Варіант 1.

1. Соматоскопічним методом лікарського контролю можна визначити: 1 - м'язову силу спортсмена; 2 - поставу спортсмена; 3 - фізичну працездатність спортсмена; 4 - геодинамічний тип реакції на фізичні навантаження спортсмена; 5 - тонус симпатичного відділу ВНС спортсмена;

2.Фізіологічна або нормотонічна реакція системи кровообігу на пробу Мартіне характеризується : 1 - ростом пульсу й пульсового тиску на 80 % щодо спокою ; 2 зменшенням САТ щодо спокою ; 3 – ростом ДАТ щодо спокою ; 4 – ростом пульсу більше , ніж на 120 % щодо спокою ; 5 – зменшенням пульсу щодо спокою ;

3.Перед виконанням тесту з фізичним навантаженням необхідно виключити: 1 – будь які фізичні зусилля; 2 – легкий сніданок; 3 - паління ; 4 - уживання алкоголю протягом декількох місяців 5 - споживання солодощів перед сном;

4.Ступінь стомлення після фізичних вправ у тренувальному занятті визначається лікарським контролем: 1-этапнм ;2 - оперативним ; 3 - поточним ; 4 - через три місяці після тренувального процесу; 5 – під час тренувального заняття ;

5. Дистонічний тип реакції системи кровообігу на фізичне навантаження характеризується змінами щодо спокою наступних показників : 1 – ростом пульсу й пульсового тиску на 110 % ; 2 – ростом пульсу на 120 % і зниженням пульсового тиску ; 3 – ростом пульсу й ДАТ на 100 % ; 4 – ростом пульсу на 102 % і зниженням ДАТ до 40 мм рт ст..; 5 - ростом пульсу й пульсового тиску на 125 % ;

6. Відставлену дію фізичних навантажень у тренуванні спортсмена можна визначити й оцінити : 1 – оперативним лікарським контролем; 2 – поточним лікарським контролем; 3 – під час тренувального заняття; 4 - через кілька місяців тренувальних занять; 5 – етапним лікарським контролем;

7.Стійкість організму спортсмена до гіпоксії визначається й оцінюється пробою : 1 – з динамічним фізичним навантаженням; 2 – з ізометричним фізичним навантаженням; 3 – зі зміною положення тіла в просторі; 4 - із затримкою дихання на вдиху або видиху ; 5 – Ромб ерга

8. Оцінка типу гемодинамічної реакції на фізичне навантаження визначається величинами змін : 1 – частоти й глибини дихання ; 2 – пульсу й артеріального тиску; 3 – амплітудних й інтервальних показників біоелектричної активності серця ; 4 – життєвої ємності легень; 5 - гематологічних показників;

9.Велоергометрію можна віднести до функціональної проби : 1 – з ізометричним фізичним навантаженням; 2 – зі зміною умов зовнішнього середовища; 3 – зі зміною положення тіла в просторі; 4 -з динамічним фізичним навантаженням; 5 -з визначенням тонусу симпатичного відділу ВНС;

10. Пропорційність соматометричних показників фізичного розвитку спортсмена визначається й оцінюється методом: 1 – кореляційним ; 2 – середньоквадратичних відхилень ; 3 – тонусометричним; 4 – центильним ; 5 – індексів;

11. Для визначення тонусу симпатичного відділу ВНС проводиться наступна функціональна проба : 1 – із затримкою подиху, 2 – з динамічним фізичним навантаженням; 3 – зі статичним фізичним навантаженням; 4 - зі зміною положення тіла в просторі ; 5 - з холодовою аплікацією

.

12.При симпатикотонії приріст пульсу щодо спокою на ортостатичну пробу становить : 1-10 уд\хв; 2-18 уд\хв ; 3-38 уд\хв; 4-14 уд\хв; 5-16 уд\хв;

13.Поточним лікарським контролем визначається : 1 – безпосередня дія фізичних вправ; 2 - ступінь стомлення після тренувального заняття; 3 – кумулююча дія фізичних вправ; 4 – термінова дія фізичних вправ; 5 – адекватність виконання фізичних вправ;

Варіант 1

14.Економізація функції системи зовнішнього дихання в результаті систематичних адекватних фізичних тренувань характеризується : 1 – збільшенням частоти дихання ;2 – збільшенням дихального об'єму; 3 - зменшенням максимальної вентиляції легень; 4 - зменшенням бронхіальної прохідності; 5 – зменшенням альвеолярної вентиляції;

15.У ФР хворих ішемічною хворобою серця велотренування призначається з метою: 1 нормалізації рефлексу розширення коронарних судин у відповідь на підвищену потребу міокарда в кисні ; 2. Збільшення сили м'язів нижніх кінцівок; 3. збільшення потреби міокарду в кисні; 4. підвищення симпатичних впливів на серце; 5. зниження фібрінолітичної активності крові ;

16.Терміновий ефект дії фізичного навантаження в тренуванні спортсмена визначається й оцінюється : 1 – протягом 24 годин після заняття; 2 - через 6 місяців після заняття; 3 – під час заняття; 4 - етапним лікарським контролем; 5 - поточним лікарським контролем;

17.Заключна частина тренувального заняття становить від всієї його тривалості : 1- не більше 10 % ; 2-10-15 % ; 3-25-30 %; 4 – не менше 50 %; 5-3-5 %;

18. Хворому, що виписався зі стаціонару після гострого інфаркту міокарда доцільно призначити наступні засоби ФР : 1 - фізичні вправи максимальної аеробної потужності ;2 – анаеробні фізичні вправи; 3 – ізометричні фізичні вправи; 4 – фізичні вправи з потужністю , яка не перевищує 50% аеробних можливостей хворого; 5 - рефлекторні;

19.У процедурі лікувальної гімнастики у хворого гіпертонічною хворобою доцільно використовувати вправи:1 - на розслаблення м'язів ; 2. динамічні регіональні; 3. ідеомоторні; 4. анаеробні; 5. локальні

20.Лікування положенням тіла й кінцівок при хронічній недостатності кровообігу сприяє:1. поліпшенню психо-емоційного стану хворого; 2.- зниженню потреби міокарда в кисні; 3. полегшенню повернення крові з периферії; 4.- підвищенню фібрінолітичної активності крові; 5. - підвищенню скорочувальної функції серця ;

21.Для індивідуалізації інтенсивності фізичного навантаження у ФР хворого хронічною ішемічною хворобою серця проводять пробу: 1.ортостатичну; 2.Мартіне-Кушелевського; 3. кліностатичну; 4.велоэргометричну; 5.гипоксичну ;

22.Спеціальним завданням ФР хворого з гіпотонічною і гіпокінетичною дискінезією жовчовивідних шляхів є : 1 - попередження дуодено-гастральних рефлюксів 2 - зняття спазмів гладкої мускулатури жовчовивідних шляхів 3 - посилення жовчовиділення за рахунок плавних змін внутрішньочеревного тиску 4 - підвищення тонусу симпатичної ланки вегетативної нервової системи 5 -поліпшення шунтування крові через артеріо-венозних анастомозів органів черевної порожнини ;

23.Масаж комірцевої зони прийомом безперервної вібрації у хворого гіпертонічною хворобою сприяє:1.підвищенню процесів збудження в центральній нервовій системі; 2.зменшенню процесів збудження в центральній нервовій системі; 3. прискоренню ЧСС; 4. підвищенню тонусу масованих м'язів; 5. підвищенню артеріального тиску

24.Збільшенню енерговитрат за рахунок розщеплення жирів сприяють фізичні вправи, спрямовані на розвиток:1. гнучкості 2. сили 3. загальної аеробної витривалості 4. швидкісно-силової реакції 5. координації рухів

25.Активізація діафрагмального дихання у хворого з важким ступенем недостатності кровообігу сприяє:1. поліпшенню венозного повернення крові з периферії; 2. зменшенню потреби міокарду в кисні; 3

Варіант 1
розвитку колатералей в міокарді; 4 збільшенню потреби міокарду в кисні 5 підвищенню артеріального тиску ;

26. Нормалізувати моторику жовчовивідних шляхів при гіпотонічній – гіпокінетичній гіпокінезії може :1. вібрація переривчаста в правому підребер'ї 2. розтирання 3. прогладжування кругове за годинниковою стрілкою 4. прогладжування кругове проти годинникової стрілки 5. вібрація безперервна ;

27. У фізичній реабілітації хворих з ожирінням доцільно використовувати фізичні вправи : 1 – пасивні для верхніх кінцівок ; 2 – активні локальні ; 3 – активні аеробні ;4- активні анаеробні; 5 - ізометричні ;
29. При обструктивних порушеннях газообміну у фізичній реабілітації хворих необхідно використовувати фізичні вправи: 1 - ідеомоторні ; 2 – рефлекторне; 3 - дихальні з форсуванням вдиху; 4 – дихальні з форсуванням видиху; 5 – дихальні з подовженням видиху;

28. Який із прийомів масажу здатний знизити тонус і моторику жовчновивідниxx шляхів при гіпертонічній - гіперкінетичній дискінезії:1. погладжування кругове проти годинникової стрілки 2. розтирання 3. вібрація переривчаста в правому підребер'ї 4. розминання 5. вібрація безперервна в правому підребер'ї

29.Створення положення руки з розгинанням ліктьового, променево - зап'ястного суглобів і супінації передпліччя сприяє: 1. Збільшенню сили м'язів ураженої кінцівки; 2. Профілактиці суглобних контрактур; 3. Зменшенню рефлекторної збудливості м'язів-згиначів руки; 4. Відновленню вестибулярної функції; 5. Збільшує розтягання периферичних судин і нервів

30.Який з перерахованих прийомів масажу буде сприяти зменшенню тонусу уражених м'язів: 1. Швидке прогладжування кінцівок, що перебувають у позі Вернике-Манна; 2. Інтенсивне розмикання в тім же положенні; 3. Переривчаста вібрація; 4. Повільне прогладжування кінцівок, що перебувають у положенні протилежному можливій контрактурі; 5 - інтенсивне розтирання згиначів руки й розгиначів ноги.

31.У пацієнта з ішемічним мозковим інсультом і лівосторонньою гемиплегією фізичні вправи зі зміною положення голови й тулуба з різних вихідних положень сприяють: 1. Усуненню м'язових дистоній; 2. Профілактиці м'язових контрактур; 3.Профілактиці суглобних контрактур; 4. Відновленню функції рівноваги; 5. Профілактиці розвитку патологічних сінкінезий

32.Який засіб ФР може вирішити спеціальні завдання у хворого з невритом лицьового нерва, що супроводжується парезом мімічної мускулатури? 1.лікувальна гімнастика; 2 - механотерапія; 3 - фізичні вправи; 4 - теренкур; 5 - велотренування;

33.У хворого з параплегією, що розвилася після травми спинного мозку, спеціальним завданням фізичної реабілітації буде попередження : 1. Застійної пневмонії; 2. Пролежнів; 3. Тромбозу вен нижніх кінцівок; 4. Мязово - суглобних контрактур; 5. Втрати кальцію з кісток

34.Фізична реабілітація хворого з переломом правої гомілки в лікувальному періоді іммобілізації в амбулаторних умовах призначаються фізичні вправи у формі: 1 - вільного рухового режиму; 2 - загартовуючих процедур; 3 - лікувальної гімнастики;4 – Щадного рухового режиму; 5 - активних фізичних вправ;

35.Антангическое положення, що призначене пацієнтові з остеохондрозом поперековокрижового відділу хребта сприяє: 1. Утворенню м'язового корсета; 2. Збільшенню загальної витривалості; 3. Розвитку гнучкості; 4. Зменшенню стиску спинномозкових корінців; 5. Збільшенню силової витривалості м'язів черевного преса

36.Хворим з геміплегією після перенесеного інсульту з метою рішення спеціальних завдань ФР необхідно використовувати: 1.атлетичну гімнастику; 2.Теренкур; 3.Лікувальну гімнастику; 4. Велотренування; 5.Ізометричні фізичні вправи

Варіант 1

37.У перші 8 - 10 тижнів вагітності в заняттях фізичними вправами варто уникати: 1 - стрибків й різкої зміни внутрішньочеревного тиску; 2 - довільної напруги й розслаблення м'язів живота; 3 - вправ для **.** зміцнення м'язів живота, тазового дна; 4 - статичних дихальних вправ; 5 - динамічних дихальних вправ без різкого підняття рук нагору;

38. При ФР хворого з травмою стегна в під час імобілізації призначення ідеомоторних вправ сприяє :1 - попередженню м'язових атрофій; 2 - попередженню контрактур в іммобілізованих суглобах; 3 - збереженню рухового стереотипу в ЦНС; 4 - тромбоутворенню; 5 - стимуляції крово й лимфообігу;

39.Індиввідуальний метод проведення занять фізичними вправами проводиться:1 - методистом з 3-5 хворими в палаті; 2 - методистом з окремим хворим; 3 – самостійно хворим після консультативних рекомендацій ; 4. - методистом з 10 хворими в залі ЛФК; 5 - методистом з 6-8 хворими в палаті

40. 1.У хворого при соматоскопії виявлено асиметричне положення надпліч, нижніх кутів лопаток, сосків, такі зміни характерні для: 1. круглої конфігурації хребта; 2. Плоскої спини; 3. сколіотичної постави; 4. плоско-ввігнутої конфігурації хребта; 5. Кругло-ввігнутої конфігурації хребта

Варіант 2

3.Визначення й оцінка фізичного розвитку при лікарському контролі проводиться з метою: 1 - оцінки безпосередньої дії фізичного навантаження;2 – оцінки кумулятивної дії фізичних навантажень; 3 – оцінки типу реакції на фізичне навантаження;4 - визначення тонусу симпатичного відділу ВНС; 5 – визначення стійкості організму до гіпоксії;

1.При лікарському обстеженні спортсмена змінивши його положення тіла з вертикального на горизонтальне можна визначити й оцінити : 1 – тонус симпатичного відділу ВНС ; 2 – тонус парасимпатичного відділу ВНС;3 – тип реакції системи кровообігу на динамічне фізичне навантаження; 4 - тип реакції системи кровообігу на ізометричне фізичне навантаження; 5 – стійкість організму до гіпоксії;

2.Первинний лікарський контроль у спортивній медицині проводиться для визначення: 1- термінової дії фізичного навантаження; 2 – відставлені дії фізичного навантаження; 3 – кумулятивні дії фізичного навантаження; 4 – можливості допуску до спортивної діяльності; 5 - дострокової адаптації до фізичних навантажень;

4.Визначення й оцінка рельєфності мускулатури спортсмена проводиться методом : 1- антропометрії;2 – соматоскопії;3 – соматометрії;4 -тонусометрії; 5 – динамометрії

5. До функціональних проб зі зміною умов зовнішнього можна віднести проби : 1 - з динамічними фізичними навантаженнями; 2 - з ізометричними фізичними навантаженнями; 3 - із затримкою подиху; 4 - зі зміною положення тіла в просторі; 5 - з фармацевтичними препаратами;

6.При оперативному лікарському контролі доцільно використовувати: 1-функціональні методи контролю;2 - лабораторні методи контролю; 3 - анамнестичні й соматоскопічні методи контролю; 4. - спірографію; 5 - динамометрію;

7.Для оцінки фізичного розвитку методом антропометричних індексів необхідно визначити: 1 - ступінь відхилення показників досліджуваного від середніх величин однорідної групи; 2 – центильну область показників досліджуваного; 3 - ступінь взаємозв'язку антропометричних показників досліджуваного;.4 - ступінь зв'язку антропометричних показників між собою; 5 - пропорційність антропометричних показників між собою;

8.Гіпотонічна реакція системи кровообігу на пробу Мартін - Кушелевского характеризується: 1 – значною активізацією інотропного й хронотропного резерву серця, 2 – значною активізацією тільки хронотропного резерву серця, 3 – активізацією хронотропного й інотропного резерву серця. у межах 80 % щодо стану спокою;4 - значним прискоренням ЧСС і зниженням САТ;5 - значним прискоренням ЧСС і зниженням ДАТ до «нескінченного тону»;

9.На пробу Мартіне-Кушелевського пульс змінився від 60 до 84 уд\ хв, а пульсовий тиск – від 30 до 40 мм рт ст, з відновленням гемодинаміки на 1 хв. 30 сек. Таку реакцію системи кровообігу потрібно вважати: 1 - нормотонічною, 2 – гіпотонічною, 3 – гіпертонічною; 4 – дистонічною ; 5 – сходинковою;

10.Гіпоксичні проби доречно проводити при проведенні лікарського контролю для визначення: 1 - соматотипа спортсмена; 2 - рівня фізичного розвитку спортсмена; 3 – гармонійності фізичного розвитку; 4 – стійкості організму спортсмена до гіпоксії; 5 - тонусу симпатичного відділу ВНС;

11.Методом антропометричних індексів можна оцінити:1 - пропорційність антропометричних показників; 2 - відхилення показників дослідженого середніх від однорідної групи;3 - взаємозв'язок антропометричних показників дослідженого;4 – центильну область антропометричних величин досліджуваного ; 5 - рельєфність мускулатури досліджуваного;

12.Ортостатична проба, це проба: 1 – з динамічним фізичним навантаженням ; 2 – зі статичним фізичним навантаженням ; 3 – зі зміною положення тіла в просторі.; 4 - зі зміною умов зовнішнього середовища ; 5 - із затримкою подиху після видиху;

Варіант 2

13. При значному (більше 100%) зростанні пульсу й пульсового тиску щодо спокою на динамічне фізичне навантаження тип реакції системи кровообігу оцінюється як : 1 – гіпертонічний; 2 – астенічний; 3 – гіпотонічний; 4 -дистонічний; 5 - нормотонічний

14.Збільшення кількості колатералей у міокарді після циклу ФР у хворого хронічною ішемічною хворобою серця забезпечується використанням фізичних вправ: 1 - глобальних динамічних ; 2 регіональних ; 3.рефлекторних; 4. локальних; 5. пасивних

15.На 7-й день після гострого трансмурального інфаркту міокарду ФР проводиться у формі: 1. дозованої ходьби; 2. лікувальної гімнастики; 3.спортивних ігор; 4.трудотерапії; 5.лікувального плавання;

16.Хворому гіпертонічною хворобою II стадії , що лікується амбулаторно, доцільно призначити наступні засоби ФР: 1. лікувальну гімнастику; 2. дозовану ходьбу; 3.спортивно-прикладні вправи; 4. теренкур;5.механотерапію;

17.Хворому із хронічною недостатністю кровообігу II ступеня в амбулаторних умовах призначається наступний руховий режим:1.постільний ; 2.- щадний ; 3.палатний ;4. тренувальний; 5. вільний

18.У процедурі лікувальної гімнастики хворому хронічною ішемічною хворобою серця для розв'язання спеціальних завдань доцільно використовувати наступні вправи::1. динамічні глобальні; 2. динамічні локальні; 3. динамічні регіональні;4. ізометричні; 5. ідеомоторні

19.Для поліпшення моторної функції кишко вика хворому з атонічним хронічним колітом потрібно використовувати наступні засоби ФР:1. механотерапію ; 2 - ідеомоторні фізичні вправи для нижніх кінцівок; 3 - спортивно - прикладні фізичні вправи; 4 - рефлекторні вправи, 5 - дозовану ходьбу;

20.Які з перерахованих фізичних вправ здатні підвищити кислотоутворюючу функцію шлунку:1. динамічні дихальні вправи 2.-спортивно - прикладні малої інтенсивності, тривалі 3. активні для дистальних відділів кінцівок з великою амплітудою, короткочасні 4. ігрові малорухомі 5. ізометричні напруги м'язів

21.Для активізації холестеринового обміну у хворого хронічною ішемічною хворобою серця призначають наступні засоби ФР: 1 - загартовування; 2. дозовану ходьбу; 3. механотерапію; 4. динамічні глобальні вправи ; 5. ідеомоторні вправи;

22.Дренажний масаж нижніх кінцівок хворому із хронічною недостатністю кровообігу проводиться з метою: 1.підвищення фізичної працездатності; 2.поліпшення психоемоційного стану хворого; 3. поліпшення венозного повернення крові з периферії; 4. активізації холестеринового обміну 5. підвищення скорочувальної функції міокарда;

23.В результаті систематичних адекватних занять фізичними вправами у хворого гіпертонічною хворобою: 1 знижується периферичний опір судин; 2.збільшується частота подиху в стані спокою; 3.збільшується чутливість м'язів до симпатико - адреналових впливів;4. збільшується кінцево – систолічний об'єм лівого шлуночку;5. збільшується потреба міокарду в кисні

24. Для компенсації порушеного газообміну у хворого з правобічною пневмонією необхідно періодично займати положення :1.на лівому боці;2.на правому боці;3.на спині;4.на животі;5.колінно- ліктьове;.

25.Особливістю проведення фізичного тренування хворому з інсулінозалежним цукровим діабетом є наступне: 1. збільшення дози інсуліну 2. зменшення дози інсуліну 3. зменшення кількості вживаних вуглеводів 4. наближення ділянки ін'єкцій інсуліну до м'язів, які включаються в рухи . 5 - введення інсуліну після фізичних тренувань

Варіант 2

26 Спеціальним завданням ФР хворого з хронічним атонічним колітом є : 1. відновлення природної перистальтичної активності кишковика 2. зниження внутрішньочеревного тиску у верхніх відділах черевної порожнини 3. зняття спазмів гладкої м'язової тканини кишечника 4. підвищення тонусу центральної нервової системи 5. профілактика спланхноптозу

27. Постуральний дренаж хворому із захворюванням органів дихання проводиться :1 – після заняття лікувальною гімнастикою ; 2- до заняття лікувальною гімнастикою ; 3 - з ізометричною напругою черевної стінки ;4 - з обмеженням кашлю ; 5 - з масажними прийомами лагідного погладжування ;

28.Дихальні вправи з подовженням видиху (на пасивізацію його) приводять до:1. поліпшення бронхіальної прохідності;2. поліпшення еластичних властивостей легенів;3. збільшення життєвої ємності легенів;4. збільшенню залишкового обсягу;5. зменшення дихального обсягу.

