ վերջույթը

112. Ո՞րն է դիրքային (դեֆորմացիոն) պլագիոցեֆալիայի զարգացման առավել հաճախ հանդիպող պատճառը:

Ա-Երեխայի երկարատև պահպանումը նույն դիրքում, հատկապես՝ մեջքի վրա՝ գլխի նախընտրելի շրջումով դեպի մի կողմ

Բ-Գլխի շրջագծի ֆիզիոլոգիական աճը

Գ-Երեխայի վաղ քայլելը

Դ-Վերին վերջույթների մկանային ուժի բարձրացումը

113. Երեխայի գլխի շրջագիծը գնահատելիս ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Գլխի շրջագիծը գնահատել առանձին՝ առանց երեխայի հասակի և քաշի հաշվի առնելու

Բ-Գլխի շրջագիծը գնահատել միայն երեխայի քաշի համեմատությամբ

Գ-Գլխի շրջագիծը գնահատել տարիքին և սեռին համապատասխան աճի կորերի/պերցենտիլների համատեքստում՝ համադրելով ընդհանուր աճի և զարգացման տվյալների հետ

Դ-Գլխի շրջագիծը գնահատել միայն երեխայի հասակի հիման վրա

114. Երեխայի ոտնամատների վրա քայլքը (toe walking) ի՞նչ վիճակի հետ կարող է կապված լինել:Ընտրել սխալ պատասխանը.

Ա-Միայն ստորին վերջույթների մկանային ուժի բարձրացման հետ

Բ-Աքիլեսյան ջլի կարճացման,

Գ-սրունք-ոտնաթաթային հոդի շարժումների սահմանափակման,

Դ-սպաստիկության կամ նյարդամկանային խանգարման հետ

115. Ողնաշարի ո՞ր կորություններն են համարվում «երկրորդային» կամ կոմպենսատոր, քանի որ դրանք ձևավորվում են հետծննդյան շրջանում՝ ի պատասխան ծանրության ուժի և շարժողական ակտիվության:

Ա-Կրծքային և սրբանային կիֆոզները

Բ-Պարանոցային և գոտկային լորդոզները

Գ-Միայն կրծքային կիֆոզը

Դ-Ողնաշարի բոլոր ֆիզիոլոգիական կորությունները բնածին են

116. Երեխայի՝ ոտքը բռնելու և դեպի բերանը մոտեցնելու կարողությունը հիմնականում ի՞նչ է վկայում:

Ա-Բացառում է կենտրոնական նյարդային համակարգի ցանկացած ախտահարում

Բ-Վկայում է շարժողական վերահսկողության, կոորդինացիայի և մարմնի սխեմայի զարգացման մասին, սակայն ինքնուրույն չի բացառում նյարդաբանական ախտահարումը

Գ-Վկայում է միայն ստորին վերջույթների մկանային ուժի մասին

Դ-Վկայում է, որ երեխայի հոգեշարժական զարգացումը լիովին համապատասխանում է տարիքին

117. Ո՞ր մկանն է պատասխանատու կոնք-ազդրային հոդի տարածման (extension) համար, հատկապես այնպիսի ուժային շարժումների ժամանակ, ինչպիսիք են աստիճաններով բարձրանալը կամ վազքը:

Ա-Մեծ հետույքային մկան (m. gluteus maximus)

Բ-Միջին հետույքային մկան (m. gluteus medius)

Գ-Ազդրի լայն փակեղի լարիչ (m. tensor fasciae latae)

Դ-Կատարաձև մկան (m. pectineus)

118. Ոտնաթաթի ներբանային ծալման (plantarflexion) և «մատների վրա» կանգնելու հզորության համար պատասխանատու սրունքի եռագլուխ մկանը (m. triceps surae) նյարդավորվում է հետևյալ նյարդի կողմից.

Ա-Ոլոքային նյարդ (n. tibialis)

Բ-Խորանիստ նրբոլոքային (n. peroneus profundus)

Գ-Մակերեսային նրբոլոքային (n. peroneus superficialis)

Դ-Ազդրային նյարդ (n. femoralis)

119. Ինչպե՞ս է սովորաբար դրսևորվում «անվանն արձագանքելու» խնդիրը ԱՍԽ/աուտիստիկ սպեկտորի խանգարում/ ռիսկի խմբում գտնվող երեխաների մոտ (բացառելով լսողության կորուստը):

Ա-Երեխան արձագանքում է միայն այն դեպքում, երբ իրեն կանչում են բարձր ձայնով

Բ-Երեխան հետևողականորեն չի շրջվում կամ հայացքով չի արձագանքում իր անունը լսելիս, նույնիսկ բազմակի կրկնության դեպքում

Գ-Երեխան արձագանքում է միայն անծանոթ մարդկանց ձայնին

Դ-Երեխան արձագանքում է անվանը միայն այն ժամանակ, երբ հեռուստացույցը միացված չէ

120. Սոցիալական փոխազդեցության ժամանակ աչքի կոնտակտի (eye contact) ո՞ր առանձնահատկությունն է բնորոշ ռիսկի ԱՍԽ-ին աուտիստիկ սպեկտորի խանգարում/

Ա-Աչքի կոնտակտի տևողության երկարացում (պալատինոպսիա)

Բ-Աչքի կոնտակտի բացակայությունը կամ այն որպես հաղորդակցման միջոց օգտագործելու դժվարությունը ՝ չի կոորդինացնում հայացքը ժպիտի կամ խոսքի հետ

Գ-Աչքի կոնտակտի առկայությունը միայն մութ սենյակում

Դ-Երեխան նայում է մարդկանց աչքերին միայն ուտելու ժամանակ

121. ԱՍԽ-ին/ աուտիստիկ սպեկտորի խանգարում/ բնորոշ «զգայական (սենսոր) առանձնահատկությունները» և կարծրատիպային վարքը ներառում են բոլորը, ԲԱՑԻ.

Ա-Չափազանց սուր արձագանքը սովորական ձայներին (օրինակ՝ փոշեկուլի կամ հեռախոսի ձայնից ականջները փակելը)

Բ-Առարկաների անսովոր զննումը (օրինակ՝ մեքենայի անիվների երկարատև պտտումը կամ առարկաները շարքերով դասավորելը)

Գ-Ինքնաբերական (սպոնտան) և երևակայական դերային խաղերի առատությունը (օրինակ՝ «բժիշկ-հիվանդ» խաղալը)

Դ-Ձեռքերի թափահարումը (flapping), մատների ծայրերին քայլելը կամ մարմնի օրորումը

122. Ըստ ՀՄԴ-10-ի (ICD-10) դասակարգման՝ թեթև մտավոր հետամնացությանը (F70) բնորոշ է IQ (ինտելեկտի գործակից) հետևյալ միջակայքը.

Ա-70-85

Բ-50-69

Գ-35-49

Դ-20-34

123. Ժամանակակից դասակարգումներում (ՀՄԴ-11, DSM-5) «Մտավոր հետամնացություն» տերմինին փոխարինելու է եկել «Ինտելեկտուալ զարգացման խանգարում» (Intellectual Developmental Disorder) տերմինը: Ո՞րն է այս փոփոխության հիմնական կլինիկական նպատակը.

Ա-Միայն ախտորոշման անվանումը փոխելը՝ առանց չափանիշների փոփոխության

Բ-Շեշտադրումը տեղափոխել IQ-ի թվային ցուցանիշից դեպի անհատի հարմարվողական (ադապտիվ) գործառնության գնահատումը առօրյա կյանքում

Գ-Ախտորոշումը միայն դպրոցական տարիքում դնելը

Դ-Գենետիկական հետազոտությունների պարտադիր ներառումը

124. Երբ երեխան ունի զգալի հետամնացություն խոսքի, շարժողական և սոցիալական ոլորտներում, սակայն նրա IQ-ն հնարավոր չէ ստանդարտացված թեստերով ստույգ չափել (օրինակ՝ վաղ տարիքի պատճառով), Ո՞րն է դրա ժամանակակից համարժեքը նախադպրոցական տարիքի երեխաների համար.

Ա-Զարգացման ընդհանուր/գլոբալ հապաղում (Global Developmental Delay)

Բ-Աուտիստիկ սպեկտրի խանգարում

Գ-Ուշադրության պակասի և հիպերակտիվության համախտանիշ

Դ-Խոսքի զարգացման հապաղում

125. Գլխուղեղի ո՞ր բլթում է գտնվում «առաջնային շարժողական կեղևը», որը պատասխանատու է մարմնի հակառակ կողմի կամային շարժումների իրականացման համար.

Ա-Ծոծրակային բլթ (occipital lobe)

Բ-Ճակատային բլթ (frontal lobe)

Գ-Գագաթային բլթ (parietal lobe)

Դ-Քունքային բլթ (temporal lobe)

126. Որ գործոնն է առավել հաճախ հանդիսանում Սպինա Բիֆիդայի զարգացման պատճառ?

Ա-Ֆոլաթթվի անբավարարություն մոր օրգանիզմում հղիության ընթացքում

Բ-Վիրուսային վարակներ մանկության շրջանում

Գ-Մեծ քանակությամբ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածություն հղիության վերջին ամիսներին

Դ-Ծննդաբերության ժամանակ ստացած ողնուղեղային վնասվածք

127. Որ ախտանշանն է առավել բնորոշ սպինա բիֆիդային?

Ա-Վերին վերջույթների մկանային թուլություն և ձեռքի դող

Բ-Վերջույթների պարեզներ և փոքր կոնքի օրգանների ֆունկցիայի խանգարումներ

Գ-Լսողության կորուստ և հիդրոցեֆալիա

Դ-Ձեռքերի նուրբ մոտորիկայի հմտությունների կորուստ

128. Որոնք են Սպինա Բիֆիդային առավել բնորոշ բարդությունները?

Ա-Սրտի աշխատանքի խանգարումներ

Բ-Հիդրոցեֆալիա, կոնտրակտուրա, միզապարկի ֆունկցիայի խանգարումներ

Գ-Լսողության և խոսքի կորուստ

Դ-Լյարդի մեծացում (հեպատոմեգալիա)

129. Ո՞րն է սպինա բիֆիդայի առավել ծանր և հաճախ հանդիպող բաց ձևը:

Ա-Spina bifida occulta

Բ-Meningocele

Գ-Myelomeningocele

Դ-Spondylolisthesis

130. Սպինա բիֆիդայի դեպքում ախտահարման նյարդաբանական մակարդակը առավելապես ինչո՞վ է պայմանավորում:

Ա-Միայն երեխայի ճանաչողական զարգացումը

Բ-Ստորին վերջույթների մկանային ուժը, զգացողությունը և շարժողական ֆունկցիան

Գ-Վերին վերջույթների շարժունակությունը

Դ-Տեսողական ֆունկցիան

131. Ո՞ր վիճակն է հաճախ ուղեկցում միելոմենինգոցելեին և կարող է պահանջել շունտավորում:

Ա-Հիդրոցեֆալիա

Բ-Սկոլիոզ

Գ-Կիֆոզ

Դ-Գենու վալգում

132. Ո՞ր հետազոտություններն են առավել կիրառելի երեխայի մոտ գլխուղեղային շունտի դիսֆունկցիայի կասկածի դեպքում:

Ա-Գլխուղեղի ԿՏ կամ ՄՌՏ, իսկ որոշ դեպքերում՝ ռենտգենյան հետազոտություն

Բ-էլեկտրասրտագրություն

Գ-Միայն որովայնի ուլտրաձայնային հետազոտություն

Դ-Գոնիոմետրիա

133. Վենտրիկուլոպերիտոնեալ (VP) շունտի դեպքում ո՞ւր է դրենավորվում գլխուղեղ-ողնուղեղային հեղուկը:

Ա-Պլևրալ խոռոչ

Բ-Որովայնի խոռոչ

Գ-Միզապարկ

Դ-Ենթամաշկային հյուսվածքներ

134. Ծայրամասային/պերիֆերիկ/ նյարդի ախտահարման հնարավոր նշաններն են՝

Ա-Մկանային թուլություն:

