



Programul de studiu *Balneofiziokinetoterapie și recuperare*

Grile cu itemi pentru examenul de licență – 2020

I. PATOLOGIE MEDICALĂ

A. ÎNTREBĂRI CU UN SINGUR RĂSPUNS CORECT

1. Se consideră hipertensiune arterială atunci când valorile TA sistolice depășesc:
 - a) 90 mmHg
 - b) 100 mmHg
 - c) 120 mmHg
 - d) 130 mmHg
 - e) 140 mmHg
2. În timpul crizei de angină pectorală vom administra:
 - a) nitroglicerină sublingual
 - b) ventolin inhalator
 - c) algocalmin intravenos
 - d) aspirină oral
 - e) ibuprofen
3. Simptomul clinic dominant care apare în arteriopatia cronică obliterantă a membrelor inferioare este:
 - a) angina pectorală de efort
 - b) vertijul
 - c) claudicația intermitentă
 - d) dispneea de efort
 - e) sincopa de efort
4. Analiza de laborator cu mare specificitate pentru tromboza venoasă profundă este:
 - a) creatinina
 - b) troponina
 - c) d-dimeri
 - d) hemoleucograma
 - e) bilirubuna indirectă

5. Care dintre următorii sunt considerați factori precipitanți ai crizei de astm bronșic ?
- a) ciroza hepatică
 - b) infecțiile virale respiratorii
 - c) consumul crescut de lichide
 - d) medicația antiastmatică
 - e) regimul alimentar bogat în lipide
6. Criza tipică de astm bronșic:
- a) are durată de cel puțin 24 ore
 - b) evoluează în trei faze
 - c) se asociază cu tulburări circulatorii
 - d) se asociază cu tulburări neurologice
 - e) poate fi tratată doar cu medicație intravenoasă
7. Prevenția tuberculozei pulmonare se face prin:
- a) vaccinare anuală antigripală
 - b) tratament antibiotic cu izoniazidă timp de 6 luni
 - c) vaccinarea BCG a nou-născuților
 - d) regim alimentar hiposodat
 - e) evitarea exercițiilor fizice
8. Factorii favorizanți ai refluxului gastroesofagian sunt următorii:
- a) scăderea acidității gastrice
 - b) subponderalitatea
 - c) existența litiazei biliare
 - d) obezitatea
 - e) creșterea presiunii sfincterului esofagian inferior prin fumat
9. Care dintre următoarele explorări nu se folosește în diagnosticul bolii de reflux gastroesofagian?:
- a) endoscopia și biopsierea mucoasei
 - b) tranzitul baritat esofagian
 - c) pH-metria esofagiană
 - d) ecografia abdominală
 - e) scintigrafia coloidală
10. Complicațiile ulcerului peptic sunt :
- a) hemoragia
 - b) durerea epigastrică cu caracter de arsură
 - c) scăderea ponderală
 - d) scăderea apetitului
 - e) apariția infecției cu *Helicobacter pylori*
11. Care dintre următoarele medicamente nu sunt folosite în tratamentul ulcerului peptic?
- a) inhibitori ai pompei de protoni
 - b) blocați ai receptorilor H₂
 - c) sucralfat

- d) antiinflamatoare nesteroidiene
- e) prostaglandine

12. Care dintre următoarele afirmații legate de rectocolita ulcerohemoragică sunt adevărate?
- a) rectul este aproape întotdeauna implicat
 - b) rectul nu este niciodată implicat
 - c) leziunile mucoasei au aspect discontinuu
 - d) are risc scăzut de malignizare.
 - e) diagnosticul de precizie este pus întotdeauna prin examen computer-tomografic
13. Complicațiile colecistitei acute sunt următoarele, mai puțin una:
- a) gangrena colecistului
 - b) perforația colecistului
 - c) empiemul colecistului
 - d) fistulizarea
 - e) pielonefrita
14. Pancreatita acută poate să aibă următoarele cauze :
- a) excesul de alcool
 - b) hipocalcemia
 - c) hipertiroidia
 - d) virozele respiratorii
 - e) medicamentele antiacide
15. Controlul hemoragiei digestive superioare prin efracție variceală se poate face prin:
- a) hepatoprotectoare
 - b) inhibitori ai pompei de protoni
 - c) ligatura elastică a varicelor
 - d) pungă rece pe abdomen
 - e) stoparea consumului de alcool

B. ÎNTREBĂRI CU 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI CORECTE

1. Referitor la ateroscleroză următoarele afirmații sunt adevărate:
- a) este o boala lentă, progresivă
 - b) consta in depunerea colesterolului la nivelul intimei arteriale
 - c) poate afecta orice artera din organism
 - d) afectează doar venele
 - e) afectează doar arterele coronare
2. Factori de risc cardiovasculari sunt considerați următorii:
- a) hipertensiunea arteriala
 - b) hiperuricemia
 - c) obezitatea
 - d) sedentarismul
 - e) vârsta peste 45 ani la femei
3. In hipertensiunea arterială, care dintre afirmații sunt adevărate:

- a) pacienții pot prezenta cefalee sau epistaxis
- b) în timp, la pacienții cu HTA apar complicații renale și cerebrale
- c) Tratamentul pentru HTA este doar nefarmacologic
- d) Tratamentul se face până se normalizează valorile TA apoi se întrerupe
- e) Scopul tratamentului este de a reduce TA cu cel puțin 10 mmHg

4. Tratamentul nefarmacologic în HTA constă în:

- a) reducerea consumului de sare
- b) reducerea activității fizice
- c) reducerea consumului de legume și fructe
- d) scădere ponderală pentru pacienții supraponderali
- e) reducerea consumului de alcool

5. Angina pectorală de efort stabilă se caracterizează prin:

- a) durere toracică retrosternală cu caracter constrictiv, care apare la efort
- b) durerea iriază în brațe, umeri sau mandibulă
- c) durată sub 20 min
- d) nu cedează la nitroglicerină sublingual
- e) apare și în repaus

6. Referitor la infarctul miocardic acut, următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) se constituie o zonă de necroză miocardică
- b) cauza cea mai frecventă este ocluzia acută trombotică a unei artere coronare
- c) mărimea infarctului depinde de valorile colesterolului
- d) necroza miocardică începe după 2-3 zile de la ocluzia arterei coronare
- e) poate fi determinat și de spasmul coronarian prelungit

7. În infarctul miocardic acut, durerea toracică are următoarele caractere:

- a) frecvent este situată retrosternal
- b) are caracter de arsură sau constricție
- c) se accentuează la palpare sau schimbarea poziției
- d) dispare după nitroglicerină sublingual
- e) are o durată de 5-10 minute

8. În infarctul miocardic acut pot apărea simptome asociate cum ar fi:

- a) diaforeză
- b) dureri articulare
- c) grețuri
- d) palpitații
- e) vărsături

9. La un pacient la care se suspicionează un infarct miocardic acut, se recomandă următoarele investigații:

- a) electrocardiografie
- b) test de efort
- c) rezonanță magnetică cardiacă
- d) dozarea tropononelor cardiace
- e) coronarografie de urgență

10. Imediat după stabilirea diagnosticului de infarct miocardic acut, următoarele manevre sunt necesare:
- a) mobilizarea pacientului
 - b) ameliorarea durerii
 - c) monitorizarea activității cardiace
 - d) efectuarea unui test de efort
 - e) stabilirea indicației de reperfuzie miocardică
11. Terapia de reperfuzie în infarctul miocardic acut
- a) încearcă restabilirea fluxului sanguin în artera coronară ocluzionată, responsabilă de infarct
 - b) cu cât se face mai repede cu atât zona de necroză va fi mai mică
 - c) se poate face doar în primele 2 ore de la debutul simptomelor
 - d) se poate face după 2 ore doar în situații rare
 - e) poate fi mecanică sau farmacologică
12. Terapia de reperfuzie în infarctul miocardic acut se poate face:
- a) prin angioplastie primară și implantare de stent în artera responsabilă de infarct
 - b) prin administrarea intravenoasă de substanțe trombolitice
 - c) prin administrarea intravenoasă de substanțe anticoagulante
 - d) prin administrare de nitroglicerina sublingual
 - e) prin administrare de aspirină
13. La un pacient cu infarct miocardic acut debutat de 8 ore:
- a) se recomandă efectuarea angioplastiei coronariene percutane la nivelul arterei responsabile de infarct
 - b) se imobilizează pacientul
 - c) se urmărește combaterea durerii
 - d) nu mai este necesară monitorizarea activității cardiace
 - e) este necesară internarea
14. După un infarct miocardic acut se recomandă:
- a) tratament cu aspirină toată viața
 - b) modificarea stilului de viață pentru controlul factorilor de risc
 - c) regim alimentar bogat în lipide
 - d) regim alimentar bogat în glucide
 - e) pensionarea pacientului
16. La pacienții cu arteriopatie cronică obliterantă a membrelor inferioare, claudicația intermitentă:
- a) apare la mers
 - b) este intensă, cu caracter constrictiv
 - c) localizată frecvent la nivelul gambei
 - d) dispare după unguente cu antiinflamatoare
 - e) dispare după masaj
17. Factorii favorizanți ai trombozei venoase profunde sunt:
- a) valorile crescute ale colesterolului seric
 - b) imobilizare prelungită, de orice cauză

- c) sarcina
- d) diabetul zaharat
- e) neoplaziile

18. In tromboza acută de venă femurală dreaptă apar următoarele elemente clinice:

- a) membru inferior drept tumefiat,
- b) durere la mers si repaus la nivelul membrelor inferioare bilateral
- c) febră moderată și tahicardie
- d) tegumente calde la nivelul piciorului drept
- e) angină pectorală de efort

18. La un pacient cu imobilizare prelungită postoperator, pentru prevenția trombozei venoase profunde, se vor aplica următoarele măsuri:

- a) mișcări active si pasive ale membrelor
- b) ciorapi elastici compresivi
- c) schimbarea repetată a poziției corpului
- d) Regim alimentar bogat in legume
- e) medicație anticoagulantă în doze profilactice

19. După o tromboză venoasă profundă, în timpul tratamentului anticoagulant oral cu trombostop:

- a) INR trebuie să fie între 2-3 pentru ca tratamentul să fie eficient
- b) INR trebuie efectuat minim o dată pe lună
- c) sunt interzise injecțiile intravenoase
- d) foarte rar pot apărea complicații hemoragice ușoare
- e) pacienții trebuie să evite sporturile care produc contact fizic puternic

20. Referitor la embolia pulmonară, următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) este o complicație a trombozei venoase profunde
- b) trombul migrează din vena periferică într-o venă pulmonară
- c) dislocarea trombului dintr-o venă periferică este favorizată de gimnastica medicală a membrului afectat
- d) uneori se manifestă prin sincopă
- e) clinic apare tuse cu expectorație sangvinolentă

21. Referitor la tuberculoză, următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) se transmite în principal pe cale aeriană
- b) are o evoluție acută
- c) localizarea este exclusiv pulmonară
- d) cu tratament adecvat, este curabilă
- e) necesită tratament antibiotic minim 2-3 săptămâni

22. Simptomele sugestive pentru tuberculoza pulmonară sunt:

- a) tusea cronică, productivă
- b) durere toracică surdă
- c) febră mare
- d) dispnee
- e) disfonie

23. Transmiterea bolii, de la pacienții cu tuberculoză pulmonară la persoanele sănătoase, se face:
- a) în principal pe cale aeriană
 - b) prin tuse, strănut
 - c) prin contactul cu plăgile cutanate ale pacientului
 - d) prin materiile fecale
 - e) prin urină
24. Pentru confirmarea diagnosticului de tuberculoză pulmonară sunt necesare următoarele investigații:
- a) electrocardiografia
 - b) radiografia toracică
 - c) bronhoscopia
 - d) examenul de spută
 - e) arteriografia pulmonară
25. În cancerul bronhopulmonar, următoarele afirmații sunt adevărate:
- a) reprezintă peste 90% dintre tumorile bronhopulmonare
 - b) fumatul este factorul etiologic principal
 - c) supraviețuirea la 10 ani este foarte bună
 - d) simptomele apar precoce
 - e) nu produce metastaze
26. În cancerul bronhopulmonar apar următoarele simptome:
- a) angină pectorală de efort
 - b) creștere în greutate
 - c) fatigabilitate, anorexie
 - d) hemoptizii mici, repetate
 - e) tuse persistentă, iritativă
27. Într-un cancer bronhopulmonar:
- a) metastazarea extratoracică este foarte rară
 - b) metastazele osoase produc dureri persistente și fracturi
 - c) manifestările respiratorii sunt absente
 - d) metastazele cerebrale pot determina crize convulsive
 - e) poate apărea disfagie prin compresia esofagului
28. Manifestările clinice sugestive pentru extensia locală a unei tumori bronhopulmonare includ:
- a) cefalee
 - b) disfagie
 - c) edem în pelerină
 - d) disfonie
 - e) icter
29. Referitor la astmul bronșic, următoarele sunt adevărate:
- a) este o afecțiune acută, inflamatorie
 - b) se manifestă prin crize paroxistice de dispnee expiratorie
 - c) între crize pacientul poate fi asimptomatic

- d) este întotdeauna de cauza alergică
- e) la copii este doar de cauza infecțioasă

30. Alergenii inhalatori cel mai frecvent implicați în apariția astmului bronșic sunt:

- a) fanerele de animale
- b) mușgaiul
- c) praful de casă
- d) polenul
- e) regimul alimentar bogat în colesterol

31. Triada simptomatică din astmul bronșic include:

- a) hemoptizie
- b) dispnee
- c) sincopă
- d) tuse
- e) wheezing

32. Diagnosticul diferențial al bolilor inflamatorii intestinale se face cu următoarele afecțiuni

- a) enterocolitele infecțioase
- b) tuberculoza intestinală
- c) apendicita acută
- d) virozele respiratorii
- e) neoplasmul intestinal

33. Diverticulita colonului are următoarele simptome :

- a) durerea abdominală
- b) febra
- c) dureri precordiale
- d) constipație cronică
- e) durere lombară

34. În colecistita acută, la examenul de laborator se evidențiază:

- a) hemoliza
- b) leucocitoză
- c) creșterea fosfatazei alcaline și GOT
- d) creșterea bilirubinei serice
- e) hipercolesterolemie

35. Colecistectomia pentru litiaza biliară veziculară are următoarele indicații :

- a) pacienți simptomatici
- b) pacienți vârstnici și țarați
- c) persoane care au risc crescut de complicații
- d) pacienți tineri care urmează să susțină eforturi mari
- e) pacienți care au calculi mai mari de 2 cm