29. Для стимуляції моторно-евакуаторної функції кишечника у ФР хворих використовуються фізичні вправи : 1. - з різкими змінами положення тіла; 2 - з коліно-ліктьового вихідного положення; 3 - з положення сидячи на стільці; 4 - динамічні для верхніх кінцівок;5 - рефлекторні;

30.Для зниження рівня глікемії у хворих на цукровий діабет у ФР потрібно використовувати вправи :1. максимальної аеробної можливості хворого; 2. середньої аеробної можливості хворого; 3 - ізометричні; 4 - анаеробної спрямованості ; 5 - із затримкою дихання;

31.Для стимуляції кислотоствоюючої функції шлунку у ФР хворого використовуються фізичні вправи: 1 – динамічні низької інтенсивності й малого обсягу; 2 – динамічні низької інтенсивності й великого обсягу; 3 – великої інтенсивності й великого обсягу; 4 - великої інтенсивності й малого обсягу; 5 - переважно ізометричні;

32.Які фізичні вправи потрібно використовувати хворим з ожирінням : 1 активні динамічні середньої аеробної потужності; 2 – максимальної аеробної потужності; 3 - ізометричні; 4 – швидкісно- силові; 5 – рефлектортні;

33.Позитивний кумулятивний ефект фізичної реабілітації у хворих , які перенесли інсульт визначається: 1. Появою співдружніх рухів у паралізованих кінцівках і довільних - у здорових; 2. Укороченням зв'язок у променево- зап’ястному суглобі; 3. Збільшенням тонусу м'язів, що приводять плечі; 4. Зниженням тонусу м'язів, що згинають передпліччя; 5. Збільшенням тонусу розгиначі стегне

34. Який засіб ФР з нижче перерахованих допоможе вирішити спеціальні завдання при невриті променевого нерва, що супроводжується паралічем: 1. лікувальна гімнастика; 2 щадно- тренуючий руховий режим; 3 – лікувальна гімнастика; 3. Пасивні вправи в променево - п’ясному суглобі; 4.Циклічні спортивно прикладні вправи; 5. Розширений постільний режим

35.Профілактиці утворення рубців навколо уражених периферичних нервів кінцівок, що супроводжуються паралічем, буде сприяти: 1. Ідеомоторна фізична вправа;2. Лікування положенням; 3.Циклічна прикладну-прикладна-спортивно-прикладна вправа; 4. Масаж; 5-Теренкур

36.Який засіб ФР для розв’язання спеціальних задач можна використовувати пацієнтові, у якого після травми хребта вище рівня кінського хвоста розвилася параплегія: 1. Активні рухи в суглобах нижніх кінцівок; 2. Ізометричні напруги м'язів стегна; 3. Вільний руховий режим; 4. Положення ніг у невеликому відведенні з розігнутими в тазостегнових і колінних суглобах; 5. загартування водою;

Варіант 2

37.Яке із завдань фізичної реабілітації буде спеціальної у вищевказаній ситуації : 1.Профілактика застійної пневмонії; 2. Профілактика згинальних контрактур у тазостегнових суглобах; 3. Профілактика пролежнів; 4. Профілактика розгинальних контрактур в нижніх кінцівках; 5. Профілактика тромбозу глибоких вен

38Для рішення спеціальних завдань фізичної реабілітації в жінки з вагітністю 30 тижнів і поперечним положенням плода доцільно виконувати вправи: 1 - лежачи на боці, протилежному позиції плода;2 - з ізометричної напругою черевної стінки; 3 - рефлекторні; 4 - ідеомоторні; 5 - зі значним підвищенням внутрішньочеревного тиску

39.Ізометричні напруги м'язів травмованої кінцівки, яка імобілізована гіпсовою пов'язкою , сприяють: 1 - попередженню контрактури в іммобілізованих суглобах; 2 - попередженню м'язових атрофій імобілізованої кінцівки; 3 – тромбоутворенню в імобілізованої кінцівки; 4 - збереженню рухового стереотипу в ЦНС; 5 - формуванню тимчасової компенсації для переміщення;

40.У ранньому післяопераційному періоді фізичної реабілітації хворого необхідно акцентувати увагу на: 1 – динамічні дихальні вправи з форсуванням вдиху; 2 – динамічні дихальні вправи з підручними засобами; 3 - грудний тип дихання з форсуванням вдиху; 4. – грудний тип дихання з подовженням видиху; 5 - поглиблення діафрагмального дихання;

Варіант 3

1.Відставлений ефект дії фізичного навантаження можна визначити лікарським контролем: 1 - первинним; 2-поточним; 3 - оперативним ; 4. - етапним ; 5 – під час тренувального заняття;

2. Соматоскопією можна визначити у спортсмена :1 - рельєфність м'язів; 2 - силу м'язів; 3 - тонус м'язів; 4 - товщину жирових складок; 5 - обхват тулуба й кінцівок;

3.Значна активізація тільки хронотропного резерву серцево-судинної системи без зміни інотропного при пробі Мартіне - Кушелевського характеризується як реакція :1 – астенічна , 2 – гіпертонічна , 3 – дистонічна; ; 4 - фізіологічна ;5 - нормотонічна ;

4. Про перевагу тонусу симпатичного відділу ВНС при ортопробі свідчать названі зміни показника ЧСС щодо спокою в ортостазі: 1 зростання на 6 уд /хв.; 2 зростання-на 18уд\хв; 3 - зменшення щодо спокою; 4 – зростання на 30 уд\хв ; 5 – зростання на 10 ударів;

5.Пробою Генча визначається у спортсмена : 1 - тонус парасимпатичного відділу ВНС; 2 – тонус симпатичного відділу ВНС;3 – соматотип ; 4 - стійкість організму до гіпоксії; 5 - бронхіальну прохідність

6.Проведений лікарський контроль під час тренувального заняття визначає: 1 - безпосередню дію фізичного навантаження; 2 – кумулюючу дію фізичних навантажень; 3 - відставлену дію фізичного навантаження; 4 – ступінь стомлення від фізичного навантаження в тренуванні; 5 – ступінь відновлення після фізичного навантаження.

7.Для визначення кумулятивного ефекту фізичних навантажень у тренувальному процесі проводиться: 1 – лікарський контроль під час тренувального заняття; 2 - лікарський контроль протягом 24 годин після тренувального заняття; 3 – лікарський контроль після певного етапу тренувальних занять ; 4 – оперативний лікарський контроль; 5 – поточний лікарський контроль;

8.Визначення фізичної працездатності спортсмена проводиться при лікарському контролі для визначення: 1 – безпосереднього впливу тренувального навантаження ; 2 - термінового ефекту навантаження ; 3 – соматотипу; 4 – тонусу симпатичного відділу ВНС; 5 – кумулюючого впливу фізичних тренувань;

9.Для визначення загальної фізичної працездатності спортсмена доцільно використовувати м'язові навантаження : 1 – локальні ; 2 – глобальні; 3 – регіональні ; 4 – малої аеробної потужності; 5 – переважно ізометричні;

10.При визначенні фізичної працездатності практично здорових студентів на велоергометрі доцільно починати тестування з потужності навантаження в: 1-20 Вт; 2-50 Вт; 3 – 100 Вт; 4 – 170 Вт; 5-25 Вт;

11.Гіпотонічна (астенічна) гемодинамічна реакція на фізичне навантаження в тренувальному занятті спортсмена характеризується : 1 - прискоренням пульсу в межах суми ЧСС спокою й 40 % хронотропного резерву; 2 - прискоренням пульсу до величини нижче цієї границі; 3 – зниженням САТ щодо спокою ; 4 - ростом САТ щодо спокою; 5 - зменшенням ДАТ до рівня « безкінцевого тону»

12.Для визначення фізичної працездатності спортсменів чоловічої статі за величиною індексу Гарвардську степ-тесту необхідно мати сходинку висотою: 1-35 см; 2-45 см; 3-50 см; 4-55 см; 5-70 см;

13.Заняття фізичними вправами в повному обсязі навчальних програм проводяться з дітьми : 1 – без відхилень у стані здоров'я; 2 – зі слабкою фізичною підготовленістю ;3 – з недостатнім фізичним розвитком і відхиленнями в стані здоров'я; 4 – з відхиленнями в стані здоров'я постійного характеру; 5 -спеціальної медичної групи ;

Варіант 3

14.Оперативним лікарським контролем визначається й оцінюється :1 - відставлений ефект тренувального заняття ; 2- терміновий ефект тренувального заняття; 3 – кумулюючий ефект ; 4 - відновлення спортсмена після тренувального заняття; 5 - перспективність спортсмена в даному виді спорту;

15.Найбільша інтенсивність відновних процесів в організмі спортсмена після тренування спостерігається : 1 – через 12 годин; 2 – наступного дня ; 3 - відразу після закінчення роботи; 4 – через 6 годин; 5 – через 18 годин;

16.Для визначення інтенсивності фізичного навантаження у ФР хворого гіпертонічною хворобою 1 стадії необхідно використовувати пробу: 1. ортостатичну; 2. кліностатичну; 3.гипоксичну; 4. Мартіне-Кушелевського ; 5. велоергометричну;

17.З перерахованих фізичних вправ при постійному їхньому використанні поліпшенню аеробної витривалості хворого гіпертонічною хворобою будуть сприяти вправи: 1. на розслаблення м'язів; 2. пасивні ; 3. циклічні спортивно-прикладні ; 4. ідеомоторні; 5. локальні

18.Дренажний масаж нижніх кінцівок у хворого із хронічною недостатністю кровообігу проводиться прийомом: 1.погладжувняя за ходом крово-і лимфо току;2. погладжування проти крово- і лимфо току;3.разминання; 4.розтирання; 5. переривчастої вібрації

19.У хворого з гострим інфарктом міокарду, що перебуває на постільному руховому режимі, заняття лікувальною гімнастикою адекватно, якщо:1.ЧСС не перевищує стан спокою більше, ніж на 5-10%; 2. ЧСС перевищує стан спокою на 20%; 3. активізується 40-50 % хронотропного резерву; 4. АТ перевищує показники стану спокою більше помилки методу; 5.активізується 75% хронотропного резерву серця;

20. Дистонічна реакція системи кровообігу в тренувальному занятті проявляється : 1 – зниженням САТ щодо стану спокою; 2 - ростом САТ ; 3 – прискоренням пульсу в межах суми пульсу в спокої й 80 % хронотропного резерву спортсмена; 4 – зниженням ДАТ до «безкінцевого тону» ; 5 – відсутністю росту пульсового АТ ;

21.При гравітаційному шоку необхідно : 1 - виключити тривале стояння; 2 – негайно дати склянку теплого цукрового сиропу ; 3 – продовжити повільний біг, ходьбу; 4 - надати вертикальне положення; 5 - припинити м'язову діяльність ;

22.При виконанні яких фізичних вправ спостерігається найбільше розщеплення жирів, як енергетичних продуктів: 1. дихальних у положенні сидячи 2. динамічних у суглобах кисті3. ходьбі по рівній місцевості 4. пасивно-активних 5. ізометричних напругах м'язів передпліччя

23.Поліпшенню дренажної функції жовчовивідних шляхів при гіпотонічної – гіпокінетичній дискинезії будуть сприяти наступні фізичні вправи:1. ходьба 2. плавання 3. нахили тулуба вперед, у сторони 4. ізометричні напруги м'язів живота 5. розслаблення м'язів верхніх кінцівок

24.Які з перерахованих фізичних вправ здатні знижувати кислотостворюючу функцію шлунку?1. статичні дихальні вправи 2. ізометричні напруги м'язів черевного пресу 3. динамічні, малої інтенсивності 4. динамічні, високої інтенсивності 5. ідеомоторні

25. З метою максимального включення жирів у метаболізм потужність тренувального навантаження при велотреніровках повинні рівнятися величині:1. граничного навантаження 2. субмаксимального навантаження 3.50 % від граничного рівня 4. максимального навантаження 5.80 % від граничного рівня

Варіант 3

26. При обструктивних порушеннях газообміну використовуються дихальні вправи : 1 – з форсованим видихом ; 2 - з поглибленням вдиху ; 3 – з подовженням видиху; 4 – з активізацією вдиху;5 - зі значним зростанням частоти дихання;

27.При обструктивних вентиляційних порушеннях доцільно використовувати при ФР: 1 – ідеомоторні фізичні вправи ; 2 – дихальні вправи з акцентом на форсований вдих ; 3 - дихальні вправи з акцентом на форсований видих ; 4 - дихальні вправи з пасивізацією видиху ; 5 - ізометричні вправи для черевної стінки

28.Уповільнення й подовження (пасивізація) видиху у хворих із бронхоспазмом сприяє: 1 збільшенню залишкового обсягу; 2 - натягу плеври; 3 - зменшенню альвеолярної вентиляції; 4 -більш пізньому спадінню бронхів на видиху; 5 - активізації мукокінезу.

29.Яке дренажне положення в ліжку необхідно надати хворому для поліпшення від ходження мокротиння при правобічний верхнедолевій пневмонії:1.лежачи на спині;2.лежачи на лівій стороні з піднятим ножним кінцем;3.на правій стороні;4.лежачи на животі;5.сидячи з опорою на високу подушку з нахилом тулуба вліво.

30.Гіпертонія яких м'язів характерна для центральних паралічів? 1. Згинальна передпліччя; 2. відводячи плече; 3. Згинальна коліно; 4. – виконуючих тильне згинання стопи; 5. Розгиначів пальців рук;

31. Для стимуляції шлункового кислотоутворення доцільно використовувати у ФР фізичні вправи:1 – великої інтенсивності й великого обсягу ;2 - малої інтенсивності й великого обсягу ;3 – малої інтенсивності й малого обсягу ;4 великої інтенсивності й малого об'єму;5 – ідеомоторні для черевної стінки;

32Для найбільшого використання жирів, як енергетичних продуктів, при ФР хворих ожиріння потрібно використовувати вправи наступної інтенсивності:1. малої ;2. максимальної **;**3. субмаксимальної; 4. середньої **;** 5. високої;

32.Розширення постільного режиму після оперативного втручання із приводу кишкової непрохідності сприяє: 1 - попередженню спланхноптозу; 2 - погрозі тромбоутворення; 3 - попередженню спайок; 4 - застійним явищам у задньонижніх відділах легенів; 5 - уповільненню моторики кишечника;

33.Блокові механотерапевтичні пристрої використовуються для:1 – відновлення рухливості уражених суглобів; 2 – збільшення глобальної аеробної витривалості хворого; 3 -. посилення процесів гальмування в центральній нервовій системі хворого; 4 - прискорення утворення кісткової мозолі; 5 .- компенсації порушених функцій ураженої кінцівки;

34.Рефлекторні фізичні вправи: 1 - виконуються в уяві хворого; 2 -. виконуються методистом лікувальної фізкультури без участі хворого; 3 - базуються на вроджених шкірно - м'язових рефлексах; 4 - супроводжуються тільки напругою м'язів без зміни їхньої довжини; 5 - використовуют

35.Хворому після іммобілізації металлоостеосинтезом середньої третини правого стегна після зняття швів можна призначити : 1 - активні фізичні вправи для травмованої кінцівки;2 - ідеомоторні вправи для нижніх кінцівок;3 – рефлекторні вправи для нижніх кінцівок;4 - швидкісно - силові вправи анаеробної спрямованості енергозабезпечення 5 - пасивні вправи для травмованої кінцівки;

36.З появою активних рухів у хворого з невритом променевого нерву підвищенню сили м'язів лівого передпліччя найкраще будуть сприяти: 1. Ідеомоторні фізичні вправи для ліктьового суглоба; 2. Пасивні рухи в променево – зап'ястному суглобі; 3. Пасивні супінації й пронації передпліччя; 4. Активне тильне згинання кисті з опором; 5. Масажний прийом прогладжування плеча, передпліччя, кисті.;

Варіант 3

37.Спеціальною вправою при інсультах, що супроводжуються геміплегією, буде: 1. Активне згинання передпліччя; 2. Пасивне розгинання кисті; 3. Ізометрична напруга м'язів ноги;4.Пасивне максимально можливе підошовне згинання стоп; 5. Лікування положенням з максимальним приведенням плеча;

38. До аеробних , глобальних , циклічних вправ можна віднести:? 1 – ідеомоторні вправи для рук; 2 - рефлекторні вправи для тулуба ;3 - швидкісно – силові вправи з підніманням ваг;4 - дозовану ходьбу ; 5 - масаж;

39. Розслабленню м'язів сприяє масажний прийом: 1 - погладжування; 2 - переривчастої вібрації; 3 - інтенсивні розтирання; 4 – разминання 5. - рублення;

40.Ідеомоторні фізичні вправи виконуються з : 1 – подумки хворим; 2 -. с напругою м'язів без зміни їхньої довжини;3 - з максимальним споживанням кисню; 4 - зі зміною довжини м'язів і рухами в суглобах; 5 - з активізацією 50% хронотропного резерву;

Варіант 4

1. Фізіологічна реакція організму на фізичне навантаження характеризується : 1 – відсутністю росту пульсу щодо спокою;2 – ростом пульсу й систолічного тиску;3 – зниженням систолічного тиску; 4 – ростом діастолічного тиску; 5 – зниженням ударного об'єму серця;

2Для визначення відставленої дії фізичного навантаження проводиться лікарський контроль: 1 – первинний; 2 – оперативний; 3 – поточний; 4 – етапний ; 5 - повторний оперативний;

3.Відставлений вплив фізичних навантажень можна визначити і оцінити при проведенні лікарського контролю: 1 - оперативного; 2 - етапного; 3 - поточного; 4 - під час тренувального заняття; 5 - після певного етапу тренувальних занять;

4.Пробу з 20 присіданнями за 30 секунд проводять з метою визначення: 1 - аеробної працездатності спортсмена; 2 - тонусу парасимпатичного відділу ВНС спортсмена; 3 - ізометричної витривалості великих м'язів спортсмена; 4 - типу геодинамічної реакції на динамічне фізичне навантаження; 5 - фізичного розвитку спортсмена

5.Соматоскопією можна визначити і оцінити у спортсмена: 1 – мускульний тонус, 2 – соматотип ; 3 – мускульну силу; 4 – фізичну працездатність ; 5 – стійкість організму до гіпоксії;

6.При оцінці фізичного розвитку спортсмена методом індексів можна визначити: 1 – пропорційність його показників; 2 – їхній взаємозв'язок ; 3 – відмінності показників дослідженого від середніх однорідної групи;4 – тісноту взаємозв'язку показників; 5 - величину середньоквадратичних відхилень показників обстеженого в порівнянні зі спортсменами однорідної групи ;

7.Для визначення індексу маси тіла спортсмена потрібно вагу спортсмена співвіднести до : 1 - сили правої кисті; 2 – до росту в сантиметрах; 3 – до росту, вираженому в метрах у квадраті ; 4 – до величини обхвату грудної клітини в сантиметрах;5 – до життєвої ємності легенів у мілі літрах;

8.Для визначення належної маси тіла за індексом Брока у спортсмена з ростом 167 см необхідно від цієї величини відняти : 1 – 100 ; 2 – 105; 3 – 110; 4-90; 5 – 95 ;

.

9.Стійкість організму до гіпоксії можна визначити й оцінити функціональною пробою : 1 – ортостатичною ; 2 велоергометричною; 3 - Штанге; 4 – кліностатичною; 5 – холодовою;

10.Кумулируючий ефект тренувального процесу в спортсмена визначається й оцінюється при проведенні лікарського контролю : 1 – первинного ;2 – етапного ;3 – оперативного;4 - поточного ; 5 – під час тренувального заняття ;

11.Реакція системи кровообігу на пробу Мартін оцінюється як нормотонічна при наступних змінах показників щодо спокою : 1 – росту пульсу й пульсового АТ на 60-80% ; 2 – росту цих показників на 100 і більше відсотків, 3 – рости ЧСС на 100% і зменшення пульсового АТ; 4 – рости ЧСС більше 100 % і падінні діастолічного АД до рівня «безкінцевого тону»; 5 – росту пульсу й збільшенні пульсового тиску на 50 % ;

12.Урівноважений тонус ланок симпатичного відділу ВНС характеризується прискоренням пульсу на ортостатичну пробу : 1 - більше 22 уд\хв ; 2-25 уд\хв; 3-30 уд\хв; 4-34 уд\хв; 5-15 уд\хв.

13.Після проведеного лікарського контролю у висновку про рівень фізичного розвитку спортсмена відзначається :1 – збалансований; 2 – гармонійний ; 3 - достатній 4 - середній; 5 - задовільний;

Варіант 4

14.При фізіологічному типі реагування системи кровообігу на фізичне навантаження адекватно : 1 - зростає пульс і зростає ударний об'єм серця; 2 – зростає пульс і не змінюється ударний об'єм серця; 3 - зростає пульс і зменшується ударний об'єм серця; 4 - зростає пульс і зростає периферичний опір судин; 5 - зростає пульс і різко падає ДАТ;.

15. Інтенсивність фізичного навантаження в тренувальному занятті спортсмена можна оцінити показником: 1 – тонометрії; 2 – спірографії; 3 – динамометрії;4 – пульсометрії ; 5 -тонусометрії;

16.Дослідження фізичної працездатності спортсмена проводиться: 1 – відразу ж після їжі;2 – через 6 годин після їжі; 3 - після спортивного тренування; 4 – через 2 години після легкого сніданку з міцною кавою; 5 – через 2 години після легкого сніданку без міцної кави ;

17.Загальна фізична працездатність спортсмена насамперед обмежується функціонуванням системи :1 – травлення; 2 – імунної; 3 – нервової ; 4 – кардіореспираторної :5 м'язової ;

18. Для визначення величини МПК за номограмою Астранда спортсменові необхідно провести тестування з фізичним навантаженням інтенсивністю: 1 – до 25 % аеробних можливостей індивіда;2 – більше 75 % аеробних можливостей індивіда ; 3 -менше 10 % аеробних можливостей індивіда ; 4-30 %; 5 - не менше 50 % аеробних можливостей індивіда ;

19. Визначення й оцінка фізичної працездатності за допомогою Гарвардський степ - тесту базується на:1 - величині пульсу наприкінці тестування; 2 - швидкості відновлення пульсу після тестування;3 - взаємозв'язку антропометричних показників досліджуваного; 4 - величині частоти подиху під час тестування; 5-величині пульсу перед тестуванням
заняття

20.Позитивне кумулятивний вплив від систематичних тренувальних занять на фізичний розвиток спортсмена виявиться : 1 - зменшенням поперечника діафізів трубчастих костей; 2 – зменшенням змісту кальцію в костях; 3 – зростанням сили й рельєфності м'язів; 4 - зменшенням компактного шару костей ; 5 - формуванням плоскостопості ;

21.Етапним лікарським контролем визначається й оцінюється наступна дія фізичного навантаження : 1 безпосередня ; 2 – термінова ; 3 відставлена ; 4 – кумулююча ; 5 - повторна ;

22.Під час розминки в тренувальному занятті спортсмена доцільно активізувати наступний відсоток хронотропного резерву : 1-10-15 % ; 2 – до 20 % ; 3-40-50 %; 4-75 %; 5-80 %;

23.У результаті систематичних і адекватних організму спортсмена тренувань: 1- збільшується ЧСС у стані спокою ; 2 – збільшується лабільність пульсу; 3 – збільшується приріст ЧСС на стандартне фізичне навантаження; 4 зменшується приріст ЧСС на стандартне навантаження; 5 – зменшується фізична працездатність;

24. Масажний прийом погладжування комірцевої зони у хворого гіпертонічною хворобою може сприяти: 1 – стимуляції кровотворення; 2 – нормалізації фібрінолітичної активності крові;3 – зниженню процесів збудження в корі головного мозку;4 – підвищенню процесів збудження в корі головного мозку; 5 - підвищенню м'язового тонусу;

25.Спеціальними завданнями ФР хворого гіпертонічною хворобою є:
1. розвиток м'язової сили; 2. - зниження периферичного опору судин;;3. підвищення загальної витривалості;4. нормалізація психоемоційного стану; 5. зменшення активності депресорних систем

26.У ФР хворого хронічною ішемічною хворобою серця для рішення спеціальних завдань можна використовувати наступні її форми:1 – дихальні вправи; 2. лікувальну гімнастику;3.загартовування 4. руховий режим, що щадить; 5.спортивно-прикладні фізичні вправи

Варіант 4

27.Ішемічну реакцію у відповідь на фізичне навантаження у хворого при ФР хворого з гострим інфарктом міокарду визначають методом: 1.пульсометрії; 2.тонометрії; 3.ехокардіографії; 4.електрокардіографії; 5. соматоскопії;

28.З перерахованих фізичних вправ при регулярному їхньому використанні знизять потреба міокарду в кисні : 1. ідеомоторні; 2. рефлекторні; 3. циклічні спортивно-прикладні; 4. пасивні; 5. ізометричні

29.Хворому з ішемічною хворобою серця для активізації холестеринового обміну доцільно призначити фізичні вправи: 1 – анаеробної спрямованості енергообміну; 2 – аеробної спрямованості; 3 – пасивні для тулуба; пасивно-активні для нижніх кінцівок; 4 – рефлекторні для нижніх кінцівок; 5 – ідеомоторні для верхніх кінцівок;

30. Для нормалізації периферичного опору судин у хворого з гіпертонічною реакцією використовуються фізичні вправи : 1 - ізометричні ; 2 - динамічні; 3 – рефлекторні; 4 – ідеомоторні ; 5 – анаеробні ;

31. Індивідуальний метод проведення занять фізичними вправами із хворими гострим інфарктом міокарду проводиться: 1 - методистом з 3-5 хворими в палаті; 2 - методистом з окремим хворим; 3 – самостійно хворим після консультативних рекомендацій ; 4. - методистом з 10 хворими в залі ЛФК; 5 - методистом з 6-8 хворими в палаті ;

32.Хворий з хронічною недостатністю кровообігу важкого ступеня в ФР на постільному руховому режимі : 1 має потребу в постійному медичному спостереженні й допомозі при самообслуговуванні; 2 не має потреби в сторонній допомозі при самообслуговуванні; 3 не має потреби в постійному медичному спостереженні ;4.має потребу в постійному медичному спостереженні, але не має потреби в допомозі при самообслуговуванні;5. не має потреби в постійному медичному спостереженні, але потребує допомоги при самообслуговуванні

33. У фізичній реабілітації хворих цукровим діабеті доцільно використовувати фізичні вправи:1 - динамічні ,великої інтенсивності й обсягу; 2 – динамічні , анаеробної спрямованості енергозабезпечення ; 3 - ізометричні , локальні ; 4 – пасивні для нижніх кінцівок 5 – спортивно - прикладні , аеробної спрямованості;;

34Для попередження явищ гіпоглікемії при проведенні ФР хворого на цукровий діабет, типу А потрібно розраховувати необхідну інтенсивність навантажень виходячи з:1. максимального хронотропного резерву;2. субмаксимального хронотропного резерву; 3. граничного хронотропного резерву; 4. максимально припустимої за віком ЧСС; 5. припустимої субмаксимальної ЧСС

35. При спастичних колітах доцільно використовувати фізичні вправи: 1 - з підвищенням внутрішньочеревного тиску; 2-із частою зміною положення тіла; 3 – ідеомоторні для черевної стінки; 4 – рефлекторні для н лижних кінцівок; 5 - без підвищення внутрішньочеревного тиску;

36.Розвязанню якого спеціального завдання з нижчеперелічених буде сприяти лікування положенням у хворого з інсультом ? 1.Усуненню м'язової дистонії; 2. Профілактиці формування суглобних контрактур; 3.Збільшенню сили м'язів кінцівок; 4.Поліпшенню вестибулярної функції; 5.Поліпшенню координаційної функції нервової системи.