Բ-Զգացողության խանգարումներ՝ ներառյալ պարէսթեզիան և թմրածությունը:

Գ-Ռեֆլեքսների փոփոխություն:

Դ-Վերոնշյալներից բոլորը:

135. Բազկային հյուսքի հիմնական նյարդարմատային կազմն է՝

Ա-C2–Th2

Բ-C5–Th1

Գ-C5–C8

Դ-C6–Th2

136. «Կախված ոտնաթաթի» (foot drop) առաջացման առավել բնորոշ պատճառներից է՝

Ա-Ընդհանուր պերոնեալ (fibular) նյարդի ախտահարումը:

Բ-Միայն տիբիալ նյարդի ախտահարումը:

Գ-Միայն ֆեմորալ նյարդի ախտահարումը:

Դ-Միայն սակրալ հյուսակի ախտահարումը:

137. Ողնուղեղի էֆերենտ ուղիները հիմնականում փոխանցում են՝

Ա-Զգայական ազդակներ ծայրամասից դեպի ուղեղ:

Բ-Շարժողական ազդակներ կենտրոնական նյարդային համակարգից դեպի էֆեկտորներ:

Գ-Միայն ցավային ազդակներ:

Դ-Միայն վեգետատիվ ազդակներ:

138. Ո՞րն է երեխայի զարգացման հիմնական ոլորտների առավել ճիշտ համադրությունը:

Ա-Շարժողական զարգացում, խոսք և հաղորդակցություն, կոգնիտիվ զարգացում, սոցիալ-էմոցիոնալ զարգացում և ադապտիվ/ինքնասպասարկման հմտություններ

Բ-Խոշոր և մանր մոտորիկա, խոսք և տեսողություն

Գ-Շարժողական, նյարդաբանական և ֆիզիկական զարգացում

Դ-Կոգնիտիվ, խոսքային և սոցիալական զարգացում

139. Նյարդամկանային խանգարումներին առավել բնորոշ կլինիկական դրսևորումների համակցությունն է՝

Ա-Մկանային թուլություն, ֆիզիկական դիմացկունության նվազում, շարժողական ֆունկցիայի խանգարում և որոշ դեպքերում՝ շնչառական ու կլման մկանների թուլացում

Բ-Մկանային լարվածության բարձրացում, տեսողության կորուստ և մաշկի չորություն

Գ-Ականջի հաճախակի վարակներ և լսողության նվազում

Դ-Սրտային անբավարարություն՝ որպես նյարդամկանային խանգարումների հիմնական և առաջին դրսևորում

140. Ո՞ր ողնուղեղային մակարդակներն են առավել կարևոր դիաֆրագմայի շարժիչ նյարդավորման համար:

Ա-T1–T6՝ միջկողային մկանների միջոցով

Բ-T7–L2՝ որովայնային մկանների միջոցով

Գ-C3–C5՝ ֆրենիկ նյարդի միջոցով

Դ-S1–S5՝ կոնքի հատակի մկանների միջոցով

141. Ամբողջական ողնուղեղային վնասվածքի դեպքում՝

Ա-Պահպանվում է սակրալ զգացողությունը

Բ-Բացակայում են սակրալ զգայական և շարժողական ֆունկցիաները

Գ-Կորցված է միայն շարժողական ֆունկցիան

Դ-Կորցված է միայն զգայական ֆունկցիան

142. Ի՞նչ է ավտոնոմ դիսռեֆլեքսիան:

Ա-Էպիլեպտիկ նոպա՝ պայմանավորված գլխուղեղի էլեկտրական ակտիվության խանգարմամբ

Բ-Ողնուղեղի վնասվածքի մակարդակից ներքև առաջացած գրգռիչի հետևանքով զարգացող հանկարծակի և արտահայտված զարկերակային հիպերտենզիա՝ հաճախ ուղեկցվող վեգետատիվ ախտանիշներով

Գ-Շնչառական վարակ, որն առաջացնում է սրտի հաճախության և արյան ճնշման փոփոխություններ

Դ-Ողնուղեղի վնասվածքից հետո զարգացող մկանային թուլություն

143. Ո՞րն է կոմայի առավել ճշգրիտ բնորոշումը:

Ա-Գիտակցության ընկճված վիճակ, որի դեպքում հիվանդը դժվարությամբ է արթնանում, սակայն կարող է կատարել պարզ հրահանգներ

Բ-Խոր գիտակցության խանգարման վիճակ, որի դեպքում հիվանդը չի արթնանում և չի կարողանում նպատակային արձագանքել արտաքին գրգռիչներին

Գ-Վիճակ, որի դեպքում հիմնականում խանգարված է քուն–արթուն ցիկլը, սակայն պահպանված է նպատակային արձագանքը

Դ-Վիճակ, որի դեպքում հիվանդը չի կատարում հրահանգները, սակայն պահպանված է գիտակցված շփումը

144. Ո՞ր ողնուղեղային նյարդարմատը չի մտնում բազկային հյուսակի կազմի մեջ:

Ա-C3

Բ-C5

Գ-C8

Դ-T1

145. Ո՞ր կառուցվածքային միավորն է հիմնականում մասնակցում ողնուղեղի պաշտպանությանը՝ ձևավորելով ողնաշարային խողովակի հետին պատը:

Ա-Ողի մարմինը

Բ-Ողնաշարային աղեղը

Գ-Միջողնային սկավառակը

Դ-Հոդային ելուները

146. Ո՞ր կառուցվածքն է գործում որպես ամորտիզատոր՝ կլանելով հարվածային ծանրաբեռնվածությունը ողերի մարմինների միջև:

Ա-Ողնաշարային աղեղը

Բ-Միջողնային սկավառակը (discus intervertebralis)

Գ-Միջողնային հոդերի կապանները

Դ-Ողնուղեղը

147. Ո՞րն է մեջքի ցավի ամենատարածված պատճառը ֆիզիոթերապևտիկ պրակտիկայում:

Ա-Ողնուղեղի վնասվածքներ

Բ-Կմախքամկանային դիսֆունկցիա՝ մկանային լարվածություն, պոստուրալ խանգարումներ

Գ-Ողնաշարի բորբոքային հիվանդություններ

Դ-Ողնաշարի կոտրվածքներ

148. Ամպուտացիայից հետո մեջքի և կոնքի մկանների մարզումը կարևոր է, քանի որ այն՝

Ա-Նվազեցնում է նյարդային գրգռվածությունը

Բ-Ապահովում է հավասարակշռությունը և կայուն կեցվածքը պրոթեզով քայլելիս

Գ-Նվազեցնում է ծայրատի այտուցը

Դ-Կանխում է ֆանտոմային ցավի առաջացումը

149. Որո՞նք են գլխուղեղի ինսուլտի հիմնական տեսակները:

Ա-Միայն իշեմիկ և հեմոռագիկ ինսուլտներ

Բ-Իշեմիկ, հեմոռագիկ և տրավմատիկ ինսուլտներ

Գ-Իշեմիկ, հեմոռագիկ և երակային ինսուլտներ

Դ-Միայն հեմոռագիկ և երակային ինսուլտներ

150. Ինսուլտից հետո ե՞րբ է նպատակահարմար սկսել վերականգնողական միջամտությունները:

Ա-Միայն հիվանդի լիարժեք բժշկական կայունացումից և հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո:

Բ-Ինսուլտից 2–3 շաբաթ անց՝ անկախ հիվանդի վիճակից:

Գ-Բժշկական վիճակի կայունացման հնարավորինս վաղ փուլում՝ առաջին օրերին, անհատական գնահատմամբ և անվտանգության պայմանների պահպանմամբ:

Դ-Միայն այն ժամանակ, երբ սպաստիկությունն արդեն ձևավորվել է:

151. Ինսուլտից հետո սպաստիկության դեղորայքային կառավարման վերաբերյալ ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Բոլոր հիվանդներին պետք է անմիջապես նշանակել բարձր դեղաչափով բակլոֆեն:

Բ-Սպաստիկությունը պետք է պարտադիր վերացնել ամբողջությամբ, նույնիսկ եթե այն նպաստում է կանգնելուն կամ տեղաշարժվելուն:

Գ-Դեղորայքային բուժման անհրաժեշտությունը որոշվում է սպաստիկության ծանրությամբ, ցավի և ֆունկցիայի վրա դրա ազդեցությամբ. հնարավոր են տեղային և համակարգային միջամտություններ՝ անհատական ցուցումներով, զուգակցված վերականգնողական թերապիայի հետ:

Դ-Սպաստիկությունը դեղորայքով բուժել պետք չէ, քանի որ այն միշտ ինքնուրույն վերանում է:

152. Կիարի II մալֆորմացիային ո՞ր փոփոխությունն է առավել բնորոշ:

Ա-Ուղեղիկի և ուղեղաբնի կառուցվածքների տեղաշարժ դեպի մեծ ծոծրակային անցք

Բ-Ուղեղի կեղևի ատրոֆիա

Գ-Միայն կողային փորոքների լայնացում՝ առանց հետին գանգափոսի փոփոխությունների

Դ-Ողնուղեղի մեկուսացված վնասում՝ առանց գանգուղեղային փոփոխությունների

153. Ո՞ր սանդղակն է առավել հաճախ կիրառվում սպաստիկության կլինիկական գնահատման համար:

Ա-Աշվորդի փոփոխված սանդղակը (Modified Ashworth Scale)

Բ-Գլազգոյի կոմայի սանդղակը

Գ-Բերգի սանդղակը

Դ-Գոնիոմետրիկ սանդղակը

154. Ո՞ր դեպքում է երեխայի ոտնամատների վրա քայլքը պահանջում լրացուցիչ նյարդաբանական և կմախք-մկանային գնահատում:

Ա-Երբ քայլքը ժամանակավորապես է և երեխան կարողանում է լիարժեք քայլել կրունկների վրա

Բ-Երբ ոտնամատների վրա քայլքը պահպանվում է, հատկապես եթե առկա են մկանային տոնուսի փոփոխություն, ռեֆլեքսների փոփոխություն կամ սրունք-ոտնաթաթային հոդի շարժումների սահմանափակում

Գ-Միայն այն դեպքում, երբ երեխան ունի բարձր հասակ

Դ-Երբ երեխան կարողանում է արագ վազել

155. Ի՞նչն է հանդիսանում «ստեպաժ» (steppage gait) քայլվածքի հիմնական պատճառը, որի դեպքում հիվանդը բարձր է բարձրացնում ծունկը, որպեսզի թույլ ոտնաթաթը չքսվի գետնին:

Ա-Ծնկան հոդի կոնտրակտուրան

Բ-Պերոնիալ նյարդի (peroneal nerve) պարեզը և թաթի դորզիֆլեքսիայի (թիկնային ծալման) անհնարինությունը

Գ-Աքիլեսյան ջլի կարճացումը

Դ-Գոտկային լորդոզի բացակայությունը

156. Սենսոր ատաքսիայով (օրինակ՝ ողնուղեղի հետին սյուների ախտահարման դեպքում) հիվանդների քայլվածքը կտրուկ վատանում է՝

Ա-Աղմկոտ միջավայրում

Բ-Աչքերը փակելիս կամ մթության մեջ (տեսողական վերահսկողության բացակայության դեպքում)

Գ-Արագ քայլելիս

Դ-Հարթ մակերեսի վրա քայլելիս

157. Ողնուղեղի կրծքային առաջին սեգմենտի (T1) և դրանից ներքև գտնվող վնասվածքների դեպքում ախտորոշվում է ստորին պարապլեգիա: Ի՞նչ վիճակում են գտնվում վերին վերջույթները նման վնասվածքի դեպքում:

Ա-Առկա է ձեռքերի լրիվ կաթված (տետրապլեգիա)

Բ-Ձեռքերի ֆունկցիան լիովին պահպանված է (ներառյալ դաստակի մանր մկանները)

Գ-Պահպանված է միայն ուսագոտու շարժումները

Դ-Առկա է ձեռքերի սպաստիկա՝ առանց կամային շարժումների

158. Դաստակի տարածման (dorsiflexion) անհնարինությունը և «կախված դաստակի» (drop wrist) կլինիկական պատկերը վկայում է հետևյալ նյարդի ախտահարման մասին.