36. Semnele si simptomele pancreatitei acute sunt următoarele:

- a) durere epigastrică continuă cu iradiere in bară
- b) grețuri si vărsături
- c) diaree
- d) colorație albastră in regiunea periombilicală
- e) tuse cu expectorație purulenta

37. Investigațiile imagistice necesare diagnosticării pancreatitei acute sunt următoarele :

- a) tomografia computerizată abdominală
- b) ecografia abdominală
- c) radiografia abdominală
- d) măsurarea valorilor glicemiei
- e) măsurarea nivelului seric al lipazei si amilazei

38. Diagnosticul diferențial al pancreatitei acute se face cu următoarele afecțiuni:

- a) perforație intestinală
- b) pneumonie bazală
- c) ocluzie intestinală
- d) infecția urinară
- e) diaree acută

39. Complicațiile tardive ale pancreatitei acute sunt:

- a) pseudochistul pancreatic
- b) flegmonul pancreatic
- c) șocul hemoragic
- d) abcesul pancreatic
- e) ascita pancreatica

40. Insuficiența hepatică acută poate avea următoarele cauze:

- a) infecții virale
- b) medicamente hepatotoxice
- c) boli cronice hepatice activate
- d) edemul cerebral
- e) insuficiența renală

41. În hepatita alcoolică poate sa apară:

- a) insuficiență hepatică severă
- b) creștere a AST mai mare decât a ALT
- c) leucopenie
- d) leucocitoză
- e) grețuri și vărsături

42. Ciroza hepatică poate avea următoarele etiologii:

- a) hepatitele virale
- b) infecția cu HIV
- c) consumul de alcool

- d) sindromul hepatopulmonar
- e) hemocromatoza

43. Controlul hemoragiei acute din ruptura de varice esofagiene se face prin :

- a) administrarea de soluții perfuzabile
- b) ligatura variceală cu bandă sau scleroterapia endoscopică
- c) administrarea de antibiotice
- d) montarea de balon Blakemore
- e) administrare de Vasopresina

44. Profilaxia recidivelor hemoragice din varice esofagiene se face utilizând:

- a) continuarea consumului de alcool
- b) ligaturi variceale
- c) folosirea medicamentelor beta blocante
- d) TIPS (șunt portosplenic intrahepatic transjugular)
- e) medicație hepatoprotectoare

45. Factorii precipitanți ai encefalopatiei hepatice sunt:

- a) regimul alimentar bogat în fructe și legume
- b) hemoragiile digestive
- c) constipația
- d) septicemia
- e) diabetul zaharat

46. În colecistita acută pot să apară următoarele simptome:

- a) creșterea valorilor glicemiei
- b) durere în hipocondrul drept
- c) grețuri, vărsături
- d) febră
- e) dispnee

47. Factorii de risc pentru apariția ulcerului peptic sunt următorii:

- a) infecția cu *Helicobacter pylori*
- b) hipersecreția acidă
- c) sindromul Zollinger Ellison
- d) consum de alimente afumate și sărate
- e) consum de medicamente antiacide

48. Diagnosticul infecției cu *Helicobacter pylori* se face prin:

- a) determinarea anticorpilor serici
- b) determinarea antigenului fecal
- c) ecografie abdominală sau CT abdominal
- d) test rapid la urează
- e) biopsia mucoasei gastrice

49. Complicațiile ulcerului peptic sunt:

- a) hemoragia

- b) perforația
- c) penetrația
- d) obstrucția
- e) cancerul gastric

50. Boala Crohn poate avea următoarele complicații:

- a) diaree persistentă
- b) ocluzie intestinală
- c) fistule colo rectale
- d) formarea de abcese
- e) fatigabilitate

51. Cu privire la sindromul de intestin iritabil:

- a) se manifestă mai ales la femei
- b) durerile se ameliorează odată cu emiterea de gaze sau de materii fecale
- c) foarte frecvent se asociază cu febră
- d) scaunele pot fi păstoase
- e) diagnosticarea poate impune efectuarea unei colonoscopii totale

52. Triada Charcot în diagnosticul colangitei din litiaza coledociană este reprezentată de:

- a) astenie
- b) durere
- c) scădere ponderală
- d) febră
- e) icter

53. Cauze frecvente de pancreatită cronică recidivantă sunt:

- a) consumul de alcool
- b) hipertrigliceridemia
- c) hipercalcemia
- d) hipercolesterolemia
- e) hiperuricemia

54. Manifestările extraintestinale articulare ale colitei ulcerose și bolii Crohn pot să fie:

- a) artrită periferică
- b) sacrolileita
- c) spondilita anchilopoietică
- d) poliartrita reumatoidă
- e) eritemul nodos

55. Diverticuloza colonică are ca și forme clinice:

- a) forma dureroasă
- b) forma asimptomatică
- c) diverticulita acută
- d) pneumatoza intestinală
- e) hemoragia diverticulară

56. Tratamentul bolii alcoolice hepatice impune:

- a) dietă cu 2000-3000 kcal/zi
- b) dietă hipocalorică
- c) reducerea cantității de alcool consumate
- d) abținere totală la alcool
- e) administrare de multivitamine

57. Consecințele sindromului de hipertensiune portală sunt:

- a) splenomegalie
- b) ascită
- c) varice esofagiene
- d) gastropatie hipertensivă portală
- e) varice ale membrelor inferioare

58. Cu privire la Boala Crohn, sunt adevărate următoarele afirmații:

- a) inflamația cuprinde întreg peretele colonic, fiind transmurală
- b) afectează oricare parte a tubului digestiv
- c) afectează cu precădere rectul
- d) afectează cu precădere ileonul terminal
- e) afectarea tubului digestive este continuă, fără zone indemne

59. Manifestări clinice ale cirozei hepatice pot să fie:

- a) eritem palmar
- b) telangiectazii în pânză de păianjen
- c) hipocratism digital
- d) hipertrofie testiculară
- e) contractură Dupuytren

60. Măsurile generale recomandate în tratamentul refluxului gastroesofagian sunt:

- a) evitarea fumatului
- b) evitarea meselor abundente
- c) evitarea scăderii bruște în greutate
- d) odihnă fără folosirea pernei
- e) evitarea sucurilor de citrice

II. TERAPIA OCUPAȚIONALĂ ÎN KINETOTERAPIE

A. ÎNTREBĂRI CU UN SINGUR RĂSPUNS CORECT

- 1) * Care din afirmațiile de mai jos sunt adevărate:
 - a) evaluarea în terapia ocupațională cuprinde interviul, observația clinică, testarea clinică
 - b) evaluarea în terapia ocupațională cuprinde interviul, observația clinică, testarea instrumentală
 - c) evaluarea în terapia ocupațională cuprinde interviul, testarea clinică și testarea instrumentală
 - d) evaluarea în terapia ocupațională cuprinde interviul, observația clinică, testarea clinică și testarea instrumentală
 - e) evaluarea în terapia ocupațională cuprinde observația clinică, testarea clinică și testarea instrumentală
- 2)* La examenul clinic în leziunea de plex inferior avem:
 - a) „mâna simiană”
 - b) „mâna în grifă”
 - c) police subluxat
 - d) umăr subluxat
 - e) umăr „în epolet”
- 3)* Ce grad de independență funcțională este definit prin: “are nevoie de supraveghere, indicație sau mai puțin de 20% asistență fizică din partea altei persoane”
 - a) supravegheat
 - b) asistență minimă
 - c) asistență moderată
 - d) asistență maximală
 - e) independent
- 4)* Pentru ce tip de leziuni se folosește metoda “backward chaining”
 - a) afecțiuni ale nervilor periferici
 - b) poliartrita reumatoidă
 - c) discopatia cervicodorsolombară
 - d) leziuni cerebrale
 - e) nici una din cele de mai sus
- 5)* Ce tip de manșetă este recomandată în tulburările de coordonare
 - a) manșeta “cu cioc”
 - b) manșeta “grea”
 - c) manșeta cu ventuză
 - d) manșeta elastică
 - e) nici una din cele de mai sus
- 6)* Prepararea alimentelor face parte din:
 - a) activitățile cotidiene zilnice de baza
 - b) activitățile cotidiene “inteligente” (I- ADL)
 - c) activitățile cotidiene de autoîngrijire
 - d) activitățile cotidiene de comunicare
 - e) activitățile cotidiene din domeniul vieții în comunitate

7)* Activitățile cotidiene zilnice din categoria autoîngrijire sunt:

- a) mișcarea în pat
- b) scrisul
- c) îmbrăcarea
- d) manipularea clantei
- e) mersul

8)* Indexul Barthel este folosit la pacienții cu afectare:

- a) neurologică
- b) cardiacă
- c) pulmonară
- d) deficit vizual
- e) deficit auditiv

9)* Ce grad de independență funcțională este definit prin: “are nevoie de indicație, supraveghere, 50 - 80% asistență fizică din partea altei persoane”

- a) supravegheat
- b) asistență minimă
- c) asistență moderată
- d) asistență maximală
- e) independent

10)* Ce grad de independență funcțională este definit prin: “are nevoie de indicație, supraveghere, peste 80% asistență fizică din partea altei persoane”

- a) supravegheat
- b) asistență minimă
- c) asistență moderată
- d) asistență maximală
- e) dependent

11)* Activitățile cotidiene zilnice la pacientul cu poliartrită reumatoidă se apreciază folosind chestionarul/scala/index:

- a) RADAI – index de activitate
- b) HAD – chestionar depresei/anxietate
- c) LEE – index funcțional
- d) Steinbroker – aspecte funcționale
- e) HAQ – scala de sănătate

12)* Când se recomandă tacâmuri combinate - SPORK combinația lingură (spoon) si furculiță (fork)?

- a. la alimentarea pacienților cu forță musculară redusă
- b. la alimentarea pacienților cu forță musculară păstrată
- c. la alimentarea pacienților cu redoare de cot
- d. la alimentarea pacienților cu tulburări de coordonare
- e. la alimentarea pacienților cu limitarea mobilității

13)* La pacienții cu limitarea mobilității și forței, igiena personală necesită:

- a) folosirea unor scaune mobile
- b) folosirea unor perii sau burete cu mâner lung
- c) folosirea robinetelor cu mâner scurt
- d) folosirea perii cu mâner scurt
- e) folosirea unei bare mobile

14)* Ce grad de independență funcțională este definit prin: “poate desfășura activități ocupaționale, independent fără indicații, supraveghere sau asistență, cu/fără instrumente ajutătoare, cu viteză normală sau aproape normală”

- a) supravegheat
- b) asistență minimă
- c) asistență moderată
- d) independent
- e) dependent

15)* Manipularea obiectelor din mediu în cadrul ADL urilor de bază cuprinde deprinderi ca:

- a) folosirea aspirator
- b) folosirea cuptor cu microunde
- c) folosirea deschizător conserve
- d) folosirea aragaz
- e) folosirea întrerupător

16)* Evaluarea funcției motorii la un pacient cu AVC cuprinde următoarele cu excepția:

- a) evaluarea gradului hipertoniiei
- b) evaluarea mecanismului postural
- c) evaluarea mobilității articulare
- d) evaluarea mișcărilor selective necesare în activitățile funcționale
- e) testarea forței musculare

17)* În reeducarea sensibilității este importantă stereognozia. Ea (stereognozia) reprezintă:

- a) recunoașterea mișcării unui segment într-un sens sau altul
- b) recunoașterea modificărilor succesive ale poziției segmentelor diverselor articulații
- c) recunoașterea diferențelor de temperatură: cald sau rece
- d) recunoașterea unui stimul dureros, prin înțeparea cu un obiect ascuțit
- e) identificarea prin palpare a unui obiect (volum, formă, greutate, material)

B. ÎNTREBĂRI CU 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI CORECTE

1. Care din afirmațiile de mai jos sunt adevărate:

- a) activitățile productive complementare sunt: olărit, țesut, împletit, prelucrarea lemnului
- b) activitățile productive complementare sunt: cartonajul marochinăria, tipografia
- c) activitățile productive sunt: olărit, țesut, împletit, prelucrarea lemnului și fierului
- d) activitățile productive sunt: cartonajul marochinăria, tipografia, dactilografia
- e) activitățile corporale ludice cuprind: jocuri sportive – tenis de masă, trasul cu arcul

2. Obiectivele terapiei ocupaționale sunt:

- a) educare/reeducare motorie
- b) educare/reeducare gestuală
- c) stimularea gândirii pozitive
- d) accentuarea șocului psihic
- e) dezvoltarea personalității la persoanele cu handicap major

3. Semnele clinice din neuropraxie sunt:

- a) pareză cu atrofie musculară
- b) pareză fără atrofie musculară
- c) hiperestezii
- d) hipoestezii
- e) parestezii

4. Procedeele de evaluare standardizată în terapia ocupațională sunt:

- a) interviul
- b) observația
- c) testarea clinică
- d) testarea instrumentală
- e) testarea vocală

5. Evaluarea - observația clinică generală a pacientului, în terapia ocupațională presupune:

- a) postura
- b) aliniamentul corpului
- c) expresia feței
- d) schema de mers
- e) reflexele tendinoase

6. Obiectivele programului de terapie ocupațională la pacienții cu afecțiuni reumatice sunt:

- a) refacerea/întreținerea funcției articulare afectate
- b) analiza biomecanică a articulației afectate
- c) obținerea/menținerea statusului de indolorită
- d) deprinderea de către pacient a motivației pozitive
- e) aprecierea cinetică a segmentului afectat

Care sunt ADL-urile de bază (activitățile cotidiene zilnice)?