37. Які спеціальні пасивні фізичні вправи варто використовувати вищевказаному хворому?
1.Тильне згинання стопи й кисті; 2.Підошовне згинання стопи; 3.Одночасне згинання всіх пальців кисті; 4.Згинання передпліччя з його пронацією; 5.Приведення великого пальця й плеча

38. Який прийом масажу й у якому вихідному положення кінцівок буде сприяти в того ж хворого профілактиці подальшого підвищення тонусу м'язів, м'язової дистонії? 1.Переривчаста вібрація м'язів, що приводять плече; 2. Інтенсивне розминання м'язів, що приводять плече; 3. Інтенсивне

Варіант 4

розминання згиначів передпліччя при зігнутому передпліччі; 4. Погладжування згиначів передпліччя й кисті в положенні розгинання й супінації передпліччя й кисті; 5. Розтирання згиначів пальців при супінованї кисті й розігнутих пальців

39.Хворому із травмою стегнової кістки імобілізованою гіпсовою пов'язкою у ФР призначаються фізичні вправи: 1 - ізометричні скорочення імобілізованих м'язів ; 2 - спортивно-прикладні фізичні вправи ; 3 - рефлекторні фізичні вправі 4 - активні фізичні вправи для імобілізованої кінцівки ; 5 - трудотерапію;

40.Після аорто - коронарного шунтування засобами ФР можна вирішити спеціальні завдання: 1 - зниження кінцево - діастолічного об'єму серця; 2 - зниження кінцеве систолічного об'єму серця; 3 - стимуляція симпатоадреналової системи організму; 4 - збільшення периферичного опору судин; 5-зменшення ударного об'єму серця;

Варіант 5

1.Силовим індексом оцінюється : 1 – пропорційність фізичного розвитку спортсмена ; 2 – відмінності показників обстеженого від середніх однорідної групи;3 – взаємозв'язок показників фізичного розвитку спортсмена;4 – центильний інтервал показників фізичного розвитку спортсмена;5 - середньоквадратичне відхилення показників досліджуваного в порівнянні із середніми однорідної групи ;

2.При оперативному лікарському контролі , як правило : 1 – визначається фізична працездатність спортсмена; 2 - проводиться визначення й оцінка фізичного розвитку спортсмена; 3 – визначається склад тіла спортсмена; 4 – визначається тип реагування системи кровообігу на фізичне навантаження; 5 – оцінюється м'язова сила спортсмена;

3.При оперативному лікарському контролі доцільно використовувати наступні методи :1 – інструментальні ;2 – лабораторні ;3 – анамнестичні й соматоскопічні ; 4 – динамометрію;5 - спірографію;

4.Безпосередній вплив фізичного навантаження в тренуванні спортсмена визначається при : 1 – первинному лікарському контролі; 2 – протягом 2 годин після тренування; 3 – через три місяці після тренувань; 4 – оперативному лікарському контролі ; 5 - поточному лікарському контролі

5.Позитивний кумулятивний ефект систематичних фізичних тренувань з боку системи крові характеризується: 1- зростанням концентрації гемоглобіну й еритроцитів;2 - зменшенням об'єму циркулюючої плазми;3 зменшенням активності ферментів крові; 4 - зниженням кисневої ємності крові; 5 – зменшенням резервної лужності крові;

6.Рельєфність м'язів у спортсмена можна визначити: 1 - соматоскопією;2 - антропометрією; 3 - динамометрією;4 - соматометрією; 5 - спірометрією;

7.Для визначення й оцінки фізичного розвитку спортсмена використовується : 1 – проба зі зміною положення тіла в просторі; 2 – гіпоксичні проби ; 3 – соматометрія ; 4 – проба Штанге; 5 – проба Генча ;

8.При пробі Мартіні – Кушелевського збудження пульсу становило 115%, підвищення пульсового тиску – 125% щодо спокою, відновлення показників наступило на 5 хв. Таку реакцію системи кровообігу потрібно вважати: 1 – нормотонічною,2 – гіпертонічною,3 – дистонічною.;4 - фізіологічною;5 – астенічною

9.Дозовану ходьбу призначають хворому гострим інфарктом міокарда на руховому режимі: 1. строгому постільному; 2. розширеному постільному; 3. палатному; 4. щадному; 5. постільному

10.Первинний лікарський контроль спортсмена проводиться з метою визначення: 1 - безпосереднього впливу фізичних навантажень; 2 - питання допуску до занять фізичними вправами; 3 - кумулятивної дії фізичних тренувань; 4 - ступеня втоми після тренування; 5 - необхідності корекції тренувального процесу спортсмена;

11.Економизация роботи системи кровообігу в результаті кумулюючого впливу фізичних тренувань визначається: 1 - збільшенням кінцево- діастолічного об'єму серця;2 - зменшенням кінцево-діастолічного об'єму серця;3 - збільшенням кінцево-ситолічного об'єму серця; 4 - зменшенням коронарного кровообігу; 5 - порівняно більшими величинами приросту пульсу на стандартні навантаження

12.Для визначення належної маси тіла спортсмена за індексом Брока у чоловіка з ростом 182 см необхідно від росту відняти:1 – 100 ; 2 – 130 ; 3 – 110 ; 4 - 105 ; 5- 80 ;

13.Нормотонічний або фізіологічний тип реагування системи кровообігу на пробу Мартіне характеризується: 1 – незначним приростом пульсу й пульсового тиску, 2 – значним збудженням пульсу і зменшенням пульсового тиску, 3 – приростом пульсу й пульсового тиску більше, ніж на 100% від спокою; 4- значним приростом пульсу зі значним падінням діастолічного тиску; 5 - значним приростом пульсу без змін пульсового тиску;

Варіант 5

14.Безпосередній вплив фізичного навантаження в тренуванні спортсмена визначається при : 1 – первинному лікарському контролі; 2 – протягом 2 годин після тренування; 3 – через три місяці після тренувань; 4 – оперативному лікарському контролі ; 5 - поточному лікарському контролі;

15.Після проведеного лікарського контролю у висновку про стан здоров'я спортсмена відзначається :1- задовільне здоров'я; 2 – добре здоров'я; 3 – відмінне здоров'я; 4 – здоровий;5 – не здоровий

16.Щільність тренувального заняття спортсмена визначається по величині :1 – процентного відношення вступної частини заняття до основної ;2 – процентного відношення активного часу заняття до всього обсягу заняття ;3 – відношення основної частини заняття до заключної частини ; 4 - пульсової вартості пікового навантаження; 5 - пульсової вартості основної частини заняття;

17Методи визначення фізичної працездатності спортсмена базуються на прямолінійному взаємозв'язку інтенсивності фізичного навантаження з:
1 - пульсом;2 - артеріальним тиском;3 - частотою дихання; 4 - дихальним об'ємом; 5 - серцевим викидом;

18..Про ефективність реабілітаційних заходів у хворого гіпертонічною хворобою може свідчити: 1- підвищення активності депресорних систем організму; 2 - зниження активності депресорних систем;3 - збільшення потреби міокарда в кисні 4 - підвищення ЧСС у стані спокою; 5 - зниження фібрінолітичної активності крові ;

19.Розтягненню плеври й профілактиці утворення спайок в ній сприяють наступні дихальні вправи: 1 - з вимовою звуків на видиху; 2 - з вольовим обмеженням легеневої вентиляції й затримкою подиху на видиху (методикою Бутейко); 3 - динамічні з нахилом тулуба в протилежну сторону, на вдиху із затримкою подиху; 4 - форсований вдих зі створенням опору руками на вдиху (методика Стрельникової)); 5 –дренажні;

20.При рестриктивних вентиляційних порушеннях у ФР хворого варто використовувати:1 – ізометричні напруги м'язів передньої черевної стінки; 2 – динамічні дихальні вправи ; 3 – ідеомоторні вправи для великих грудних м'язів; 4 – дихальні вправи з акцентом на пасивизацію видиху

21.При адекватному фізичному навантаженні реакція системи кровообігу повинна бути: 1 – дистонічною; 2 – астенічною; 3 – гіпотонічною; 4 – нормотонічною ; 5 - гіпертонічною;

22.Який прийом масажу буде сприяти поліпшенню кінетики мокротиння:1.поглажування;2.розминания;3.вібрація переривчаста;4.вібрація безперервна;5.розтирання.???

23.Фізіологічне стомлення після тренувального заняття характеризується : 1 - непритомністю; 2 – відчуттям значної втоми; 3 – ЧСС через 3 хвилини понад 140 уд/ хв..4 -ЧСС через 3 хвилини менше 120 уд/хв.; 5 -ЧСС через 3 хвилини понад 120 уд/хв.

24.Для подальшої індивідуалізації фізичних навантажень після циклу реабілітаційних заходів хворому хронічної ішемічної хвороба серця потрібно провести пробу: 1 гіпоксичну 2.ортостатичну 3.Мартіне- Кушелевського; 4.Гарвардський степ-тест; 5.велоергометрию

25.Про ефективність ФР у хворого гіпертонічною хворобою свідчить зниження: 1. периферичного опору судин ; 2. ударного об'єму серця; 3.активності депрессорних систем; 4. активності холестеринового обміну; 5. фібрінолітичної активності крові ;

26.Для зниження м'язового тонусу масаж комірцевої зони хворому гіпертонічною хворобою проводиться прийомами: 1. інтенсивного розтирання;2. розминання;3. переривчастої вібрації; 4.погладжування; 5.всіма класичними прийомами ;

27.Хворому, що вчора поступив у стаціонар з приводу гострого інфаркту міокарду, призначають наступний руховий режим:1.тренуючий ;2.вільний ; 3.щадний ;4. постільний ;5. щадно - тренуючий.

Варіант 5

28. У пацієнтів з захворюваннями системи кровообігу при ФР використовують наступні фізичні вправи: 1. локальні; 2.анаэробні; 3.рефлекторні; 4. аеробні; 5.ідеомоторні ;

29.Спеціальним завданням ФР при ожирінні є: 1. поліпшення самопочуття 2. зменшення основного обміну; 3. підвищення рівня фізичної працездатності; 4. створення негативного енергетичного балансу; 5. підвищення якості життя;

30.Який прийом масажу, і в якому стані м'язів будуть сприяти відновленню функції уражених м'язів, профілактиці прогресування дистонії м'язів у хворої з невритом лицьового нерва праворуч: 1.Розтирання м'язів справа без усунення м'язової дистрофії; 2.Переривчаста вібрація уражених м'язів з попереднім розтягненням здорових м'язів ліворуч; 3.Переривчаста вібрація уражених м'язів без попереднього усунення дистонії м'язів; 4. Інтенсивне разминання мускулатури праворуч і ліворуч одночасно; 5. Прогладжування праворуч при розтяганні й фіксації долонею м'язів зліва.;

31.Яке лікування положенням варто призначити вищезгаданій пацієнтці: 1. Періодично нахиляти голову вліво при положенні сидячи, підтримуючи голову рукою з опорою на лікоть; 2.Перетягати м'яза із хворої сторони в здорову, знизу нагору за допомогою хустки; 3.Перетягнути м'яза лейкопластиром із права вліво; 4.Спати на лівій стороні; 5. Лейкопластирною тягою перетягнути мімічні м'язи зліва направо, звужуючи очну щілину

32.Які спеціальні завдання можна вирішити у вищезгаданої пацієнтки, використовуючи лікування положенням: 1. Збільшення розтягання судин; 2.Збільшення розтягання ураженого нерва; 3.Профілактика й усунення м'язової дистонії; 4.Збільшення тонусу м'язів здорової сторони ; 5.Збільшення сили м'язів ураженої сторони.

33.Які пасивні фізичні вправи варто використовувати для профілактики розвитку м'язових - суглобових контрактур у хворої з лівосторонньої геміплегією, 10 днів тому розвився геморагічний інсульт? 1. Плавне тильне згинання стопи з її про нацією; 2. Підошовне згинання стопи з її супінацією; 3. Швидке одночасне згинання пальців кисті із приведенням великого пальця; 4.Згинання передпліччя з його про нацією;5. Швидке максимально можливе розгинання колінного суглоба.

34.Груповий метод занять лікувальною гімнастикою призначається хворим, які перебувають на наступному руховому режимі: 1. строгому постільному ; 2.палатному ; 3.вільному ; 4. розширеному постільному ; 5. ліжковому ;

35.После проведеного вчора хірургічного втручання з приводу пахової грижі заняття фізичними вправами доцільно проводити у формі:1 - лікувальної гімнастики; 2 - дозовані ходьби; 3 - постільного рухового режиму; 4 - аеробних фізичних вправ; 5 - ізометричних фізичних вправі**;**

36.Ходьбу можна віднести до:1 -. гімнастичних фізичних вправ; 2- спортивно-прикладних вправ; 3 - пасивних вправ; 4 – ізометричних вправ; 5- анаеробних вправ;

37.Специальнимы завданнями ФР при нормальному плині 23 тижня вагітності є: 1 - зміцнення м'язів черевного преса, спини, тазового дна; 2 - профілактика хронічної пневмонії; 3 - поліпшення психо-емоційного стану; 4 - нормалізація тонусу й рухливості нервових процесів; 5 - зменшення потреби міокарда в кисні;

38..Після зняття гіпсової іммобілізації два дні назад із приводу перелому правої мало гомілкової кістки для формування вторинної кісткової мозолі використовуються засоби ФР: 1 – лікувальна гімнастика; 2 - рефлекторні фізичні вправи; 3 -велотренування; 4 - пасивні фізичні вправи; 5 - теренкур ;

Варіант 5

39..З метою формування вторинної кісткової мозолі. після зняття іммобілізації з приводу перелому правої малогомілкової кістки в фізичній реабілітації необхідно використовувати: 1 - ідеомоторні фізичні вправи; 2 рефлекторні фізичні вправі;3 - постільний руховий режим; 4 - статичні дихальні вправи; 5 - фізичні вправи з навантаженням по осі травмованої кістки;

40.У фізичній реабілітації жінки перші 8 - 10 тижнів вагітності в заняттях фізичними вправами варто уникати: 1 - стрибків й різкої зміни внутрішньочеревного тиску; 2 - довільної напруги й розслаблення м'язів живота; 3 - вправ для зміцнення м'язів живота, тазового дна; 4 - статичних дихальних

Варіант 6

1.Рельєфність м'язів у спортсмена можна визначити: 1 - соматоскопією;2 - антропометрією; 3 - динамометрією;4 - соматометрією; 5 - спірометрією;

2.При пробі Мартіні – Кушелевського збудження пульсу становило 115%, підвищення пульсового тиску – 125% щодо спокою, відновлення показників наступило на 5 хв. Таку реакцію системи кровообігу потрібно вважати: 1 – нормотонічною,2 – гіпертонічною,3 – дистонічною.;4 - фізіологічною;5 - астенічною;

3Для визначення відставленої дії фізичного навантаження проводиться лікарський контроль: 1 – первинний; 2 – оперативний; 3 – поточний; 4 – етапний ; 5 - повторний оперативний;

4.Для визначення індексу маси тіла спортсмена потрібно вагу спортсмена співвіднести до : 1 - сили правої кисті; 2 – до росту в сантиметрах; 3 – до росту, вираженому в метрах у квадраті ; 4 – до величини обхвату грудної клітини в сантиметрах;5 – до життєвої ємності легенів у мілі літрах;

5. Соматометричним методом лікарського контролю спортсмена визначається й оцінюється : 1 - спадковість по кадіоваскулярним катастрофах ; 2 - тип реакції системи кровообігу на фізичне навантаження; 3 - тонус симпатичного відділу ВНС; 4 – стійкість організму до гіпоксії; 5 - фізичний розвиток

6.Фізичний розвиток спортсмена визначається й оцінюється :1- анамнестичним методом ; 2 - лабораторними методами; 3 - функціональними пробами системи кровообігу; 4 - соматометрією; 5 - гіпоксичними пробами;

7. При значному (більше 100%) росту пульсу й пульсового тиску щодо спокою на динамічне фізичне навантаження тип реакції системи кровообігу оцінюється як : 1 – гіпертонічний; 2 – астенічний; 3 – гіпотонічний; 4 -дистонічний; 5 - норма тонічний

8.Для визначення фізичної працездатності спортсменів жіночої статі Гарвардським степ-тестом необхідно мати сходинку висотою: 1-35 см; 2-43 см; 3-50 см; 4-55 см; 5-70 см;

9 По режиму м'язової діяльності фізична робота може бути : 1 - локальною; 2 – субмаксимальною ; 3 – динамічною; 4 – глобальною; 5 – легкою;

10.Фізичну роботу можна назвати глобальної . якщо в ній задіяно м'язового масиву спортсмена : 1 - менше 1/3 ; 2 - 2/3 ; 3-3- 1/2; 4 – більше 1/3 ; 5 – більше 2/3 ;

11.Економизация роботи системи кровообігу в результаті кумулюючого впливу фізичних тренувань визначається:1 - збільшенням кінцево- діастолічного об'єму серця;2 - зменшенням кінцево-діастолічного об'єму серця;3 - збільшенням кінцево-ситолічного об'єму серця; 4 - зменшенням коронарного кровообігу; 5 - порівняно більшими величинами приросту пульсу на стандартні навантаження

12.Проба Штанге проводиться для визначення у спортсмена:1 – рівня фізичного розвитку;2 - гармонійності фізичного розвитку; 3 – стійкості організму до гіпоксії; 4 – рівня фізичної працездатності; 5 - соматотипа ;

13. Безпосередній вплив фізичного навантаження можна визначити при проведенні лікарського контролю:1 - поточного; 2-2- оперативного; 3 - етапного; 4 - первинного; 5 – вторинного етапного;

Варіант 6

14.Для визначення належної маси тіла за індексом Брока у спортсмена з ростом 167 см необхідно від цієї величини відняти : 1 – 100 ; 2 – 105; 3 – 110; 4-90; 5 – 95 ;

Варіант 6

15.Проведений лікарський контроль під час тренувального заняття визначає: 1 - безпосередня дія фізичного навантаження; 2 – кумулюючу дію фізичних навантажень; 3 - відставлену дію фізичного навантаження; 4 – ступінь стомлення від фізичного навантаження в тренуванні; 5 – ступінь відновлення після фізичного навантаження.

16. Відставлений ефект дії фізичного навантаження можна визначити лікарським контролем: 1 - первинним; 2-поточної ; 3 - оперативним ; 4. - етапним ; 5 – під час тренувального заняття;

17.При прямому визначенні максимального споживання кисню (МПК) за методикою сходинково -зростаючого навантаження кожна сходинка триває : 1 – 1-2 мінути; 2 – не більше 3 мінут; 3 -не менше 5 мінут; 4-30 мінут; 5 – більше 30 мінут;

18.Для визначення функціонального стану системи кровообігу пробій Руфьє школярам пропонується: 1 – пробігти 5 мінут; 2 - присісти 20 разів протягом 45 секунд; 3 – присісти 30 разів протягом 45 секунд; 4 – пробігти 100 метрів; 5 – присісти 20 разів протягом 10 секунд ;

19.Обьективним критерієм для припинення виконання тесту з фізичним навантаженням при визначенні фізичної працездатності спортсмена є : 1 - прискорення пульсу до 120 уд\хв; 2 – ріст АТ до 180/90 мм рт ст.; 3 – почуття утоми.; 4 - прискорення пульсу в межах 180 мінус вік; 5 - ріст АТ понад 230/ 130 мм рт ст..