Ա-Միջնակ նյարդ (n. medianus)

Բ-Ճաճանչային նյարդ (n. radialis)

Գ-Ծղիկային նյարդ (n. ulnaris)

Դ-Մաշկամկանային նյարդ (n. musculocutaneus)

159. Ինչո՞ւ է «բռնի կերակրումը» (երբ երեխային ստիպում են ուտել լացի կամ դիմադրության պայմաններում) համարվում խիստ վնասակար և ի՞նչ հետևանքի է այն հանգեցնում.

Ա-Այն նպաստում է քաշի արագ ավելացմանը, ուստի թույլատրելի է

Բ-Այն ձևավորում է «կերակրման ավերզիա» (խորը վախ և զզվանք սննդի նկատմամբ) և խզում է երեխայի ու խնամողի միջև էմոցիոնալ կապը

Գ-Այն միայն ժամանակավորապես է լարում երեխայի նյարդային համակարգը

Դ-Այն օգնում է երեխային ավելի արագ սովորել կուլ տալու պրոցեսին

160. Ոտնաթաթ-սրունքային օրթեզները (AFO) լայնորեն կիրառվում են նյարդամկանային խանգարումների ժամանակ: Ո՞րն է դրանց հիմնական ֆունկցիան

Ա-Սրունքի մկանների ուժի ավելացումը

Բ-Ոտնաթաթի կայունացումը չեզոք դիրքում (90°) քայլքի ճախրման փուլում՝ կանխելով մատների քսվելը գետնին և ապահովելով անվտանգ հենում

Գ-Ծնկան հոդի լրիվ անշարժացումը (իմոբիլիզացիան)

Դ-Ողնաշարի գոտկային հատվածի բեռնաթափումը

161. Նորմալ քայլվածքի հիմնական փուլերն են՝

Ա-Հենման փուլ և ճախրման փուլ

Բ-Միջին հենում, ստաբիլիզացիա

Գ-Նախաճախրում վերջնական ճախրում

Դ-Սկզբնական ճախրում:

162. Ստեպաժ (steppage) քայլվածքը առավել բնորոշ է՝

Ա-Ոտնաթաթի թիկնային ծալիչ մկանների թուլությանը:

Բ-Ծնկան տարածիչ մկանների թուլությանը:

Գ-Ոտնաթաթի ներբանային ծալիչ մկանների թուլությանը:

Դ-Կոնքի զատիչ մկանների թուլությանը:

163. Հենման (stance) ֆազայում ծնկահոդի գերտարածումը (genu recurvatum) կարող է պայմանավորված լինել հետևյալ գործոններից՝

Ա-Ոտնաթաթի թիկնային ծալման (dorsiflexion) սահմանափակմամբ:

Բ-Ոտնաթաթի ներբանային ծալիչների (plantar flexors) գերակտիվությամբ կամ կարճացմամբ:

Գ-Ծնկան հոդի անկայունությամբ կամ քառագլուխ մկանի ուժի/շարժողական վերահսկման փոփոխությամբ:

Դ-Վերոնշյալ բոլոր տարբերակներով՝ կախված գերտարածման առաջացման կլինիկական մեխանիզմից:

164. Տրենդելեմբուրգի /Trendelenburg/ քայլվածքը առավել բնորոշ է՝

Ա-Կոնքազդրային հոդի զատիչ մկանների թուլությանը:

Բ-Կոնքազդրային հոդի ծալիչ մկանների թուլությանը:

Գ-Ծնկի տարածիչ մկանների թուլությանը:

Դ-Ոտնաթաթի թիկնային ծալիչ մկանների թուլությանը:

165. Երեխայի քայլվածքի խանգարման դեպքում առավել ճիշտ մոտեցումն է՝

Ա-Միայն որոշել, թե որ մկանն է թույլ:

Բ-Գնահատել քայլվածքը, հոդերի շարժման ծավալը, մկանային ուժը, տոնուսը, ցավը, հավասարակշռությունը, կեցվածքը և հնարավոր պատճառահետևանքային կապերը:

Գ-Անմիջապես նշանակել օրթեզ:

Դ-Ուղորդել քայլքի լաբորատորիա:

166. Ո՞ր քայլվածքին է բնորոշ «ցիրկումդուկցիան» (կիսաշրջանաձև շարժումը), երբ հիվանդը քայլելիս ախտահարված ոտքը դուրս է բերում կողքով՝ գետնին չդիպչելու համար:

Ա-Ատակտիկ քայլվածք

Բ-Հեմիպլեգիկ (կիսալուծանքային) քայլվածք

Գ-«Մկրատաձև» քայլվածք

Դ-Ստեպաժ (ձիու քայլվածք)

167. Տրենդելենբուրգի (կամ «բադի») քայլվածքը բնութագրվում է քայլելիս կոնքի իջեցմամբ դեպի հենման ոտքի հակառակ կողմը: Ո՞ր մկանային խմբի թուլության մասին է սա վկայում:

Ա-Որովայնի առաջնային պատի մկանների

Բ-Ազդրի երկգլուխ մկանի

Գ-Միջին հետույքային մկանի (m. gluteus medius)

Դ-Ողնաշարը ուղղող մկանների

168. Պարկինսոնյան քայլվածքին բնորոշ «ֆեստինացիան» (festination) դա՝

Ա-Քայլերի լայնացումն է և հավասարակշռության կորուստը

Բ-Քայլքի ընթացքում մարմնի ծանրության կենտրոնի հետհակումն է

Գ-Քայլքի արագացումը՝ կարճ, շառաչող քայլերով, որտեղ հիվանդը կարծես «վազում է իր ծանրության կենտրոնի հետևից»

Դ-Ոտքերի բարձր վերնետումն է քայլելիս

169. Ո՞ր մկանն է հանդիսանում կոնք-ազդրային հոդի ամենահզոր ծալիչը (flexor) և կարևոր դեր ունի քայլքի ճախրման (swing) փուլն սկսելու համար:

Ա-Մեծ հետույքային մկան (m. gluteus maximus)

Բ-Զստագոտկային մկան (m. iliopsoas)

Գ-Ազդրի նազելի մկան (m. gracilis)

Դ-Դերձակամկան (m. sartorius)

170. Քայլքի ընթացքում միակողմանի հենման փուլում ո՞ր մկանն է ապահովում կոնքի կայունությունը հորիզոնական հարթությունում՝ կանխելով կոնքի իջեցումը հակառակ կողմում:

Ա-Ազդրի առբերիչ մկան (m. adductor longus)

Բ-Միջին հետույքային մկան (m. gluteus medius)

Գ-Տանձաձև մկան (m. piriformis)

Դ-Ազդրի քառակուսի մկան (m. quadratus femoris)

171. Ո՞ր մկանն է հանդիսանում ոտնաթաթի գլխավոր թիկնային ծալիչը (dorsiflexor), որի կծկումը թույլ է տալիս բարձրացնել թաթը գետնից քայլքի ճախրման (swing) փուլում՝ կանխելով մատների քսվելը գետնին:

Ա-Սրունքի ձկնամկան (m. gastrocnemius)

Բ-Առաջնային ոլոքային մկան (m. tibialis anterior)

Գ-Նրբոլոքային երկար մկան (m. peroneus longus)

Դ-Սրունքի մկան (m. soleus)

172. Ո՞րն է «Գիշերային օրթեզների» կիրառման առաջնային կլինիկական նպատակը սպաստիկություն ունեցող պացիենտների մոտ.

Ա-Քայլքի արագության մեծացումը

Բ-Հոդի շարժման ծավալի պահպանումը, մկանների ու ջլերի երկարացումը և կայուն կոնտրակտուրաների ձևավորման կանխարգելումը

Գ-Վերջույթի մկանների հանգստությունը

Դ-Ոսկրային կոշտուկի ձևավորման արագացումը կոտրվածքներից հետո

173. Երկարատև անշարժեցումը/իմոբիլիզացիան/ կմախքամկանային համակարգի վրա կարող է առաջացնել՝

Ա-Մկանային ուժի և տոկունության բարձրացում:

Բ-Մկանային ատրոֆիա, հոդերի շարժումների սահմանափակում և կոնտրակտուրաների առաջացման վտանգ:

Գ-Ոսկրային խտության բարձրացում:

Դ-Հոդերի շարժունակության կայուն բարելավում:

174. Ely-ի թեստը որ մկանի լարվածություն/կոնտրակտուրան է գնահատելու՝

Ա-Ծնկան ծալիչ մկանների /Համստրինգների/ կարճացումը:

Բ-Ուղիղ ազդրային մկանի կարճացումը/ձգվածությունը:

Գ-Աքիլեսյան ջլի կարճացումը:

Դ-Կոնքազդրային զատիչ մկանների ուժը:

175. Ստորին վերջույթի ամպուտացիայից հետո ֆիզիկական թերապիայի վաղ փուլում առաջնային նպատակներից է՝

Ա-Մկանների առավելագույն ուժեղացումը

Բ-Ծայրատի ձևավորումը և այտուցի նվազեցումը

Գ-Արհեստական վերջույթի փորձարկումը

Դ-Կեցվածքի վերահսկումը

176. Ո՞ր մկանն է հիմնականում կարճացած բնածին տորտիկոլիզի (ծուռվզության) ժամանակ:

Ա-Տրապեցաձև մկան (trapezius)

Բ-Դելտայաձև մկան (deltoideus)

Գ-Կրծոսկրանրակ-պտկաձև մկան (sternocleidomastoideus)

Դ-Վերփշային մկան (supraspinatus)

177. Պերտեսի հիվանդությունը դա՝

Ա-Ազդրոսկրի գլխիկի ասեպտիկ (ավասկուլյար) նեկրոզն է

Բ-Ազդրոսկրի վզիկի նեկրոզն է

Գ-Կոնք-ազդրային հոդի սինովիտն է

Դ-Ծնկան հոդի բորբոքումն է

178. Ո՞ր տարբերակն է լավագույնս նկարագրում յուվենիլ իդիոպաթիկ արթրիտը (ՅԻԱ):

Ա-Կարճաժամկետ վարակիչ հիվանդություն է

Բ-Դեգեներատիվ հոդային հիվանդություն է, որը հանդիպում է մեծահասակների մոտ

Գ-Քրոնիկ բորբոքային հիվանդություն է անորոշ պատճառներով, որը սկսվում է մինչև 16 տարեկանը

Դ-Ստրեպտոկոկային բակտերիայով առաջացած արթրիտ է

179. Ո՞րն է ՅԻԱ-ի (յուվենիլ իդիոպաթիկ արթրիտի) հիմնական և ամենատարածված կլինիկական դրսևորումը:

Ա-Մկանային թուլություն

Բ-Մաշկային ցան

Գ-Ոսկրի կոտրվածք

Դ-Հոդերի այտուց և կարկամություն

180. Որքա՞ն է հոդերի բորբոքման նվազագույն տևողությունը, որը պահանջվում է ՅԻԱ-ի ախտորոշման համար:

Ա-2 շաբաթ

Բ-4 շաբաթ

Գ-6 շաբաթ

Դ-8 շաբաթ

181. Բակլոֆեն նշանակելիս ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Սկսել բարձր դեղաչափից՝ սպաստիկությունը հնարավորինս արագ վերացնելու համար:

Բ-Բակլոֆենը նշանակել միայն այն դեպքում, երբ արդեն ձևավորվել է կոնտրակտուրա:

Գ-Սկսել ցածր դեղաչափից և աստիճանաբար տիտրացնել՝ գնահատելով կլինիկական ազդեցությունը, քնկոտությունը, մկանային թուլությունը:

Դ-Բակլոֆենը միշտ պետք է նշանակել ֆիքսված դեղաչափով՝ անկախ երեխայի տարիքից և քաշից:

182. Ո՞րն է Շոյերման-Մաու հիվանդության ռենտգենաբանական ախտորոշման հիմնական չափանիշը