- a) mersul
- b) folosirea banilor
- c) îmbrăcarea
- d) alimentarea
- e) igiena personală

7. Activitățile cotidiene zilnice de bază sunt:

- a) autoîngrijirea
- b) mobilitatea
- c) comunicarea
- d) manipularea obiectelor clasice
- e) manipularea obiectelor moderne

8. Activitățile cotidiene zilnice inteligente (I-ADL) sunt:
- a) efectuarea cumpărăturilor
 - b) folosirea banilor
 - c) prepararea alimentelor
 - d) scrisul
 - e) transferul în pat
9. Care sunt aspectele esențiale testate în cadrul ADL-urilor?
- a) activitățile lucrative
 - b) abilitățile personale
 - c) posibilitățile de transport
 - d) abilitățile educaționale - gândirea, raționamentul
 - e) abilitățile familiale
10. Care sunt direcțiile de activitate în cadrul I-ADL (activități cotidiene instrumentale)?
- a) aspiratul
 - b) manevrarea medicamentelor
 - c) folosirea mijloacelor de transport în comun
 - d) mișcarea
 - e) transferul în scaun
11. Evaluarea ADL urilor (activităților cotidiene zilnice) sunt corelate cu:
- a) personalitatea pacientului
 - b) starea fizică a pacientului
 - c) munca/pasiunile pacientului
 - d) starea mentală a pacientului
 - e) gradul de activitate intelectuală
12. Scala de anxietate și depresie în terapia ocupațională este folosită pentru:
- a) evaluarea statusului psihic
 - b) evaluarea perturbărilor emoționale
 - c) evaluarea modificărilor articulare
 - d) evaluarea tulburărilor de sensibilitate
 - e) evaluarea stării de neliniște
13. Tehnicile de exprimare, folosite în terapia ocupațională, sunt:
- a) badmintonul
 - b) desen
 - c) sculptura
 - d) șahul
 - e) pictura
14. Tehnicile de bază folosite în terapia ocupațională sunt:
- a) olărit
 - b) marochinăria
 - c) împletit nuiete, rafie, papură
 - d) ambalaj
 - e) tipografia

15. Exemple de gestualități din ADL-uri (cu/fără obiecte ajutătoare) sunt:
- a) ridicat-așezat pe scaun
 - b) apucat-lăsat pahar(cană)
 - c) intrat-ieșit din cameră(baie)
 - d) spălat-șters cu prosopul
 - e) mers pe vârfuri
16. În terapia ocupațională, componenta de performanță evaluează:
- a) componenta senzorio-motorie
 - b) componenta cognitivă
 - c) componenta psihosocială
 - d) numai componenta cognitivă și psihosocială
 - e) numai componenta senzorio-motorie și cognitivă
17. În contraindicațiile reumatismale programul de terapie ocupațională trebuie să asigure:
- a) stabilitatea articulară corectă
 - b) prezența gesturilor defectuoase
 - c) prevenirea durerii
 - d) atitudinea vicioasă
 - e) compensarea deficitului cu mijloace ajutătoare
18. Care sunt consecințele clinic-funcționale la pacientul cu poliartrită reumatoidă?
- a) stabilitate articulară prezentă
 - b) redoarea articulară
 - c) anchiloza articulară
 - d) atitudini vicioase
 - e) perturbarea stabilității articulare
19. Activitățile lucrative recomandate la pacientul cu poliartrită reumatoidă sunt:
- a) împletitul
 - b) olăritul
 - c) dansul
 - d) înotul
 - e) țesutul
20. Obiectivele programului de terapie ocupațională la pacientul cu poliartrită în puseu acut – inflamator sunt:
- a) indoloritate (reducerea durerii)
 - b) accentuarea inflamației
 - c) prevenirea deformităților
 - d) menținerea mobilității
 - e) reducerea funcționalității optime, articulare
21. Activitățile artizanale recomandate pentru deviația cubitală în artrita reumatoidă sunt:
- a) tricotatul cu andrele
 - b) cusutul cu mâna
 - c) broderia cu mâna
 - d) olăritul
 - e) înșiratul mărgelilor pe sârmă/ață

22. Activitățile sportive recomandate pentru pacienții cu poliartrită reumatoidă sunt:
- a) schiatul
 - b) tenis de masă
 - c) jocul de puzzle
 - d) jocul de table
 - e) ciclismul
23. Exercițiile folosite în terapia ocupațională pentru coordonare sunt:
- a) broderia
 - b) așezarea unor blocuri mici de piatră, sau cuburi sub forma de mozaic
 - c) activitățile casnice: șters praf, măturat, frecat
 - d) scrisul
 - e) pregătirea alimentației
24. La pacientul cu redoare de gât, umăr, cot se recomandă folosirea:
- a) paie lungi de plastic fixate pe pahar
 - b) suprafețe aderente sau ventuze pentru fixarea farfuriilor
 - c) materiale mai grele pentru a avea stabilitate mai mare
 - d) grosimea adaptată a ustensilelor
 - e) folosirea unei manșete grea
25. La alimentarea pacienților cu forță musculară redusă se recomandă:
- a) folosirea unei plăci alimentare cu sprijin (elimină gravitația)
 - b) chingi care fixează brațul
 - c) diverse tipuri de orteze
 - d) folosirea unei manșete grea
 - e) folosirea tacâmurilor cu mâner lung
26. Evaluarea locuinței la pacienții cu poliartrită reumatoidă și deficit la mers necesită:
- a) instalarea unei rampe la intrarea în locuință
 - b) îndepărtarea covorașelor ce alunecă
 - c) îndepărtarea pragurilor de la uși
 - d) adăugarea unor bare de sprijin la baie
 - e) coborârea tijei pentru agățat umerase în dulap
27. Funcțiile vitale care trebuie evaluate în terapia ocupațională, sunt următoarele:
- a) aliniamentul copului
 - b) respirația
 - c) deglutiția
 - d) funcția cardiovasculară
 - e) tonusul musculară
28. Autoîngrijirea cuprinde:
- a) munca
 - b) hrănirea
 - c) educația
 - d) igiena personală
 - e) pieptănatul

29. Metodele adjuvante (auxiliare) in terapia ocupațională cuprind:
- a) metodele facilitatorii
 - b) stimulare senzorială
 - c) proceduri ce folosesc agenți fizici terapeutici
 - d) exerciții fizice
 - e) activități practice (purposeful activities)
30. Testele standardizate de evaluare formală se caracterizează prin:
- a) permit o evaluare cantitativă
 - b) folosesc instrumente de evaluare subiectivă
 - c) permit compararea scorului persoanei evaluate cu cea a grupului standard
 - d) interpretarea rezultatelor depind de practica și experiența clinică
 - e) rezultatele se exprima într-o manieră obiectivă, consistentă și valabilă
31. Evaluarea inițială a pacientului cuprinde:
- a) determinarea abilităților pacientului
 - b) determinarea deficiențelor
 - c) determinarea potențialului
 - d) determinarea creșterii forței musculare
 - e) determinarea creșterii rezistenței musculare
32. Disfuncțiile motorii după AVC pot fi:
- a) paralizia localizată pe hemicorpul opus ariei cerebrale afectate
 - b) tulburări de sensibilitate
 - c) tonusul muscular redus la debut (paralizie flască)
 - d) tulburări emoționale și mentale
 - e) tulburări de coordonare și control
33. Tulburările de vorbire după un AVC cuprind:
- a) afazia
 - b) agnozia
 - c) apraxia
 - d) hemianopsia
 - e) dizartria
34. Tulburările emoționale și mentale după un AVC cuprind următoarele cu excepția:
- a) tulburări de personalitate
 - b) tulburări motorii
 - c) tulburări psihiatrice
 - d) tulburări de vorbire
 - e) tulburări intelectuale
35. Prevenirea umărului dureros trebuie făcută la debutul AVC prin:
- a) posturare
 - b) tratament medicamentos
 - c) nu sunt necesare măsuri speciale
 - d) mobilizare pasivă
 - e) instruirea personalului și aparținătorilor în privința manipulării corecte a bolnavilor

36. Combaterea edemului mâinii post AVC se face prin:
- a) poziționarea mâinii în poziție declivă
 - b) poziționarea mâinii în poziție antideclivă
 - c) mobilizări active și pasive pe toata aria de mobilitate
 - d) atele pneumatice
 - e) mănuși elastice
37. Neuropraxia se caracterizează prin:
- a) pareza fără atrofie musculară
 - b) paralizie completă
 - c) tulburări senzitive discrete
 - d) prognostic rezervat
 - e) prognostic de refacere bun
38. Leziunea trunchiului superior al plexului brahial se caracterizează prin:
- a) umăr în "epolet" (prin atrofia deltoidului)
 - b) imposibilitatea abducției brațului și flexiei antebrățului
 - c) tulburări de sensibilitate minore la nivelul umărului
 - d) mâna este indemnă
 - e) mâna este afectată, apare aspectul de "mână siminănă"
39. Leziunile la nivel înalt de nerv cubital se caracterizează prin:
- a) determină hiperextensia MCF (metacarpofalangiene) a degetelor IV și V, fără flexia IF (interfalangiene)
 - b) afectează fața dorsală și palmară a degetului mic și jumătatea cubitală a inelarului
 - c) determină extensia MCF a degetelor IV și V însoțită de flexia IF
 - d) apare atrofia mușchilor hipotenari și interosoși
 - e) articulația radiocarpiană este în extensie radială
40. Principiile de tratament postoperator după sutura nervilor periferici sunt următoarele:
- a) ortezarea pentru substituirea musculaturii deficitare
 - b) se începe stretching-ul cu tracțiune excesivă pe nerv
 - c) combaterea edemului
 - d) plasarea mâinii într-o poziție care să diminueze tensiunea pe nerv
 - e) corecția contracturilor poate dura 4-6 săptămâni
41. La pacientul hemiplegic programul de terapie ocupațională cuprinde:
- a) "jocul" cu conurile
 - b) "jocul" cu cuburile
 - c) mozaicurile
 - d) împletitul
 - e) brodatul
42. La pacientul hemiplegic în programul de terapie ocupațională trebuie ținut cont de:
- a) reamenajarea locuinței
 - b) asigurarea transferurilor în condiții de siguranță
 - c) adaptarea vestimentației
 - d) adaptarea ustensilelor din gospodărie
 - e) adaptarea sensibilității

43. Pentru pacientul cu hemiplegie flasă, obiectivele în terapia ocupațională sunt:
- a) ameliorarea funcțiilor vitale
 - b) promovarea schemei de mișcare
 - c) reeducarea prehensiunii și mersului
 - d) promovarea controlului motor articular
 - e) menținerea mobilității articulare
44. Pentru pacientul cu hemiplegie spastică, obiectivele în terapia ocupațională sunt:
- a) ameliorarea funcțiilor vitale
 - b) promovarea schemei de mișcare complexă
 - c) reeducarea prehensiunii și mersului
 - d) promovarea controlului motor articular
 - e) menținerea mobilității articulare
45. La alimentarea pacientului cu tulburări de coordonare trebuie să ținem cont de:
- a) folosirea unei manșete „grele”
 - b) cana trebuie să fie acoperită cu o folie de plastic
 - c) să fie o cană cu „cioc” prevăzută cu orificiu pentru pai
 - d) farfuriile să fie mobile
 - e) masa să fie înclinată
46. Rolul terapiei ocupaționale la pacientul hemiplegic este:
- a) menținerea posturii corecte
 - b) postura balansată
 - c) menținerea supleții articulare
 - d) evitarea retracturilor musculare
 - e) menținerea supleții articulare prin retracturi musculare
47. Exemple de meșteșuguri care presupun diferite materiale:
- a) olăritul
 - b) broderia
 - c) marochinăria
 - d) înotul
 - e) dantelăria
48. Pacientul cu schema de mișcare anormală presupune:
- a) probleme ale transmisiei nervoase
 - b) o balanță nemodificată a parmetrilor musculari
 - c) o balanță modificată a parmetrilor musculari
 - d) fără modificări ale structurilor aparatului locomotor
 - e) distorsiuni ale structurilor aparatului locomotor
49. Abilitățile-meșteșugurile utile în paralizia de nerv median sunt:
- a) șlefuitul
 - b) înotul
 - c) dansul
 - d) cântatul la clape
 - e) olăritul

50. La pacientul cu artrită reumatoidă pentru a evita încărcarea articulațiilor sunt indicate:
- a) covoare antiderapante
 - b) măsuțe cu roțile
 - c) încălțătoare cu mânere scurte
 - d) încălțătoare cu mânere lungi
 - e) bare de sprijin la baie
51. La pacientul cu cot puțin dureros, în poliartrita reumatoidă sunt indicate:
- a) olăritul, favorizează extensia
 - b) olăritul, favorizează flexia
 - c) olăritul, favorizează circumducția
 - d) țesutul, favorizează pronosupinația
 - e) țesutul, favorizează prehensiunea suveicii
52. Programul de terapie ocupațională, la pacientul cu artrită reumatoidă, urmărește:
- a) accentuarea mersului vicios
 - b) prevenirea mecanismelor care accentuează deteriorările articulare
 - c) refacerea unui echilibru biomecanic satisfăcător
 - d) ameliorarea funcționalității articulare
 - e) facilitarea gesturilor
53. Activitățile recomandate pentru creșterea amplitudinii articulare sunt:
- a) distanțarea obiectelor de manipulat
 - b) mărimea obiectelor - pentru prehensiune
 - c) utilizarea unor obiecte mai grele
 - d) poziționarea echipamentului
 - e) folosirea manșetelor cu plumb
54. Activitățile recomandate pentru creșterea forței musculare sunt:
- a) distanțarea obiectelor de manipulat
 - b) folosirea manșetelor cu plumb din ce în ce mai grele
 - c) schimbarea planului de lucru (cu și fără gravitație)
 - d) poziționarea echipamentului
 - e) folosirea unor obiecte ușoare
55. Gestualitățile din ADL-uri se evaluează astfel:
- a) fandări, mișcări de box
 - b) ridicat-așezat pe scaun
 - c) intrat-ieșit pe ușă (baie/cameră)
 - d) prinderea unei mingi
 - e) apucat-lăsat un pahar/cană din mână
56. Activitățile gestuale sportive sunt:
- a) prinderea unei mingi
 - b) vâslit
 - c) pedalat
 - d) lovirea unei mingi cu racheta
 - e) spălat, bărbierit

57. Modificarea mediului ambiant la pacientul cu handicap motor la membrele inferioare constă în:
- a) mănere pentru sprijin (pentru telefon, tacâmuri)
 - b) mănere groase la tacâmuri
 - c) perii de păr cu mâner lung
 - d) plan înclinat amovibil peste scările de la intrare
 - e) eliminarea pragurilor

III. KINETOTERAPIA ÎN ACTIVITĂȚILE SPORTIVE ȘI FIZICE

A. ÎNTREBĂRI CU UN SINGUR RĂSPUNS CORECT

- 1.*Primul act al kinetoterapeutului în procesul de recuperare funcțională este:
- a) evaluarea
 - b) diagnosticare
 - c) tratament kinetic
 - d) tratament kinetoprofilactic
 - e) recomandări de exerciții fizice
- 2.*Inițial, evaluarea este necesară pentru:
- a) aprecierea deficitului
 - b) rezultatele obținute în aplicarea programului
 - c) concluzii finale
 - d) impunere de continuare a tratamentului
 - e) observarea rezultatelor finale de tratament
3. * Gestul sportiv antrenează printre altele:
- a) grupe musculare importante
 - b) anumite segmente
 - c) număr limitat de mușchi
 - d) tonificare musculară cu scripeți
 - e) tonificare musculară prin mecanoterapie
4. * În România statura medie la femei este considerată a fi:
- a) peste 160 cm
 - b) peste 175 cm
 - c) peste 170 cm
 - d) peste 155 cm
5. * În România statura medie la femei este considerată a fi:
- a) peste 160 cm
 - b) peste 175 cm
 - c) peste 170 cm
 - d) peste 155 cm
 - e) peste 150 cm