20.Дистоническая реакція системи кровообігу на тренувальному занятті характеризується: 1 – прискоренням пульсу в межах суми пульсу спокою й 10 % хронотропного резерву індивіда;2 -прискоренням пульсу в межах суми пульсу спокою й 75 % хронотропного резерву; 3 – підвищенням САТ до рівня суми 0,5 ЧСС тренувальної плюс 82; 4 - зниженням ДАТ до «без кінцевого тону» ; 5 – зниженням пульсового АТ;

21.Силовим індексом оцінюється : 1 – пропорційність фізичного розвитку спортсмена ; 2 – відмінності показників обстеженого від середніх однорідної групи;3 – взаємозв'язок показників фізичного розвитку спортсмена;4 – центильний інтервал показників фізичного розвитку спортсмена;5 - середньоквадратичне відхилення показників досліджуваного в порівнянні із середніми однорідної групи ;

22 Тонус симпатичного відділу ВНС визначається функціональною пробою: 1 – Мартіне - Кушелевського; 2 – ортостатичною;3 – Штанге ;4 – з хлоридом калію; 5 – з ізометричним навантаженням кистьовим динамометром;

23.Кумулирующий ефект тренувального процесу в спортсмена визначається й оцінюється при проведенні лікарського контролю : 1 – первинного ;2 – етапного ;3 – оперативного;4 - поточного ; 5 – під час тренувального заняття ;

24.Стійкість організму до гіпоксії можна визначити й оцінити функціональною пробою : 1 – ортостатичною ; 2 велоергометричною; 3 - Штанге; 4 – кліностатичною; 5 – холодовою;

25.Для визначення кумулятивного ефекту фізичних навантажень у тренувальному процесі проводиться: 1 – лікарський контроль під час тренувального заняття; 2 - лікарський контроль протягом 24 годин після тренувального заняття; 3 – лікарський контроль після певного етапу тренувальних занять ; 4 – оперативний лікарський контроль; 5 – поточний лікарський контроль;

26.Визначення фізичної працездатності спортсмена проводиться при проведенні: 1 – первинного лікарського контролю;2 – оперативні контролі; 3 – під час тренувального заняття;4 - відразу ж після тренувального заняття; 5 - під час спортивного змагання;

Варіант 6

27.У результаті хронічної глобальної гіпокінезії : 1 – зростає тонус блукаючому нерву ; 2 -зростає емоційна стійкість;3 – зменшується вплив негативних емоцій; 4 розвивається застій у басейні воротної вени; 5 – підвищується розумова працездатність;

28.Критерієм правильного вибору потужностей фізичних навантажень при визначенні фізичної працездатності тестом PWC –170 є : 1 - рівень ЧСС наприкінці першого навантаження в межах 110 – 120;2 – **Варіант 6.**

менше 100 ; 3 – більшого 150 ; 4 – рівень ЧСС наприкінці другого навантаження в межах 180 – 200; 5 - менше 90 уд\хв. ;

29.У спортивній діяльності використання спортивних напоїв сприяє : 1 – збільшенню добового раціону спортсмена; 2 – зменшенню добового раціону ; 3 – зниженню фізичної працездатності; 4 – уповільненню процесів відновлення; 5 - погіршенню водно - сольового балансу :

30.Прискорення пульсу й підвищення АТ в стані спокою й на стандартне навантаження після тренувального заняття спортсмена свідчить про : 1 – ортостатичний колапс; 2 – Гравітаційний шоку 3 – стан гіпоглікемії ; 4 - синдромі перетренованості; 5 – гострий больовий печінковий синдром;

31.Для визначення належної маси тіла спортсмена за індексом Брока у чоловіка з ростом 182 см необхідно від росту відняти:1 – 100 ; 2 – 130 ; 3 – 110 ; 4 - 105 ; 5- 80 ;

32.При проведенні проби з ізометричним навантаженням для визначення типу реакції системи кровообігу використовується навантаження, що відповідає: 1 – максимально можливій силі правої кисті; 2-10% від неї; 3-50 % від неї; 4-75 % від неї; 5-25 % від неї;

33.Реакція системи кровообігу на пробу Мартін оцінюється як нормотонічна при наступних змінах показників щодо спокою : 1 – росту пульсу й пульсового АТ на 60-80% ; 2 – рости цих показників на 100 і більше відсотків, 3 – рости ЧСС на 100% і зменшення пульсового АТ; 4 – рости ЧСС більше 100 % і падінні діастолічного АД до рівня «безкінцевого тону»; 5 – росту пульсу й збільшенні пульсового тиску на 50 % ;

34.При фізіологічному типі реагування системи кровообігу на фізичне навантаження адекватно : 1 - зростає пульс і зростає ударний об'єм серця; 2 – зростає пульс і не змінюється ударний об'єм серця; 3 - зростає пульс і зменшується ударний об'єм серця; 4 - зростає пульс і зростає периферичний опір судин; 5 - зростає пульс і різко падає ДАТ;.

35.Визначення фізичної працездатності спортсмена проводиться при лікарському контролі для визначення: 1 – безпосереднього впливу тренувального навантаження ; 2 - термінового ефекту навантаження ; 3 – соматотипу; 4 – тонусу симпатичного відділу ВНС; 5 – кумулюючого впливу фізичних тренувань;

36.При визначенні фізичної працездатності спортсмена навантажувальними тестами пульсометрією доречно проводити : 1 – на 1 мінуті фізичного навантаження; 2 – на перших секундах після навантаження; 3 – перед навантаженням;4 – на 5 мінуті після навантаження; 5 – через 30 мінут після навантаження;

37.При визначенні фізичної працездатності спортсмена навантажувальними тестами пульсометрією доречно проводити : 1 – на 1 мінуті фізичного навантаження; 2 – на перших секундах після навантаження; 3 – перед навантаженням;4 – на 5 мінуті після навантаження; 5 – через 30 мінут після навантаження;

38.Вступна частина (розминка) як правило становить від всієї тривалості тренувального заняття: : 1-1- не більше 10 % ; 2-10-15 % ; 3-25-30 %; 4 – не менше 50 %; 5-5 %;

39..Видалення молочної кислоти із організму спортсмена після фізичного тренування триває: 1-48 годин; 2- 0,5 – 1,5 години; 3-24 години; 4-3-4 дні; 5 – тиждень

Варіант6

40.Використання адаптогенів у спортивній діяльності сприяє :1 – ресинтезу запасів глікогену; 2 - зменшенню енергетичних резервів в організмі ; 3 – затримці розвитку дистрофічних процесів; 4 – зменшенню болючих відчуттів; 5 - росту максимальної вентиляції легенів;

Варіант 7.

1.Нормотонічний або фізіологічний тип реагування системи кровообігу на пробу Мартіне характеризується: 1 – незначним приростом пульсу й пульсового тиску, 2 – значним збудженням пульсу і зменшенням пульсового тиску, 3 – приростом пульсу й пульсового тиску більше, ніж на 100% від спокою; 4- значним приростом пульсу зі значним падінням діастолічного тиску; 5 - значним приростом пульсу без змін пульсового тиску;

2.Рельєфність м'язів у спортсмена можна визначити: 1 - соматоскопією;2 - антропометрією; 3 - динамометрією;4 - соматометрією; 5 - спірометрією;

3.Економизация роботи системи кровообігу в результаті кумулюючого впливу фізичних тренувань визначається:1 - збільшенням кінцево- діастолічного об'єму серця;2 - зменшенням кінцево-діастолічного об'єму серця;3 - збільшенням кінцево-ситолічного об'єму серця; 4 - зменшенням коронарного кровообігу; 5 - порівняно більшими величинами приросту пульсу на стандартні навантаження

4.Силовим індексом оцінюється : 1 – пропорційність фізичного розвитку спортсмена ; 2 – відмінності показників обстеженого від середніх однорідної групи;3 – взаємозв'язок показників фізичного розвитку спортсмена;4 – центильний інтервал показників фізичного розвитку спортсмена;5 - середньоквадратичне відхилення показників досліджуваного в порівнянні із середніми однорідної групи ;

5.Для визначення належної маси тіла спортсмена за індексом Брока у чоловіка з ростом 182 см необхідно від росту відняти:1 – 100 ; 2 – 130 ; 3 – 110 ; 4 - 105 ; 5- 80 ;

6. .Первинний лікарський контроль спортсмена проводиться з метою визначення: 1 - безпосереднього впливу фізичних навантажень; 2 - питання допуску до занять фізичними вправами; 3 - кумулятивної дії фізичних тренувань; 4 - ступеня втоми після тренування; 5 - необхідності корекції тренувального процесу спортсмена;

7Для визначення й оцінки фізичного розвитку спортсмена використовується : 1 – проба зі зміною положення тіла в просторі; 2 – гіпоксині проби ; 3 – соматометрія ; 4 – проба Штанге; 5 – проба Генча ;

8.При оперативному лікарському контролі доцільно використовувати наступні методи :1 – інструментальні ;2 – лабораторні ;3 – анамнестичні й соматоскопічні ; 4 – динамометрію;5 - спірографію;

9.Після проведеного лікарського контролю у висновку про стан здоров'я спортсмена відзначається :1- задовільне здоров'я; 2 – добре здоров'я; 3 – відмінне здоров'я; 4 – здоровий;5 – не здоровий

10.Методи визначення фізичної працездатності спортсмена базуються на прямолінійному взаємозв'язку інтенсивності фізичного навантаження з:

1 - пульсом;2 - артеріальним тиском;3 - частотою дихання; 4 - дихальним об'ємом; 5 - серцевим викидом;

11. Для визначення величини МПК за номограмою Астранда спортсменові необхідно провести тестування з фізичним навантаженням інтенсивністю: 1 – до 25 % аеробних можливостей індивіда;2 – більше 75 % аеробних можливостей індивіда ; 3 -менше 10 % аеробних можливостей індивіда ; 4-30 %; 5 - не менше 50 % аеробних можливостей індивіда ;

12. Визначення й оцінка фізичної працездатності за допомогою Гарвардський степ - тесту базується на:1 - величині пульсу наприкінці тестування; 2 - швидкості відновлення пульсу після тестування;3 - взаємозв'язку антропометричних показників досліджуваного; 4 - величині частоти подиху під час тестування; 5-величині пульсу перед тестуванням
заняття

13.Позитивне кумулятивний вплив від систематичних тренувальних занять на фізичний розвиток спортсмена виявиться : 1 - зменшенням поперечника діафізів трубчастих костей; 2 – зменшенням змісту кальцію в костях; 3 – зростанням сили й рельєфності м'язів; 4 - зменшенням компактного шару костей ; 5 - формуванням плоскостопості ;

Варіант 7

14.Гіпертонічна реакція системи кровообігу у спортсмена на фізичне навантаження характеризується : 1 – ростом САТ до рівня (0,5 тренувальної ЧСС плюс 82); 2 – зниженням САТ щодо стану спокою; 3 - відсутністю змін систолічного АТ ; 4 – ростом систолічного АТ вище рівня (0,5 тренувальної ЧСС плюс 82); 5 - зниженням діастолічного АТ до нульового рівня ;

15. Збільшення ЧСС на 34 уд./хв.. щодо спокою при ортостатичній пробі свідчить про: 1 - превалювання тонусу симпатичного відділу ВНС; 2 - превалюванні парасимпатичного відділу ВНС; 3 – астенічному типі геодинамічної реакції на пробу; 4 - гіпертонічному типі геодинамічної реакції на пробу; 5 - збалансованої діяльності симпатичного й парасимпатичного відділів ВНС;

16. Ознаками патологічного стомлення після тренувального заняття є :1 - ЧСС менше, ніж 120 уд\хв через 3 мінути; 2 – ЧСС більше 140 уд/хв.; 3 -ЧСС менше 130 уд/хв.; 4 - відчуття м'язової радості; 5 - гарне самопочуття;.

17. Пропорційність соматометричних показників можна оцінити методом : 1 - перцентилій; 2 - кореляції 3 - індексів; 4 - стандартів; 5 – сигмальних відхилень ;

18. Масажний прийом погладжування комірцевої зони у хворого гіпертонічною хворобою може сприяти: 1 – стимуляції кровотворення; 2 – нормалізації фібрінолітичної активності крові;3 – зниженню процесів збудження в корі головного мозку;4 – підвищенню процесів збудження в корі головного мозку; 5 - підвищенню м'язового тонусу;

19.Спеціальними завданнями ФР хворого гіпертонічною хворобою є:
1. розвиток м'язової сили; 2. - зниження периферичного опору судин;;3. підвищення загальної витривалості;4. нормалізація психоемоційного стану; 5. зменшення активності депресорних систем

20.У ФР хворого хронічною ішемічною хворобою серця для рішення спеціальних завдань можна використовувати наступні її форми:1 – дихальні вправи; 2. лікувальну гімнастику;3.загартовування 4. руховий режим, що щадить; 5.спортивно-прикладні фізичні вправи

21.Хворому, що вчора поступив у стаціонар з приводу гострого інфаркту міокарду, призначають наступний руховий режим:1.тренуючий ;2.вільний ; 3.щадний ;4. постільний ;5. щадно - тренуючий.

22. У пацієнтів з захворюваннями системи кровообігу при ФР використовують наступні фізичні вправи:
1. локальні; 2.анаэробні; 3.рефлекторні; 4. аеробні; 5.ідеомоторні ;

23.Нормалізації фібрінолітичної активності крові при ФР пацієнта з гіпертонічною хворобою сприяють фізичні вправи: 1 - ізометричні ; 2 - ідеомоторні ;3 -рефлекторні ;4 – глобальної, циклічні, аеробної спрямованості ;5 – з різкою зміною положення тіла й затримкою подиху ;

2 Активізація енерговитрат за рахунок розщеплення жирів у хворого з ожирінням розв'язується використанням наступного засобу ФР: 1. локальних фізичних вправ;2. пасивних фізичних вправ; 3. активних фізичних вправ;4. палатнного рухового режиму; 5. загартовуючи процедур;

25. Для хворих з ожирінням доцільно призначати фізичні тренування з навантаженнями , які можуть активізувати хронотропного резерву : 1 – більше 75 % ; 2 - близько 75 % ; 3 - менш 25 %; 4 – 50 %; 5 - не більше 10 %;

26. Особливістю призначення фізичних вправ у процедурі лікувальної гімнастики хворому зі спастичним колітом є:1. часта зміна вихідних положень; 2. інтенсивність навантажень середнього й вище за середній рівня;3. включення силових вправ для м'язів черевного пресу; 4. динамічні

Варіант 7
вправи для кінцівок і тулуба з обмеженою амплітудою рухів; 5. ігрові вправи середньої рухомості;

27 Компенсація газообміну у хворого з правобічною нижньодолевою пневмонією можлива при призначенні : 1 – ідеомоторних фізичних вправ для рук; 2 - вправ з акцентом на діафрагмальний тип дихання ,лежачи на правому боці; 3 - дихальних вправ з акцентом на форсований видих; 4 – ізометричних вправ для нижніх кінцівок; 5. – дихальних вправ за методикою Стрельникової;

28.Постуральный дренаж хворим з бронхоектазами проводиться: 1 - до заняття лікувальною гімнастикою; 2 - після заняття лікувальною гімнастикою; 3 – в основній частині заняття лікувальною гімнастикою; 4 - у заключній частині заняття лікувальною гімнастикою; 5 - у вступній частині заняття лікувальною гімнастикою;

29. Зменшенню залишкового об'єму легень у хворих на бронхіальну астму сприяють:
1 форсований видих з використанням діафрагмального типу дихання; 2 - форсований вдих при грудному типі дихання; 3 - глибокий видих затримка дихання на видиху; 4 плавний подовжений видих і стискання нижньої частини грудної клітини на видиху; 5 - форсований вдих з опором розширенню грудної клітини руками ;

30.Який руховий режим призначається пацієнтам з інсультом, що супроводжується геміплегією, що розвинулась тиждень назад? 1. Вільний; 2. Палатний; 3. Щадно- тренуючий;4. Строгий постільний; 5. Розширений постільний

31.Який прийом масажу сприяє зменшенню тонусу м'язів при їх гіпертонії?1. переривчаста вібрація; 2 інтенсивне разминання; 3. швидке погладжування; 4. інтенсивне швидке розтирання; 5 повільне погладжування

32.Розвязанню якого спеціального завдання з нижчеперелічених буде сприяти лікування положенням у хворого з інсультом ? 1.Усуненню м'язової дистонії; 2. Профілактиці формування суглобних контрактур; 3.Збільшенню сили м'язів кінцівок; 4.Поліпшенню вестибулярної функції; 5.Поліпшенню координаційної функції нервової системи.

33. Які спеціальні пасивні фізичні вправи варто використовувати вищевказаному хворому?
1.Тильне згинання стопи й кисті; 2.Підошовне згинання стопи; 3.Одночасне згинання всіх пальців кисті; 4.Згинання передпліччя з його пронацією; 5.Приведення великого пальця й плеча

34. Який прийом масажу й у якому вихідному положення кінцівок буде сприяти в того ж хворого профілактиці подальшого підвищення тонусу м'язів, м'язової дистонії? 1.Переривчаста вібрація м'язів, що приводять плече; 2. Інтенсивне розминання м'язів, що приводять плече; 3. Інтенсивне розминання згиначів передпліччя при зігнутому передпліччі; 4. Погладжування згиначів передпліччя й кисті в положенні розгинання й супінації передпліччя й кисті; 5. Розтирання згиначів пальців при супіновані кисті й розігнутих пальців.

35.Яке анталгічне положення тіла варто призначити пацієнтові з радикулярними проявами остеохондрозу попереково - крижового відділу хребта для збільшення між хребцевих просторів в задніх відділах хребта?
1. Лежачи на спині з витягнутими ногами; 2. Лежачи на животі; 3. Лежачи на боці з випрямленими ногами; 4. Лежачи на спині із зігнутими ногами; 5. Сидячи з витягнутими ногами

36.На 23 тижні нормальної вагітності доцільно використовувати засоби фізичної реабілітації: 1 – щадний руховий режим; 2 - лікувальний масаж; 3 - пасивні фізичні вправи; 4 - лікувальну гімнастику; 5 - дозовану ходьбу;

37 В фізичній реабілітації на ліжковому руховому режимі хвора: 1 – має потребу в постійному медичному спостереженні й допомозі при самообслуговуванні; 2 - не має потреби в сторонній допомозі при самообслуговуванні; 3 - не

має потребу в постійному медичному спостереженні; 4 – має потребу в постійному медичному спостереженні, але може себе обслуговувати; 5 - не має потреби в постійному медичному спостереженні й може себе обслуговувати;

38.Для активізації екстракардіального механізму кровообігу в ФР хворого з недостатністю кровообігу 2 стадії призначаються 1 - ізометричні напруги м'язів нижніх кінцівок; 2 – ідеомоторні вправи для верхніх кінцівок ; 3 - поглиблення діафграгмального подихи й піднесене положення нижніх кінцівок; 4 - анеробні фізичні вправи; 5 - спортивно прикладні фізичні вправи максимальної аеробної потужності;

39.Хворому із травмою стегнової кістки імобілізованою гіпсовою пов'язкою у ФР призначаються фізичні вправи: 1 - ізометричні скорочення імобілізованих м'язів ; 2 - спортивно-прикладні фізичні вправи ; 3 - рефлекторні фізичні вправі 4 - активні фізичні вправи для імобілізованої кінцівки ; 5 - трудотерапію;

40.Після аорто - коронарного шунтування засобами ФР можна вирішити спеціальні завдання: 1 - зниження кінцево - діастолічного об’єму серця; 2 - зниження кінцеве систолічного об’єму серця; 3 - стимуляція симпатоадреналової системи організму; 4 - збільшення периферичного опору судин; 5-зменшення ударного об’єму серця;

Варіант 8

1. Пробою Генча визначається у спортсмена : 1 - тонус парасимпатичного відділу ВНС; 2 – тонус симпатичного відділу ВНС;3 – його соматотип ; 4 - стійкість організму до гіпоксії; 5 - бронхіальну прохідність

2. Оцінка фізичного розвитку спортсмена методом стандартів передбачає: 1 - визначення ступеня взаємозв'язку між окремими його показникам; 2 - визначення кількісної границі відсотка або центеля досліджуваного; 3 - визначення пропорційності показників відносно один одного; 4 - оцінку середньоквадратичних відхилень від середніх однорідної групи; 5 - порівняння певних показників з показниками центильних таблиць ;

3.Значна активізація тільки хронотропного резерву серцево-судинної системи без зміни інотропного при пробі Мартіне - Кушелевського характеризується як реакція :1 – астенічна , 2 – гіпертонічна , 3 – дистонічна; ; 4 - фізіологічна ;5 - нормотонічна ;

4. Про перевагу тонусу симпатичного відділу ВНС при ортопробі свідчать названі зміни показника ЧСС в ортостазі: 1 -ріст пульсу щодо спокою на 6 уд /хв.; 2 - ріст пульсу щодо спокою на 18уд\хв; 3 - зменшення пульсу щодо спокою; 4 – ріст пульсу щодо спокою на 30 уд\хв ; 5 - незмінність пульсу щодо спокою;

5. .Кумулирующее вплив фізичних навантажень визначається лікарським контролем: 1 - оперативним ; 2-поточним 3 - етапним ; 4 - під час тренувального заняття; 5 - на наступний ранок після тренувального заняття;

6. Соматометричним методом лікарського контролю спортсмена визначається й оцінюється : 1 - спадковість по кадіоваскулярним катастрофах ; 2 - тип реакції системи кровообігу на фізичне навантаження; 3 - тонус симпатичного відділу ВНС; 4 – стійкість організму до гіпоксії; 5 - фізичний розвиток

7.Проведений лікарський контроль під час тренувального заняття визначає: 1 - безпосередня дія фізичного навантаження; 2 – кумулюючу дію фізичних навантажень; 3 - відставлену дію фізичного навантаження; 4 – ступінь стомлення від фізичного навантаження в тренуванні; 5 – ступінь відновлення після фізичного навантаження.

8.Для визначення кумулятивного ефекту фізичних навантажень у тренувальному процесі проводиться: 1 – лікарський контроль під час тренувального заняття; 2 - лікарський контроль протягом 24 годин після тренувального заняття; 3 – лікарський контроль після певного етапу тренувальних занять ; 4 – оперативний лікарський контроль; 5 – поточний лікарський контроль;

9.Визначення фізичної працездатності спортсмена проводиться при лікарському контролі для визначення: 1 – безпосереднього впливу тренувального навантаження ; 2 - термінового ефекту навантаження ; 3 – соматотипу; 4 – тонусу симпатичного відділу ВНС; 5 – кумулюючого впливу фізичних тренувань;

10.Для визначення загальної фізичної працездатності спортсмена доцільно використовувати м'язові навантаження : 1 – локальні ; 2 – глобальні; 3 – регіональні ; 4 – малої аеробної потужності; 5 – переважно ізометричні;

11.Для визначення фізичної працездатності спортсменів чоловічої статі за величиною індексу Гарвардську степ-тесту необхідно мати сходинку висотою: 1-35 см; 2-45 см; 3-50 см; 4-55 см; 5-70 см;

12.Заняття фізичними вправами в повному обсязі навчальних програм проводяться з дітьми : 1 – без відхилень у стані здоров'я; 2 – зі слабкою фізичною підготовленістю ;3 – з недостатнім фізичним розвитком і відхиленнями в стані здоров'я; 4 – з відхиленнями в стані здоров'я постійного характеру; 5 -спеціальної медичної групи ;

Варіант 8.

13.Оперативним лікарським контролем визначається й оцінюється :1 - відставлений ефект тренувального заняття ; 2-2- термінової ефект тренувального заняття; 3 – кумулюючий ефект ; 4 - відновлення спортсмена після тренувального заняття; 5 - перспективність спортсмена в даному виді спорту;

14. У заключній частині тренувального заняття фізичне навантаження супроводжується активізацією хронотропного резерву спортсмена в межах : 1-1- 35 % ; 2-10 % ; 3-40-50 % ; 4-75 %; 5-80 %;
15.Економизация функції системи зовнішнього подиху в результаті систематичних адекватних фізичних тренувань проявляється зменшенням : 1 - дихального об'єму ; 2 – частоти дихання; 3 – життєвої ємності легень; 4 – бронхіальної прохідності; 5 - резерву вдиху;

16. Дистонічна реакція системи кровообігу в тренувальному занятті проявляється : 1 – зниженням САТ щодо стану спокою; 2 - ростом САТ ; 3 – прискоренням пульсу в межах суми пульсу в спокої й 80 % хронотропного резерву спортсмена; 4 – зниженням ДАТ до «безкінцевого тону» ; 5 – відсутністю росту пульсового АТ ;

17.При гравітаційному шоку необхідно : 1 - виключити тривале стояння; 2 – спортсменові негайно дати склянка теплого цукрового сиропу ; 3 – продовжити повільний біг, ходьбу; 4 - спортсменові додати вертикальне положення; 5 - припинити м'язову діяльність ;

18.У ФР хворого ішемічною хворобою серця по режиму м'язового скорочення використовують такі фізичні вправи:1 - динамічні; 2 - активні; 3 - аеробні; 4 - регіональні; 5 - гімнастичні

19.У результаті систематичних занять адекватними фізичними вправами у хворого гіпертонічною хворобою::1. збільшується кінцево- систолічний об'єм лівого шлуночку серця ;2.збільшується ЧСС спокою; 3.підвищується тонус симпатичного відділу нервової системи;4 знижується потреба міокарда в кисні в стані спокою й при фізичному навантаженні; 5. збільшується гіпертрофія міокарду

20.У процедурі лікувальної гімнастики в ФР хворого нейроциркуляторною дистонією , що протікає з гіпотонією використовують:1. часті зміни положення тіла; 2. вправи на розслаблення; 3. низьку інтенсивність навантаження; 4. ідеомоторні вправи; 5. повільний темп виконання вправ

21.Хворому гіпертонічною хворобою II стадії , що лікується амбулаторно, доцільно призначити наступні засоби ФР: 1. лікувальну гімнастику; 2. дозовану ходьбу; 3.спортивно-прикладні вправи; 4. теренкур;5.механотерапію;

22.Хворому із хронічною недостатністю кровообігу II ступеня в амбулаторних умовах призначається наступний руховий режим:1.постільний ; 2.- щадний ; 3.палатний ;4. тренувальний; 5. вільний

23. У процедурі лікувальної гімнастики хворому хронічною ішемічною хворобою серця для розв'язання спеціальних завдань доцільно використовувати наступні вправи::1. динамічні для більших груп м'язів; 2. динамічні локальні; 3. динамічні регіональні;4. ізометричні; 5. ідеомоторні

24.Для поліпшення моторної функції кишко вика хворому з атонічним хронічним колітом потрібно використовувати наступні засоби ФР:1. механотерапію ; 2 - ідеомоторні фізичні вправи для нижніх кінцівок; 3 - спортивно - прикладні фізичні вправи; 4 - рефлекторні вправи, 5 - дозовану ходьбу;

25.Які з перерахованих фізичних вправ здатні підвищити кислотоутворюючу функцію шлунку:1. динамічні дихальні вправи 2. спортивн – прикладні малої інтенсивності тривалі 3. активні для дистальних відділів кінцівок з великою амплітудою, короткочасні 4. ігрові малорухомі 5. ізометричні напруги м'язів

Варіант 8

26.Особливістю проведення фізичного тренування хворому з інсулінозалежним цукровим діабетом є наступне: 1. збільшення дози інсуліну 2. зменшення дози інсуліну 3. зменшення кількості вживаних вуглеводів 4. наближення ділянки ін'єкцій інсуліну до м'язів, які включаються в рухи . 5 - введення інсуліну після фізичних тренувань

27. Спеціальним завданням ФР хворого з хронічним атонічним колітом є : 1. відновлення природної перистальтичної активності кишко вика 2. зниження внутрішньочеревного тиску у верхніх відділах черевної порожнини 3. зняття спазмів гладкої м'язової тканини кишечника 4. підвищення тонусу центральної нервової системи 5. профілактика спланхноптозу

28 Постуральний дренаж хворому із захворюванням органів дихання проводиться :1 – після заняття лікувальною гімнастикою ; 2- до заняття лікувальною гімнастикою ; 3 - з ізометричною напругою черевної стінки ;4 - з обмеженням кашлю ; 5 - з масажними прийомами лагідного погладжування ;

29. Постуральний дренаж здійснюється в сполученні з: 1- вібраційним масажем і покахикуванням на видиху; 2 - масажним прийомом розтирання; 3 - масажним прийомом погладжування грудної клітини на вдиху; 4 -вібраційним масажем на вдиху; 5 - розминанням м'язів спини.