Ա-Մեկ ողի սեպաձև դեֆորմացիա 10 աստիճանից ավելի անկյունով:

Բ-Ողնաշարի կրծքային հատվածի կիֆոզի առկայություն 20 աստիճանից պակաս անկյունով:

Գ-3 կամ ավելի հաջորդական ողերի սեպաձև դեֆորմացիա՝ յուրաքանչյուրը 5 աստիճան և ավելի անկյունով:

Դ-Միայն Շմորլի ճողվածքների առկայությունը գոտկային հատվածում:

183. Կլինիկական հետազոտման ժամանակ ո՞ր նշանն է բնորոշ Շոյերման-Մաու հիվանդությանը և օգնում այն տարբերակել սովորական կեցվածքային կիֆոզից:

Ա-Կիֆոզը լիովին ուղղվում է պացիենտի կամավոր ջանքերի կամ պառկած դիրքի ժամանակ:

Բ-Կիֆոզը կրում է ֆիքսված բնույթ և չի հարթվում առավելագույն ուղղվելու փորձի կամ առաջ թեքվելու (Adam's forward bend test) ժամանակ:

Գ-Ողնաշարի գոտկային լորդոզի լիակատար բացակայությունը (հարթ մեջք):

Դ-Միայն ստորին վերջույթների մկանային հիպոտոնիան:

184. Ո՞րն է Շոյերման-Մաու հիվանդության կինեզոթերապիայի հիմնական նպատակը՝ հաշվի առնելով մկանային դիսբալանսը:

Ա-Մեջքն ուղղող (m. erector spinae), շեղանկյունաձև (mm. rhomboidei) և սեղանարդաձև (m. trapezius) մկանների ուժեղացում՝ զուգակցված կրծքամկանների (mm. pectorales) և ազդրի հետին խմբի (hamstrings) մկանների ձգման հետ:

Բ-Որովայնի ուղիղ մկանի (m. rectus abdominis) մեկուսացված ուժեղացում և մեջքի սեփական մկանների տոնուսի նվազեցում:

Գ-Շեղանկյունաձև մկանների պասիվ ձգում և կրծքի մեծ մկանի (m. pectoralis major) տոնուսի բարձրացում:

Դ-Միայն քառագլուխ մկանի (m. quadriceps femoris) ուժեղացում՝ առանց իրանի և թիակների մկանների ներգրավման:

185. Բակլոֆեն նշանակելիս ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Սկսել բարձր դեղաչափից՝ սպաստիկությունը հնարավորինս արագ վերացնելու համար:

Բ-Բակլոֆենը նշանակել միայն այն դեպքում, երբ արդեն ձևավորվել է կոնտրակտուրա:

Գ-Սկսել ցածր դեղաչափից և աստիճանաբար տիտրացնել՝ գնահատելով կլինիկական ազդեցությունը, քնկոտությունը, մկանային թուլությունը :

Դ-Բակլոֆենը միշտ պետք է նշանակել ֆիքսված դեղաչափով՝ անկախ երեխայի տարիքից և քաշից:

186. Այրվածքից հետո պարանոցի կոնտրակտուրայի կանխարգելման համար ո՞ր դիրքն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Չեզոք դիրք

Բ-Առաջ ծալման դիրք (ֆլեքսիա)

Գ-Տարածման դիրք (էքստենզիա)

Դ-Կողային թեքման դիրք

187. Ո՞ր հիվանդների մոտ է այրվածքից հետո կոնտրակտուրաների զարգացման ռիսկն առավել բարձր:

Ա-Միայն առաջին աստիճանի այրվածք ունեցող հիվանդների մոտ

Բ-Միայն տարեցների մոտ

Գ-Միայն երեխաների մոտ

Դ-Երկարատև բաց վերքեր և շարժումների սահմանափակում ունեցող հիվանդների մոտ

188. Այրվածքից հետո կոնտրակտուրայի զարգացման հիմնական պատճառներից ո՞րն է:

Ա-Միայն մաշկի գունափոխությունը

Բ-Սպիային հյուսվածքի կծկումը և երկարատև անշարժությունը

Գ-Մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը

Դ-Մաշկի անցողիկ չորությունը

189. Այրվածքից հետո կոնտրակտուրայի կանխարգելման առավել կարևոր միջոցներից ո՞րն է:

Ա-Վերջույթի երկարատև անշարժացումը

Բ-Միայն ցավազրկող դեղերի կիրառումը

Գ-Ճիշտ դիրքավորում, վաղ շարժումներ և շարժումների ծավալի պահպանում

Դ-Վարժությունների ամբողջական դադարեցումը մինչև սպիի հասունացումը

190. Ո՞ր գործոնն է առավել հաճախ նպաստում կոնտրակտուրայի զարգացմանը:

Ա-Կանոնավոր ֆիզիկական ակտիվությունը

Բ-Երկարատև անշարժությունը և հոդի շարժումների սահմանափակումը

Գ-Ճիշտ դիրքավորումը

Դ-Հոդի լիարժեք շարժունակության պահպանումը

191. Ո՞ր վիճակները կարող են նպաստել կոնտրակտուրաների զարգացմանը:

Ա-Մկանային թուլությունը, սպաստիկությունը և երկարատև անշարժությունը

Բ-Մաշկի չորությունը

Գ-Հոդերի հիպերմոբիլությունը

Դ-Աերոբիկ ֆիզիկական ակտիվությունը և սպաստիկությունը

192. Ո՞րն է կոնտրակտուրայի զարգացման հիմնական մեխանիզմներից մեկը:

Ա-Հոդի շուրջ փափուկ հյուսվածքների կրճատումը, որը սահմանափակում է շարժումների ծավալը

Բ-Մկանների ֆիզիոլոգիական ուժի ավելացումը

Գ-Հոդի շարժունակության ֆիզիոլոգիական մեծացումը

Դ-Ոսկրային հյուսվածքի ֆիզիոլոգիական վերականգնումը

193. Ո՞ր գործոնների համակցությունն է առավել հաճախ նպաստում կոնտրակտուրայի զարգացմանը:

Ա-Երկարատև անշարժությունը, հոդի երկարատև ֆիքսված դիրքը և մկանային անհավասարակշռությունը

Բ-Կանոնավոր ֆիզիկական ակտիվությունը և լիարժեք շարժումների ծավալը

Գ-հոդերի հիպերմոբիլությունը

Դ-մկանային ուժի ավելացումը

194. Ո՞ր մոտեցումն է առավել նպատակահարմար կոնտրակտուրաների կանխարգելման համար:

Ա-Երկարատև անշարժություն՝ հոդը պաշտպանելու նպատակով

Բ-Վաղ շարժողական ակտիվություն, ճիշտ դիրքավորում, շարժումների ծավալի պահպանում և անհրաժեշտության դեպքում՝ օրթեզավորում

Գ-Միայն ցավի առաջացման դեպքում վարժությունների իրականացում

Դ-Մերսում՝ առանց դիրքավորման և շարժումների

195. Ո՞ր վիճակը կարող է նպաստել դիրքային պլագիոցեֆալիայի զարգացմանը:

Ա-Տորտիկոլիզը և գլխի շարժումների սահմանափակումը

Բ-Նորմալ գլխի շարժունակությունը

Գ-Վաղ ինքնուրույն նստելը

Դ-Ստորին վերջույթների մկանային ուժի բարձրացումը

196. Բնածին ծուռթաթության շտկման Պոնսետի (Ponseti) մեթոդի համաձայն՝ ո՞րն է դեֆորմացիայի տարրերի շտկման ճիշտ հերթականությունը (հաշվի առնելով CAVE հապավումը).

Ա-Էկվինուս, Վարուս, Ադդուկցիա, Կավուս

Բ-Կավուս (Cavus), Ադդուկցիա (Adductus), Վարուս (Varus), Էկվինուս (Equinus)

Գ-Վարուս, Կավուս, Էկվինուս, Ադդուկցիա

Դ-Բոլոր տարրերը շտկվում են միաժամանակ՝ մեկ գիպսակապի միջոցով

197. Պոնսետի մեթոդով բուժման ռեաբիլիտացիոն (պահպանողական) փուլում ռեցիդիվների (կրկնությունների) կանխարգելման համար ամենակարևոր գործոնն է.

Ա-Ամենօրյա ինտենսիվ մերսումը

Բ-Ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաները (էլեկտրաֆորեզ, պարաֆին)

Գ-Բրեյսերի (Foot Abduction Brace - կոշիկներ ձողով) հետևողական կրումը՝ ըստ սահմանված սխեմայի (սկզբնական շրջանում 23 ժամ օրական)

Դ-Վաղաժամ քայլելու խրախուսումը

198. Պավլիկի կառույցով (Pavlik harness) բուժման ընթացքում ո՞րն է համարվում ազդրերի ճիշտ «թերապևտիկ դիրքը», որը նպաստում է ացետաբուլյար (քացախափոսի) ճիշտ ձևավորմանը.

Ա-Ազդրերի լրիվ տարածում և իրար մոտեցում

Բ-Ազդրերի ծալում (flexion) 90°-100° և չափավոր զատում (abduction)

Գ-Ազդրերի առավելագույն զատում (ավելի քան 120°)՝ հոդախախտը կանխելու համար

Դ-Ազդրերի ներքին ռոտացիա և տարածում

199. Ո՞ր մկանի ախտաբանական կարճացումն է հանդիսանում բնածին մկանային ծուռվզության հիմնական պատճառը և ինչպիսի՞ն է գլխի բնորոշ դիրքը այդ դեպքում.

Ա-Սեղանարդաձև մկան (m. trapezius). գլուխը թեքված է դեպի առողջ կողմը

Բ-Կրծոսկր-անրակ-պտկաձևային մկան (m. sternocleidomastoideus). գլուխը թեքված է դեպի ախտահարված կողմը, իսկ կզակը շրջված է դեպի հակառակ կողմը

Գ-Սանդղաձև մկաններ (mm. scaleni). գլուխը թեքված է առաջ և միջին գծով

Դ-Պարանոցի երկար մկան. գլուխը թեքված է հետ (ռետրոկոլիս)

200. Ծուռվզությունը ժամանակին չախտորոշելու և վաղ փուլում չբուժելու դեպքում ո՞րն է համարվում ամենալուրջ երկրորդային ոսկրային բարդությունը.

Ա-Գանգի դեֆորմացիա (պլագիոցեֆալիա) և դեմքի կառուցվածքային ասիմետրիա

Բ-Վերին վերջույթների երկարության տարբերություն

Գ-Միայն լսողական անցուղու նեղացում

Դ-Գոտկային սկոլիոզ

201. Ո՞ր կլինիկական պատկերն է առավել բնորոշ Շարկո–Մարի–Թութի հիվանդությանը:

Ա-Պրոքսիմալ մկանային թուլություն և Գովերսի նշան

Բ-Դիստալ մկանային թուլություն, «կախված թաթ» և բարձրակամար թաթ (pes cavus)

Գ-Սպաստիկ պարապարեզ և պաթոլոգիական ռեֆլեքսներ

Դ-Միոտոնիա և դեմքի մկանների արտահայտված թուլություն

202. Մանկական ուղեղային պարեզի դեպքում դիսկինետիկ քայլվածքին առավել բնորոշ է՝

Ա-Կայուն, կարծրացած քայլվածք՝ առանց շարժումների փոփոխականության

Բ-Ակամա շարժումներ, տոնուսի փոփոխականություն և քայլքի ձևի անկանխատեսելի փոփոխություններ

Գ-Միայն սրունք-ոտնաթաթային հոդի շարժումների սահմանափակում

Դ-Միայն մեկ ստորին վերջույթի մկանային թուլություն

203. Երեխայի՝ ոտքը բռնելու և դեպի բերանը մոտեցնելու կարողությունը հիմնականում ի՞նչ է վկայում:

Ա-Բացառում է կենտրոնական նյարդային համակարգի ցանկացած ախտահարում

Բ-Վկայում է շարժողական վերահսկողության, կոորդինացիայի և մարմնի սխեմայի զարգացման մասին, սակայն ինքնուրույն չի բացառում նյարդաբանական ախտահարումը