6. Linia gravitației se apreciază prin utilizarea:
- a) firului cu plumb
 - b) centimetrului
 - c) goniometrului
 - d) cântarului
 - e) dinamometrului
7. *La evaluarea umerilor din față se observă:
- a) proeminarea posterioară a unghiului scapulei
 - b) linia spinelor
 - c) alinierea claviculelor
 - d) unghiurile scapulare
 - e) gradul de abducție a scapulelor
8. *Se știe că în periartrita scapulohumerală sunt afectate în special mișcările:
- a) flexia
 - b) adducția
 - c) rotația internă
 - d) extensia
 - e) supinația
9. *Umărul dureros simplu în stadiul acut necesită imobilizarea în poziție de repaus cu brațul la:
- a) $25^{\circ} - 30^{\circ}$ în abducție
 - b) $35^{\circ} - 45^{\circ}$ în abducție
 - c) $45^{\circ} - 50^{\circ}$ în abducție
 - d) $30^{\circ} - 35^{\circ}$ în abducție
 - e) $20^{\circ} - 25^{\circ}$ în abducție
10. *Fracturile claviculei se consolidează în:
- a) 7-14 zile
 - b) 1-3 săptămâni
 - c) 2-3 săptămâni
 - d) 3-4 săptămâni
 - e) 4-5 săptămâni
11. *În luxațiile de șold recuperarea kinetică începe:
- a) la 5 săptămâni
 - b) la 3 săptămâni
 - c) la 6 săptămâni
 - d) la 4 săptămâni
 - e) la două săptămâni.
12. *În osteotomia de bazin imobilizarea se efectuează:
- a) până la 6-8 săptămâni
 - b) până la 5-6 săptămâni
 - c) până la 3-4 săptămâni
 - d) până la 7-9 săptămâni
 - e) până la 2-4 săptămâni

13. *În osteotomia de bazin sprijinul este posibil:
- a) după 3 luni
 - b) după 4 luni
 - c) după 2 luni
 - d) după 5 luni
 - e) după 8 luni
14. *În ruptura de menisc postoperator, pacientul, nu se sprijină pe membrul inferior pentru o perioadă de:
- a) 18-20 zile
 - b) 5-6 zile
 - c) 20-25 zile
 - d) 10-12 zile
 - e) 25-30 zile
15. *În cazurile cele mai grave a traumatismelor coloanei vertebrale cervicale fără leziuni neurologice, imobilizarea la pat în tracțiune, este recomandat:
- a) timp de 1-2 săptămâni
 - b) timp de 3-4 săptămâni
 - c) timp de 2-3 săptămâni
 - d) timp de 4-5 săptămâni
 - e) timp de 1-3 săptămâni
16. *Pacienții care au purtat un simplu colar (manervă simplă), pentru o leziune ligamentară simplă, trebuie să renunțe la el după :
- a) 1-2 săptămâni
 - b) 2-3 săptămâni
 - c) 1-3 săptămâni
 - d) 3-4 săptămâni
 - e) 2 săptămâni
17. *Pacienții mai gravi care au fost imobilizați în manervă gipsată, timp de:
- a) 55-65 zile
 - b) 65-70 zile
 - c) 70-75 zile
 - d) 75-90 zile
 - e) 65-80 zile

B. ÎNTREBĂRI CU 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI CORECTE

1. În tratatele de specialitate se întâlnește în afară de termenul de evaluare, expresia:
- a) assessment
 - b) procesul de înregistrare a datelor
 - c) tablou complex asupra stării patomorfofuncționale a pacientului
 - d) apreciere
 - e) prognosticul

2. Assessment-ul este:
 - a) procesul de înregistrare a datelor:
 - b) strângerea datelor
 - c) identificarea problemelor
 - d) formularea ipotezelor
 - e) Luarea deciziilor pentru intervenții terapeutice
3. Aprecierea trebuie să răspundă inițial la următoarele întrebări legate de starea pacientului:
 - a) care sunt disfuncțiile lui?
 - b) care este eficiența programului?
 - c) care sunt cauzele acestor disfuncții?
 - d) care este restantul funcțional?
 - e) care este eficiența tratamentului kinetic?
4. Aprecierea, practic se realizează prin etapele:
 - a) triajul și interviul inițial
 - b) informații subiective și obiective
 - c) procesul de analiză a datelor și concluziile lucrative
 - d) triajul și observația
 - e) informații obiective și forța musculară
5. Funcția posturală poate fi compromisă printre altele de:
 - a) Acțiunea gravitației
 - b) poziții vicioase de lucru
 - c) obezitatea
 - d) sedentarismul
 - e) mijloace de menținere a posturii corecte
6. Exercițiile de gimnastică elementară sunt clasificate astfel:
 - a) exerciții izometrice
 - b) exerciții de conștientizare
 - c) exerciții de dezvoltare a masei musculare
 - d) exerciții flexibilizante
 - e) exerciții izotonice
7. Exercițiile de conștientizare au ca scop:
 - a) învățarea poziționării corecte a segmentelor
 - b) mobilizarea articulară
 - c) alegerea pozițiilor corecte
 - d) alegerea modalităților pozițiilor corecte
 - e) tonifiere lombară
8. Exercițiile de flexibilitate au ca scop:
 - a) conștientizarea poziției corecte
 - b) de întreținere a articulațiilor
 - c) de a restaura funcționarea normală a articulațiilor
 - d) de fortificare a musculaturii antigravitaționale
 - e) de a tonifica fibrele musculare

9. Exercițiile de dezvoltare a masei musculare permit:
- fortificarea musculaturii antigravitaționale
 - contractii voluntare
 - contractii involuntare
 - conștientizarea labilității poziției
 - adoptarea unei stațiuni verticale corecte
10. Activitatea musculară în exercițiile terapeutice sportive permite:
- ameliorarea calității preciziei
 - ameliorarea calității forței
 - o mai bună dezvoltare fizică și psihică
 - ameliorarea calității rapidității
 - o mai bună adaptare cardiopulmonară
11. Alegerea exercițiilor în funcție de scopurile urmărite presupune:
- o anumită selecție, întrucât fiecare sport are o anumită dominantă
 - selecția se face în funcție de regiunea anatomică ce trebuie solicitată
 - selecția depinde în egală măsură de efectul vizat (de mobilizare sau de dezvoltare a musculaturii)
 - un element în care se intenționează să se solicite mușchiul (buclă închisă sau buclă deschisă)
 - nu impune o anumită selecție, întrucât fiecare sport are o anumită dominantă
12. Exercițiile terapeutice sportive pentru regiunea trunchiului sunt:
- exerciții de echilibru
 - exerciții de abilitate
 - exerciții de mobilizare
 - exerciții de dezvoltare a musculaturii
 - exerciții de coordonare
13. Semnificația măsurătorii staturii, cuprinde:
- înălțimea capului și a gâtului
 - înălțimea trunchiului
 - înălțimea membrelor inferioare
 - lungimea membrelor superioare
 - alinamentul coloanei vertebrale
14. Perimetrul toracic se măsoară la bărbați:
- anterior sub areola mamară
 - posterior sub unghiul omoplatului
 - la nivelul articulației coastei 4 cu sternul
 - imaginea antero-externă a marilor trohantere
 - la nivelul claviculelor
15. Poziția ortostatică se evaluează prin:
- aprecierea liniei gravitației în plan frontal și sagital cu firul cu plumb
 - măsurarea înălțimii din șezând
 - evaluarea alinierii segmentelor din față, din lateral și din spate
 - aprecierea liniei gravitației în plan orizontal cu firul cu plumb
 - aprecierea liniei gravitației în plan oblic cu firul cu plumb

16. La evaluarea alinierii segmentelor din față se urmărește:
- a) umerii și toracele
 - b) pelvisul și membrele pelviene
 - c) degetele picioarelor
 - d) capul și scapula
 - e) coloana vertebrală și abdomenul
17. La evaluarea alinierii segmentelor din lateral se urmărește:
- a) capul și scapula
 - b) coloana vertebrală și abdomenul
 - c) membrele inferioare și piciorul
 - d) degetele picioarelor
 - e) umerii și toracele
18. La evaluarea alinierii segmentelor din posterior se urmărește:
- a) toracele.
 - b) abdomenul
 - c) coloana vertebrală și picioarele
 - d) scapula și talia
 - e) capul
19. La evaluarea coloanei vertebrale, din lateral, se observă:
- a) prezența cifolordozei
 - b) prezența lordozei
 - c) prezența spatelui rotund
 - d) prezența cifoscoliozei
 - e) prezența cifozei.
20. Pasul, după Grossiord, se desfășoară astfel:
- a) începutul sprijinului dublu
 - b) sprijinul dublu
 - c) balansarea
 - d) sprijin unilateral
 - e) începutul dublului sprijin ulterior
21. Subdiviziunile fazei mersului cuprind și:
- a) sprijinul dublu
 - b) atacul cu talonul
 - c) semipasul posterior
 - d) desprinderea
 - e) semipasul anterior
22. Schema normală a fazei I a mersului, Atacul cu talonul, cuprinde:
- a) capul și trunchiul verticale
 - b) genunchiul drept extins iar cel stâng, ușor flectat
 - c) bazinul face o ușoară rotație anterioară
 - d) genunchiul membrului de atac este extins
 - e) piciorul respectiv este în unghi drept cu gamba

23. Schema normală a fazei a III-a a mersului, desprinderea de sol a piciorului cuprinde printre altele:
- a) capul și trunchiul verticale
 - b) brațele apropiate de axa corpului
 - c) bazinul în rotație anterioară
 - d) genunchiul drept ușor flectat
 - e) bazinul face o ușoară rotație anterioară
24. Formele clinico-anatomo-funcționale ale periartritei scapulohumerale sunt:
- a) umărul dureros simplu
 - b) umărul blocat
 - c) umărul acut hiperalgic
 - d) umărul mixt
 - e) umărul pseudoparalitic
25. În perioada de imobilizare la pat pentru sechele a membrului superior posttraumatice, kinetoterapia va cuprinde:
- a) scripetoterapie și mobilizări pasive ale segmentelor imobilizate
 - b) contracții izometrice sub gips
 - c) hidrokinetoterapie la bazin
 - d) exerciții active cu rezistență
 - e) mobilizări pentru toate articulațiile accesibile
26. În recuperarea kinetică a umărului pseudoparalitic se au în vedere următoarele obiective:
- a) prevenirea trecerii spre o capsulită retractilă
 - b) posturarea corectă a umărului inflammat
 - c) recuperarea unei forțe musculare cât mai bune
 - d) exerciții active cu rezistență
 - e) învățarea unor mișcări compensatorii
27. În funcție de gradul de ruptură tendinoasă și prezența durerii al umărului pseudoparalitic tipurile de recuperare funcțională sunt:
- a) recuperarea fără atelă
 - b) recuperarea prin imobilizare cu fașă elastică
 - c) recuperarea pe atelă
 - d) recuperarea prin imobilizare în gips
 - e) recuperarea umărului prin imobilizare cu eșarfă
28. În recuperarea umărului pseudoparalitic fără atelă în primele 10-15 zile se vor face următoarele exerciții:
- a) exerciții pentru mobilizarea întregului umăr
 - b) exerciții de relaxare a membrului superior afectat
 - c) exerciții izometrice pentru deltoid
 - d) exerciții pentru coloana cervicală
 - e) exerciții ale corpului și mâinii de pe atelă

29. În recuperarea umărului pseudoparalitic pe atelă în primele 10-14 zile sunt indicate următoarele exerciții:
- a) exerciții ale corpului și mâinii de pe atelă
 - b) exerciții pentru coloana cervicală
 - c) exerciții de mobilizare activă a întregului umăr cu brațul pe atelă
 - d) exerciții respiratorii
 - e) exerciții statice (izometrice) ale umărului
30. Kinetoterapia specifică pentru mână cuprinde:
- a) mișcări active cu rezistență
 - b) confecționarea și utilizarea aparatului de atelare
 - c) terapie ocupațională
 - d) posturările antideclive de lupta contra edemului
 - e) posturările pentru creșterea mobilității
31. Afecțiuni osoase ale umărului pot fi cauzate de:
- a) traumatisme (fracturi, luxații)
 - b) netraumatice (tumori, infecții nespecifice, TBC)
 - c) paralizia nervului circumflex
 - d) miopatii
 - e) polimiozite
32. Afecțiuni neurologice ale umărului pot fi cauzate de:
- a) radiculopatii cervicale inferioare
 - b) artroza umărului (omartroza)
 - c) paralizia nervului circumflex
 - d) miopatii și polimiozite
 - e) atrofia spinală pseudomiopatică
33. Dintre obiectivele kinetice în recuperarea umărului fac parte:
- a) prevenirea instalării redorii articulare
 - b) stabilitatea articulară și îmbunătățirea forței musculare
 - c) combaterea durerii locale
 - d) corectarea redorii articulare atunci când a apucat deja să se instaleze
 - e) mobilizarea pasivă a articulației
34. În prima etapă imediat după traumatism și încheierea tratamentului ortopedic sau chirurgical la umăr, pacientul se poate afla în situațiile:
- a) umărul imobilizat în adducție
 - b) umăr imobilizat cu cotul lipit de trunchi
 - c) umărul imobilizat cu brațul în abducție
 - d) brațul imobilizat într-o eșarfă
 - e) umăr imobilizat cu antebrațul în supinație
35. În recuperarea luxației umărului se ține cont de următoarele reguli:
- a) nu se practică mobilizarea activă
 - b) nu se practică mobilizarea pasivă