30. Який засіб ФР з нижче перерахованих допоможе вирішити спеціальні завдання при невриті променевого нерва, що супроводжується паралічем: 1. щадний руховий режим: 2 щадно- тренуючий руховий режим; 3 – лікувальна гімнастика; 3. Пасивні рухи в променево - п’ясному суглобі; 4.Циклічні спортивно прикладні вправи; 5. Розширений постільний режим

31.Силу уражених м'язів при невриті ліктьового нерва, що супроводжується парезом, найкраще можуть відновити: 1. Пасивні рухи; 2. Ідеомоторні вправи; 3. Циклічні спортивно-прикладні вправи; 4. Вправи з опором руху; 5. Махові рухи кінцівки;

32.Яка з нижчеперелічених фізичних вправ можна використовувати для розв’язання спеціальних завдань у ФР пацієнта з невритом ліктьового нерва після травми, що супроводжується паралічем: 1. Активне тильне згинання кисті; 2. Пасивне тильне згинання кисті; 3. Пасивне долонне згинання кисті; 4. Активне відведення кисті; 5. Супінація передпліччя ;

33.Який із прийомів масажу буде сприяти рішенню спеціальних завдань у ФР вищезгаданого пацієнта: 1. Повільне погладжування м'язів плеча й передпліччя в положенні легкого тильного згинання променево - зап’ястного суглобу; 2. Швидке погладжування з того ж вихідного положенні руки; 3. Легке розтирання м'язів передпліччя при долонному згинанні кисті; 4 Інтенсивне розминання м'язів передпліччя й кисті при розігнутому променево – зап’ястному суглобі й випрямлених пальцях; 5. Неперервчаста крапкова вібрація ;

34. Хворий перебуває на стаціонарному лікуванні протягом 10 днів з приводу ішемічного мозкового інсульту із правобічної гемиплегії. Яке завдання фізичної реабілітації буде спеціальним ?: 1. Профілактика розвитку патологічних синкінезій; 2. Укорочення м'язів приводящих плече; 3.Поліпшення загального самопочуття хворого; 4. Укорочення м'язів, що згинають передпліччя;5. Профілактика гіпостатичної пневмонії;

35.Яку фізичну вправу з нижчеперелічених варто використовувати для профілактики розвитку суглобних контрактур:1. Швидке одночасне згинання всіх пальців кисті; 2. Повільне розгинання окремо в кожному між фаланговому суглобі, відведення великого пальця;3. Долонне згинання кисті; 4.Активне розгинання кисті;5.Пасивне згинання передпліччя

Варіант 8

36.При фізичній реабілітації хворого з підвищеним тонусом і гіперкінезією жовчного міхура варто акцентувати увагу на фізичні вправи : 1 - з підвищенням внутрішньочеревного тиску ; 2 - зі зниженням внутрішньочеревного тиску ; 3 - зі зсувом органів черевної порожнини ; 4 - ідеомоторні для нижніх кінцівок; 5 - рефлекторні для верхніх кінцівок;

37.Інтенсивність фізичного навантаження при заняттях лікувальною гімнастикою у вагітної жінки буде адекватної, коли в неї: 1 - вираз задоволення на обличчі; 2 - значна гіперемія обличчя; 3 – артеріальний тиск не відповідає пульсу; 4 - порушена координації рухів; 5 – блідість обличчя ;

38.Ізометричні напруги м'язів травмованої кінцівки, яка імобілізована гіпсовою пов'язкою , сприяють: 1 - попередженню контрактури в іммобілізованих суглобах; 2 - попередженню м'язових атрофій імобілізованої кінцівки; 3 – тромбоутворенню в імобілізованої кінцівки; 4 - збереженню рухового стереотипу в ЦНС; 5 - формуванню тимчасової компенсації для переміщення;

39.У ранньому післяопераційному періоді фізичної реабілітації хворого необхідно акцентувати увагу на: 1 – динамічні дихальні вправи з форсуванням вдиху; 2 – динамічні дихальні вправи з підручними засобами; 3 - грудний тип дихання з форсуванням вдиху; 4. – грудний тип дихання з подовженням видиху; 5 - поглиблення діафрагмального дихання;

40 Щадний руховий режим, використовується в ФР хворого , функціональний стан якого : 1 - в стаціонарі потребує постійного медичного спостереженні і допомоги в самообслуговуванні; 2 - в санаторії потребує строгої регламентації фізичних навантажень; 3 - в стаціонарі не потребує постійного медичного спостереження; 4 -в стаціонарі може себе повністю обслуговувати; 5 – в санаторії не потребує строгої регламентації ні інтенсивності ні тривалості фізичних навантажень ;

Варіант 9

1 Для визначення відповідності використаного в занятті фізичного навантаження функціональним можливостям організму необхідно провести:1.поточний лікарський контроль ;2.оперативний лікарський контроль;3 - етапний лікарський контроль; 4 - функціональні проби з ізометричними навантаженнями; 5 - антропометрію спортсмена ;

2. Соматоскопією можна визначити в спортсмена :1 - рельєфність м'язів; 2 - силу м'язів; 3 - тонус м'язів; 4 - товщину жирових складок; 5 - обхват тулуба й кінцівок;

3.Безпосередня дія фізичного навантаження визначається при проведенні лікарського контролю: 1 – етапного ;2 – поточного ; 3 - оперативного: 4 – первинного; 5 - з визначенням фізичного розвитку ;

4.Для оцінки типу реакції системи кровообігу при проведенні проби Мартін – Кушелевського використовується :1 – динамометрія; 2 – спірометрія: 3 – електрокардіографія; 4 – пульсометрія; 5 – гоніометрія;

5 Визначення й оцінка тонусу симпатичного відділу ВНС проводиться функціональною пробою: 1 - з ізометричним фізичним навантаженням; 2 – із затримкою дихання; 3 – з динамічним фізичним навантаженням ; 4 -зі зміною положення тіла в просторі; 5 – зі зміною умов зовнішнього середовища ;

6.Стійкість організму до гіпоксії можна визначити пробій : 1 - з ізометричним фізичним навантаженням; 2 – з динамічним фізичним навантаженням ;3 – зі зміною умов зовнішнього середовища ; 4 -зі зміною положення тіла в просторі;5 – із хлоридом калію;

7.Фізичний розвиток спортсмена визначається й оцінюється :1- анамнестичним методом ; 2 - лабораторними методами; 3 - функціональними пробами системи кровообігу; 4 - соматометрією; 5 - гіпоксичними пробами;

8. Відставлений ефект дії фізичного навантаження можна визначити лікарським контролем: 1 - первинним; 2-поточної ; 3 - оперативним ; 4. - етапним ; 5 – під час тренувального заняття;

9.Визначення фізичної працездатності спортсмена проводиться при проведенні: 1 – первинного лікарського контролю;2 – оперативні контролі; 3 – під час тренувального заняття;4 - відразу ж після тренувального заняття; 5 - під час спортивного змагання;

10.При визначенні фізичної працездатності спортсмена навантажувальними тестами пульсометрією доречно проводити : 1 – на 1 мінуті фізичного навантаження; 2 – на перших секундах після навантаження; 3 – перед навантаженням;4 – на 5 мінуті після навантаження; 5 – через 30 мінут після навантаження;

11.В основу методу непрямого визначення МПК покладені дані лінійної залежності між потужністю навантаження , ЧСС і : 1 - артеріальним тиском у стані спокою; 2 - артеріальним тиском під час навантаження; 3 - споживанням кисню ; 4 - систолічним викидом серця; 5 – товщиною міокарду задньої стінки лівого шлуночка серця;

12.При розрахунку належної величини САД для прогнозування фізіологічної реакції на фізичне навантаження в тренуванні спортсмена чоловічої статі необхідно до 50% індивідуального тренувального пульсу додати : 1-50; 2 – 60; 3-80; 4 – 82; 5-90;

.

13.При лікарському контролі за особами середнього й старшого віку, які займаються спортом, потрібно враховувати : 1- ЕКГ дані тільки в стані спокою; 2 –

Варіант 9
ЕКГ дані в стані спокою й при дозованому фізичному навантаженні; 3 - менш тривале «входження» у роботу . чим у молодих; 4 – менш тривале відновлення після роботи, чим у молодих; 5 - знижену лабільність нервової системи**;**

14.Гідротерапія в тренувальному процесі спортсмена сприяє: 1 – попередженню травматизму; 2 – відновленню запасів глікогену в м'язах ; 3 – відновленню запасів глікогену в печінці;4 - ослабленню індуктивного синтезу структурних і ферментних білків; 5 – зниженню запасів глікогену в м'язах;

15 Для оптимізації тренувального процесу в спорті найчастіше використовуються:1 – кардіотоніки; 2 – вазодилятатори; 3 – антиоксиданти; 4 – антибіотики; 5 – аналептики;

16.Заняття додатковими фізичними вправами по індивідуальних завданнях безпосередньо на уроках проводяться з дітьми : 1 – без відхилень у стані здоров'я; 2 – зі слабкою фізичною підготовленістю ;3 – з недостатнім фізичним розвитком і відхиленнями в стані здоров'я; 4 – з відхиленнями в стані здоров'я постійного характеру; 5 – основної медичної групи ;

17.Кумулююча дія фізичних навантажень на організм спортсмена визначають і оцінюють : 1 – при оперативному лікарському контролі; 2 – при поточному лікарському контролі; 3 - при етапному контролі ; 4 – під час тренувального заняття; 5 – наступного дня після тренувального заняття;
18.Збільшення кількості колатералей у міокарді після циклу ФР у хворого хронічною ішемічною хворобою серця забезпечується використанням фізичних вправ: 1 - глобальних динамічних ; 2 регіональних ; 3.рефлекторних; 4. локальних; 5. пасивних

19.На 7-й день після гострого трансмурального інфаркту міокарда ФР проводиться у формі: 1. дозованої ходьби; 2. лікувальної гімнастики; 3.спортивних ігор; 4.трудотерапії; 5.лікувального плавання;

20.При тривалому обмеженні фізичної активності хворого гострим інфарктом міокарда:
1.збільшується потреба міокарду в кисні в спокої й при фізичних навантаженнях; 2.зменшується чутливість м'язів до симпатико - адреналових впливів;3.збільшується об'єм циркулюючої крові;4. збільшується ударний об'єм; 5. збільшується товщина міокарду
21.Для активізації холестеринового обміну у хворого хронічною ішемічною хворобою серця призначають наступні засоби ФР: 1 - загартовування; 2. дозовану ходьбу; 3. механотерапію; 4. динамічні гімнастичні вправи для більших груп м'язів ; 5. ідеомоторні вправи;

22.Дренажний масаж нижніх кінцівок хворому із хронічною недостатністю кровообігу проводиться з метою: 1.підвищення фізичної працездатності; 2.поліпшення психоемоційного стану хворого; 3. поліпшення венозного повернення крові з периферії; 4. активізації холестеринового обміну 5. підвищення скорочувальної функції міокарда;

23.У результаті систематичних адекватних занять фізичними вправами у хворого гіпертонічною хворобою: 1 знижується периферичний опір судин; 2.збільшується частота подиху в стані спокою; 3.збільшується чутливість м'язів до симпатико - адреналових впливів;4. збільшується кінцево – систолічний об'єм лівого шлуночку;5. збільшується потреба міокарду в кисні

24. Для компенсації порушеного газообміну у хворого з нижньодольовою правобічною пневмонією необхідно періодично займати положення :1.на лівому боці;2.на правому боці;3.на спині;4.на животі;5.колінно- ліктьове

25.Дихальні вправи з подовженням видиху (на пасивізацію його) приводять до:1. поліпшення бронхіальної прохідності;2. поліпшення еластичних властивостей легенів;3. збільшення життєвої ємності легенів;4. збільшенню залишкового обсягу;5. зменшення дихального обсягу.

Варіант 9

26. Для стимуляції моторно-евакуаторної функції кишечника у ФР хворих використовуються фізичні вправи : 1. - з різкими змінами положення тіла; 2 - з коліно-ліктьового вихідного положення; 3 - з положення сидячи на стільці; 4 - динамічні для верхніх кінцівок;5 - рефлекторні;

27.Для зниження рівня глікемії у хворих на цукровий діабет у ФР потрібно використовувати вправи :1. максимальної аеробної можливості хворого; 2. середньої аеробної можливості хворого; 3 - ізометричні; 4 - анаеробної спрямованості ; 5 - із затримкою дихання;

28.Для стимуляції кислотоствоюючої функції шлунку у ФР хворого використовуються фізичні вправи: 1 – динамічні низької інтенсивності й малого обсягу; 2 – динамічні низької інтенсивності й великого обсягу; 3 – великої інтенсивності й великого обсягу; 4 - великої інтенсивності й малого обсягу; 5 - переважно ізометричні;

29.Які фізичні вправи потрібно використовувати хворим з ожирінням : 1 активні динамічні середньої аеробної потужності; 2 – максимальної аеробної потужності; 3 - ізометричні; 4 – швидкісно- силові; 5 – рефлектортні;

30.Позитивний кумулятивний ефект фізичної реабілітації у хворих , які перенесли інсульт визначається: 1. Появою співдружніх рухів у паралізованих кінцівках і довільних - у здорових; 2. Укороченням зв'язок у променево- зап'ястному суглобі; 3. Збільшенням тонусу м'язів, що приводять плечі; 4. Зниженням тонусу м'язів, що згинають передпліччя; 5. Збільшенням тонусу м'язів – розгиначів гомілки, стегна

31.У пацієнта посттравматичним невритом ліктьового нерва для фізичної реабілітації використовуються вправи які : 1. Виконуються за допомогою методиста; 2. Виконує подумки пацієнт; 3. Виконує активно пацієнт; 4. Викликаються рефлекторно; 5. Виконуються з опором руху;

32.Антангическое положення, що призначене пацієнтові з остеохондрозом пояснично-кресцового відділу хребта сприяє: 1. Утворенню м'язового корсета; 2. Збільшенню загальної витривалості; 3. Розвитку гнучкості; 4. Зменшенню стиску спинномозкових корінців; 5. Збільшенню силової витривалості м'язів черевного преса

33.Хворим з гемиплегией після перенесеного інсульту з метою рішення спеціальних завдань фізичної реабілітації необхідно використовувати: 1.атлетичну гімнастику; 2.Теренкур; 3.Лікувальну гімнастику; 4. Велотренування; 5.Ізометричні фізичні вправи

34.Який засіб ФР може вирішити спеціальні завдання у хворого з невритом лицьового нерва, що супроводжується парезом мімічної мускулатури? 1.лікувальна гімнастика; 2 - механотерапія; 3 - фізичні вправи; 4 - теренкур; 5 - велотренування;

35.У хворого з параплегією, що розвилася після травми спинного мозку, спеціальним завданням фізичної реабілітації буде попередження : 1. Застійної пневмонії; 2. Пролежнів; 3. Тромбозу вен нижніх кінцівок; 4. Мязово - суглобних контрактур; 5. Втрати кальцію з костей

36.Індиввідуальний метод проведення занять фізичними вправами проводиться:1 - методистом з 3-5 хворими в палаті; 2 - методистом з окремим хворим; 3 – самостійно хворим після консультативних рекомендацій ; 4. - методистом з 10 хворими в залі ЛФК; 5 - методистом з 6-8 хворими в палаті

37.На постільному руховому режимі тривалість і кратність заняття лікувальною гімнастикою становлять: 1 - 30 - 45 хвилин 1 - 2 рази в день; 2 - 15 - 20 хвилин 2 - 3 рази в день; 3 - 10 - 15 хвилин 4 - 5 разів у день; 4 - 5-10

Варіант 9

хвилин 2 рази на день ; 5 - 10-15 мінут 1-2 разу в день;

38. При ФР хворого з травмою стегна в під час імобілізації призначення ідеомоторних вправ сприяє :1 - попередженню м'язових атрофій; 2 - попередженню контрактур в іммобілізовані суглобах; 3 - збереженню рухового стереотипу в ЦНС; 4 - тромбоутворенню; 5 - стимуляції крово й лимфообращения;

39.Для вирішення спеціальних завдань ФР у жінки з гінекологічними запальними процесами доцільно призначити вправи: 1 - без змін внутрішньочеревного тиску; 2 - з акцентом на зміни внутрішньочеревного тиску ; 3-3- з акцентом на розслаблення м'язів живота; 4 - без нахилів тулуба й високого підйому стегон; 5 - без активізації диафрагмального подиху;

40. В фізичній реабілітації хворих можна використовувати наступні засоби :1 -. трудотерапія; 2 - ідеомоторні фізичні вправи; 3 - велотренування; 4 - дозована ходьба; 5 - масаж;

Варіант 10 уверена не точно

1. . Визначення фізичного розвитку спортсмена проводиться для : 1 – оцінки адекватності тренувального заняття ; 2 – індивідуалізації фізичних навантажень у тренувальному процесі;3 – оцінки типу реакції на фізичне навантаження; 4 – оцінки тонусу парасимпатичного відділу ВНС; 5 – оцінки стійкості організму спортсмена до гіпоксії;

2.Для визначення тонусу симпатичного відділу ВНС спортсмена проводяться функціональні проби : 1 - Штанге, 2 - ортостатична 3 - Мартіне-Кушелевського; 4 - гіпоксичні ; 5 - з ізометричним фізичним навантаженням ;

3. Фізіологічна реакція організму на фізичне навантаження характеризується : 1 – відсутністю росту пульсу щодо спокою;2 – ростом пульсу й систолічного тиску;3 – зниженням систолічного тиску; 4 – ростом діастолічного тиску; 5 – зниженням ударного об'єму серця;

4Для визначення відставленої дії фізичного навантаження проводиться лікарський контроль: 1 – первинний; 2 – оперативний; 3 – поточний; 4 – етапний ; 5 - повторний оперативний;

5. Безпосередній вплив фізичного навантаження можна визначити при проведенні лікарського контролю:1 - поточного; 2-2- оперативного; 3 - етапного; 4 - первинного; 5 – вторинного етапного;

6.Кумулирующий ефект тренувального процесу в спортсмена визначається й оцінюється при проведенні лікарського контролю : 1 – первинного ;2 – етапного ;3 – оперативного;4 - поточного ; 5 – під час тренувального заняття ;

7.Реакція системи кровообігу на пробу Мартін оцінюється як нормотонічна при наступних змінах показників щодо спокою : 1 – росту пульсу й пульсового АТ на 60-80% ; 2 – рости цих показників на 100 і більше відсотків, 3 – рости ЧСС на 100% і зменшення пульсового АТ; 4 – рости ЧСС більше 100 % і падінні діастолічного АД до рівня «безкінцевого тону»; 5 – росту пульсу й збільшенні пульсового тиску на 50 % ;

8 Урівноважений тонус ланок симпатичного відділу ВНС характеризується прискоренням пульсу на ортостатичну пробу : 1 - більше 22 уд\хв ; 2-25 уд\хв; 3-30 уд\хв; 4-34 уд\хв; 5-15 уд\хв.

9.Після проведеного лікарського контролю у висновку про рівень фізичного розвитку спортсмена відзначається :1 – збалансований; 2 – гармонійний ; 3 - достатній 4 - середній; 5 - задовільний;

10.Загальна фізична працездатність спортсмена насамперед обмежується функціонуванням системи :1 – травлення; 2 – імунної; 3 – нервової ; 4 – кардіореспіраторної :5 м'язової ;

11.Навантажувальні тести для визначення загальної фізичної працездатності по інтенсивності навантаження діляться на : 1- безперервні; 2 – поступово зростаючої потужності; 3 – ступенево-зростаючої потужності; 4 -субмаксимальні; 5 – локальні;

12.Синдром перенапруги системи кровообігу в спортсмена після певного етапу систематичних тренувань характеризується : 1 - схильністю до гіпотонії в стані спокою; 2 – схильністю до гіпотонії при фізичних навантаженнях; 3- схильністю до гіпертензії при фізичних навантаженнях; 4 - нормотонічною реакцією на фізичне навантаження; 5 – синусовою брадикардією ;

13.Фізіологічне стомлення після тренувального заняття характеризується : 1 - непритомністю; 2 – відчуттям значної втоми; 3 – ЧСС через 3 хвилини понад 140 уд/ хв..4 -ЧСС через 3 хвилини менше 120 уд/хв.; 5 -ЧСС через 3 хвилини понад 120 уд/хв.

Варіант 10

14,Правильно проведений спортивний масаж : 1 – сповільнює виведення метаболітів м'язової діяльності у спортсмена; 2 – погіршує розтягненість сполучної тканини; 3 – викликає збудження нервових процесів ; 4 – збільшує силу й витривалість м'язів ; 5 - сповільнює кров - лімфоток ;.