Գ-Վկայում է միայն ստորին վերջույթների մկանային ուժի մասին

Դ-Վկայում է, որ երեխայի հոգեշարժական զարգացումը լիովին համապատասխանում է տարիքին

204. Ո՞ր դեղամիջոցն է առավել նպատակահարմար ֆոկալ սպաստիկության դեպքում, երբ ներգրավված են մեկ կամ մի քանի կոնկրետ մկանախմբեր:

Ա-Բակլոֆեն

Բ-Տիզանիդին

Գ-Բոտուլինոտոքսին A

Դ-Դանտրոլեն

205. Տարածուն սպաստիկության դեպքում ո՞ր դեղամիջոցը կարող է կիրառվել որպես համակարգային բուժում:

Ա-Բակլոֆեն

Բ-Բոտուլինոտոքսին A

Գ-Միայն պարացետամոլ

Դ-Միայն տեղային անալգետիկ միջոցներ

206. Բակլոֆենով երկարատև բուժման ժամանակ ո՞ր լաբորատոր ցուցանիշն է հատկապես կարևոր վերահսկել:

Ա-ALT/AST՝ որպես հիմնական մոնիթորինգ բոլոր երեխաների համար:

Բ-CK՝ բակլոֆենի թունավորությունը գնահատելու համար:

Գ-Երիկամային ֆունկցիան՝ հատկապես կրեատինինը, քանի որ բակլոֆենը հիմնականում արտազատվում է երիկամներով:

Դ-Միայն հեմոգլոբինը:

207. Ո՞ր կլինիկական նշանն է առավել բնորոշ առաջնային մկանային հիվանդություններին:

Ա-Պրոգրեսիվ մկանային թուլություն՝ հատկապես պրոքսիմալ մկաններում

Բ-Զգացողության ամբողջական կորուստ

Գ-Միայն սպաստիկության զարգացում

Դ-Միայն հոդերի ցավ՝ առանց մկանային թուլության

208. Ի՞նչ է սպաստիկան:

Ա-Մկանային տոնուսի մշտական նվազում՝ անկախ շարժման արագությունից

Բ-Մկանային տոնուսի բարձրացում, որն արտահայտվում է մկանների պասիվ ձգման ժամանակ

Գ-Մկանային ուժի ամբողջական կորուստ

Դ-Հոդի շարժումների ծավալի մեկուսացված սահմանափակում

209. Ո՞ր գործոնն է առավել հաճախ նպաստում երկարատև անշարժություն ունեցող հիվանդի մոտ սարկոպենիայի զարգացմանը:

Ա-Մկանների կանոնավոր ակտիվացում և ֆիզիկական ծանրաբեռնվածություն

Բ-Երկարատև ֆիզիկական անգործությունը և մկանների չօգտագործումը

Գ-Կանոնավոր վերտիկալիզացիան

Դ-Բավարար սպիտակուցային սնուցումը և ֆիզիկական ակտիվությունը

210. Ո՞ր մեխանիզմն է առավել բնորոշ երկարատև իմոբիլիզացիայի հետևանքով սարկոպենիայի զարգացմանը:

Ա-Մկանային մեխանիկական ծանրաբեռնվածության նվազում → սպիտակուցի սինթեզի նվազում → մկանային ատրոֆիա և ուժի անկում

Բ-Մեխանիկական ծանրաբեռնվածության ավելացում → մկանային զանգվածի արագ աճ

Գ-Մկանային ակտիվության նվազում → մկանային ուժի ավելացում

Դ-Անշարժություն → մկանային սպիտակուցի սինթեզի կայունացում → ֆունկցիայի բարելավում

211. Ամբողջ խորությամբ այրվածքի դեպքում մաշկի ո՞ր ֆունկցիաները կարող են խանգարվել:

Ա-Միայն զգացողությունը

Բ-Միայն ջերմակարգավորումը

Գ-Միայն պաշտպանական ֆունկցիան

Դ-Զգացողությունը, ջերմակարգավորումը և պաշտպանական ֆունկցիան

212. Ո՞րն է առաջին աստիճանի այրվածքի բնորոշ նշանը:

Ա-Բշտիկների առաջացում

Բ-Մաշկի կարմրություն՝ առանց բշտիկների

Գ-Մաշկի ածխացում

Դ-Հյուսվածքների նեկրոզ

213. Այրվածք ստացած երեխայի մոտ ե՞րբ է նպատակահարմար սկսել ֆիզիոթերապիան՝ բժշկական վիճակի կայունացման դեպքում:

Ա-Միայն վերքի ամբողջական փակվելուց հետո

Բ-Միայն ցավերի ամբողջական անցումից հետո

Գ-Վիրահատությունից 2 շաբաթ անց

Դ-Հնարավորինս վաղ՝ սովորաբար առաջին 24–48 ժամվա ընթացքում

214. Խորը այրվածքի դեպքում հոդի վերականգնման հիմնական սկզբունքն է՝

Ա-Հոդի ամբողջական անշարժացում

Բ-Միայն բնական, ինքնաբուխ շարժումների խրախուսում

Գ-Օրական մեկ անգամ վարժությունների կատարում

Դ-Ակտիվ և պասիվ շարժումների համադրություն

215. Ի՞նչ է հետերոտոպիկ օսիֆիկացիան:

Ա-Հոդային աճառի դեգեներատիվ փոփոխություն

Բ-Ոսկրային հյուսվածքի ախտաբանական ձևավորում փափուկ հյուսվածքներում՝ իր նորմալ տեղակայման սահմաններից դուրս

Գ-Մկանային հյուսվածքի բորբոքային ախտահարում

Դ-Հոդի կապանների ձգում՝ առանց ոսկրային փոփոխությունների

216. Ո՞ր ախտանշանների համակցությունն է առավել բնորոշ հետերոտոպիկ օսիֆիկացիային:

Ա-Ցավ, տեղային այտուց/տաքություն և հոդի շարժումների աստիճանական սահմանափակում

Բ-Մաշկի քոր և ցան

Գ-Մկանային ուժի անցողիկ բարձրացում

Դ-Հոդի շարժումների ծավալի մեծացում՝ առանց ցավի

217. Ո՞ր միջոցն է առավել արդյունավետ պառկելախոցերի կանխարգելման համար բարձր ռիսկ ունեցող երեխայի մոտ:

Ա-Դիրքի փոփոխություն և ճնշման բեռնաթափում

Բ-Երեխայի երկարատև անշարժ պահում՝ մաշկը չվնասելու նպատակով

Գ-Մաշկի ամենօրյա մերսում կամֆորայի սպիրտով

Դ-ցավազրկող և հակաբորբոքային դեղերի կիրառում

218. Ո՞ր գործընթացն է առավել բնորոշ մակերեսային, մասնակի խորությամբ պառկելախոցի լավացմանը:

Ա-Միայն սպիական հյուսվածքի ձևավորում

Բ-Էպիթելիզացիա՝ նոր էպիթելի ձևավորմամբ

Գ-Ոսկրային հյուսվածքի ձևավորում

Դ-Նեկրոզի խորացում

219. Մկանային ուժի կլինիկական գնահատման համար առավել հաճախ կիրառվող մեթոդներից ո՞րն է:

Ա-Գոնիոմետրիա

Բ-Մանուալ մկանային թեստավորումը

Գ-Սպիրոմետրիա

Դ-Պուլսօքսիմետրիա

220. Երկարատև անշարժեցման հետևանքով սիրտ-թոքային համակարգում հնարավոր է՝

Ա-Ֆիզիկական աշխատունակության բարձրացում:

Բ-Շնչառական մկանների թուլացում, դեկոնդիցիոնավորում և օրթոստատիկ անհանդուրժողականություն:

Գ-Թոքերի ֆունկցիայի կայուն բարելավում:

Դ-Սրտանոթային համակարգի տոկունության կարգավորում:

221. Ո՞րն է երկարատև անշարժեցման դեպքում վերականգնողական միջամտությունների հիմնական նպատակը:

Ա-Երեխային հնարավորինս երկար պահել անկողնային ռեժիմում:

Բ-Կանխել երկրորդային բարդությունները և աստիճանաբար վերականգնել անվտանգ շարժունակությունն ու մասնակցությունը:

Գ-Խուսափել ցանկացած ֆիզիկական ակտիվությունից:

Դ-Կիրառել պասիվ շարժումներ:

222. Երկարատև իմոբիլիզացիայից հետո ուղղահայաց դիրքի ընդունման ժամանակ ո՞ր վիճակի զարգացման ռիսկն է բարձրանում՝ կապված օրթոստատիկ արյան ճնշման կարգավորման խանգարման հետ:

Ա-Զարկերակային հիպերտոնիա

Բ-Օրթոստատիկ հիպոտենզիա

Գ-Բրադիկարդիա

Դ-Աորտայի անևրիզմա

223. Երկարատև իմոբիլիզացիան ինչպե՞ս է ազդում խորը երակային թրոմբոզի (ԽԵԹ) զարգացման ռիսկի վրա:

Ա-Նվազեցնում է ԽԵԹ-ի ռիսկը՝ նվազեցնելով մկանային ակտիվությունը

Բ-Չի ազդում ԽԵԹ-ի զարգացման ռիսկի վրա

Գ-Բարձրացնում է ԽԵԹ-ի ռիսկը՝ հատկապես երակային արյան հոսքի դանդաղման պատճառով

Դ-Կանխում է ստորին վերջույթներում երակային ստազը

224. Խորը երակային թրոմբոզի դեպքում թրոմբի տեղաշարժվելու և թոքային զարկերակի խցանման հետևանքով ո՞ր բարդությունը կարող է զարգանալ:

Ա-Թոքային էմբոլիա

Բ-Օրթոստատիկ հիպոտենզիա

Գ-Սրտի բրադիկարդիա

Դ-Զարկերակային հիպերտոնիա

225. Երկարատև անշարժություն ունեցող պացիենտի մոտ ո՞ր միջամտությունն է կարևոր ոսկրային խթության պահպանման և մեխանիկական ծանրաբեռնվածության ապահովման համար:

Ա-Վերտիկալիզացիա՝ աստիճանական և անհատականացված ծանրաբեռնվածությամբ

Բ-Երկարատև պառկած դիրքի պահպանում

Գ-Միայն վերին վերջույթների պասիվ շարժումներ

Դ-Ֆիզիկական ակտիվության լիարժեք սահմանափակում

226. Օստեոպորոզ ունեցող երեխայի մոտ վերտիկալիզացիայի ընթացքում ո՞ր բարդության նկատմամբ պետք է հատկապես զգոն լինել:

Ա-Ոսկրային վնասվածքի և կոտրվածքի ռիսկի բարձրացման

Բ-Տեսողության սրության բարձրացման

Գ-Մկանային ուժի անխուսափելի կորստի

Դ-Հոդերի հիպերմոբիլության զարգացման

227. Ինչո՞վ է տարբերվում «դինամիկ» (հոդավոր) օրթեզը «ստատիկ» (կոշտ) օրթեզից.