- c) vor fi evitate (ce puțin în primele 2 săptămâni) mișcările de abducție
 - d) vor fi evitate (ce puțin în primele 2 săptămâni) mișcările de rotație externă
 - e) vor fi evitate (ce puțin în primele 2 săptămâni) mișcările de retropulsie
36. Remobilizările în luxațiile de șold este recomandat să se efectueze:
- a) din ortostatism
 - b) în apă
 - c) în suspendare
 - d) din șezut
 - e) din decubit ventral.
37. Tabloul clinic al coxartrozei cuprinde:
- a) durere la nivelul genunchiului
 - b) redoare de inactivitate
 - c) durere la nivelul peritrohanterian, fesier, inghinal, pe fața anterioară a coapsei
 - d) mers șchiopătat
 - e) parestezii pe fața anterioară a coapsei
38. Recuperarea pacienților cu fractură de șold presupune, alături de posturări pentru evitarea deviațiilor și de mobilizări precoce:
- a) aplicarea de diapulse pentru grăbirea consolidării focarului de fractură
 - b) atenție pentru reeducarea genunchiului și cvadricepsului
 - c) reeducarea membrului superior în lanț kinetic închis
 - d) reeducarea coloanei vertebrale cervico-dorsale
 - e) prevenirea edemului
39. În recuperarea bolnavului cu artroplastie totală de șold se vor evita:
- a) flexia șoldului
 - b) adducția șoldului
 - c) abducția de șold
 - d) extensia șoldului
 - e) rotațiile șoldului
40. Principalele obiective în recuperarea kinetică a șoldului posttraumatic sunt:
- a) refacerea aliniamentului și posturii corpului.
 - b) reluarea precoce a mersului
 - c) recuperarea mobilității
 - d) refacerea stabilității
 - e) combaterea durerii
41. Din recuperarea stabilității pasive a genunchiului posttraumatic fac parte următoarele metode kinetice:
- a) artroplastia genunchiului.
 - b) creșterea rezistenței ligamentare
 - c) respectarea regulilor de igienă a genunchiului
 - d) ortezarea genunchiului
 - e) tonifierea musculaturii stabilizatoare a genunchiului

42. Tratamentul recuperator al entorselor instabile fără smulgeri osoase presupune:
- a) imobilizare în aparat gipsat
 - b) diapulse, roentgen-terapie
 - c) posturi antideclive pe perioada imobilizării în aparat gipsat
 - d) mobilizări ale degetelor, genunchiului și șoldului
 - e) electroterapie excitomotorie
43. Schema kinetologică în fracturile de genunchi în etapa de imobilizare va cuprinde:
- a) posturări antideclive
 - b) mobilizări active, activo-pasive ale piciorului
 - c) mobilizarea șoldului (dacă mobilizarea o permite)
 - d) refacerea stabilității
 - e) reluarea mersului
44. După tratamentul ortopedic al fracturii de col femural în perioada de imobilizare la pat kinetoterapia constă din:
- a) contracții musculare izometrice ale mușchiului cvadriceps și fesier mare
 - b) contracții musculare izodinamice ajutate în grupele musculare flexoare ale șoldului
 - c) contracții musculare izodinamice ajutate în grupele musculare flexoare ale genunchiului
 - d) contracții musculare izometrice și izodinamice rezistive în grupele musculare distale ale membrului inferior operat
 - e) recuperarea mersului
45. După tratamentul ortopedic al fracturii de col femural în perioada de deplasare fără sprijin pe membrul inferior operat, kinetoterapia constă din:
- a) recuperarea mersului
 - b) deplasare cu cadrul de mers
 - c) deplasare cu cârje axilare
 - d) deplasare cu cârje canadiene
 - e) tonifiere musculară și conservarea mobilității articulare
46. După tratamentul ortopedic al fracturii de col femural în perioada de recuperare funcțională a membrului inferior operat, kinetoterapia constă din
- a) refacerea funcției normale a șoldului operat
 - b) corectarea deficiențelor de mobilitate
 - c) corectarea dezechilibrelor musculare
 - d) corectarea imaginii motorii
 - e) recuperarea mersului
47. În cazurile cele mai grave a traumatismelor coloanei vertebrale cervicale fără leziuni neurologice, tratamentul fizical-kinetic are ca obiective:
- a) prevenirea escarelor
 - b) prevenirea trombo-emboliilor
 - c) profilaxia contracturii musculare
 - d) prevenirea redorii articulare
 - e) prevenirea hipotrofiilor musculare

48. În tratamentul kinetic al traumatismelor coloanei vertebrale cervicale fără leziuni neurologice, după permiterea reluării mersului, se au în vedere următoarele obiective:
- a) autoservirea
 - b) ridicările
 - c) înclinații laterale
 - d) anteflexia
 - e) "contracții evocate"
49. În momentul renunțării la orice imobilizate în traumatismele coloanei cervicale fără leziuni neurologice, tratamentul fizical-kinetic poate consta din:
- a) kinetoterapia în piscină
 - b) alungirea axială activă din decubit dorsal
 - c) alungirea axială din poziția așezat
 - d) alungirea axială din ortostatism
 - e) alungirea axială din decubit lateral
50. Obiectivele kinetoterapiei în spondilita anchilozantă sunt:
- a) menținerea / corectarea posturilor și aliniamentului corpului
 - b) menținerea / ameliorarea mobilității articulare și tonusului muscular
 - c) prevenirea pozițiilor vicioase
 - d) prevenirea disfuncției ventilatorii restrictive
 - e) redimensionarea obiectivelor casnice
51. Mobilitatea coloanei cervicale este evaluată prin:
- a) indicele Schöber
 - b) indicele tragus-acromion
 - c) indicele Ott
 - d) indicele menton-stern
 - e) indicele occiput-perete
52. Kinetoterapia din perioada acută a discopatiei lombare urmărește:
- a) relaxare generală
 - b) asuplizarea trunchiului inferior
 - c) scăderea iritației radiculare
 - d) creșterea tonusului vagal
 - e) relaxarea musculaturii lombare contracturate
53. „Școala spatelui” constă în:
- a) înzăvorârea coloanei lombare
 - b) menținerea forței musculare agoniști și antagoniști
 - c) programul Williams fazele I și II
 - d) relaxarea musculaturii lombare contracturate
 - e) conștientizarea poziției neutre a coloanei lombare și bazinului

54. În schema de kinetoterapie aplicabilă în perioada acută din diagnosticul de lombosacralgie, se indică:

- a) postură de decubit ventral
- b) tonifierea musculaturii
- c) redresarea bazinului
- d) conștientizarea poziției corecte a coloanei lombare și a bazinului
- e) căldură neutră în zona lombară

55. În schema de kinetoterapie aplicabilă în perioada cronică din diagnosticul de lombosacralgie, se indică:

- a) menținerea forței musculare
- b) “înzăvorârea” coloanei lombare
- c) asuprizarea lombară
- d) tonifierea musculaturii trunchiului
- e) conștientizarea poziției corecte a coloanei lombare și bazinului

56. Examenul bolnavului cu sechele posttraumatice ale coloanei vertebrale, efectuat de kinetoterapeut, trebuie să cuprindă:

- a) evaluarea respiratorie și cardiovasculară
- b) evaluarea respiratorie, a amplitudinii tuturor articulațiilor implicate, a forței musculare
- c) aprecierea gradului de spasticitate
- d) aprecierea prezenței edemelor
- e) testarea biologică și radiologică

57. Tratamentul recuperator al bolnavului posttraumatic cu fractură-luxație de coloană cervicală în perioada de purtare a Minervei, cuprinde:

- a) exerciții de echilibrare
- b) mobilizări ale membrelor superioare
- c) izometrie pentru menținerea tonusului dorso-lombar
- d) gimnastică respiratorie abdominală
- e) reprofesionalizare pentru asigurarea independenței bolnavului

58. În perioada de imobilizare la pat a bolnavului cu sechele posttraumatice ale coloanei vertebrale se recomandă:

- a) electroterapie de înaltă frecvență
- b) termoterapie locală sau generală
- c) terapie respiratorie
- d) mișcări pasive
- e) mișcări active

IV. HIDROTERAPIE ȘI BALNEOCLIMATOLOGIE

A. ÎNTREBĂRI CU UN SINGUR RĂSPUNS CORECT

* 1. Efectele aplicării de căldura asupra circulației sunt următoarele, cu excepția:

- a) crește volumul circulator
- b) crește viteza de circulație a sângelui
- c) scade rezistența vasculară periferică
- d) crește debitul cardiac
- e) vasoconstricție periferică

*2. Reguli generale de aplicare ale termoterapiei sunt următoarele, cu excepția:

- a) se pot aplica procedurile generale după eforturi fizice mari, stres, perioade de insomnie, etc.
- b) nu este permisă aplicarea unor excitanți mai puternici fără avizul medicului
- c) la pacienții cu tegumente reci, aplicarea procedurilor reci se face după o încălzire prealabilă
- d) după proceduri calde prelungite sau hiperterme este indicată o scurtă procedură de răcire pentru combaterea atoniei vasculare periferice
- e) pacientul va fi supravegheat pe toată perioada procedurii

*3. Aplicarea la nivelul tegumentului de diverse substanțe, organice sau anorganice, aflate la anumite temperaturi în scop terapeutic reprezintă terapia cu:

- a) comprese
- b) cataplasme
- c) fricțiuni
- d) afuziuni
- e) împachetări

*4. Indicațiile dusului scoțian sunt următoarele cu excepția:

- a) obezitate, hipotiroidism
- b) tulburări de reglare a circulației superficiale
- c) tulburări de termoreglare
- d) suferințe cardiace sau cerebrovasculare
- e) ca procedură de călire

*5. Următoarele reguli generale în aplicarea băilor sunt adevărate cu excepția:

- a) se aplică în a doua jumătate a zilei, deoarece sunt proceduri mari, solicitante pentru organism
- b) trebuie păstrat un interval de timp între ingestia de alimente și aplicarea băii generale
- c) pentru băile hiperterme se aplică o compresă rece pe frunte
- d) pacientul trebuie supravegheat pe tot parcursul procedurii, care se întrerupe la cel mai mic semn de intoleranță
- e) după baie trebuie să urmeze o perioadă de odihnă

*6. Acțiunea termoterapiei contrastante are următoarele efecte cu excepția:

- a) îmbunătățirea excitabilității receptorilor periferici
- b) modularea circulației locale și generale

- c) vitezei de răspuns vasomotor
- d) efect de sedare generală a organismului
- e) stimularea întregului complex neuro-endocrino-umoral-metabolic

*7. ContraIndicațiile generale de trimitere la cura balneoclimaterică sunt următoarele, cu excepția:

- a) bolile venerice în stadiul de contagiozitate
- b) stări cașectice, indiferent de cauză
- c) psihopatiile cu tulburări de comportament social
- d) bolnavi la limita decompensării de organ
- e) afecțiunile neurologice

*8. pH-ul peloizilor este un indicator în funcție de condițiile mediului de formare, Compoziția chimică și microbiologică, valoarea acidă a acestuia este la o valoare:

- a) pH sub 5
- b) pH cuprins între 5-7
- c) pH cuprins între 7-8
- d) pH peste 8
- e) pH cuprins între 8-10

*9. Nămolurile saturate în săruri au o valoare de:

- a) sub 15g/l
- b) 15-35g/l
- c) 35-75g/l
- d) 75-150g/l
- e) peste 150g/l

*10. Pelozii slab sulfuroși au un conținutul de hidrogen sulfurat și sulfuri exprimate în sulfura de fier de:

- a) sub 0,02% FeS
- b) 0,02-0,15% FeS
- c) 0,15-0,30% FeS
- d) 0,30-0,50% FeS
- e) 0,50-0,75%

*11. Capacitatea de absorbție și de reținere a apei de către pelozi se numește:

- a) termopexie
- b) plasticitate
- c) hidropexie
- d) greutate specifică
- e) granulație

*12. Băile intens hiperterme au următoarea temperatură:

- a) peste 40 grade Celsius
- b) 38-39 grade Celsius
- c) 36-37 grade Celsius
- d) 35-36 grade Celsius
- e) 34-35 grade Celsius

*13. Băile generale la temperatura de indiferenta (neutre) utilizează apa la temperatura de:

- a) 34-35 grade Celsius
- b) 32-33 grade Celsius
- c) 36-37 grade Celsius
- d) 31-32 grade Celsius
- e) 30-31 grade Celsius

*14. Cea mai importanta forma de termoliza in repaus este:

- a) iradierea
- b) conducția
- c) convecția
- d) evaporarea
- e) contactul dintre obiecte cu temperaturi diferite

*15. In crenoterapia cu ape clorurate-sodice se utilizează cele cu concentrație de:

- a) 3-10g/l
- b) 16-17g/l
- c) 17-18g/l
- d) 18-19 g/l
- e) 19-10g/l

*16. Acțiunea băilor hiperterme ascendente se manifesta prin următoarele efecte cu excepția:

- a) creștere a temperaturii centrale
- b) stimularea mecanismelor de termoreglare
- c) excitația sistemului nervos
- d) sedarea sistemului nervos
- e) amplificarea proceselor metabolice

B. ÎNTREBĂRI CU 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI CORECTE

1. Termoterapia este o metodă de tratament nespecific care utilizează ca agenți terapeutici următorii factori:

- a) apa
- b) lumina
- c) aerul
- d) curentul galvanic
- e) parafina

2. Efectele aplicării factorului termic asupra aparatului mioartrokinetic sunt următoarele:

- a) creșterea eficienței musculare
- b) creșterea debitului circulator
- c) creșterea elasticității fibrelor musculare si a colagenului
- d) creșterea elasticității structurilor periarticulare
- e) scăderea elasticității fibrelor musculare si a colagenului

3. Efectele aplicării locale, pe zone limitate, ale factorului termic sunt:

- a) de creștere a tonusului muscular
- b) antialgic
- c) vasculoactiv
- d) antiinflamator
- e) resorbtiv

4. Efectele aplicațiilor de căldură sunt următoarele:

- a) reducerea elasticității colagenului
- b) diminuarea proceselor metabolice
- c) analgezie
- d) relaxarea musculară
- e) hiperemie

5. Efectele aplicațiilor de crioterapie sunt:

- a) analgezie
- b) creșterea tonusului muscular
- c) scăderea inflamației
- d) scăderea spasticității
- e) accelerarea activității metabolice

6. Contraindicațiile majore ale termoterapiei sunt următoarele :

- a) inflamația acută
- b) hemoragia acută
- c) ischemia
- d) afecțiunile osteoarticulare
- e) tulburări ale sensibilității

7. Centrul sau “miezul” organismului uman este reprezentat de:

- a) organele interne toracoabdominale
- b) organele interne intracraniene
- c) mușchii
- d) tegumentul
- e) țesutul subcutanat

8. Regiunile corpului unde temperatura măsurată se apropie cel mai mult de temperatura centrală sunt:

- a) intrarectal
- b) axilar
- c) intravaginal
- d) în interiorul vezicii urinare
- e) la nivel oral