15. В якій частині тренувального заняття доцільно виконувати найінтенсивніше (пікове) фізичне навантаження : 1 - у ввідній ;2 – на початку основної ; 3 – у середині основної ; 4 – наприкінці основної, 5 – у заключній ;

16. Заняття фізичним вихованням з дітьми підготовчої медичної групи проводяться : 1 – переважно за індивідуальних завданнях безпосередньо на уроках;2 – у повному обсязі навчальної програми; 3 -з поступовим збільшенням фізичних навантажень; за рахунок додаткових занять; 4 – у спортивних секціях; 5 - з підготовкою до спортивних змагань;

17.Відставлена дія тренувального заняття спортсмена визначається й оцінюється : 1 – під час виконання фізичних навантажень 2 – через 4 місяці після систематичних тренувань; 3 – протягом 24 годин після заняття; 4 - при первинному лікарському контролі 5 – при етапному контролі;

18.Для подальшої індивідуалізації фізичних навантажень після циклу реабілітаційних заходів хворому хронічної ішемічної хвороба серця потрібно провести пробу: 1 гіпоксичну 2.ортостатичну 3.Мартіне- Кушелевського; 4.Гарвардський степ-тест; 5.велоергометрию

19.Про ефективність ФР у хворого гіпертонічною хворобою свідчить зниження: 1. периферичного опору судин ; 2. ударного об'єму серця; 3.активності депрессорних систем; 4. активності холестеринового обміну; 5. фібрінолітичної активності крові ;

20.Для зниження м'язового тонусу масаж комірцевої зони хворому гіпертонічною хворобою проводиться прийомами: 1. інтенсивного розтирання;2. розминання;3. переривчастої вібрації; 4.погладжування; 5.всіма класичними прийомами ;

21.При позитивному ефекті ФР у пацієнта з ішемічною хворобою серця при повторній велоергометрії ті ж самі навантаження будуть супроводжуватися: 1.більше високим приростом АТ; 2. більшим приростом ЧСС ; 3. відсутністю приросту систолічного АТ; 4. зниженням амплітуди зубців ЕКГ; 5.меншими приростами ЧСС і АТ;

22.Інтенсивність фізичного навантаження для хворого хронічною ішемічною хворобою серця адекватна, якщо: 1. ЧСС на вершині навантаження досягає величини 220 мінус вік; 2. на ЭКГ горизонтально знижується сегмент ST на 2 мм і більше 3. АТ підвищується до 180/90 мм рт.ст. 4.- зубець R зменшується на 25 % щодо вихідної амплітуди; 5. збільшується ЧСС до величини 200 мінус вік

23.Активізація діафрагмального дихання у хворого з важким ступенем недостатності кровообігу сприяє:1. поліпшенню венозного повернення крові з периферії; 2. зменшенню потреби міокарду в кисні; 3 розвитку колатералей в міокарді; 4 збільшенню потреби міокарду в кисні 5 підвищенню артеріального тиску ;

24 Нормалізувати моторику жовчовивідних шляхів при гіпотонічній – гіпокінетичній гіпокінезії може :1. вібрація переривчаста в правому підреберї 2. розтирання 3. прогладжування кругове за годинниковою стрілкою 4. прогладжування кругове проти годинникової стрілки 5. вібрація безперервна ;

25 У хворого з ожирінням необхідно використовувати фізичні вправи : 1 - анаеробної спрямованості енергозабезпечення ; 2 – швидкісно - силові ; 3 – переважно силові; 4 – динамічні з активізацією до 50 % аеробних потенціалів хворого;5 – динамічні з активізацією більше 75 % аєробних потенціалів хворого;

Варіант 10

26.Подовження видиху з вимовою звуків у заняттях дихальними вправами у хворих із бронхіальною астмою сприяє : 1 – нормалізації дренажної функції брохів;2 - збільшенню залишкового об'єму; 3 – стимуляції обміну холестерину; 4 – підвищенню тонусу гладкої мускулатури ;5 – стимуляції кори надниркових;

27. Постуральний дренаж проводиться: 1 - після сніданку; 2 - перед процедурою лікувальної гімнастики; 3 - після процедури лікувальної гімнастики; 4 - лежачи на «хворому» боці; 5 -ранком, натще;

28.У якому положенні необхідно періодично перебувати хворому із сухим лівостороннім плевритом для поліпшення вентиляції лівої легені й профілактиці плевральних шварт? 1 -. на лівому боці; 2 - .на правому боці; 3 - .на животі; 4 -на спині; 5 -сидячи з опорою на високу подушку.

29. При динамічних дихальних вправах активізувати вдих можна при: 1 -. стисканні грудної клітини руками на вдиху; 2 -. розгинанні тулуба й розведенні піднятих нагору рук; 3 - при втриманні гантелей руками ; 4 - згинанні тулуба; 5 - опорі руками на спинку стільця ;

30.У пацієнта з ішемічним мозковим інсультом і лівосторонньою гемиплегією фізичні вправи зі зміною положення голови й тулуби з різних вихідних положень сприяють: 1. Усуненню м'язових дистоній; 2. Профілактиці м'язових контрактур; 3.Профілактиці суглобних контрактур; 4. Відновленню функції рівноваги; 5. Профілактиці розвитку патологічних сінкінезий

31.Профілактиці утворення рубців навколо уражених периферичних нервів кінцівок, що супроводжуються паралічем, буде сприяти: 1. Ідеомоторна фізична вправа;2. Лікування положенням; 3.Циклічна прикладну-прикладна-спортивно-прикладна вправа; 4. Масаж; 5-Теренкур

32.Вільні махові рухи верхніх кінцівок, їх струшування сприяє: 1Підвищенню сили м'язів; 2. Збільшенню загальної витривалості; 3. Зниженню тонусу м'язів; 4.Підвищенню рефлекторної збудливості м'язів; 5.Підвищенню м'язового тонусу

33.Спеціальними завданнями в ФР хворих з паралічем після травми спинного мозку в ранній стадії будуть: 1. Підвищення загальної фізичної працездатності; 2. Розвиток мускулатури плечового пояса; 3. Засвоєння різних видів побутової діяльності; 4. Профілактика розвитку суглобних контрактур; 5. Профілактика застійної пневмонії;

34.Який засіб ФР для розв'язання спеціальних задач можна використовувати пацієнтові, у якого після травми хребта вище рівня кінського хвоста розвилася параплегія: 1. Активні рухи в суглобах нижніх кінцівок; 2. Ізометричні напруги м'язів стегна; 3. Вільний руховий режим; 4. Положення ніг у невеликому відведенні з розігнутими в тазостегнових і колінних суглобах; 5. загартування водою;

35.Яке із завдань фізичної реабілітації буде спеціальної у вищевказаній ситуації : 1.Профілактика застійної пневмонії; 2. Профілактика згинальних контрактур у тазостегнових суглобах; 3. Профілактика пролежнів; 4. Профілактика розгинальних контрактур в нижніх кінцівках; 5. Профілактика тромбозу глибоких вен

36Для рішення спеціальних завдань фізичної реабілітації в жінки з вагітністю 30 тижнів і поперечним положенням плода доцільно виконувати вправи: 1 - лежачи на боці, протилежному позиції плода;2 - з ізометричної напругою черевної стінки; 3 - рефлекторні; 4 - ідеомоторні; 5 - зі значним підвищенням внутрішньочеревного тиску

Варіант 10

37.Дихальні вправи можна віднести до фізичних вправ: 1 - активних 2 - пасивних; 3 - ізометричних; 4 - ідеомоторних; 5 -спортивно-прикладних;

38.Лікувальне положення тіла й кінцівок у ФР хворого з інсультом можна віднести до: 1 - засобу ФР;2 – форми використання фізичних вправ; 3 -. методу заняття фізичними вправами; 4 - руховому режиму; 5 - ідеомоторним фізичним вправам;

39.Лікувальний прийом масажу розминання : 1 - сприяє. підвищенню процесів збудження в центральній нервовій системі; 2 – сприяє зменшенню процесів збудження в центральній нервовій системі; 3 - сприяє зменшенню тонусу масованих м'язів; 4 - використовується в підготовчому етапі процедури масажу; 5 - використовується в заключному етапі процедури масажу;

40.Рухи в дистальних відділах кінцівок в ФР прооперованого хворого день назад сприяють: 1 - попередженню спайок; 2 - попередженню спланхноптозу; 3- активізації венозного повернення з периферії; 4 - зниженню м'язового тонусу в області ранової поверхні; 5 - зниженню екстракардіального механізму кровообігу

Варіант 11

1.; Для визначення фізичного розвитку методом антропометричних індексів необхідно провести:1 - соматоскопию,2 – соматометрію ;3 – пробу Штанге; 4 – ортостатичну пробу;5 – тонометрію;

2 Соматоскопією можна визначити й оцінити у спортсмена: 1 - м'язовий тонус , 2 - соматотип , 3 – м'язову силу ; 4 - аеробну витривалість ; 5 - спеціальну працездатність ;

3.При пробі Мартіні – Кушелевського збудження пульсу становило 115%, підвищення пульсового тиску – 125% щодо спокою, відновлення показників наступило на 5 хв. Таку реакцію системи кровообігу потрібно вважати: 1 – нормотонічною,2 – гіпертонічною,3 – дистонічною.;4 - фізіологічною;5 - астенічною;

4.Проба Штанге проводиться для визначення у спортсмена:1 – рівня фізичного розвитку;2 - гармонійності фізичного розвитку; 3 – стійкості організму до гіпоксії; 4 – рівня фізичної працездатності; 5 - соматотипа ;

5. Тонус симпатичного відділу ВНС визначається функціональною пробою: 1 – Мартіне - Кушелевського; 2 – ортостатичною;3 – Штанге ;4 – з хлоридом калію; 5 – з ізометричним навантаженням кистьовим динамометром;

6.При проведенні проби з ізометричним навантаженням для визначення типу реакції системи кровообігу використовується навантаження, що відповідає: 1 – максимально можливій силі правої кисті; 2-10% від неї; 3-50 % від неї; 4-75 % від неї; 5-25 % від неї;

7. Поточний лікарський контроль проводиться для визначення й оцінки у спортсмена : 1 - кумулюючого впливу фізичних тренувань; 2 - відставленого ефекту фізичного навантаження; 3- безпосереднього ефекту фізичних навантажень; 4 - соматотипа спортсмена; 5 - адекватності тренувального навантаження в занятті ;

8.Функціональні проби в спортивній медицині проводяться з метою визначення у спортсмена: 1 – соматотипа ; 2 - постави ; 3 - прихованих патологічних відхилень ; 4 - фізичного розвитку ; 5 - адекватності фізичного навантаження під час тренувального заняття;

9.Визначення й оцінка показника фізичної працездатності за методикою тесту сходження на 4 поверхи стандартного будинку базується на:
1 - величині пульсу до тестуванню в стані відносного м'язового спокою;2 - відразу ж після виконання тесту;3 - після тестування на 3 хвилині відновлення; 4 - на величині артеріального тиску до тестування; 5 - на величині артеріального тиску відразу ж після тестування;

10.Субмаксимальная фізична робота супроводжується енерговитратами на рівні аеробних можливостей індивіда:1 - менше 10 % ; 2-25 %; 3 - 75 % ; 4 - більше 100 %; 5- у межах 25-50 % ;

11.У лікарському заключенні про те , до якої медичної групи можна віднести обстеженого робиться наступний висновок: 1 – здоровий;2 – практично здоровий; 3 - основна ; 4 - середня ; 5 – низька;

12.В енергопостачанні фізичних навантажень спортсмена вуглеводи становлять : 1-10 %; 2-20%, 3-55-60 %, 4 – менше 50% , 5 – менше 15 %;

13.Причиною гравітаційного шоку у спортсмена може бути :1 – тривале стояння ; 2 – порушення режиму харчування ; 3 – недостатня кількість вуглеводів у його харчуванні ; 4 – раптове припинення фізичного навантаження й виключення «м'язового насоса» із кровообігу; 5 – негативні емоції;

14.Заняття фізичним вихованням за спеціальними програмами проводяться з дітьми, які : 1 – не мають відхилень у стані здоров'я; 2 – з незначними відхиленнями в стані здоров'я ;3 – з недостатнім фізичним розвитком без відхилень у стані здоров'я; 4 – з відхиленнями в стані здоров'я постійного характеру; 5 – ставляться до основної медичної групи;

Варіант 11

15Етапним лікарським контролем визначається й оцінюється наступна дія фізичного навантаження : 1 безпосередня ; 2 – термінова ; 3 відставлена ; 4 – кумулююча ; 5 - повторна ;

16.Під час розминки в тренувальному занятті спортсмена доцільно активізувати наступний відсоток хронотропного резерву : 1-10-15 % ; 2 – до 20 % ; 3-40-50 %; 4-75 %; 5-80 %;

17.У результаті систематичних і адекватних організму спортсмена тренувань: 1- збільшується ЧСС у стані спокою ; 2 – збільшується лабільність пульсу; 3 – збільшується приріст ЧСС на стандартне фізичне навантаження; 4 зменшується приріст ЧСС на стандартне навантаження; 5 – зменшується фізична працездатність;

18.Хворому з гострим інфарктом міокарда після виписки зі стаціонару призначають наступні форми занять фізичними вправами : 1 – пасивні; 2 – активні ; 3 – рефлекторні; 4 дозована ходьба; 5 - ідеомоторні ;

19.Хворому з ішемічною хворобою серця для активізації холестеринового обміну доцільно призначити фізичні вправи: 1 – анаеробної спрямованості енергообміну; 2 – аеробної спрямованості; 3 – пасивні для тулуба; пасивно-активні для нижніх кінцівок; 4 – рефлекторні для нижніх кінцівок; 5 – ідеомоторні для верхніх кінцівок;

20. Для нормалізації периферичного опору судин у хворого з гіпертонічною реакцією використовуються фізичні вправи : 1 - ізометричні ; 2 - динамічні; 3 – рефлекторні; 4 – ідеомоторні ; 5 – анаеробні ;

21.У хворого з гострим інфарктом міокарду, що перебуває на постільному руховому режимі, заняття лікувальною гімнастикою адекватно, якщо:1.ЧСС не перевищує стан спокою більше, ніж на 5-10%; 2. ЧСС перевищує стан спокою на 20%; 3. активізується 40-50 % хронотропного резерву; 4. АТ перевищує показники стану спокою більше помилки методу; 5.активізується 75% хронотропного резерву серця

22.У процедуру лікувальної гімнастики хворого гіпертонічної хворобу обов'язково включають вправи:1. рефлекторні; 2.на розслаблення м'язів; 3.ідеомоторні; 4.для розвитку гнучкості ;5. швидкісно-силові ;

23. Загальну аеробну витривалість хворого із захворюванням системи кровообігу найбільше підвищують наступні вправи:1.їзда на велосипеді; 2. дихальні; 3. пасивні ;4. ідеомоторні; 5. рефлекторні

24. Для зниження жирової маси у хворого з ожирінням доцільно використовувати фізичні навантаження : 1 – з ізометричними напругами; 2 – аеробні максимальної потужності; 3 – аеробні в межах 50 % аеробних можливостей; 4 – анаеробні ; 5 - швидкісно - силові;

25.При виконанні яких фізичних вправ спостерігається найбільше розщеплення жирів, як енергетичних продуктів: 1. дихальних вправах у положенні сидячи 2. динамічних вправах у суглобах кисті3. ходьбі по рівній місцевості 4. пасивно-активних вправах 5. ізометричних напругах м'язів передпліччя

26.Поліпшенню дренажної функції жовчовивідних шляхів при гіпотонічної – гіпокінетичній дискинезії будуть сприяти наступні фізичні вправи:1. ходьба 2. плавання 3. нахили тулуба вперед, у сторони 4. ізометричні напруги м'язів живота 5. розслаблення м'язів верхніх кінцівок

27.Які з перерахованих фізичних вправ здатні знижувати кислотостворюючу функцію шлунку?1. статичні дихальні вправи 2. ізометричні напруги м'язів черевного пресу 3. динамічні, малої інтенсивності 4. динамічні, високої інтенсивності 5. ідеомоторні

Варіант 11

28. З метою максимального включення жирів у метаболізм потужність тренувального навантаження при велотреніровках повинні рівнятися величині:1. граничного навантаження 2. субмаксимального навантаження 3.50 % від граничного рівня 4. максимального навантаження 5.80 % від граничного рівня

29. При обструктивних порушеннях газообміну використовуються дихальні вправи : 1 – з форсованим видихом ; 2 - з поглибленням вдиху ; 3 – з подовженням видиху; 4 – з активізацією вдиху;5 - зі значним зростанням частоти дихання;

30.Гіпертонія яких м'язів характерна для центральних паралічів? 1. Згинальна передпліччя; 2. відводячи плече; 3. Згинальна коліно; 4. – виконуючих тильне згинання стопи; 5. Розгиначів пальців рук;

31.Для усунення м'язової дистонії яке положення ураженим кінцівкам варто надавати: 1. Тильного згинання стопи із пронацією її зі згинанням в колінному суглобі; 2. Підошовного згинання стопи й ротації стегна зовні; 3. Максимального розгинання в колінному суглобі із супінацією стопи;4. Приведення плеча з розігнутим передпліччям і зігнутими пальцями; 5. Відведення плеча із зігнутими пальцями й пронованим передпліччям.

32.У пацієнта неврит променевого нерва ліворуч, що супроводжується паралічем. Яке лікування положенням буде сприяти рішенню спеціальних завдань: 1. Фіксація променево - зап'ястного суглобу в положенні долонного згинання; 2. Фіксація його в положенні максимально можливого тильного згинання; 3. Пальці злегка зігнуті в положенні долонного згинання кисті; 4. Пальці злегка зігнуті в основних фалангах у положенні легкого тильного згинання кисті; 5. Пальці повністю розігнуті з наведеним більшим пальцем і максимальним тильним згинанням кисті.

33.Який засіб фізичної реабілітації можливо використовувати у вищезгаданого пацієнта з метою рішення спеціальних завдань реабілітації? 1. Ізометрична напруга м'язів лівого передпліччя; 2. Активне тильне згинання кисті; 3. Активну супінацію передпліччя й кисті; 4. Пасивне тильне згинання кисті; 5. Вільний руховий режим

34.З появою активних рухів у того ж хворого підвищенню сили м'язів лівого передпліччя найкраще будуть сприяти: 1. Ідеомоторні фізичні вправи для ліктьового суглоба; 2. Пасивні рухи в променево – зап'ястному суглобі; 3. Пасивні супінації й пронації передпліччя; 4. Активне тильне згинання кисті з опором; 5. Масажний прийом прогладжування плеча, передпліччя, кисті.

35.Спеціальною вправою при інсультах, що супроводжуються геміплегією, буде: 1. Активне згинання передпліччя; 2. Пасивне розгинання кисті; 3. Ізометрична напруга м'язів ноги;4.Пасивне максимально можливе підошовне згинання стоп; 5. Лікування положенням з максимальним приведенням плеча

36.Специальні завдання ФР жінки з вагітністю 30 тижнів з поперечним положенням плода є: 1 - перевести плід у головне передлежання; 2 - сприяти скороченню матки; 3 - знизити кровообіг в органах малого таза; 4 - попередити утворення спайок; 5 - попередити застійну пневмонію;

37.Розширення постільного режиму після оперативного втручання із приводу кишкової непрохідності сприяє: 1 - попередженню спланхноптозу; 2 - погрозі тромбоутворення; 3 - попередженню спайок; 4 - застійним явищам у задньонижніх відділах легенів; 5 - уповільненню моторики кишечника;

38.Блокові механотерапевтичні пристрої використовуються для:1 – відновлення рухливості уражених суглобів; 2 – збільшення глобальної аеробної витривалості хворого; 3 -. посилення процесів гальмування в центральній нервовій системі хворого; 4 - прискорення утворення кісткової мозолі; 5 .- компенсації порушених функцій ураженої кінцівки;

Варіант 11

39.Рефлекторні фізичні вправи: 1 - виконуються в уяві хворого; 2 -. виконуються методистом лікувальної фізкультури без участі хворого; 3 - базуються на вроджених шкірно - м'язових рефлексах; 4 - супроводжуються тільки напругою м'язів без зміни їхньої довжини; 5 - використовуються тільки в дорослої людини

40. До аеробних , глобальних , циклічних вправ можна віднести:? 1 – ідеомоторні вправи для рук; 2 - рефлекторні вправи для тулуба ;3 - швидкісно – силові вправи з підніманням ваг;4 - дозовану ходьбу ; 5 - масаж;

Варіант 12

1. При оцінці фізичного розвитку спортсмена методом індексів можна визначити: 1 – пропорційність його показників; 2 – їхній взаємозв'язок ; 3 – відмінності показників дослідженого від середніх однорідної групи;4 – тісноту взаємозв'язку показників; 5 - величину середньоквадратичних відхилень показників обстеженого в порівнянні зі спортсменами однорідної групи ;

2.Пробу з 20 присіданнями за 30 секунд проводять з метою визначення: 1 - оцінки аеробної працездатності спортсмена; 2 - визначення тонусу парасимпатичного відділу ВНС спортсмена; 3 - визначення ізометричної витривалості великих м'язів спортсмена; 4 - визначення типу геодинамічної реакції на динамічне фізичне навантаження; 5 - оцінки фізичного розвитку спортсмена

3.Соматоскопією можна визначити і оцінити у спортсмена: 1 – мускульний тонус, 2 – соматотип ; 3 – мускульну силу; 4 – фізичну працездатність ; 5 – стійкість організму до гіпоксії;

4 Відставлений вплив фізичних навантажень можна визначити і оцінити при проведенні лікарського контролю: 1 - оперативного; 2 - етапного; 3 - поточного; 4 - під час тренувального заняття; 5 - після певного етапу тренувальних занять;

5.Для визначення індексу маси тіла спортсмена потрібно вагу спортсмена співвіднести до : 1 - сили правої кисті; 2 – до росту в сантиметрах; 3 – до росту, вираженому в метрах у квадраті ; 4 – до величини обхвату грудної клітини в сантиметрах;5 – до життєвої ємності легенів у мілі літрах;

6.Для визначення належної маси тіла за індексом Брока у спортсмена з ростом 167 см необхідно від цієї величини відняти : 1 – 100 ; 2 – 105; 3 – 110; 4-90; 5 – 95 ;

.

7.Стійкість організму до гіпоксії можна визначити й оцінити функціональною пробою : 1 – ортостатичною ; 2 велоергометричною; 3 - Штанге; 4 – кліностатичною; 5 – холодовою;

8.При фізіологічному типі реагування системи кровообігу на фізичне навантаження адекватно : 1 - зростає пульс і зростає ударний об'єм серця; 2 – зростає пульс і не змінюється ударний об'єм серця; 3 - зростає пульс і зменшується ударний об'єм серця; 4 - зростає пульс і зростає периферичний опір судин; 5 - зростає пульс і різко падає ДАТ;.

9. Інтенсивність фізичного навантаження в тренувальному занятті спортсмена можна оцінити показником: 1 – тонометрії; 2 – спірографії; 3 – динамометрії;4 – пульсометрії ; 5 -тонусометрії;

10.Дослідження фізичної працездатності спортсмена проводиться: 1 – відразу ж після їжі;2 – через 6 годин після їжі; 3 - після спортивного тренування; 4 – через 2 години після легкого сніданку з міцною кавою; 5 – через 2 години після легкого сніданку без міцної кави ;

11.При визначенні фізичної працездатності практично здорових студентів на велоергометрі доцільно починати тестування з потужності навантаження : 1-20 Вт; 2-50 Вт; 3 – 100 Вт; 4 – 170 Вт; 5-25 Вт;

12.Гіпотонічна (астенічна) гемодинамічна реакція на фізичне навантаження в тренувальному занятті спортсмена характеризується : 1 - прискоренням пульсу в межах суми ЧСС спокою й 40 % хронотропного резерву; 2 - прискоренням пульсу до величини нижче цієї границі; 3 – зниженням САТ щодо спокою ; 4 - ростом САТ щодо спокою; 5 - зменшенням ДАТ до рівня « безкінцевого тону»

13..Несвідомість спортсмена під час тренувального заняття може розвитися внаслідок : 1 – несвоєчасного харчування на дистанції; 2 – недостатньої кількості вуглеводів в харчуванні спортсмена; 3 – тривале стояння ; 4 - сильного удару в живіт в епігастральну область або в область серця; 5 – раптового припинення фізичного навантаження й припинення роботи « м'язового насосу»;

14.Профузная пітливість і блідість шкіри у спортсмена під час фізичного навантаження в тренуванні свідчить про наступний тип реагування організму : 1 – фізіологічний ; 2 – патологічний ; 3 – адекватне

Варіант 12

фізичне навантаження можливостям спортсмена; 4 – недостатньої інтенсивності навантаження ; 5 - навантаження відповідає 50 % аеробного енергозабезпечення організму;

.