Ա-Դինամիկ օրթեզը նախատեսված է միայն վիրահատությունից հետո առաջին 24 ժամվա համար

Բ-Ստատիկ օրթեզը թույլ է տալիս իրականացնել ակտիվ շարժումներ բոլոր հարթություններում

Գ-Դինամիկ օրթեզն ունի ներկառուցված հոդեր, որոնք թույլ են տալիս վերահսկվող շարժումներ որոշակի հարթությունում, մինչդեռ ստատիկը լիովին անշարժացնում է հոդը

Դ-Ստատիկ օրթեզները պատրաստվում են միայն կաշվից, իսկ դինամիկները՝ պլաստիկից

228. Թիակի նորմալ դիրքի և շարժման գնահատման ժամանակ կարևոր է գնահատել՝

Ա-Թիակի դիրքը կրծքավանդակի նկատմամբ:

Բ-Թիակի վերև/ներքև ռոտացիան, բարձրացումը/իջեցումը և պրոտրակցիա/ռետրակցիան:

Գ-Սկապուլոհումերալ ռիթմը:

Դ-Վերոնշյալներից բոլորը:

229. Որո՞նք են շնչառությանը մասնակցող հիմնական մկանները:

Ա-Դիաֆրագման և արտաքին միջկողային մկանները

Բ-Երկգլուխ և եռագլուխ բազկային մկանները

Գ-Մեծ և միջին սրունքային մկանները

Դ-Կրծքային մեծ և երկգլուխ բազկային մկանները

230. Ո՞ր մկանն է համարվում հիմնական ներշնչման մկան:

Ա-Միջկողային մկանները

Բ-Ստոծանի (դիաֆրագմա)

Գ-Մեծ կրծքամկան (m. pectoralis major)

Դ-Որովայնի մկանները

231. Ո՞ր վիճակի դեպքում է կրծքավանդակի պերկուսիան հակացուցված:

Ա-Ատելեկտազ

Բ-Թոքերում խիտ/կպչուն սեկրետի կուտակում

Գ-Թարմ թոքային արյունահոսություն

Դ-Բրոնխային հիպերսեկրեցիա

232. Ո՞ր իրավիճակում է կրծքավանդակի վիբրացիան առավել նպատակահարմար:

Ա-Քնի ընթացքում շնչառության դադարների կանխարգելման համար

Բ-Արտաշնչման ընթացքում սեկրետի մոբիլիզացիային և արտազատմանը նպաստելու համար

Գ-Շնչուղիների լայնացման նպատակով

Դ-Սրտային անբավարարության սրացման ժամանակ

233. Շնչառական ծանրաբեռնվածության դեպքում ո՞ր մկաններն են համարվում օժանդակ ներշնչական մկաններ:

Ա-Որովայնի մկանները և ներքին միջկողային մկանները

Բ-Կրծոսկր-անրակ-պտկաձև և սանդղաձև մկանները

Գ-Միայն լայնակի որովայնային մկանը

Դ-Մեծ սրունքային մկանը

234. Մաշկի ո՞ր շերտն է պարունակում քրտնագեղձեր և մասնակցում ջերմակարգավորմանը:

Ա-Էպիդերմիս

Բ-Դերմիս

Գ-Հիպոդերմիս (ենթամաշկային շերտ)

Դ-Մկանային

235. Ո՞ր գործոնն է առավել կարևոր պառկելախոցի զարգացման համար:

Ա-Կարճատև նստած դիրքը

Բ-Երկարատև ճնշումը մաշկի և ենթամաշկային հյուսվածքների վրա

Գ-Կանոնավոր ակտիվ շարժումները

Դ-Մաշկի ամենօրյա խոնավացումը

236. Պառկելախոցի ո՞ր աստիճանին է բնորոշ մաշկի ամբողջականության խախտումը՝ մակերեսային բաց վերքով, առանց ենթամաշկային հյուսվածքի տեսանելի կորստի:

Ա-I աստիճան

Բ-II աստիճան

Գ-III աստիճան

Դ-IV աստիճան

237. Ի՞նչ է գրանուլյացիան պառկելախոցի լավացման գործընթացում:

Ա-Վերքի մակերեսի մեռուկացած հյուսվածքի կուտակում

Բ-Վերքի հատակում նոր շարակցական հյուսվածքի և մազանոթների ձևավորում

Գ-Մաշկի մակերեսային շերտի կլեպավորում

Դ-Վերքի վարակային բորբոքման զարգացում

238. Ի՞նչ է էպիթելիզացիան պառկելախոցի լավացման ընթացքում:

Ա-Նոր էպիթելի ձևավորում և տարածում վերքի մակերեսի վրա

Բ-Վերքի հատակում թարախի կուտակում

Գ-Նեկրոտիկ հյուսվածքի ձևավորում

Դ-Ենթամաշկային ճարպային հյուսվածքի քայքայում

239. Ֆանտոմային ցավի նվազեցման արդյունավետ մեթոդներից է՝

Ա-Մեկուսացումը և շարժումների սահմանափակումը

Բ-Մասնակի ծանրաբեռնման վարժությունները

Գ-Դեսենսիտիզացիոն տեխնիկաները և հայելային թերապիան

Դ-Պրոթեզով քայլելը

240. Ստորին վերջույթի անդամահատման ո՞ր մակարդակն է պահպանում ծնկան հոդը:

Ա-Տրանսֆեմորալ անդամահատում

Բ-Տրանսֆեմորալ անդամահատում՝ ծնկան հոդի մակարդակով

Գ-Տրանստիբիալ անդամահատում

Դ-Կոնքի դեզարտիկուլացիա

241. Ի՞նչ է դիսֆագիան:

Ա-Սննդի ախորժակի նվազում

Բ-Կուլ տալու գործընթացի խանգարում, որը կարող է առաջացնել սննդի կամ հեղուկի անվտանգ և արդյունավետ ընդունման դժվարություն

Գ-Ծամելու ունակության նվազում

Դ-Խոսքի արտասանության խանգարում

242. Ո՞րոնք են դիսֆագիայի անուղղակի նշանները երեխայի մոտ:

Ա-Սնվելու ընթացքում կամ դրանից հետո կրկնվող հազ, խեղդվելու դրվագներ կամ ձայնի խոնավ/«գոգռան» փոփոխություն

Բ-Ախորժակի բարձրացում

Գ-Մարմնի ջերմաստիճանի նվազում

Դ-Միայն քնի տևողության ավելացում

243. Նորածնային շրջանում ո՞րն է ձեռքը բերանին մոտեցնելու վարքագծի հիմնական նշանակությունը:

Ա-Միայն ինքնուրույն սնվելու հմտության ձևավորում

Բ-Ձեռք-բերան կոորդինացիայի վաղ ձևավորում և սեփական մարմնի հետազոտում

Գ-Միայն տեսողական ֆունկցիայի զարգացում

Դ-Ստորին վերջույթների կոորդինացիայի զարգացում

244. Ընկալողական-ճանաչողական զարգացման ո՞ր փուլում է երեխան առարկաների ուսումնասիրումը հիմնականում իրականացվում բերանի միջոցով:

Ա-Օռալ փուլում

Բ-Մանուալ փուլում

Գ-Վիզուալ փուլում

Դ-Խորհրդանշական մտածողության փուլում

245. Ո՞րն է մանուալ շրջանի հիմնական առանձնահատկությունը երեխայի ճանաչողական զարգացման ընթացքում:

Ա-Երեխան առարկաները հիմնականում ուսումնասիրում է միայն բերանի միջոցով

Բ-Երեխան սկսում է ակտիվորեն ուսումնասիրել և ճանաչել առարկաները ձեռքերի միջոցով՝ բռնելով, շոշափելով, շրջելով և մանիպուլացնելով դրանք

Գ-Երեխան ճանաչում է առարկաները միայն դրանց անվանումները լսելով

Դ-Երեխան առարկաների նկատմամբ հետաքրքրություն չի ցուցաբերում

246. Ընկալողական-ճանաչողական վիզուալ զարգացման փուլում ո՞ր կարողությունն է առավել բնորոշ երեխային:

Ա-Առարկաների ճանաչումը հիմնականում միայն բերանի միջոցով

Բ-Առարկաների ճանաչումը միայն ձեռքով շոշափելու միջոցով

Գ-Տեսողական հետևելու, ճանաչելու և առարկաների միջև տարբերությունները նկատելու կարողության զարգացումը

Դ-Առարկաների նկատմամբ հետաքրքրության բացակայությունը

247. Ո՞րն է հանդիսանում կրծքով կամ շշով կերակրումից հրաժարվելու հիմնական «ոչ օրգանական» պատճառ, որը պահանջում է սենսորային ինտեգրացիայի թերապիա.

Ա-Սովորական ախորժակի բացակայությունը

Բ-Օրալ գերզգայունությունը , երբ երեխան ցավոտ կամ տհաճ է զգում կրծքի պտուկի կամ ծծակի հպումը բերանի խոռոչում

Գ-Երեխայի ցանկությունը՝ ավելի շատ ժամանակ անցկացնել խաղալով

Դ-Կաթի համային հատկանիշների փոփոխությունը

248. Ո՞րն է վերականգնողական թիմի (մասնավորապես՝ լոգոպեդի կամ էրգոթերապիստի) հիմնական դերը ուտելուց հրաժարվող երեխայի օգնության հարցում.

Ա-Երեխային ստիպողաբար կերակրելու նոր տեխնիկաներ սովորեցնելը

Բ-Բերանի խոռոչի մկանների խթանումը (oral-motor exercises), սենսորային դեսենսիտիզացիան և կերակրման համար հարմարավետ դիրքի ու միջավայրի ընտրությունը

Գ-Բարձր կալորիականությամբ սննդակարգի նշանակումը

Դ-Դեղորայքային բուժման միջոցով ախորժակի բարձրացումը

249. Վաղ մանկական շրջանում ո՞ր վարքագիծն է վկայում ձեռք-ձեռք կոորդինացիայի զարգացման մասին:

Ա-Երեխան ձեռքերը մոտեցնում է միմյանց և խաղալիքը կամ առարկան պահում է երկու ձեռքով

Բ-Երեխան միայն ոտքերով հպվում է խաղալիքին

Գ-Երեխան միայն հայացքով հետևում է առարկային՝ առանց ձեռքերի մասնակցության

Դ-Երեխան ձեռքերը պահում է անընդհատ բռունցքված վիճակում

250. Ո՞ր շրջանում է սովորաբար ձևավորվում պինցետային՝ բթամատ-ցուցամատ/երկմատ բռնումը:

Ա-Մոտ 2–3 ամսականում

Բ-Մոտ 4–5 ամսականում

Գ-Մոտ 9–10 ամսականում

Դ-Մոտ 18 ամսականում

251. Ի՞նչ է նշանակում երեխայի կողմից ցուցամատով մատնանշելը:

Ա-Միայն մատների նուրբ շարժումների զարգացման նշան է

Բ-Ոչ խոսքային հաղորդակցական ժեստ է, որի միջոցով երեխան կարող է ուղղել ուրիշի ուշադրությունը առարկայի վրա, խնդրել այն կամ կիսել հետաքրքրությունը

Գ-Վկայում է միայն տեսողության սրության մասին

Դ-Վկայում է միայն ձեռքի մկանային ուժի զարգացման մասին

252. Երեխայի ցուցամատով նպատակային մատնանշումը սովորաբար ո՞ր շրջանում է ձևավորվում:

Ա-Կյանքի առաջին 2–3 ամիսներին

Բ-Մոտ 6 ամսականում

Գ-Մոտ 9–12 ամսականում

Դ-Մոտ 2 տարեկանում

253. էրբի պարեզի/բազկահյուսակի վնասման/ դեպքում հատկապես կարևոր է գնահատել՝

Ա-Ուսահոդի զատումը և արտաքին պտույտը:

Բ-Թիակի դիրքն ու շարժումը:

Գ-Արմունկի ծալումը:

Դ-Վերոնշյալներից բոլորը:

254. Ուսահոդի գլոբալ ակտիվ զատման նորմալ շարժման ծավալը ՝

Ա-0–90°

Բ-0–120°

Գ-90–180°

Դ-0–180°

255. Կոնքազդրային հոդի հիմնական զատիչ մկանը՝

Ա-Մեծ փակեղը ձգող մկանը:

Բ-Դերձակային մկանը:

Գ-Մեծ հետույքային մկանը:

Դ-Միջին հետույքային մկանը:

256. Հենման (stance) ֆազայում իրանի առաջ թեքումը (forward trunk lean) կարող է դիտվել հատկապես՝

Ա-Կոնքազդրային հոդի տարածիչների թուլության դեպքում:

Բ-Ծնկահոդի տարածիչների (quadriceps) թուլության դեպքում՝ ծնկահոդի վրա առաջացող հենումը նվազեցնելու նպատակով:

Գ-Միայն ոտնաթաթի ներբանային ծալիչների թուլության դեպքում:

Դ-Միայն կոնքի զատիչների (hip abductors) թուլության դեպքում:

257. Կլամբկեի պարեզին առավել բնորոշ է՝

Ա-Ուսի և արմնկի շարժումների արտահայտված սահմանափակում

Բ-Դաստակի և մատների, հատկապես փոքր մկանների, շարժումների արտահայտված թուլություն

Գ-Միայն ուսահոդի շարժումների սահմանափակում

Դ-Վերին վերջույթի բոլոր շարժումների լիակատար բացակայություն

258. Կոնք-ազդրային հոդի ռոտացիայի (պտույտի) շարժունակությունը գնահատվում է՝

Ա-Ազդրի միայն միջային (ներսային) պտույտի անկյունով

Բ-Ազդրի միջային (ներսային) և կողմնային (դրսային) պտույտների անկյուններով

Գ-Ազդրի միայն կողմնային (դրսային) պտույտի անկյունով

Դ-Կոնք-ազդրային հոդի ծալման անկյունով

259. Ո՞ր գործոնն է առավել հաճախ նպաստում մեջքի մեխանիկական ցավի առաջացմանը:

Ա-Երկարատև ֆիզիկական ակտիվության բացակայությունը և սխալ պոստուրալ սովորությունները

Բ-Միայն վարակիչ հիվանդությունները

Գ-Միայն հոդերի բորբոքային հիվանդությունները

Դ-Միայն ոսկրային կոտրվածքները

260. Բազկահյուսակի վերին դրունքային կաթվածի (Դյուշեն-Էրբի տիպ, C5-C6 արմատների վնասում) ժամանակ վերջույթի ո՞ր դիրքն է բնորոշ

Ա-Բազկի արտաքին ռոտացիա, արմնկային հոդում ծալում և նախաբազկի սուպինացիա:

Բ-Բազկի ներքին ռոտացիա և առբերում (ադուկցիա), արմնկային հոդում տարածում (էքստենզիա), նախաբազկի պրոնացիա և դաստակի ծալում:

Գ-Ուսահոդի զատում (աբդուկցիա), նախաբազկի սուպինացիա և մատների ուժեղ տարածում:

Դ-Միայն դաստակի և մատների ֆունկցիայի կորուստ՝ ուսահոդի և արմնկային հոդի լիարժեք շարժունակության պահպանմամբ:

261. Ի՞նչ է սարկոպենիան:

Ա-Ճարպային հյուսվածքի ավելացում՝ առանց մկանային փոփոխությունների

Բ-Մկանային զանգվածի, մկանային ուժի և/կամ ֆիզիկական կատարողականության առաջադիմող նվազում

Գ-Միայն մկանների տոնուսի բարձրացում

Դ-Հոդերի շարժումների ծավալի սահմանափակում՝ առանց մկանային փոփոխությունների

262. Ո՞ր մկանն է համարվում հանգիստ ներշնչման հիմնական մկանը:

Ա-Կրծոսկր-անրակ-պտկաձև մկան

Բ-Ստոծանի

Գ-Ներքին միջկողային մկաններ

Դ-Ուղիղ որովայնային մկան

263. Ո՞ր մկաններն են հիմնականում ներգրավվում հարկադիր արտաշնչման ժամանակ:

Ա-Ստոծանի և արտաքին միջկողային մկաններ

Բ-Ներքին միջկողային և որովայնի մկաններ

Գ-Սանդղաձև և կրծոսկր-անրակ-պտկաձև մկաններ

Դ-Մեծ և փոքր կրծքամկաններ

264. Գոնիոմետրիայի միջոցով ի՞նչն է գնահատվում:

Ա-Մկանային ուժը

Բ-Հոդում շարժումների ծավալը

Գ-Մկանային տոնուսը

Դ-Ցավի ինտենսիվությունը

265. Ի՞նչ է պլագիոցեֆալիան:

Ա-Գանգի ձևի ասիմետրիկ փոփոխություն, որի հետևանքով գլխի մի կողմը հարթվում է

Բ-Գանգի բոլոր չափերի համաչափ մեծացում

Գ-Գանգի ոսկրերի վարակային ախտահարում

Դ-Դեմքի մկանների թուլություն

266. Եթե պացիենտի մոտ վնասվածքից հետո պահպանված է ազդրի ծալումը (m. iliopsoas - L2 սեգմենտ) և ծնկան տարածումը (m. quadriceps - L3 սեգմենտ), սակայն բացակայում է թաթի դորսիֆլեքսիան , ո՞ր մակարդակում է հավանաբար գտնվում վնասվածքը:

Ա-Կրծքային Th12 մակարդակում

Բ-Գոտկային L4 սեգմենտների մակարդակում

Գ-Սրբանային S1 մակարդակում

Դ-Պարանոցային C8 մակարդակում

267. Տանձաձև մկանը (m. piriformis), բացի կոնքի կայունացումից, հիմնականում իրականացնում է հետևյալ շարժումը (երբ հոդը տարածված դիրքում է).

Ա-Ներքին ռոտացիա (պտույտ դեպի ներս)

Բ-Արտաքին ռոտացիա (պտույտ դեպի դուրս)

Գ-Ազդրի ծալում

Դ-Ազդրի առբերում

268. Ազդրի ուղիղ մկանը (m. rectus femoris) հանդիսանում է երկհոդանի մկան: Ո՞ր երկու շարժումներն է այն իրականացնում միաժամանակ կծկվելիս:

Ա-Կոնքի տարածում և ծնկի ծալում

Բ-Կոնքի ծալում և ծնկի տարածում

Գ-Կոնքի զատում և ծնկի տարածում

Դ-Կոնքի ներքին ռոտացիա և ծնկի ծալում

269. Ոտնաթաթի ո՞ր շարժումն է կոչվում «ինվերսիա» (inversion), որն իրականացվում է հիմնականում ենթավեգային (subtalar) հոդում:

Ա-Թաթի արտաքին եզրի բարձրացում դեպի դուրս

Բ-Թաթի շրջում դեպի ներս (միջին գծի ուղղությամբ)

Գ-Թաթի առավելագույն ծալում դեպի վեր

Դ-Մատների սեղմում ներբանի ուղղությամբ

270. Նորածնի զննման ժամանակ ո՞ր թեստն է համարվում դրական, եթե ազդրերի զատման ժամանակ լսվում կամ զգացվում է «չխկոց» , ինչը վկայում է հոդախախտված ազդրի գլխիկի ներուղղման մասին դեպի հոդափոս.

Ա-Բարլոուի (Barlow) թեստ

Բ-Օրտոլանիի (Ortolani) թեստ

Գ-Գալեացիի (Galeazzi) ախտանիշ

Դ-Ռոմբերգի փորձ

271. Ինչո՞ւ է մինչև 6 ամսական երեխաների կոնքազդրային հոդերի սոնոգրաֆիկ հետազոտությունը (Գրաֆի մեթոդով) համարվում ավելի հավաստի, քան ռենտգենագրությունը.

Ա-Ռենտգենը վնասակար է երեխայի համար

Բ-Ազդրի գլխիկի ոսկրացման կենտրոնը դեռևս ձևավորված չէ (այն աճառային է), ինչը թույլ չի տալիս ռենտգենով հստակ գնահատել գլխիկի և հոդափոսի փոխհարաբերությունը

Գ-Սոնոգրաֆիան ավելի էժան հետազոտություն է

Դ-Ռենտգենը ցույց է տալիս միայն մկանային հյուսվածքները

272. Ո՞ր մկանների աշխատանքն է հիմնականում ապահովում ուսահոդի արտաքին (էքստերնալ) պտույտը:

Ա-m. subscapularis և m. pectoralis major

Բ-m. latissimus dorsi և m. teres major

Գ-m. infraspinatus և m. teres minor

Դ-m. deltoideus և m. coracobrachialis

273. Ո՞ր մկանների աշխատանքն է հիմնականում ապահովում ուսահոդի ներքին (ինտերնալ) պտույտը:

Ա-m. infraspinatus և m. teres minor

Բ-m. subscapularis, m. pectoralis major և m. latissimus dorsi

Գ-m. supraspinatus և m. deltoideus

Դ-m. teres minor և m. coracobrachialis

274. Երեխայի վերականգնողական գնահատման ժամանակ ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Գնահատել ախտորոշումը:

Բ-Գնահատել մկանային ուժը և շարժումների ծավալը:

Գ-Գնահատել խանգարումները, գործունեությունը, մասնակցությունը, միջավայրային գործոնները և երեխայի/ընտանիքի նպատակները:

Դ-Գնահատել երեխայի ինքնուրույն քայլելու կարողությունը:

275. Ճակատային բլթի ախտահարումը կարող է առաջացնել՝

Ա-Գործադիր ֆունկցիաների խանգարում:

Բ-Շարժումների պլանավորման և վերահսկման խանգարում:

Գ-Վարքագծային և հուզական փոփոխություններ:

Դ-Վերոնշյալներից բոլորը:

276. Մանկական վերականգնողական թիմի արդյունավետ աշխատանքի կարևոր սկզբունքն է՝

Ա-Յուրաքանչյուր մասնագետ աշխատում է անկախ՝ առանց մյուսների հետ հաղորդակցության:

Բ-Բոլոր որոշումները կայացնում է միայն բժիշկը:

Գ-Մասնագետների համագործակցությունը, ընդհանուր նպատակների սահմանումը և ընտանիքի ներգրավվածությունը:

Դ-Թերապիայի բոլոր տեսակները պետք է իրականացվեն միայն ֆիզիոթերապևտի կողմից:

277. Մոռոյի ռեֆլեքսը սովորաբար ինտեգրվում (մարում) է՝

Ա-1–2 ամսականում

Բ-2–3 ամսականում

Գ-4–6 ամսականում

Դ-9–12 ամսականում

278. Նեյրոմկանային հիվանդություններին առավել բնորոշ նշանների համակցություն.

Ա-Մկանային թուլություն, հիպոռեֆլեքսիա կամ առեֆլեքսիա, մկանային հիպոտոնիա և ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ արագ հոգնածություն

Բ-Մկանային սպաստիկություն, հիպերռեֆլեքսիա, կլոնուս և Բաբինսկու ախտանիշ

Գ-Միայն հոդերի շարժումների սահմանափակում և տեղային ցավ

Դ-Տեսողական սրության նվազում, լսողության խանգարում և զգացողության կորուստ՝ առանց մկանային թուլության

279. Ո՞ր ախտանիշն է համարվում «կարմիր դրոշ» մեջքի ցավի դեպքում և պահանջում է անհապաղ բժշկական գնահատում:

Ա-Մկանային թուլություն՝ ցավի պատճառով

Բ-Ցավ, որը պահպանվում է հանգստի ժամանակ

Գ-Մեզի կամ կղանքի վերահսկման խանգարում

Դ-Ցավ՝ միայն ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից հետո

280. Անդամահատում. Ծայրատի ձևավորման և այտուցի նվազեցման նպատակով հաճախ կիրառվում է՝

Ա-Էլաստիկ բինտավորում

Բ-Սառեցնող կոմպրեսներ

Գ-Մկանային մերսում

Դ-Պասիվ շարժումների ծավալի մեծացում

281. Փոքր երեխայի խնդրի լուծման և պատճառահետևանքային մտածողության գնահատման համար ո՞ր առաջադրանքն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Երեխային առաջարկել խաղալիք, որը հասանելի է դառնում պարզ գործողություն կատարելուց հետո, և դիտարկել նրա փորձերը խնդիրը լուծելու համար

Բ-Կատարել գլխուղեղի ՄՌՏ

Գ-Գնահատել միայն երեխայի արտասանած բառերի քանակը

Դ-Գնահատել միայն ջլային ռեֆլեքսները

282. Մանուալ մկանային թեստավորում/ Manual Muscle Testing-ի 0–5 բալանոց սանդղակում 3 միավորը ի՞նչ է նշանակում:

Ա-Մկանային կծկում չկա

Բ-Շարժումը հնարավոր է միայն ձգողականության ազդեցությունը վերացնելու դեպքում

Գ-Շարժումը հնարավոր է ամբողջական ծավալով՝ ձգողականության ուժը հաղթահարելով, բայց առանց արտաքին դիմադրության