9. Mecanismele activate prin căldura sunt:

- a) vasoconstricția cutanată
- b) sudorația
- c) polipneea
- d) creșterea secreției de adrenalina, noradrenalina și de hormoni tiroidieni
- e) anorexie, apatie, inerție

10. Mecanismele activate prin frig sunt:

- a) frisonul termic
- b) foamea
- c) vasodilatația cutanată
- d) piloerecție
- e) scăderea secreției hormonilor tiroidieni

11. Termoliza se realizează prin:

- a) conducție
- b) convecție
- c) contracția musculaturii striate
- d) evaporare
- e) iradiere

12. Receptorii termici periferici se găsesc situați în:

- a) hipotalamus
- b) tegument
- c) mucoasa bucală
- d) în jurul orificiilor anal și vaginal
- e) corpii striați

13. Vasele specializate pentru funcția de termoreglare se caracterizează prin:

- a) nu au tonus bazal
- b) au tonus bazal
- c) sunt foarte sensibile la catecolaminele circulante
- d) nu au control metabolic
- e) au control metabolic

14. Care dintre următoarele afirmații legate de caracteristicile vaselor de termoreglare nu sunt adevărate:

- a) nu prezintă hiperemie activă
- b) au anastomoze arteriovenoase aflate exclusiv sub Acțiunea simpaticului
- c) activitatea lor se desfășoară sub control multifactorial: catecolamine circulante, sistem nervos simpatic, factori hormonal, metaboliți locali
- d) au hiperemie activă
- e) au o capacitate mare de autoreglare a fluxului

15. Următoarele referitoare la tipul microkinetic sunt adevărate:

- a) cu hipertonie vagală, trofotrop
- b) cu hipertonie simpatică, ergotrop
- c) predomină reacția vasoconstrictivă
- d) prezintă reacții rapide, cu amplitudine mare
- e) prezintă reacții lente și cu amplitudine mică, care se instalează lent și se mențin timp îndelungat

16. Efectele aplicării de rece asupra circulației sunt:

- a) mobilizează depozitele de sânge
- b) scăderea volumului circulator periferic
- c) scăderea debitului cardiac
- d) crește rezistența vasculară periferică
- e) scade rezistența vasculară periferică

17. Efectele aplicațiilor hipertermice asupra aparatului cardiovascular sunt următoarele cu excepția:

- a) crește debitul cardiac
- b) crește ritmul cardiac
- c) creșterea moderată a TA sistolice și o creștere importantă a TA diastolice
- d) reduce debitul cardiac
- e) reduce ritmul cardiac

18. Reguli generale de aplicare ale termoterapiei sunt:

- a) pacientul trebuie examinat cu atenție înainte a oricărei proceduri
- b) se întrerup în timpul ciclului menstrual
- c) termoterapia se aplică imediat după mese
- d) procedurile generale se aplică, de preferință după-amiaza
- e) numărul de aplicații zilnice la același pacient trebuie să fie limitat

19. Modul de acțiune al împachetărilor umede în prima fază este:

- a) vasoconstricție periferică
- b) hiperexcitabilitate nervoasă
- c) este stimulată termogeneza
- d) răirea pulsului
- e) răirea frecvenței respiratorii

20. Indicațiile împachetărilor umede sunt următoarele :

- a) bolnavi febrili
- b) astenici, depresivi
- c) afecțiuni cardiovasculare
- d) dismetabolici
- e) la pacienți cu tulburări de termoreglare

21. Indicațiile împachetărilor uscate sunt următoarele cu excepția:

- a) hipotiroidism
- b) obezitate
- c) stări febrile, afecțiuni dermatologice
- d) suferințe cronice decompensate
- e) intoxicații cronice

22. Efectele fricțiunilor sunt:

- a) creștere ușoară a activității cordului
- b) diminuarea metabolismului
- c) excitație ușoară a sistemului nervos
- d) tonifierea aparatului neuromuscular
- e) acțiune sedativă generală cu reglarea tulburărilor de somn

23. Indicațiile perierilor sunt următoarele :

- a) tulburări de circulație periferică
- b) varice
- c) ateroscleroza, hipertensiunea arterială
- d) obezitatea, hipotiroidismul, sedentarismul
- e) sindroame asteno-depresive

24. Contraindicațiile afuziunilor sunt:

- a) tulburări ale circulației periferice
- b) stări depresive sau de surmenaj
- c) ca proceduri de răcire după aplicații termice intense
- d) suferințe inflamatorii acute și subacute ale organelor din micul bazin
- e) metroragiile, graviditatea

25. Acțiunea dusului scoțian se manifestă prin:

- a) un efect excitant asupra sistemului nervos
- b) efect de tonifiere musculară
- c) efect miorelaxant
- d) de activare a circulației
- e) diminuarea proceselor metabolice

26. Indicațiile dusului subacval sunt următoarele :

- a) deficite motorii de diferite cauze
- b) atrofii musculare
- c) varice, tromboflebite profunde
- d) fragilitate vasculară
- e) obezitate, hipotiroidism, constipații cronice

27. Indicațiile crioterapiei sunt:

- a) afecțiuni posttraumatice
- b) afecțiuni reumatismale inflamatorii
- c) ischemia
- d) tulburări de sensibilitate
- e) spasticitate

28. Contraindicațiile băilor reci complete sunt:

- a) afecțiuni cardiace
- b) boli generale decompensate
- c) afecțiuni ale vaselor periferice
- d) obezitate, hipotiroidism, diabet
- e) stări după oboseala psihică sau intelectuală intense

29. Efectele băilor hipertermice și intens hipertermice asupra aparatului cardiovascular sunt următoarele :

- a) vasodilatație periferică intensă, cu vasoplegie și stază venoasă, arteriolară, capilară
- b) vasoconstricție la nivelul organelor interne
- c) creșterea debitului circulator periferic
- d) creșterea debitului cardiac și a debitului/bătăie
- e) scăderea debitului cardiac și a debitului/bătăie

30. Acțiunea băilor cu iod este următoarea:

- a) produce vasodilatație
- b) produce vasoconstricție
- c) crește vâscozitatea sângelui
- d) reduce inflamația
- e) crește apărarea nespecifică a organismului

31. Indicațiile împachetărilor cu parafina sunt:

- a) afecțiuni degenerative, posttraumatice ale aparatului locomotor
- b) afecțiuni ale sistemului nervos periferic
- c) boli dermatologice
- d) tuberculoza
- e) hemoragii interne

32. Cura Kneipp cuprinde următoarele proceduri:

- a) compresele Priessnitz
- b) spălările alternante sau reci
- c) afuziunile alternante sau reci
- d) oncțiunea cu nămol
- e) dușurile calde

33. Bioclima excitant-solicitantă de câmpie are următoarele caracteristici:

- a) stresul bioclimatic cutanat, pulmonar are valori mici
- b) intensă solicitare a organismului, îndeosebi a mecanismelor de termoreglare, în special a termolizei, se pierd cantități mari de lichide și săruri din organism
- c) solicitare foarte redusă a SNC și vegetativ, a glandelor endocrine
- d) crește capacitatea proceselor imunobiologice nespecifice de apărare
- e) se îmbunătățește metabolismul calciului

34. Bioclima tonico-stimulantă are următoarele indicații de trimitere la cura:

- a) stări de surmenaj fizic și intelectual
- b) activitate în mediu cu noxe respiratorii
- c) tbc pulmonară și extrapulmonară
- d) sarcina, dacă gravida provine din localități cu altitudine joasă
- e) afecțiuni degenerative cu deficit marcat de termoreglare și meteorosensibilitate accentuată

35. Următoarele patologii nu beneficiază de tratament în stațiunile balneoclimaterice:

- a) afecțiuni acute febrile ca și afecțiunile cronice în perioadele de exacerbare
- b) afecțiuni vasculare periferice
- c) alcoolismul cronic cu tulburări neuropsihice
- d) boli dermatologice cu potențial de contagiozitate
- e) insuficiența cardiacă, renală, hepatică, etc.

36. Contraindicațiile de trimitere la cura balneoclimaterică a afecțiunilor degenerative ale aparatului locomotor sunt:

- a) herniile de disc cervicale și lombare hiperalgice, parezante
- b) artroza articulațiilor mari în puseu dureros acut și formele foarte evoluat
- c) hiperalgiile cervicale și lombare
- d) spondilodiscartroza
- e) artrozele secundare posttraumatice

37. Contraindicațiile de tratament balneoclimateric pentru sechelele articulare sunt:

- a) artritele traumatice septice
- b) sechele articulare cu fracturi consolidate
- c) sechele articulare cu corpi străini intraarticulari
- d) sechele articulare cu calusuri mari vicioase paraarticulare
- e) protezele articulare parțiale și totale

38. Următoarele afirmații referitoare la plasticitatea nămolurilor sunt adevărate:

- a) reprezintă calitatea nămolului de a se întinde și de a se mula pe suprafața corpului
- b) are valori mari pentru nămolurile minerale și de turbă
- c) valori mici pentru cele sapropelice
- d) este determinată de conținutul nămolului în substanțe solide insolubile
- e) consistența poate fi sporită, densă sau ceva mai redusă

39. Modalitățile de aplicare ale nămolului sunt următoarele :

- a) bai
- b) cataplasme
- c) ionogalvanizare
- d) onctiuni
- e) împachetări

40. Indicațiile terapeutice ale peloidoterapiei sunt următoarele :

- a) afecțiuni ale aparatului locomotor: degenerative, inflamatorii cronice, posttraumatice
- b) afecțiuni neurologice ale nervilor periferici
- c) afecțiuni ginecologice cronice utero-anexiale și sterilitatea
- d) bolile febrile de diverse etiologii
- e) boli dermatologice: psoriazisul, eczeme, urticarii cronice

41. Contraindicații ale aplicațiilor de nămol sunt:

- a) vârsta înaintată, ateroscleroza
- b) afecțiuni cardiovasculare, hipertensiunea arterială
- c) boli endocrine: hipotiroidia, hipoparatiroidia, nanismul hipofizar
- d) boli metabolice: obezitatea
- e) boli renale: nefrite, litiaze renale

42. În Compoziția mofetelor există:

- a) emanații naturale de CO₂ gaz uscat
- b) hidrogen sulfurat
- c) aeroioni pozitivi
- d) aeroioni negativi
- e) oxid de nitrat

43. Acțiunea terapiei cu mofeta se caracterizează prin următoarele :

- a) crește fluxul de sânge în musculatura scheletică
- b) scade rezistența periferică
- c) crește fluxul de sânge la nivel cerebral cu 75%
- d) creșterea raportului preejecție/ejecție
- e) crește fluxul sanguin cutanat

44. Bioclimatul din saline se caracterizează prin:

- a) inconfort termic de răcire puternic
- b) indice de stres cutanat hipotonic moderat
- c) indice de stres pulmonar echilibrat
- d) are caracter de cruțare
- e) absenta aeropoluantilor, înalt grad de puritate a aerului

45. Compoziția bioclimatului din saline are următoarea compoziție:

- a) aeroionii în cantități mici ~700/cm³ cu raport favorabil ionilor pozitivi
- b) aerosolii salini în cantități mari și de fină dispersie în proporție 60-80%
- c) cantități mai mici de CO₂ și H₂S decât în aerul din exterior
- d) pH ușor acid al aerului
- e) prezenta de Na, Ca, Mg

46. Indicațiile curelor de salina sunt următoarele :

- a) astmul bronșic la copii și adulți, forme ușoare și medii
- b) afecțiuni osteoarticulare meteorosensibile
- c) bronșitele cronice simple
- d) afecțiuni cardiovasculare
- e) alergii ale căilor respiratorii superioare

47. Cura în scop terapeutic în afecțiunile digestive se indică în:

- a) gastrite cronice cu clorhidrie redusă
- b) gastrite cronice cu clorhidrie crescută
- c) tulburări funcționale ale colonului
- d) rectocolita ulcerohemoragică
- e) ulcer gastroduodenal în puseu dureros

48. Contraindicațiile speciale în afecțiunile renourinare sunt:

- a) calculii căilor excretorii care au dilatații importante în amonte
- b) litiazele, indiferent de dimensiuni, cu simptomatologie redusă dar cu comunicare redusă cu căile excretorii
- c) prezenta oricărui obstacol în scurgerea urinei
- d) litiaza renală cu calculi caliceali sau bazinetați, cu căi urinare permeabile
- e) pielonefrite cronice în afara puseelor de acutizare

49. Regulile generale ale aplicării procedurilor de termoterapie sunt următoarele :

- a) termoterapia se aplică imediat după mese
- b) termoterapia se poate aplica înainte de mese
- c) numărul de aplicații zilnice trebuie să fie limitat
- d) numărul de aplicații zilnice poate fi nelimitat
- e) se întrerup procedurile generale în timpul ciclului menstrual

50. Compresele reci au un efect:

- a) antitermic
- b) antispastic
- c) antihemoragic
- d) antiinflamator
- e) hiperemiant

51. Compresesele calde au un efect:

- a) antitermic
- b) antispastic
- c) analgezic
- d) hiperemiant
- e) resorbtiv

52. Mecanismele activate prin frig sunt:

- a) vasodilatația cutanată
- b) frisonul termic
- c) foamea
- d) secreția de adrenalina
- e) vasoconstricția cutanată

53. Aplicațiile de crioterapie pot avea următoarele efecte:

- a) analgezie
- b) relaxare musculară
- c) creșterea activității metabolice
- d) scăderea inflamației
- e) scăderea spasticității

54. Contraindicațiile majore ale termoterapiei sunt:

- a) patologia artrozică
- b) stările posttraumatice
- c) inflamația acută
- d) hemoragia acută
- e) ischemia

55. Aplicațiile de căldură au următoarele efecte:

- a) analgezie
- b) relaxare musculară
- c) hiperemie
- d) scăderea elasticității colagenului
- e) scăderea proceselor metabolice

56. Apele sulfuroase în cura internă au următoarele efecte:

- a) scădere glicemia
- b) diuretic
- c) creșterea peristaltismului
- d) colagog-coleretic
- e) creșterea glicemiei

57. Indicațiile terapeutice ale nămolurilor sunt:

- a) bolile reumatologice inflamatorii
- b) nefritele
- c) reumatismul abarticlar
- d) bolile reumatologice degenerative
- e) spondilita anchilozantă

58. Indicațiile salinoterapiei sunt:

- a) tuberculoza pulmonara
- b) cordul pulmonar cronic decompensat
- c) neoplaziile pulmonare
- d) astmul bronșic la copii
- e) bronșitele cronice simple