15.При лікарському контролі за дітьми, які займаються спортом потрібно враховувати : 1- знижену лабільність нервової системи**;** 2 - підвищену лабільність нервової системи; 3 – менш виражене прискорення ЧСС і АТ на фізичне навантаження, ніж у дорослих;4 - більше тривале входження в роботу , ніж дорослих; 5 - більше тривале відновлення після навантаження, ніж у дорослих ;

16.Серед джерел енергозабезпечення фізичного навантаження у спортсмена жири становлять : 1-10 %; 2-30%, 3-55-60 %, 4 – менше 50% , 5 – менше 15 %;

17.Найбільша інтенсивність відновних процесів в організмі спортсмена після тренування спостерігається : 1 – через 12 годин; 2 – наступного дня ; 3 - відразу після закінчення роботи; 4 – через 6 годин; 5 – через 18 годин;

18.Для визначення інтенсивності фізичного навантаження у ФР хворого гіпертонічної хвороба I стадії необхідно використовувати пробу: 1. ортостатичну; 2. кліностатичну; 3.гипоксичну; 4. Мартіне-Кушелевського ; 5. велоергометричну;

19.З перерахованих фізичних вправ при постійному їхньому використанні поліпшенню аеробної витривалості хворого гіпертонічною хворобою будуть сприяти вправи: 1. на розслаблення м'язів; 2. пасивні ; 3. циклічні спортивно-прикладні ; 4. ідеомоторні; 5. локальні

20.Дренажний масаж нижніх кінцівок у хворого із хронічною недостатністю кровообігу проводиться прийомом: 1.погладжувняя за ходом крово-і лимфо току;2. погладжування проти крово- і лимфо току;3.разминання; 4.розтирання; 5. переривчастої вібрації

21. Зниженню потреби міокарда в кисні у хворого з ХИБС сприяють переважно фізичні вправи :1 – ідеомоторні ; 2 - рефлекторні ;3 - спортивно-прикладні ;4 - пасивні ; 5 - ізометричні ;

22.Про адекватну реакцію на тренувальне навантаження хворого 50 років з трансмуральним інфарктом міокарда, що вже переведений на вільний руховий режим, свідчить: 1. підвищення АТ до 230/130 мм рт ст ; 2. збільшення ЧСС до величини 200 мінус вік пацієнта; 3. приступ болю в області серця, який знімається прийомом нітрогліцерину; 4. помірна гіперемія обличчя; 5.горизонтальне зниження сегмента ST на 2 мм нижче ізолінії.

23.Для вибору подальшої тактики ФР хворого, що виписується зі стаціонару після перенесеного гострого інфаркту міокарда, доцільно призначити: 1.Гарвардський степ-тест ; 2. велоергометрію; 3. пробу Мартіне-Кушелевського ; 4. медикаментозну пробу із хлоридом калію; 5.Гіпоксичну пробу

24 При обструктивних вентиляційних порушеннях доцільно використовувати при ФР: 1 – ідеомоторні фізичні вправи ; 2 – дихальні вправи з акцентом на форсований вдих ; 3 - дихальні вправи з акцентом на форсований видих ; 4 - дихальні вправи з пасивізацією видиху ; 5 - ізометричні вправи для черевної стінки

25. Уповільнення й подовження (пасивізація) видиху у хворих із бронхоспазмом сприяє: 1 збільшенню залишкового обсягу; 2 - натягу плеври; 3 - зменшенню альвеолярної вентиляції; 4 -більш пізньому садінню бронхів на видиху; 5 - активізації мукокінезу.

Варіант 12

26.Яке дренажне положення в ліжку необхідно надати хворому для поліпшення від ходження мокротиння при правобічний верхнедолевій пневмонії:1.лежачи на спині;2.лежачи на лівій стороні з піднятим ножним кінцем;3.на правій стороні;4.лежачи на животі;5.сидячи з опорою на високу подушку з нахилом тулуба вліво.
27.Збільшення зниженого показника односекундної форсованої вентиляції після вдихання бронхолітика свідчить про те, що ведучим у механізмі обструкції є: 1.набряк слизової оболонки бронхів;2.підвищена продукція мокротиння;3.знижена плинність мокротиння;4.спазм бронхіол;5.гноблення мукоцилиарного епітелію.

28. Для стимуляції шлункового кислотоутворення доцільно використовувати у ФР фізичні вправи:1 – великої інтенсивності й великого обсягу ;2 - малі інтенсивності й великий обсяг ;3 – малі інтенсивності й малий обсяг ;4 великої інтенсивності й малого об'єму;5 – ідеомоторні для черевної стінки;

29.Для найбільшого використання жирів, як енергетичних продуктів, при ФР хворих ожиріння потрібно використовувати вправи наступної інтенсивності:1. малої ;2. максимальної **;**3. субмаксимальної; 4. середньої **;** 5. високої;

30.Яка пасивна фізична вправа варто використовувати для профілактики формування суглобних контрактур хворому 40 років після перенесеного геморрагічного мозкового інсульту з лівосторонньої гемиплегією: 1. З акцентом на тильне згинання стопи; 2. Підошовне згинання стопи; 3.Згинання пальців кисті із приведенням великого пальця; 4. Згинання передпліччя і його пронацією; 5. Приведення плеча;

31.У пацієнта посттравматичним невритом ліктьового нерва для фізичної реабілітації використовуються вправи які : 1. Виконуються за допомогою методиста; 2. Виконує подумки пацієнт; 3. Виконує активно пацієнт; 4. Викликаються рефлекторно; 5. Виконуються з опором руху;

32.Антангическое положення, що призначене пацієнтові з остеохондрозом пояснично-кресцового відділу хребта сприяє: 1. Утворенню м'язового корсета; 2. Збільшенню загальної витривалості; 3. Розвитку гнучкості; 4. Зменшенню стиску спинномозкових корінців; 5. Збільшенню силової витривалості м'язів черевного преса

33.Хворим з гемиплегией після перенесеного інсульту з метою рішення спеціальних завдань фізичної реабілітації необхідно використовувати: 1.атлетичну гімнастику; 2.Теренкур; 3.Лікувальну гімнастику; 4. Велотренування; 5.Ізометричні фізичні вправи

34.Який засіб ФР може вирішити спеціальні завдання у хворого з невритом лицьового нерва, що супроводжується парезом мімічної мускулатури? 1.лікувальна гімнастика; 2 - механотерапія; 3 - фізичні вправи; 4 - теренкур; 5 - велотренування;

35.У хворого з параплегією, що розвилася після травми спинного мозку, спеціальним завданням фізичної реабілітації буде попередження : 1. Застійної пневмонії; 2. Пролежнів; 3. Тромбозу вен нижніх кінцівок; 4. Мязово - суглобних контрактур; 5. Втрати кальцію з костей

36.Індиввідуальний метод проведення занять фізичними вправами проводиться:1 - методистом з 3-5 хворими в палаті; 2 - методистом з окремим хворим; 3 – самостійно хворим після консультативних рекомендацій ; 4. - методистом з 10 хворими в залі ЛФК; 5 - методистом з 6-8 хворими в палаті

37.На постільному руховому режимі тривалість і кратність заняття лікувальною гімнастикою становлять: 1 - 30 - 45 мінут 1 - 2 рази в день; 2 - 15 - 20 мінут 2 - 3 рази в день; 3 - 10 - 15 мінут 4 - 5 разів у день; 4 - 5-10 мінут 2 раз у дні; 5 - 10-15 мінут 1-2 разу в день;

Варіант 12

38. При ФР хворого з травмою стегна в під час імобілізації призначення ідеомоторних вправ сприяє :1 - попередженню м'язових атрофій; 2 - попередженню контрактур в іммобілізовані суглобах; 3 - збереженню рухового стереотипу в ЦНС; 4 - тромбоутворенню; 5 - стимуляції крово й лимфообращения;

39.Для вирішення спеціальних завдань ФР у жінки з гінекологічними запальними процесами доцільно призначити вправи: 1 - без змін внутрішньочеревного тиску; 2 - з акцентом на зміни внутрішньочеревного тиску ; 3-3- з акцентом на розслаблення м'язів живота; 4 - без нахилів тулуба й високого підйому стегон; 5 - без активізації диафрагмального подиху;

40. В фізичній реабілітації хворих можна використовувати наступні засоби :1 -. трудотерапія; 2 - ідеомоторні фізичні вправи; 3 - велотренування; 4 - дозована ходьба; 5 - масаж;

Варіант 13

1. Гіпотонічна реакція системи кровообігу на пробу Мартін - Кушелевского характеризується: 1 – значною активізацією інотропного й хронотропного резерву серця, 2 – значною активізацією тільки хронотропного резерву серця, 3 – активізацією хронотропного й інотропного резерву серця. у межах 80 % щодо стану спокою;4 - значним прискоренням ЧСС і зниженням САТ;5 - значним прискоренням ЧСС і зниженням ДАТ до «нескінченного тону»;

2.Для оцінки фізичного розвитку методом антропометричних індексів необхідно визначити: 1 - ступінь відхилення показників досліджуваного від середніх величин однорідної групи; 2 – центильную область показників досліджуваного; 3 - ступінь взаємозв'язку антропометричних показників досліджуваного;.4 - ступінь зв'язку антропометричних показників між собою; 5 - пропорційність антропометричних показників між собою;

3. .При оперативному лікарському контролі доцільно використовувати: 1-функціональні методи контролю;2 - лабораторні методи контролю; 3 - анамнестичні й соматоскопічні методи контролю; 4. - спірографію; 5 - динамометрію;

4.На пробу Мартіне-Кушелевського пульс змінився від 60 до 84 уд\ хв, а пульсовий тиск – від 30 до 40 мм рт ст, з відновленням гемодинаміки на 1 хв. 30 сек. Таку реакцію системи кровообігу потрібно вважати: 1 -нормотонічною, 2 – гіпотонічною, 3 – гіпертонічною; 4 – дистонічною ; 5 – сходинковою;

5.Гіпоксичні проби доречно проводити при проведенні лікарського контролю для визначення: 1 - соматотипа спортсмена; 2 - рівня фізичного розвитку спортсмена; 3 – гармонійності фізичного розвитку; 4 – стійкості організму спортсмена до гіпоксії; 5 - тонусу симпатичного відділу ВНС;

6.Для виявлення доклінічних проявів хвороби у лікарському контролі проводиться : 1 -соматоскопия; 2 – соматометрія ;3 – динамометрія; 4 – функціональні проби; 5 - тонусометрия ;

7.Ортостатична проба, це проба: 1 – з динамічним фізичним навантаженням ; 2 – зі статичним фізичним навантаженням ; 3 – зі зміною положення тіла в просторі.; 4 - зі зміною умов зовнішнього середовища ; 5 - із затримкою подиху після видиху;

8. При значному (більше 100%) росту пульсу й пульсового тиску щодо спокою на динамічне фізичне навантаження тип реакції системи кровообігу оцінюється як : 1 – гіпертонічний; 2 – астенічний; 3 – гіпотонічний; 4 -дистонічний; 5 - норма тонічний

9.При прямому визначенні максимального споживання кисню (МПК) за методикою сходинково - зростаючого навантаження кожна сходинка триває : 1 – 1-2 мінути; 2 – не більше 3 мінут; 3 -не менше 5 мінут; 4-30 мінут; 5 – більше 30 мінут;

10.У результаті хронічної глобальної гіпокінезії : 1 – зростає тонус блукаючому нерву ; 2 -зростає емоційна стійкість;3 – зменшується вплив негативних емоцій; 4 розвивається застій у басейні воротної вени; 5 – підвищується розумова працездатність;

11.Критерієм правильного вибору потужностей фізичних навантажень при визначенні фізичної працездатності тестом PWC –170 є : 1 - рівень ЧСС наприкінці першого навантаження в межах 110 – 120;2 – менше 100 ; 3 – більшого 150 ; 4 – рівень ЧСС наприкінці другого навантаження в межах 180 – 200; 5 - менше 90 уд\хв. ;

12.Вступна частина (розминка) як правило становить від всієї тривалості тренувального заняття: : 1- 1- не більше 10 % ; 2-10-15 % ; 3-25-30 %; 4 – не менше 50 %; 5-5 %;

13.У результаті систематичних адекватних організму спортсмена фізичних тренувань: 1 – знижується збудливість нервової системи; 2 – знижується лабільність нервової системи; 3 – збільшується сила,

Варіант 13

рухливість і врівноваженість нервових процесів;4 зменшується сила, рухливість і врівноваженість нервової системи;5 - зменшується активність аналізаторів;

14.Фізіологічна реакція системи кровообігу в основній частині тренувального заняття спортсмена характеризується ростом ЧСС щодо спокою до рівня: 1 – суми пульсу спокою й 10 % хроноторопного резерву індивіда; 2 - суми пульсу спокою й 50 % хронотропного резерву; 3 – суми пульсу спокою й 75% хронотропного резерву; 4 – суми пульсу спокою й 100 % хронотропного резерву; 5 – суми пульсу спокою й 35 % хронотропного резерву;

15.Патологічна гіпертрофія міокарда в спортсмена характеризується : 1-1- ростом зубця Р у правих грудних відведеннях електрокардіограми; 2 - ростом інтервальних показників електрокардіограми; 3 - відсутністю порушень ритму серця; 4 - патологічними змінами зубця Т на електрокардіограмі ; 5 - відсутністю змін зубця Т на електрокардіограмі;

16.У раціональному харчуванні спортсмена білків повинне бути не менше: 1-1 г на кг маси тіла;2 – 5 г на кг маси тіла; 3-3,8 – 1,0 г на кг маси тіла; 4-4,5 г на кг маси тіла; 5-10 г на кг маси тіла;

17.В етапному лікарському контролі ЕКГ контроль при виконанні дозованого фізичного навантаження повинен бути обов'язковим : 1 – для спортсменів дитячого віку; 2 – для спортсменів підліткового віку; 3 – для молодих спортсменів жіночої статі; 4 – для спортсменів середнього й старшого віку; 5 – для молодих спортсменів чоловічої статі;

18.Про адекватність реакції на навантаження у хворого із трансмуральным інфарктом міокарда, на вільним руховому режим фізичної реабілітації свідчить:: 1 – прискорення пульсу на 10% щодо спокою;2 – прискорення пульсу на 50 % хронотропного резерву хворого;3 – зниження САТ щодо спокою; 4 - приступ болю в області серця, що вимагає прийому нітрогліцерину;5 - гіперемія особи;

19.Для зниження загального периферичного опору у хворого гіпертонічною хворобою доцільно використовувати у ФР наступні вправи:1. циклічні спортивно-прикладні; 2.- ізометричні; 3. анаеробні; 4. ігрові;5 рефлекторні

20.Амбулаторному хворому із хронічною ішемічною хворобою серця доцільно призначити наступні засоби ФР: 1. дозовану ходьбу; 2 теренкур; 3 руховий режим, що щадить; 4 спортивні ігри; 5 вільний руховий режим

21.Інтенсивність фізичного навантаження в процедурі лікувальної гімнастики у пацієнта з гіпертонічною хворобою повинна бути найбільшою в наступній частині заняття: 1.заключній 2. на початку основної; 3. наприкінці основної; 4. у середині основної; 5. у вступній;

22.Розтягненню плеври й профілактиці утворення спайок в ній сприяють наступні дихальні вправи: 1 - з вимовою звуків на видиху; 2 - з вольовим обмеженням легеневої вентиляції й затримкою подиху на видиху (методикою Бутейко); 3 - динамічні з нахилом тулуба в протилежну сторону, на вдиху із затримкою подиху; 4 - форсований вдих зі створенням опору руками на вдиху (методика Стрельникової)); 5 –дренажні;

23.При рестриктивних вентиляційних порушеннях у ФР хворого варто використовувати:1 – ізометричні напруги м'язів передньої черевної стінки; 2 – динамічні дихальні вправи ; 3 – ідеомоторні вправи для великих грудних м'язів; 4 – дихальні вправи з акцентом на пасивизацію видиху; 5 – дихальні вправи з форсованим диханням;

24.Дихальні вправи з плавним подовженим видихом і вимовою звуків при цьому сприяють: 1-разстягненню плеври; ; 2-зменшенню бронхоспазму ; 3 зменшенню дихального об'єму; 4 розрідженню мокротиння; 5 зміцненню дихальних м'язів;

Варіант 13

25. Яке дренажне положення необхідно використовувати для дренування бронхоектазів у задньо - нижніх сегментах правої легені:1.на правій стороні з піднятим головним кінцем ліжка;2.на правій стороні з піднятим ножним кінцем ліжка;3.на животі з піднятим ножним кінцем;4.на лівій стороні з піднятим високо головним кінцем;5.на спині з піднятим головним кінцем.

26.Який прийом масажу буде сприяти поліпшенню кінетики мокротиння:1.поглажування;2.розминания;3.вібрація переривчаста;4.вібрація безперервна;5.розтирання.

27.Спеціальним завданням ФР при ожирінні є: 1. поліпшення самопочуття 2. зменшення основного обміну; 3. підвищення рівня фізичної працездатності; 4. створення негативного енергетичного балансу; 5. підвищення якості життя;

28.. Який прийом масажу, і в якому стані м'язів будуть сприяти відновленню функції уражених м'язів, профілактиці прогресування дистонії м'язів у хворої з невритом лицьового нерва праворуч: 1.Розтирання м'язів справа без усунення м'язової дистрофії; 2.Переривчаста вібрація уражених м'язів з попереднім розтягненням здорових м'язів ліворуч; 3.Переривчаста вібрація уражених м'язів без попереднього усунення дистонії м'язів; 4. Інтенсивне разминання мускулатури праворуч і ліворуч одночасно; 5. Прогладжування праворуч при розтяганні й фіксації долонею м'язів зліва.;

29.Яке лікування положенням варто призначити вищезгаданій пацієнтці: 1. Періодично нахиляти голову вліво при положенні сидячи, підтримуючи голову рукою з опорою на лікоть; 2.Перетягати м'яза із хворої сторони в здорову, знизу нагору за допомогою хустки; 3.Перетягнути м'яза лейкопластиром праворуч вліво; 4.Спати на лівій стороні; 5. Лейкопластирною тягою перетягнути мімічні м'язи зліва направо, звужуючи очну щілину

30.Які спеціальні завдання можна вирішити у вищезгаданої пацієнтки, використовуючи лікування положенням: 1. Збільшення розтягання судин; 2.Збільшення розтягання ураженого нерва; 3.Профілактика й усунення м'язової дистонії; 4.Збільшення тонусу м'язів здорової сторони ; 5.Збільшення сили м'язів ураженої сторони.

31. Який засіб фізичної реабілітації буде сприяти профілактиці суглобних контрактур у хворого 40 років після перенесеного мозкового інсульту, що супроводжується правобічної геміплегією? 1. Пасивний рух у променево - зап'ястного і ліктьовому суглобах з акцентом на їхнє розгинання; 2. Одночасне активне згинання всіх пальців; 3. Одночасне пасивне згинання пальців із приведенням великого пальця; 4. Активна пронація передпліччя5. Положення руки в позі, протилежній контрактурі. Верніке-Манна.

32.Яке завдання фізичної реабілітації з нижчеперелічених буде спеціальним у вищезгаданій ситуації? 1. Профілактика застійної пневмонії; 2. Поліпшення загального самопочуття хворого;3.Профілактика м'язово-суглобних контрактур; 4. Профілактика розвитку пролежнів; 5.Підвищення рефлекторної збудливості уражених м'язів.

33.Яка з нижчеперелічених вправ може вирішити спеціальні завдання при остеохондрозі поперекового відділу хребта? 1. Біг підтюпцем; 2. Стрибки; 3. Ходьба; 4. Плавання; 5. Нахили тулуба вперед з випрямленими ногами

34 Патологічні сінкінезії - це рухи: 1 пасивні; 2 активні; 3 ідеомоторні; 4-спів дружні; 5 активно-пасивні

35.Яка зміна опорно-рухового апарата характерна для центрального паралічу через 2-3 тижні після його розвитку? 1. зниження глибоких рефлексів; 2. зниження тонусу уражених м'язів; 3. підвищення рефлекторної збудливості м'язів; 4. розтягання уражених м'язів; 5. підвищення поверхневих рефлексів;

Варіант 13

36.До засобів фізичної реабілітації відносяться:1 - фізичні вправи; 2 -. трудотерапія; 3 - механотерапія;4.-масаж;5-велотренування;

37.Специальними фізичними вправами в ФР жінки на 23 тижні нормальної вагітності є:: 1 - грудний тип подиху при напрузі й розслабленні м'язів черевного преса; 2-стрибки; 3-їзда на велосипеді; 4 - з різкою зміною положення тіла; 5 - з різким підняттям рук над головою

38. В фізичній реабілітації хворих фізичні вправи за активністю діляться на: 1 - гімнастичні; 2 -. пасивні; 3 - динамічні; 4 - ізометричні; 5 – анаеробні;

39. В фізичній реабілітації хворих загартовуючи засоби сприяють: 1 - розвитку м'язової сили; 2 - адаптації до короткострокових впливів холоду й сонця; 3 – розвитку аеробної витривалості ; 4. – компенсації рухових порушень ; 5 – нормалізації холестеринового обміну ;

40.З метою формування вторинної кісткової мозолі. після зняття іммобілізації з приводу перелому правої малогомілкової кістки в фізичній реабілітації необхідно використовувати: 1 - ідеомоторні фізичні вправи; 2 рефлекторні фізичні вправі;3 - постільний руховий режим; 4 - статичні дихальні вправи; 5 - фізичні вправи з навантаженням по осі травмованої кістки;

Варіант 14

1. Визначення й оцінка фізичного розвитку при лікарському контролі проводиться з метою: 1 - оцінки безпосередньої дії фізичного навантаження;2 – оцінки кумулятивної дії фізичних навантажень; 3 – оцінки типу реакції на фізичне навантаження;4 - визначення тонусу симпатичного відділу ВНС; 5 – визначення стійкості організму до гіпоксії;

2.Методом антропометричних індексів можна оцінити:1 - пропорційність антропометричних показників; 2 - відхилення показників дослідженого середніх від однорідної групи;3 - взаємозв'язок антропометричних показників дослідженого;4 – центильну область антропометричних величин досліджуваного ; 5 - рельєфність мускулатури досліджуваного;

3.При лікарському обстеженні спортсмена змінивши його положення тіла з вертикального на горизонтальне можна визначити й оцінити : 1 – тонус симпатичного відділу ВНС ; 2 – тонус парасимпатичного відділу ВНС;3 **–** тип реакції системи кровообігу на динамічне фізичне навантаження; 4 - тип реакції системи кровообігу на ізометричне фізичне навантаження; 5 – стійкість організму до гіпоксії;

4.Первинний лікарський контроль у спортивній медицині проводиться для визначення: 1-1- термінової дії фізичного навантаження; 2 – відставлені дії фізичного навантаження; 3 – кумулятивні дії фізичного навантаження; 4 – можливості допуску до спортивної діяльності; 5 - дострокової адаптації до фізичних навантажень;

5. Для визначення адекватності фізичних навантажень функціональним можливостям організму спортсмена в тренувальному занятті проводиться :1 - поточний лікарський контроль;2 - оперативний лікарський контроль; 3 - етапний лікарський контроль; 4 - первинний лікарський контроль; 5-функціональне дослідження;

6..Визначення й оцінка рельєфності мускулатури спортсмена проводиться методом : 1-1-антропометрії;2 – соматоскопії;3 – соматометрії;4 -тонусометрії; 5 – динамометрії

7. Функціональні можливості спортсмена в умовах, що змінюються, зовнішнього середовища можна визначити пробій : 1 - з динамічними фізичними навантаженнями; 2 - з ізометричними фізичними навантаженнями; 3 - із затримкою подиху; 4 - зі зміною положення тіла в просторі; 5 - з фармацевтичними препаратами;

8..На пробу з динамічним фізичним навантаженням пульс зросло на 120 % щодо спокою , систолічний тиск зріс від 120 до 160 мм рт ст. а діастолічний – від 80 до 100 мм рт ст. Таку гемодинамічну реакцію оцінюють як : 1 – нормо тонічну; 2 – гіпертонічну; 3 – дистонічну; 4 – астенічну; 5 – гіпотонічну ;

9.Для визначення фізичної працездатності спортсменів жіночої статі Гарвардським степ-тестом необхідно мати сходинку висотою: 1-35 см; 2-43 см; 3-50 см; 4-55 см; 5-70 см;

10.Для визначення функціонального стану системи кровообігу пробій Руфьє школярам пропонується: 1 – пробігти 5 мінут; 2 - присісти 20 разів протягом 45 секунд; 3 – присісти 30 разів протягом 45 секунд; 4 – пробігти 100 метрів; 5 – присісти 20 разів протягом 10 секунд ;

11.Обьективним критерієм для припинення виконання тесту з фізичним навантаженням при визначенні фізичної працездатності спортсмена є : 1 - прискорення пульсу до 120 уд\хв; 2 – ріст АТ до 180/90 мм рт ст.; 3 – почуття утоми.; 4 - прискорення пульсу в межах 180 мінус вік; 5 - ріст АТ понад 230/ 130 мм рт ст..