Դ-Նորմալ մկանային ուժ՝ առավելագույն դիմադրությունը հաղթահարելու ունակությամբ

283. Ինչո՞ւ է կարևոր փոքր երեխայի մկանային ուժը գնահատելիս հաշվի առնել երեխայի տարիքը և համագործակցության կարողությունը:

Ա-Քանի որ մկանային ուժի գնահատումը կախված է միայն երեխայի մարմնի քաշից

Բ-Քանի որ փոքր երեխան կարող է չհասկանալ հրահանգը կամ չկարողանալ կատարել ստանդարտ թեստային դիրքը, ինչը կարող է ազդել արդյունքի հավաստիության վրա

Գ-Քանի որ երեխաների մոտ մկանային ուժը հնարավոր չէ գնահատել

Դ-Քանի որ մկանային ուժը երեխաների մոտ միշտ նույնն է

284. Ո՞րն է պասիվ շարժման հիմնական բնութագիրը:

Ա-Շարժումը կատարվում է միայն երեխայի մկանային ակտիվության շնորհիվ

Բ-Շարժումը կատարվում է արտաքին ուժի միջոցով՝ առանց երեխայի ակտիվ մկանային մասնակցության

Գ-Շարժումը կատարվում է երեխայի և թերապևտի հավասար մասնակցությամբ

Դ-Շարժումը հնարավոր է միայն դիմադրության հաղթահարմամբ

285. Ո՞րն է ակտիվ շարժման հիմնական առանձնահատկությունը:

Ա-Շարժումը կատարվում է արտաքին ուժի միջոցով՝ առանց մկանային ակտիվության

Բ-Շարժումը կատարվում է երեխայի սեփական մկանային ակտիվության միջոցով

Գ-Շարժումը կատարվում է միայն թերապևտի օգնությամբ

Դ-Շարժումը կատարվում է միայն պասիվ ձգման միջոցով

286. Ի՞նչ է ակտիվ օժանդակ շարժումը:

Ա-Շարժում, որն ամբողջությամբ իրականացվում է թերապիստի կողմից

Բ-Շարժում, որն իրականացվում է երեխայի մկանային ակտիվության միջոցով՝ արտաքին մասնակի օգնությամբ

Գ-Շարժում, որի ընթացքում երեխայի մկանային ակտիվությունը լիովին բացառվում է

Դ-Շարժում, որն իրականացվում է միայն դիմադրության պայմաններում

287. Ո՞ր մոտեցումն է առավել նպատակահարմար դիրքային պլագիոցեֆալիայի վաղ փուլերում:

Ա-Երեխային մշտապես պահել հարթված կողմի վրա

Բ-Դիրքավորման փոփոխություն, որովայնային դիրքում վերահսկվող խաղ (tummy time) և անհրաժեշտության դեպքում՝ ֆիզիոթերապիա

Գ-Երեխայի գլխի մերսում՝ առանց դիրքավորման փոփոխության

Դ-Գլխի շարժումների սահմանափակում՝ դեֆորմացիայի խորացումից խուսափելու համար

288. Ո՞ր տարիքում է սովորաբար ձևավորվում ողնաշարի պարանոցային լորդոզը և ո՞ր շարժողական հմտության հետ է այն կապված:

Ա-Ծննդյան պահից՝ որպես բնածին կորություն

Բ-3-4 ամսականում՝ երբ երեխան սկսում է վստահ պահել գլուխը

Գ-6-7 ամսականում՝ երբ երեխան սկսում է ինքնուրույն նստել

Դ-9-12 ամսականում՝ երբ երեխան սկսում է կանգնել

289. Երեխայի զարգացման ո՞ր փուլում է վերջնականապես ձևավորվում գոտկային լորդոզը (lumbar lordosis):

Ա-Նախածննդյան շրջանում (արգանդում)

Բ-4-5 ամսականում՝ փորի վրա շրջվելիս

Գ-6-8 ամսականում՝ նստելու փորձերի ժամանակ

Դ-9-12 ամսականում և ավելի ուշ՝ երբ երեխան սկսում է կանգնել և քայլել

290. Ո՞ր վարքագիծն է առավել բնորոշ ձեռք-աչք կոորդինացիայի զարգացմանը:

Ա-Երեխան տեսողականորեն հետևում է առարկային և նպատակաուղղված ձեռքը մեկնում է դեպի այն՝ բռնելու համար

Բ-Երեխան միայն ձայնի ուղղությամբ է շրջում գլուխը

Գ-Երեխան ձեռքերը շարժում է պատահականորեն՝ առանց առարկային ուղղվելու

Դ-Երեխան միայն ոտքերով է արձագանքում տեսողական խթանին

291. Ո՞ր շրջանում է երեխան սովորաբար սկսում նպատակային բռնել առարկան ձեռքով:

Ա-Կյանքի առաջին ամսում

Բ-Մոտ 4-5 ամսականում

Գ-Մոտ 8–9 ամսականում

Դ-Մոտ 12 ամսականում

292. Ո՞ր շրջանում է երեխան սովորաբար սկսում առարկան մի ձեռքից մյուսը փոխանցել:

Ա-Մոտ 1–2 ամսականում

Բ-Մոտ 3–4 ամսականում

Գ-Մոտ 6–7 ամսականում

Դ-Մոտ 12–15 ամսականում

293. Ո՞ր մկանային խմբի ֆունկցիան է իրականացնել ազդրի մոտեցումը (adduction) միջին գծին:

Ա-m. gluteus minimus, m. tensor fasciae latae

Բ-m. adductor magnus, m. adductor longus, m. gracilis

Գ-m. biceps femoris, m. semitendinosus

Դ-m. piriformis, m. obturator internus

294. Ծուռթաթության շտկման ընթացքում շատ դեպքերում (մոտ 80-90%) անհրաժեշտ է լինում կատարել Աքիլեսյան ջլի տենոտոմիա /հատում; Ո՞ր ախտաբանական տարրի վերջնական շտկման համար է այն նախատեսված.

Ա-Կավուսի (ոտնաթաթի կամարի բարձրացում)

Բ-Ադդուկցիայի (թաթի առբերում)

Գ-Էկվինուսի (թաթի ձիու դիրք, կրունկի բարձր դիրք)

Դ-Վարուսի (կրունկի ներսթեքում)

295. Կերակրման «ծեսերի» (feeding rituals) խախտումը (օրինակ՝ անկանոն ժամեր, հեռուստացույցի տակ կերակրելը, խաղալով ուտեցնելը) ինչպե՞ս է անդրադառնում երեխայի սննդային վարքի վրա.

Ա-Օգնում է երեխային ավելի շատ ուտել՝ առանց ուշադրություն դարձնելու սննդին

Բ-Խաթարում է երեխայի կողմից սեփական քաղցի և հագեցածության զգացողության գիտակցումը (self-regulation) և մեծացնում է տագնապը ուտելու պրոցեսի հանդեպ

Գ-Որևէ ազդեցություն չի ունենում, եթե երեխան ստանում է անհրաժեշտ կալորիաները

Դ-Նպաստում է խոսքի զարգացմանը, քանի որ երեխան լսում է հեռուստացույցի ձայները

296. Ո՞րն է շտկող սաղավարտի գործողության հիմնական բիոմեխանիկական սկզբունքը պլագիոցեֆալիայի բուժման ընթացքում.

Ա-Այն ուժեղ սեղմում է գանգի արտահայտված (ցցված) հատվածները՝ դրանք ներս հրելու համար

Բ-Այն ստեղծում է կոշտ «կաղապար», որը հպվում է գանգի ցցված մասերին և թողնում է ազատ տարածություն (դատարկություն) տափակեցված հատվածներում՝ ուղղորդելով գլխի բնական աճը դեպի այդ ազատ տարածությունը

Գ-Այն փափկեցնում է գանգի ոսկրերը՝ դրանց ձևը ձեռքով փոխելու համար

Դ-Այն նախատեսված է միայն երեխայի գլուխը հարվածներից պաշտպանելու համար

297. Ո՞ր տարիքային միջակայքն է համարվում «օպտիմալ պատուհան» սաղավարտային թերապիա սկսելու համար, երբ գանգի ոսկրերը դեռևս բավականաչափ պլաստիկ են, իսկ ուղեղի աճը՝ ինտենսիվ.

Ա-0-ից 3 ամսական (մինչև երեխան կսկսի գլուխը պահել)

Բ-4-ից 12 ամսական (լավագույն արդյունքը՝ 4-8 ամսականում)

Գ-18 ամսականից հետո՝ երբ գանգի մեծ կաղաղունը լիովին փակված է

Դ-Միայն 5 տարեկանից հետո՝ դպրոց ընդունվելուց առաջ

298. Ո՞րն է դիսֆագիայի անուղղակի ախտանշաններից մեկը երեխայի մոտ:

Ա-Հիպերսալիվացիա, սնուցման ընթացքում հազ կամ խեղդվելու դրվագներ

Բ-Միայն մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում

Գ-Միայն ստորին վերջույթների մկանային տոնուսի բարձրացում

Դ-Միայն գլխի շրջագծի արագ աճ

299. Դիսֆագիա ունեցող երեխայի վերականգնողական աշխատանքի ընթացքում ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Սնուցման ընթացքում երեխային թողնել ամբողջությամբ պառկած դիրքում՝ առանց դիրքավորման

Բ-Անտեսել գլխի և իրանի վերահսկողությունը, քանի որ այն կապ չունի կուլ տալու անվտանգության հետ

Գ-Գնահատել և բարելավել գլխի ու իրանի դիրքային վերահսկողությունը, ապահովել ճիշտ դիրքավորում և անհրաժեշտության դեպքում աշխատել բազմամասնագիտական թիմի հետ

Դ-Սահմանափակել բոլոր տեսակի ակտիվ շարժումները մինչև դիսֆագիայի լիարժեք վերացումը

300. Որո՞նք են ոտնաթաթի սուպինացիան կազմող հիմնական շարժումները:

Ա-Էվերսիա, դորսալ ֆլեքսիա և զատում

Բ-Ինվերսիա, պլանտար ֆլեքսիա և առբերում

Գ-Էվերսիա, պլանտար ֆլեքսիա և առբերում

Դ-Ինվերսիա, դորսալ ֆլեքսիա և զատում

301. Որո՞նք են ոտնաթաթի պրոնացիան կազմող հիմնական շարժումները:

Ա-Ինվերսիա, պլանտար ֆլեքսիա և առբերում

Բ-Ինվերսիա, դորսալ ֆլեքսիա և առբերում

Գ-Էվերսիա, դորսալ ֆլեքսիա և զատում

Դ-Էվերսիա, պլանտար ֆլեքսիա և զատում

302. Մանկական ուղեղային պարեզի դեպքում սպաստիկ դիպլեգիկ քայլվածքին առավել բնորոշ է՝

Ա-Լայն հենման մակերեսով քայլք՝ հաճախակի հավասարակշռության կորուստներով

Բ-Ստորին վերջույթների ադդուկցիա, ծնկների և կոնքազդրային հոդերի ֆլեքսիա, ոտնաթաթերի էքվինուսային դիրք

Գ-Միայն մեկ ստորին վերջույթի շրջանաձև շարժում քայլքի ընթացքում

Դ-Կրունկների վրա քայլք՝ ծնկների հիպերէքստենզիայով

Սկզբնաղբյուրներ՝

1. Pediatric Rehabilitation: Principles and Practice (Molnar's Pediatric Rehabilitation)

2. Remo H. Largo, "Babyjahre" / "Kinderjahre" (երեխայի զարգացման տարիները)

3. WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-CY)

4. Campbell's Physical Therapy for Children (Robert J. Palisano)

5. Nelson Textbook of Pediatrics (Kliegman et al.)

6. GMFCS (Gross Motor Function Classification System) – CanChild Research Centre

7. Management of Cerebral Palsy: A Guide for Physiotherapists and Occupational Therapists (Freeman Miller)

8. International Standards of Care for SMA and DMD

9. Ponseti Management of Congenital Clubfoot

10. AACPDM (American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine) Care Pathways