59. Contraindicațiile generale pentru cura balneoclimaterica sunt:

- a) afecțiunile posttraumatice
- b) stările cașectice indiferent de cauza
- c) insuficienta cardiaca, renala sau hepatica
- d) sarcina patologica
- e) purtătorii de germeni patogeni

V. ELECTROTERAPIE SI FOTOTERAPIE

A. ÎNTREBĂRI CU UN SINGUR RĂSPUNS CORECT

*1. Reobaza reprezintă:

- a) timpul minim necesar curentului excitator necesar pentru transportul unei cantități suficient de mare de energie care sa modifice potențialul de repaus la nivelul membranei excitabile
- b) timpul util minim pentru a produce o excitație minima
- c) intensitatea minima a curentului care produce o excitație (înregistrabilă) într-un timp nedefinit
- d) durata impulsului de curent dreptunghiular care produce contracție minima
- e) raportul dintre intensitatea curentului triunghiular cu o durata de 1000ms si intensitatea curentului dreptunghiular cu aceeași durata, pentru valorile care produc contracții minime

*2. Următoarele afirmații referitoare la baia galvanica patru celulara sunt adevărate cu excepția: (1, pag. 128-129)

- a) se pot face aplicații patru-celulare, trichelulare, bicelulare sau unicelulare
- b) daca dorim sa avem un pol activ reducem la minim cantitatea de apa din vase
- c) temperatura apei se recomanda sa fie sub 34°C
- d) direcția curentului poate fi ascendenta sau descendenta în funcție de scopul urmărit
- e) durata ședințelor intre 10-30 minute, în funcție de diagnostic, ritmul zilnic sau la doua zile

3. Efectele fiziologice ale curenților interferențiali sunt următoarele cu excepția:

- a) efect excitomotor pe musculatura striată denervată (la frecvente<10Hz)
- b) efect decontracturant, obtinut cu frecvente "medii" (12-35Hz)
- c) efect antialgic, prin diminuarea excitabilității dureroase si combaterea hipoxiilor generatoare de durere
- d) efect vasculotrofic, hiperemizant și resorbtiv
- e) efect excitomotor pe musculatura netedă

*4. Contraindicațiile terapiei de înaltă frecvență pulsatilă, sunt:

- a) aplicarea pe aparatul gipsat
- b) materialele de osteosinteza
- c) pacemakerul
- d) afecțiunile ginecologice
- e) afecțiunile tubului digestiv

*5. Stimulii artificiali de natura fizica sau chimica sunt reprezentați de următorii, cu excepția:

- a) presiunea
- b) lovirea
- c) lumina
- d) diferite soluții chimice
- e) schimbările care au loc la nivelul terminațiilor nervoase, la nivelul sinapselor sau care prin intermediul receptorilor pot declanșa impulsuri nervoase

*6. Următoarele structuri ale corpului omenesc fac parte din categoria conductorilor de gradul I, foarte buni conducători, cu excepția:

- a) sângele
- b) limfa
- c) lichidul cefalorahidian
- d) glandele sebacee
- e) corpul vitros

*7. Rezistența ohmică tisulară are o valoare la nivelul mușchilor și la nivelul organelor bogate în apă:

- a) 80-130 ohmi/cm
- b) în jur de 300 ohmi/cm
- c) 400-600 ohmi/cm
- d) 1000-3000 ohmi/cm
- e) 100 ohmi/cm

*8. Acțiunea curentului galvanic asupra fibrelor vegetative motorii se caracterizează prin următoarele cu excepția:

- a) acțiune hiperemizantă
- b) de activarea a vascularizație
- c) pol pozitiv: eritem cutanat, creșterea temperaturii locale, senzație de căldură
- d) vasodilatație la nivelul vaselor superficiale cutanate, la nivelul vaselor profunde, din straturile musculare
- e) îmbunătățirea circulației sanguine cu efecte biotrofice prin îmbunătățirea nutriției tisulare

*9. Regiunea electivă de aplicare a curentului galvanic pentru influențarea sistemului neurovegetativ este:

- a) zona "gulerului Scerbac" (regiunea cervicală și dorsală superioară posterioară)
- b) regiunea cervicală anterioară
- c) regiunea epigastrică
- d) regiunea lombară
- e) joncțiunea dorsolombară

*10. Influența curentului galvanic asupra sistemului circulator este următoarea, cu excepția:

- a) în sens descendent accelerează afluxul sanguin din mică circulație spre inimă
- b) în sens descendent diminuează afluxul sanguin din mică circulație spre inimă
- c) în sens descendent transportă sângele arterial către sistemul portal
- d) în sens ascendent accelerează venoasă de la extremitățile inferioare și de la organele sistemului portal către inimă
- e) în sens ascendent favorizează transportul sângelui arterial către plămâni și extremitățile superioare, precum și viteza sângelui venos de la inimă la plămâni

*11. Indicațiile terapiei cu TENS sunt următoarele cu excepția:

- a) hipersensibilitatea la curent
- b) afecțiuni reumatice diverse
- c) durerile din afecțiunile neurologice periferice
- d) nevralgiile postherpetice
- e) stările acute și cronice postoperatorii

*12. Modalitățile de aplicație ale ultrasunetelor sunt următoarele cu excepția:

- a) aplicație segmentară indirectă pe zonele paravertebrale
- b) aplicația segmentară directă, pe cale neurală, de-a lungul nervilor periferici
- c) aplicații reflexe pe zonele cutanate, pe zonele musculare, zonele cu reacții conjunctive de tipul miogelozelor și pe zonele periostale
- d) aplicații reflexe la distanță pe ganglionii simpatici
- e) aplicații directe la nivel articular

*13. La aplicarea curentului galvanic apare o:

- a) senzație de furnicătură, care crește proporțional cu intensitatea curentului
- b) senzație de furnicătură, care scade proporțional cu intensitatea curentului
- c) senzație de vibrație, care nu este influențată de intensitatea curentului
- d) senzație de vibrație, care este influențată de intensitatea curentului
- e) senzație de furnicătură, după câteva ședințe de aplicare a curentului

*14. Este curent de medie frecvență:

- a) curentul galvanic
- b) curentul interferențial
- c) băile galvanice
- d) laserterapia
- e) undele scurte

B. ÎNTREBĂRI CU 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI CORECTE

15. Următoarele afirmații referitoare la repolarizare sunt adevărate:

- a) este reprezentată de procesele de revenire la potențialul de membrana
- b) se produce o inactivare a mecanismului de transport al sodiului spre interiorul celulei
- c) se produce o inactivare a mecanismului de transport al potasiului spre interiorul celulei
- d) crește permeabilitatea membranei pentru potasiu care va ieși din celulă cu un flux crescut în intensitate.
- e) interiorul celulei atinge în punctul maxim al acestui proces un plus de 40 mV, "pozitiv" față de exteriorul celulei

16. În cursul depolarizării se produc următoarele procese cu excepția:

- a) membrana stimulată devine permeabilă pentru ioni de sodiu, declanșându-se un flux masiv al acestor ioni dinspre exterior spre interior
- b) membrana stimulată devine permeabilă pentru ioni de potasiu, declanșându-se un flux masiv al acestor ioni dinspre exterior spre interior

- c) permeabilitatea membranei celulare pentru sodiu crește în urma depolarizării, proces în care partea externă a membranei devine negativă, iar cea internă pozitivă
- d) permeabilitatea membranei celulare pentru potasiu crește în urma depolarizării, proces în care partea externă a membranei devine pozitivă, iar cea internă negativă
- e) în cursul depolarizării permeabilitatea celulei pentru sodiu ajunge să fie de 30-40 ori mai mare decât pentru potasiu, iar viteza de migrare a sodiului ajunge până la de 7 ori mai mare decât cea a potasiului

17. Următoarele afirmații referitoare la cronaxie sunt adevărate:

- a) reprezintă timpul util minim pentru a produce o excitație minimă cu un curent a cărui intensitate este egală cu dublul reobazei
- b) cronaxia mușchilor netezi este mult mai scurtă decât cronaxia mușchilor striati
- c) cronaxie mai lungă la mușchii flexori decât la cei extensori
- d) cronaxie mai mică în punctele motorii proximale ale unui mușchi comparativ cu cele distale
- e) cronaxia membrelor superioare este mai mică decât a membrelor inferioare

18. Conductorul electric de gradul II se caracterizează prin următoarele :

- a) sunt substanțe metalice
- b) la trecerea curentului nu se produc reacții chimice
- c) sunt soluții de acizi, baze sau săruri
- d) la trecerea curentului electric se produce electroliza
- e) sunt substanțe gazoase

19. Care dintre structurile corpului omenesc fac parte din categoria conductorilor de gradul II, buni conducători:

- a) sângele și corpul vitros
- b) glande sudoripare, mușchi
- c) țesutul nervos
- d) parul și epiderma
- e) țesut subcutanat, organele interne

20. Rezistivitatea tisulară la curent (rezistența ohmică) se caracterizează prin:

- a) rezistivitatea cutanată scade sistematic, la început rapid, apoi treptat, tot mai lent, în 30' se ajunge la un echilibru dinamic
- b) creșterea intensității curentului duce la o nouă creștere a rezistivității
- c) întreruperea curentului duce la scădere rezistivității, la început rapid, apoi lent
- d) scăderea rezistivității este mai rapidă decât restituția sa după întreruperea curentului
- e) viteza de reducere a rezistivității este proporțională cu tensiunea în electrozi

21. Acțiunea curentului galvanic asupra fibrelor vegetative motorii este următoarea:

- a) acțiune hiperemizantă, de activare a vascularizației
- b) vasodilatație la nivelul vaselor superficiale cutanate, la nivelul vaselor profunde, din straturile musculare
- c) îmbunătățirea circulației sanguine cu efecte biotrofice prin îmbunătățirea nutriției tisulare
- d) resorbția exudatelor și edemelor locale
- e) efect excitomotor

22. Modalitățile de aplicare ale curentului galvanic sunt următoarele :

- a) cu ajutorul electrozilor sub forma de placa
- b) ca baie hidroelectrolitică
- c) cu ajutorul bobinelor cervicale si lombara
- d) cu ajutorul electrozilor de tip Shliephake
- e) iontoforeza (ionogalvanizare)

23. Maska Bergonie se utilizează în următoarele afecțiuni:

- a) tratamentul sciaticii
- b) nevralgia trigeminală
- c) in tulburări le de formare de a calusului după fracturi
- d) parezele de nerv facial
- e) in nevralgia cervicobrahială

24. Acțiunea băilor Stanger se explica prin:

- a) efectul termomecanic al apei
- b) efectul electric al curentului
- c) efectul câmpului magnetic
- d) efectul piezoelectric
- e) efectul chimic produs de ingredientele adăugate

25. Inconvenientele iontoforezei sunt:

- a) au un efect de pătrundere pana la nivelul stratului cutanat profund
- b) se obțin efecte certe cu cantități infinitezimale de substanțe, evitând totodată tractul gastrointestinal
- c) deoarece majoritatea medicamentelor conțin ioni bipolari, de obicei acționează numai componenta influențată de semnul polului respectiv
- d) viteza de migrare a ionilor este diferita
- e) au un efect de depozit realizat de acumularea substanțelor farmacologice introduse la nivelul electrozilor

26. Substanțele aplicate în ionogalvanizări la nivelul anodului sunt:

- a) metale (sodiu, potasiu, litiu, calciu, magneziu, zinc, mercur, fier, cupru)
- b) alcaloizi (morfina, novocaina, atropina, pilocarpina)
- c) halogeni (brom, clor, iod)
- d) radicali acizi (sulfuric, salicilic, azotic, acetic, carbonic, citric, oxalic)
- e) corticoizi, peniciline, sulfamide

27. Contraindicații galvanoterapiei sunt următoarele, cu excepția:

- a) afecțiuni care împiedică aplicarea electrozilor pe piele
- b) afecțiuni posttraumatice
- c) supurații, manifestări alergice, eczeme (însoțite de urticarie)
- d) manifestări neurologice
- e) neoplasmele cutanate

28. Semnele de leziune de nerv periferic sunt următoarele :

- a) inversarea răspunsului muscular la excitația electrica, apariția contracției la polul pozitiv
- b) reobaza crescuta
- c) cronaxia scăzută
- d) coeficientul de acomodare α al mușchiului lezat aproape de 1 sau sub 1
- e) curba I/t deplasata in dreapta si in sus si fragmentata in trepte

29. Principiile și condițiile de respectat în cazul electrostimulării sunt următoarele :

- a) pe fișa se menționează mișcarea care trebuie redobândită prin tratament
- b) masajul este recomandat după stimulare
- c) pacientul trebuie să se concentreze, să își dea singur comanda mișcării voluntare
- d) dacă apar răspunsuri paradoxale pe parcursul tratamentului, acesta se va întrerupe definitiv
- e) postura segmentului locomotor să fie adecvată, lipsită de influența forței de gravitație

30. Forma clasică de CDD-MF (monofazat) se caracterizează prin:

- a) are efect excitator, crește tonusul muscular
- b) are cel mai antialgic efect
- c) produce vibrații, care acționează ca un masaj electric profund
- d) este utilizat ca formă de introducere în aplicațiile în scop primordial antialgic
- e) tonicizează pereții arteriali, prin acțiune vasoconstrictoare

31. Indicațiile aplicațiilor cu TENS sunt:

- a) stări dureroase acute și cronice
- b) durerile din neoplazii și determinările secundare
- c) infarctul miocardic acut
- d) în timpul travaliului la gravide
- e) sarcina în primul trimestru

32. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la dozarea intensității câmpului de unde scurte:

- a) doza I "atermică" sau "rece", nu produce nici o senzație, este sub pragul de excitare termică
- b) doza II "oligotermică", produce o senzație de căldură abia perceptibilă, în jur de 35 wați
- c) doza III "termică", produce o senzație de căldură evidentă, dar suportabilă, de 35 wați
- d) doza IV "hipertermică" este în jur de 75-100 wați
- e) doza IV "hipertermică" sau "forte" produce o senzație de căldură puternică, uneori greu suportată

33. Contraindicațiile terapiei cu unde scurte sunt următoarele :

- a) procese inflamatorii acute cu supurații
- b) manifestări acute ale afecțiunilor reumatice
- c) afecțiuni ale sistemului nervos central și periferic
- d) prezența de piese metalice intratisulare
- e) pacemakerul cardiac

34. Acțiunile biologice ale ultrasunetelor la doze mici sunt:

- a) sunt activate procesele de oxidare
- b) crește permeabilitatea celulelor tegumentare, cu posibilitatea difuzării prin piele a unor substanțe
- c) au efecte fibrolitice
- d) produc eritem, peteșii, fliclene, până la distrucții celulare și rupturi capilare
- e) producere de edeme hemoragice, necroze