12.У спортивній діяльності використання спортивних напоїв сприяє : 1 – збільшенню добового раціону спортсмена; 2 – зменшенню добового раціону ; 3 – зниженню фізичної працездатності; 4 – уповільненню процесів відновлення; 5 - погіршенню водно - сольового балансу :

13.Видалення молочної кислоти із організму спортсмена після фізичного тренування триває: 1-48 годин; 2- 0,5 – 1,5 години; 3-24 години; 4-3-4 дні; 5 – тиждень

Варіант 14

14.Забороняються заняття в спортивних секціях і рекомендуються додаткові заняття в групах загальнофізичної підготовки школярам : 1 – з високим рівнем функціональних резервів системи кровообігу; 2 – з низьким або нижче за середній рівень функціональних резервів ; 3 - основної медичної групи; 4 – підготовчої медичної групи; 5 – спеціальної медичної групи;

15.Терміновий ефект дії фізичного навантаження в тренуванні спортсмена визначається й оцінюється : 1 – протягом 24 годин після заняття; 2 - через 6 місяців після заняття; 3 – під час заняття; 4 - етапним лікарським контролем; 5 - поточним лікарським контролем;

16.Заключна частина тренувального заняття становить від всієї його тривалості : 1- не більше 10 % ; 2-10-15 % ; 3-25-30 %; 4 – не менше 50 %; 5-3-5 %;

17.Економізація функції системи зовнішнього дихання в результаті систематичних адекватних фізичних тренувань характеризується : 1 – збільшенням частоти дихання ;2 – збільшенням дихального об'єму; 3 - зменшенням максимальної вентиляції легень; 4 - зменшенням бронхіальної прохідності; 5 – зменшенням альвеолярної вентиляції;

18.У ФР хворих ішемічною хворобою серця велотренування призначається з метою: 1 нормалізації рефлексу розширення коронарних судин у відповідь на підвищену потребу міокарда в кисні ; 2. Збільшення сили м'язів нижніх кінцівок; 3. збільшення потреби міокарду в кисні; 4. підвищення симпатичних впливів на серце; 5. зниження фібрінолітичної активності крові ;

19. Хворому, що виписався зі стаціонару після гострого інфаркту міокарда доцільно призначити наступні засоби ФР : 1 - фізичні вправи максимальної аеробної потужності ;2 – анаеробні фізичні вправи; 3 – ізометричні фізичні вправи; 4 – фізичні вправи з потужністю , яка не перевищує 50% аеробних можливостей хворого; 5 - рефлекторні;

20.З перерахованих завдань ФР спеціальними для хворого ішемічною хворобою серця є: 1. нормалізація психо - емоційного стану хворого; 2. відновлення фізичної працездатності; 3. зниження активності депрессорных систем; 4. зниження потреби міокарду в кисні; 5. зниження скорочувальної здатності міокарда

21.Ішемічну реакцію у відповідь на фізичне навантаження у хворого при ФР хворого з гострим інфарктом міокарду визначають методом: 1.пульсометрії; 2.тонометрії; 3.ехокардіографії; 4.електрокардіографії; 5. соматоскопії;

22.З перерахованих фізичних вправ при регулярному їхньому використанні знизять потреба міокарду в кисні : 1. ідеомоторні; 2. рефлекторні; 3. циклічні спортивно-прикладні; 4. пасивні; 5. ізометричні

23.Положення нижніх кінцівок вище горизонтального рівня й рухи в гомілково - ступному суглобі у хворого із хронічною недостатністю кровообігу сприяє: 1 – стимуляції екстракардіального механізму кровообігу.; 2. зменшенню венозного повернення; 3. зменшенню потреби міокарду в кисні; 4. профілактиці м'язової гіпотрофії нижніх кінцівок; 5. збільшенню потреби міокарда в кисні.

24. . У заняттях дихальними вправами з хворими на бронхіальну астму треба акцентувати увагу на:1 - форсований глибокий подих; 2 - подовження вдиху; 3 - подовження видиху; 4 - форсований видих; 5 - верхньо-грудний тип подиху;

25. Вплив якого із прийомів масажу на розрідження мокротиння буде найбільшим:1. погладжування; 2 - розтирання ; 3 - вібрація безперервна; 4 - вібрація переривчаста; 5 - розминання;.

Варіант 14

26.Спеціальним завданням ФР при цукровому діабеті є:1. підвищення рівня глікемії 2. активізація розпаду м'язового глікогену 3. зниження чутливості рецепторів до інсуліну 4. підвищення секреції активного інсуліну ;5. підвищення рівня глюкогону

27. У фізичній реабілітації хворих цукровим діабеті доцільно використовувати фізичні вправи:1 - динамічні ,великої інтенсивності й обсягу; 2 – динамічні , анаеробної спрямованості енергозабезпечення ; 3 - ізометричні , локальні ; 4 – пасивні для нижніх кінцівок 5 – спортивно - прикладні , аеробної спрямованості;;

28.Для попередження явищ гипоглікемії при проведенні ФР хворого на цукровий діабет, типу А потрібно розраховувати необхідну інтенсивність навантажень виходячи з:1. максимального хронотропного резерву;2. субмаксимального хронотропного резерву; 3. щирого (граничного) хронотропного резерву; 4. максимально припустимої за віком ЧСС; 5. припустимої субмаксимальної ЧСС

29. При спастичних колітах доцільно використовувати фізичні вправи: 1 - з підвищенням внутрішньочеревного тиску; 2-із частою зміною положення тіла; 3 – ідеомоторні для черевної стінки; 4 – рефлекторні для н лижних кінцівок; 5 - без підвищення внутрішньочеревного тиску;

30. Підвищенню гідратації між хребетних дисків при остеохондрозі в поперековому відділі сприяє наступне положення тіла хворого: 1 - лежачи на спині з випрямленими ногами; 2 - положення коштуючи; 3 - лежачи на спині із зігнутими ногами в колінних і тазостегнових суглобах; 4 – сидячи без підтримки;5 - лежачи на животі прогнувшись;

31.Які пасивні фізичні вправи варто використовувати для профілактики розвитку м'язових - суглобових контрактур у хворої з лівосторонньої геміплегією, 10 днів тому розвився геморагічний інсульт? 1. Плавне тильне згинання стопи з її про нацією; 2. Підошовне згинання стопи з її супінацією; 3. Швидке одночасне згинання пальців кисті із приведенням великого пальця; 4.Згинання передпліччя з його про нацією;5. Швидке максимально можливе розгинання колінного суглоба.

32.Для усунення м'язової дистонії у вищезгаданого хворого яке положення ураженим кінцівкам варто надавати: 1.Тильного згинання стопи з про нацією її й легкого згинання в колінному суглобі; 2. Підошовного згинання стопи й ротації стегна зовні; 3. Максимального розгинання в колінному суглобі із супінацією стопи; 4. Приведення плеча з розігнутим і пронованим передпліччям, зігнутими пальцями; 5.Відведення плеча із зігнутим у ліктьовому суглобі передпліччям, розігнутою кистю й пальцями.

33.Яка зміна м'язів характерна для хворих із центральним паралічем? 1.Зниження тонусу м'язів, що приводять плече; 2. підвищення тонусу м'язів, що приводять плече; 3. зниження тонусу м'язів-згиначів передпліччя; 4. розтягання м'язів, що згинають пальці; 5. зниження рефлекторної збудливості м'язів-згиначів кисті

34. В фізичній реабілітації засоби загартовування сприяють: 1 - розвитку м'язової сили; 2 - адаптації до короткострокових впливів холоду й сонця;3 – розвитку аеробної витривалості ; 4. – компенсації рухових порушень ;
5 – нормалізації холестеринового обміну ;

35.Підвищенню фібрінолітичної активності крові у хворого гіпертонічною хворобою сприяють фізичні вправи 1 - на розслаблення м'язів 2 – пасивні; 3 - циклічні спортивно - прикладні;4 - ідеомоторні ;5 - гімнастичні локальні ;

36.Груповий метод занять лікувальною гімнастикою призначається хворим, які перебувають на наступному руховому режимі: 1. строгому постільному ; 2.палатному ; 3.вільному ; 4. розширеному постільному ; 5. ліжковому ;

Варіант 14

37.Після проведеного вчора хірургічного втручання з приводу пахової грижі заняття фізичними вправами доцільно проводити у формі:1 - лікувальної гімнастики; 2 - дозовані ходьби; 3 - постільного рухового режиму; 4 - аеробних фізичних вправ; 5 - ізометричних фізичних вправі**;**

38.Ходьбу можна віднести до:1 -. гімнастичних фізичних вправ; 2- спортивно-прикладних вправ; 3 - пасивних вправ; 4 – ізометричних вправ; 5- анаеробних вправ;

39.Специальнимы завданнями ФР при нормальному плині 23 тижня вагітності є: 1 - зміцнення м'язів черевного преса, спини, тазового дна; 2 - профілактика хронічної пневмонії; 3 - поліпшення психо-емоційного стану; 4 - нормалізація тонусу й рухливості нервових процесів; 5 - зменшення потреби міокарда в кисні;

40.Після зняття гіпсової іммобілізації два дні назад із приводу перелому правої мало гомілкової кістки для формування вторинної кісткової мозолі використовуються засоби ФР: 1 – лікувальна гімнастика; 2 - рефлекторні фізичні вправи; 3 -велотренування; 4 - пасивні фізичні вправи; 5 - теренкур ;

Варіант15

1. У результаті хронічної глобальної гіпокінезії : 1 – зростає внутрішньочеревний тиск; 2 зростає інтенсивність обмінних процесів;3 – зростає резерв вуглеводів у м'язах і печінці; 4 – зменшується об’єм циркулюючої крові; 5 - поліпшується розумова працездатність ;

2. Визначити й оцінити фізичний розвиток спортсмена можна: 1 - методом лабораторних досліджень біологічних речовин спортсмена; 2 – анамнестичним методом лікарського контролю; 3 - соматоскопічним методом лікарського контролю; 4 - пробами з динамічними фізичними навантаженнями; 5 - пробами зі зміною умов зовнішнього середовища ;

3. Відставлену дію фізичних навантажень у тренуванні спортсмена можна визначити й оцінити : 1 – оперативним лікарським контролем; 2 – поточним лікарським контролем; 3 – під час тренувального заняття; 4 - через кілька місяців тренувальних занять; 5 – етапним лікарським контролем;

4. Пропорційність соматометричних показників фізичного розвитку спортсмена визначається й оцінюється методом: 1 – кореляційним ; 2 – середньоквадратичних відхилень ; 3 – тонусометричним; 4 – центильним ; 5 – індексів;

5. Оцінка типу гемодинамічної реакції на фізичне навантаження визначається величинами змін : 1 – частоти й глибини дихання ; 2 – пульсу й артеріального тиску; 3 – амплітудних й інтервальних показників біоелектричної активності серця ; 4 – життєвої ємності легень; 5 - гематологічних показників;

6.Велоергометрію можна віднести до функціональної проби : 1 – з ізометричним фізичним навантаженням; 2 – зі зміною умов зовнішнього середовища; 3 – зі зміною положення тіла в просторі; 4 -з динамічним фізичним навантаженням; 5 -з визначенням тонусу симпатичного відділу ВНС;

7.Можливості допуску до занять фізичними вправами вирішується при проведенні лікарського контролю:1.первинного ;2.оперативного;3. поточного; 4 - етапного; 5 – під час тренувального заняття;

8.Проба Генча - це проба : І – з фізичними статичними навантаженнями ; 2 – зі зміною положення тіла в просторі ; 3 – з динамічними фізичними навантаженнями; 4 -з затримкою дихання після видиху ; 5 – із затримкою дихання після вдиху;

9. Для визначення можливості допуску спортсмена до занять фізичними вправами потрібно провести лікарський контроль: 1 - первинний ; 2 - оперативний ; 3 - поточний ; 4 - під час фізичного навантаження ;5 - наступного дня після тренування ;

10. По режиму м'язової діяльності фізична робота може бути : 1 - локальною; 2 – субмаксимальною ; 3 – динамічною; 4 – глобальною; 5 – легкою;

11.Фізичну роботу можна назвати глобальної . якщо в ній задіяно м'язового масиву спортсмена : 1 - менше 1/3 ; 2 - 2/3 ; 3-3- 1/2; 4 – більше 1/3 ; 5 – більше 2/3 ;

12.Дистоническая реакція системи кровообігу на тренувальному занятті характеризується: 1 – прискоренням пульсу в межах суми пульсу спокою й 10 % хронотропного резерву індивіда;2 -прискоренням пульсу в межах суми пульсу спокою й 75 % хронотропного резерву; 3 – підвищенням САТ до рівня суми 0,5 ЧСС тренувальної плюс 82; 4 - зниженням ДАТ до «без кінцевого тону» ; 5 – зниженням пульсового АТ;

13.Прискорення пульсу й підвищення АТ в стані спокою й на стандартне навантаження після тренувального заняття спортсмена свідчить про : 1 – ортостатичний колапс; 2 – Гравітаційний шоку 3 – стан гіпоглікемії ; 4 - синдромі перетренованості; 5 – гострий больовий печінковий синдром;

14.Використання адаптогенів у спортивній діяльності сприяє :1 – ресинтезу запасів глікогену; 2 - зменшенню енергетичних резервів в організмі ; 3 – затримці розвитку дистрофічних процесів; 4 – зменшенню болючих відчуттів; 5 - росту максимальної вентиляції легенів; ваще не знаю ☺

15.У розрахунку тренувальної ЧСС для пікових навантажень у тренувальному занятті спортсмена до величини ЧСС у стані спокою додають відсоток його хронотропного резерву: 1-10 % ; 2-20 % ; 3-30 %; 4-75-80 %; 5 – 100%;

16.Використання масажу в спорті сприяє : 1 – уповільненню крово – і лимфотоку; 2 – уповільненню висновку метаболітів м'язової діяльності; 3 – прискоренню крово й лимфотоку; 4 - зменшенню еластичності м'язів і зв'язок ; 5 – порушенню рухливості нервових процесів;

17. Відновлення внутрішньомязових запасів глікогену й глікогену в печінці після напруженої м'язової діяльності відбувається протягом : 1 – 3-4 годин; 2-10-12 годин; 3-12-48 годин ; 4 - трьох - чотирьох днів; 5 – тижня;

18. Масаж прекардіальної зони для зниження м'язового тонусу й рефлекторного впливу на коронарний кровообіг хворому хронічною ішемічною хворобою серця здійснюється прийомом:1.поглаживания; 2. інтенсивного розтирання; 3. переривчастої вібрації; 4.разминания; 5. с використанням льоду

19.Безпосередня дія фізичних вправ у процедурі лікувальної гімнастики у хворого із хронічною

ішемічною хворобою серця при оперативному контролі оцінюється методом: 1.динамометрії; 2. эхокардиографії; 3. пульсометрії; 4.доплеркардиографії; 5.спірометрії

20.Лікування положенням тіла й кінцівок при хронічній недостатності кровообігу сприяє:1. поліпшенню психо-емоційного стану хворого; 2.- зниженню потреби міокарда в кисні; 3. полегшенню повернення крові з периферії; 4.- підвищенню фібрінолітичної активності крові; 5. - підвищенню скорочувальної функції серця ;

21. Індивідуальний метод проведення занять фізичними вправами із хворими гострим інфарктом міокарду проводиться: 1 - методистом з 3-5 хворими в палаті; 2 - методистом з окремим хворим; 3 – самостійно хворим після консультативних рекомендацій ; 4. - методистом з 10 хворими в залі ЛФК; 5 - методистом з 6-8 хворими в палаті ;

22.Хворий з хронічною недостатністю кровообігу важкого ступеня в ФР на постільному руховому режимі : 1 має потребу в постійному медичному спостереженні й допомозі при самообслуговуванні; 2 не має потреби в сторонній допомозі при самообслуговуванні; 3 не має потреби в постійному медичному спостереженні ;4.має потребу в постійному медичному спостереженні, але не має потреби в допомозі при самообслуговуванні;5. не має потреби в постійному медичному спостереженні, але потребує допомоги при самообслуговуванні;

23. У хворого хронічною ішемічною хворобою серця, якому провели велоергометричне дослідження, хронотропний резерв серця визначають по різниці:
1 - максимальної вікової ЧСС і ЧСС у стані спокою; 2 - 200 мінус вік хворого; 3 - 170 мінус вік хворого;. 4 - 180 мінус вік хворого; 5 - граничної ЧСС і ЧСС у стані спокою.

24.При проведенні дозованої ходьби в ФР хворого з ожирінням IV ступеня використовуються фізичні вправи : 1 анаеробної спрямованості енергозабезпечення; ;2 – ізометричні ;3 – циклічні максимальної аеробної можливості ;4 – циклічні з інтенсивністю , не вище 50% аеробних можливостей; 5 – аеробно- анаеробної спрямованості енергозабезпечення;

25.Для рестриктивних порушень газообміну характерні наступні зміни показників зовнішнього дихання: 1 - Зниження МОД 2 - Зниження ОФВ 3 зниження індексу Тіффно 4 - зниження ЖЕЛ **5** - Зниження ЧД;

26 Для введення лікарських препаратів інгаляційним шляхом в нижні частини бронхів хворому потрібно робити:1. форсований вдих при грудному типі подиху;2. глибокий подовжений вдих із затримкою дихання при діафрагмальному типі дихання; 3. форсований вдих при діфрагмальному типі дихання;4. форсований вдих - форсований видих;5. глибокий вдих при «ключичному» типі подиху.

27.Вправи «звукової» гімнастики, які використовуються при бронхоспазмі, сприяють: 1 - більш ранньому спаданню бронхів;2 - зниженню залишкового об'єму легень ;3 підвищенню тонусу мускулатури бронхів ;4 - поліпшенню від ходження мокротиння ;5 - зміцненню дихальних м'язів;

28.Яке положення необхідно використовувати при виконанні дихальних вправ для компенсації порушеного газообміну при лівосторонній нижньодольовій пневмонії:1.на лівій стороні з піднятим ножним кінцем;2.на правій стороні ;3.лежачи на спині на високій подушці;4.лежачи на животі ; 5 -колінно-долонне.

29. У фізичній реабілітації хворих цукровим діабеті доцільно використовувати фізичні вправи:1 - динамічні ,великої інтенсивності й обсягу; 2 – динамічні , анаеробної спрямованості енергозабезпечення ; 3 - ізометричні , локальні ; 4 – пасивні для нижніх кінцівок ; 5 – динамічні із середньою аеробною інтенсивністю;

30.Який засіб фізичної реабілітації допоможе вирішити спеціальні завдання у хворих з враженням ліктьового нерва, що супроводжується паралічем відповідних груп м'язів : 1. розширений постільний режим; 2. щадно - тренуючий; 3. активні рухи в променево - зап'ястному суглобі; 4. ізометрична напруга м'язів передпліччя;5 пасивні рухи в променево – зап'ястному суглобі ;

31.З якою метою необхідно призначити діафрагмальне дихання пацієнтам з інсультом , що перебувають на розширеному постільному режимі? 1 Для профілактики пролежнів; 2. Для збільшення вентиляції верхніх відділів легенів; 3. Попередження появи патологічних сінкінезій; 4. Збільшення вентиляції нижніх відділів легень; 5. Поліпшення вестибулярної функції

32.Яка з нижчеперелічених форм фізичної реабілітації може вирішити спеціальні завдання у пацієнтів з невритом променевого нерва? 1. Теренкур; 2. Дозована ходьба; 3. Велотренування; 4. Біг підтюпцем; 5 Лікувальна гімнастика

33.Яка зміна опорно-рухового апарата характерна для млявих паралічів у ранньому періоді їхнього розвитку? 1. Підвищення тонусу уражених м'язів; 2. Їхня атонія; 3. Підвищення глибоких рефлексів; 4. Зменшення амплітуди рухів при пасивному розгинанні суглобів; 5. Укорочення уражених м'язів ;

34.Яка фізична вправа буде сприяти профілактиці розвитку суглобової контрактури, збереженню сили уражених м'язів у хворої з невритом променевого нерва з поразкою його в середній третині плеча? 1. Пронація передпліччя й кисті; 2.Активні клацання кожним пальцем;3.Активні згинання основних фаланг пальців; 4.Приведення й згинання великого пальця; 5.Пасивне тильне згинання кисті.

35.Рішенню якого спеціального завдання буде сприяти лікування положенням? 1.Зниженню тонусу уражених м'язів; 2. Профілактиці суглобних контрактур; 3.Відновленню рухливості в променевому суглобі; 4.Збільшенню сили уражених м'язів; 5. Усуненню м'язової дистонії.

36.Адекватність інтенсивності фізичного навантаження при заняттях лікувальною гімнастикою визначається:1 -. пульсометрією;2 - спірометрією; 3 - тонометрією 4 – хронометрією ;5 – динамометрією;

37.Пікова (найбільша)інтенсивність фізичного навантаження в занятті лікувальною гімнастикою повинна бути : 1 - у заключному періоді заняття; 2 - спочатку основного періоду заняття; 3 - наприкінці основного періоду заняття; 4 - посередині основного періоду заняття ;5- у вступному періоді заняття;

38.Для виконання спеціальних завдань у ФР жінки на 23 тижні вагітності варто використовувати: 1 - ізометричні вправи для м'язів черевного преса; 2 - вправи зі збільшенням внутрішньочеревного тиску;3 - вправи великої інтенсивності; 4 - глобальні, динамічні вправи; 5- вправи з різкою зміною положення тіла й затримкою дихання;

39.Хворому, якого прооперували два дні тому з приводу кишкової непрохідності доцільно призначити наступні засоби фізичної реабілітації: 1 - ізометричні фізичні вправи для черевної стінки;2 - лікувальну гімнастику; 3 - велотренування; 4 - дихальні вправи; 5-дозовану ходьбу;

40. В фізичній реабілітації хворих статичні дихальні вправи виконуються: 1 - за участю рухів рук вгору під час вдиху; 2 -. з нахилом тулуба вперед під час видиху; 3 - за участю тільки діафрагми й міжреберних м'язів; 4 – з ізометричними з зусиллями ; 5 – подумки (в уяві хворого) ;