35. Aplicațiile ultrasunetelor în cuplaj indirect se caracterizează prin:

- a) se face prin intermediul apei (subacval)
- b) se pot trata regiuni cu neregularități de relief, zonele sensibile, cu hiperestezii, cele cu plăgi
- c) vasele să fie confecționate din material bun conductor și de dimensiuni mici
- d) temp. apei 36°C, apa să fie stătută
- e) capul traductorului vine în contact direct cu regiunea tratată

36. Următoarele afirmații referitoare la metodologia aplicațiilor ultrasunetelor, sunt adevărate:

- a) pentru țesutul muscular: în direcția fibrelor tendomusculare, nu perpendicular pe ele, cu doze mai mari de intensitate decât la țesutul cutanat
- b) pentru țesuturile articulare și osoase: se fac aplicații în mod direct pe articulații și pe coloana vertebrală
- c) sunt recomandate durate mai lungi în tratamentul cicatricilor cheloide, calcificărilor tendinoase, sclerodermiei
- d) nu este indicată succesiunea masaj-ultrasunet sau ultrasunet-masaj
- e) aplicațiile de ultrasunete să precedă kinetoterapia datorită acțiunii antialgice și miorelaxante

37. Eritemul actinic de gradul I se caracterizează prin:

- a) se produce pe o suprafață mai mică decât suprafața tegumentului expus
- b) se produce lent, are o nuanță rozacee, este ușor sau deloc pruriginos
- c) persista câteva zile, pigmentația apare în a patra zi prin puncte roșii-cafenii care apoi se extind și durează mai multe săptămâni
- d) se produce exfolierea, marcată și masivă urmată de formarea unei cruste
- e) prezintă un aspect de arsură cu edem, fragilitate cutanată și prurit dureros, apărută în circa 2 ore

38. Indicațiile tratamentului cu ultraviolete sunt:

- a) tuberculoza pulmonară activă
- b) afecțiunile dermatologice
- c) afecțiuni ale aparatului locomotor
- d) neoplaziile
- e) sarcină

39. Câmpul magnetic aplicat în ritm întrerup produce:

- a) produce efecte predominant catabolice
- b) produce efecte predominant anabolice
- c) determină ieșirea K⁺ din celulă, creșterea glicolizei și proteolizei
- d) stimularea secreției adrenergice medulosuprarenale
- e) stimularea activității hipofizei și tiroidei

40. Indicațiile magnetoterapiei sunt:

- a) sechele posttraumatice
- b) afecțiuni neuropsihice
- c) afecțiuni ginecologice
- d) psihozele decompensate, epilepsia
- e) bolile hematologice (anemii, leucemii)

41. Conductor de gradul I se caracterizează prin următoarele :

- a) sunt substanțe metalice
- b) curentul trece fără să producă reacții chimice
- c) sunt soluții de acizi, baze sau săruri
- d) curentul realizează numai mișcarea electronilor
- e) sunt substanțe gazoase

42. Curent continuu constant se caracterizează prin următoarele :

- a) sensul de deplasare al electronilor este același
- b) se menține o intensitate constanta
- c) intensitatea curentului variază de la o valoare zero pana la un anumit nivel
- d) intensitatea curentului descrește de la un anumit nivel spre zero
- e) curentul ia forma unei curbe ondulatorii datorita creșterilor și descreșterilor care au loc ritmic

43. Care structuri ale corpului omenesc fac parte din categoria conductorilor de gradul III, rău conducători:

- a) țesutul subcutanat
- b) țesutul nervos
- c) țesutul adipos
- d) țesutul osos
- e) glandele sudoripare

44. Polarizarea tisulara prin curent galvanic se caracterizează prin următoarele :

- a) tensiunea de polarizare creste la început lent, apoi mai rapid, după o curba hiperbolica
- b) polaritatea ia naștere pe traseul caii curentului si intre electrozi
- c) atinge starea maximala de echilibru după 30'
- d) tensiunea de polarizare este invers proporționala cu lungimea caii curentului si cu rezistenta tisulara
- e) este invers proporționala cu secțiunea țesuturilor străbătute, 120mV la nivelul antebrățului, 75mV la nivelul brațului si de numai 20mV la nivelul părții superioare a toracelui

45. Substanțele folosite în ionogalvanizări aplicate la nivelul catodului sunt:

- a) radicali de metale (amoniu)
- b) acetilcolina, adrenalina
- c) halogeni (brom, clor, iod)
- d) radicali acizi (sulfuric, salicilic, azotic, acetic, carbonic, citric, oxalic)
- e) sărurile acizilor organici

46. Particularitățile de acțiune ale iontoforezei sunt următoarele :

- a) au un efect local demonstrat si recunoscut
- b) se obțin efecte certe numai cu cantități semnificative de substanțe
- c) au un efect de pătrundere pana la nivelul stratului cutanat profund
- d) este posibila si o acțiune reflexa cuti-viscerala la nivelul dermatomioamelor
- e) este precisa o dozare precisa a substanțelor medicamentoase aplicate

47. Pentru stimularea contracției musculaturii striate normoinervate se folosesc curenții dreptunghiulari in următoarele situații:

- a) atoniile si atrofiile musculare, normoinervate
- b) paralizii spastice
- c) musculatura slăbită în cazul cifozei și scoliozei incipiente
- d) spasme musculare
- e) in prevenirea aderentelor intermusculare, intramusculare și peritendinoase

48. Terapia musculaturii spastice cu impulsuri de forma dreptunghiulara este indicata in:

- a) pareze spastice in cadrul sclerozei in placi
- b) hemipareze spastice după accidente vasculare cerebrale
- c) scleroza laterala amiotrofica
- d) scleroza difuza avansata
- e) boala Parkinson

49. Indicațiile principale pentru stimularea contracției musculaturii netede cu impulsuri exponențiale sunt:
(1, pag. 159)

- a) constipațiile cronice atone
- b) nevralgii si nevrite
- c) atonia vezicala postoperatorie
- d) stări postcontuzionale și postentorse
- e) contracțiile uterine slabe primare la naștere

50. Următoarele afirmații referitoare la fibrele A- α sunt adevărate:

- a) conduc impulsuri pentru apariția senzațiilor tactile generate de vibrații si de presiune
- b) au diametru mare
- c) sunt rapid conducătoare si sunt nespecifice pentru durere
- d) conduc impulsuri pentru durerea tolerabila, bine localizata, sub forma de înțepături fine
- e) sunt lent conducătoare

51. Forma clasica de CDD (curenți diadinamici)-RS (ritm sincopat) se caracterizează prin:

- a) are cel mai pronunțat efect excitomotor
- b) are efecte vasodilatatoare si trofice remarcabile
- c) are cel mai antialgic efect
- d) este utilizat ca forma de introducere in aplicațiile în scop primordial antialgic
- e) este indicat în atoniile musculare normoinervate

52. Modalitățile de aplicare ale CDD (curenți diadinamici) sunt următoarele :

- a) cu electrozi aplicați transversal
- b) cu electrozi aplicați longitudinal
- c) cu bobine cervical si lombar
- d) cu monoda
- e) cu ajutorul transductorului

53. Contraindicațiile terapiei cu TENS sunt :

- a) purtătorii de pacemaker cardiac sau la cei cu implant trohlear
- b) aplicarea pe regiunea anterioara cervicala sau la nivelul fetei si globilor oculari
- c) pe zone cu iritație cutanata sau zone de discontinuitate
- d) durerile psihogene, epilepsia
- e) durerile “fantoma” după amputațiile membrelor

54. Terapia cu curenți intreferențiali poate fi aplicata cu ajutorul electrozilor de tip:

- a) placă
- b) vacuum sau de tip ventuză
- c) mănușă
- d) Shiephake
- e) periniță

55. Indicațiile terapiei cu curenți interferențiali sunt:

- a) afecțiuni ale aparatului locomotor
- b) afecțiuni vasculare periferice
- c) afecțiuni ale organelor interne
- d) stări febrile de etiologii diverse
- e) aplicații toracice în aria precordială în cazul tulburărilor lor cardiace organice și funcționale

56. Proprietățile fizice ale curenților de înaltă frecvență sunt:

- a) frecvența foarte mare >100000Hz
- b) produc fenomene capacitive reduse
- c) produc fenomene inductive importante
- d) producerea de energie calorică
- e) încălzește puternic corpurile metalice și soluțiile electrolitice

57. Efectele pe verigile fiziopatologice ale terapiei cu înaltă frecvență pulsatilă, sunt:

- a) reduce procesul de calusare al fracturilor
- b) accelerează resorbția hematoamelor și a proceselor inflamatorii
- c) reduce cicatrizarea diverselor plăgi produse accidental sau postoperator
- d) favorizează cicatrizarea și vindecarea ulcerelor varicoase
- e) diminuează și combate spasmele musculaturii netede

58. Aplicarea ultrasunetelor în doze medii, produc:

- a) hiperemie tegumentară
- b) au efecte fibrolitice
- c) distrucții celulare și rupturi capilare
- d) eritem, peteșii, flicte
- e) vasodilatație crescută

59. Indicațiile terapiei cu UUS sunt următoarele :

- a) patologia aparatului locomotor: reumatism degenerativ, inflamator și abarticlar
- b) modificări tegumentare inflamatorii, infecțioase
- c) patologia aparatului locomotor de natură traumatică și ortopedică
- d) insuficiența coronariană, tulburări de ritm
- e) afecțiunile ginecologice: boli inflamatorii cronice pelvine

60. Contraindicațiile generale ale tratamentului cu UUS sunt:

- a) tulburări de coagulare, fragilitate capilară
- b) afecțiuni locale sau generale ale țesutului colagen
- c) afecțiuni neurologice: nevralgii și nevrite, sechele nevralgice după herpes zoster
- d) stări febrile de cauze cunoscute sau nu
- e) suferințe venoase ale membrilor: tromboflebite, tromboze, varice

61. Eritemul actinic de gradul IV se caracterizează prin:

- a) tegumentul este roșu cianotic, edematizat, dureros
- b) epidermul se decolează, are loc o exfoliere masivă
- c) pigmentația este inhibată, poate să apară porțiuni fără pigment, înconjurate de un halou pigmentar

- d) este urmată la 1-2 săptămâni de o exfoliere cutanată în general fină, furfuracee, mai rar lamelară și de o pigmentație intensă
- e) din a 15-a zi se produce exfolierea, marcată și masivă urmată de formarea unei cruste

62. Contraindicațiile tratamentului cu ultraviolete sunt:

- a) cașexiile de orice natură
- b) rahitismul
- c) insuficiențele hepatice, renale, cardiace
- d) stări hemoragice
- e) afecțiunile respiratorii

63. Următoarele afecțiuni contraindică aplicarea electrozilor pe tegument:

- a) supurațiile
- b) manifestările alergice
- c) neoplaziile cutanate
- d) tuberculoza cutanată
- e) afecțiuni ale sistemului nervos

64. Principalele efecte ale curenților diadinamici sunt:

- a) analgetice
- b) hiperemiante
- c) dinamogene
- d) miorelaxant
- e) termic

65. Din formele clasice de curenți diadinamici fac parte:

- a) curentul interferențial
- b) difazat fix
- c) monofazat fix
- d) perioada scurtă
- e) perioada lungă

66. În aplicarea TENS (stimularea electrică nervoasă transcutanată):

- a) electrozi se aplică la 10 cm distanță de suprafață cutanată
- b) electrozi se aplică direct pe partea dureroasă
- c) durata ședințelor este cuprinsă între 20-60 minute
- d) durata ședinței este de 5 minute
- e) se poate aplica și la purtătorii de pacemaker cardiac

67. Principalele efecte ale curenților de medie frecvență sunt:

- a) acțiune stimulatorie asupra musculaturii scheletice
- b) acțiune inhibitorie asupra musculaturii scheletice
- c) efecte stimulatorie asupra musculaturii netede hipotonice
- d) acțiune analgetică
- e) acțiune inhibitorie pe musculatura hipotonă

68. Dintre proprietățile fiziologice ale undelor scurte fac parte:

- a) nu au acțiune electrolitică și electrochimică
- b) nu provoacă excitație neuro-musculară
- c) au efecte calorice de profunzime, fără a produce leziuni cutanate
- d) durata stimulului este >0.1 ms
- e) produc fenomene de polarizare

69. Dintre modalitățile de aplicare a undelor scurte fac parte:

- a) metoda în câmp condensator
- b) metoda în câmp inductor
- c) metoda în câmp galvanic
- d) aplicare cu electrozi dreptunghiulari
- e) aplicare sub formă de băi

70. Dintre contraindicațiile aplicării de unde scurte fac parte:

- a) pace-makerul cardiac
- b) sarcina
- c) hipertensiunea arterială controlată medicamentos
- d) piese metalice intratisulare
- e) procese neoplazice

71. Dintre efectele fizico-chimice ale ultrasunetelor fac parte:

- a) efect mecanic
- b) efect termic
- c) efect de cavitație
- d) nu au efect termic
- e) nu au efect de cavitație

72. Dintre indicațiile terapiei cu ultrasunete fac parte:

- a) patologia aparatului locomotor
- b) afecțiuni dermatologice
- c) afecțiuni locale sau generale ale țesutului de colagen
- d) afecțiuni neurologice
- e) arteriopatiile obliterante stadiul III și IV

73. Curenții de înaltă frecvență:

- a) au frecvență >100.000 Hz
- b) produc fenomene capacitive importante
- c) produc energie calorică
- d) nu produc energie calorică
- e) au frecvență <100.000 Hz

74. Curentul Trabert:

- a) este un curent triunghiular
- b) are efect analgetic
- c) se fac aplicații zilnice
- d) are indicație în bolile neoplazice
- e) efectul analgetic apare la debutul ședinței

75. Din indicațiile galvanoterapiei, fac parte:

- a) afecțiuni reumatice
- b) paralizii flasce
- c) nevralgii
- d) tromboflebite
- e) neoplasme

VI. RECUPERAREA ÎN CONTRAINDICAȚIILE NEUROLOGICE ȘI PSIHOMOTORII

A. ÎNTREBĂRI CU UN SINGUR RĂSPUNS CORECT

*1. Sindromul de neuron motor periferic este caracterizat prin:

- a) produce deficite motorii extinse
- b) produce atrofii musculare
- c) determină tulburări de sensibilitate cu caracter proximal
- d) dureri cu caracter de arsura
- e) parestezii permanente

*2. Sindromul de neuron motor periferic clinic se recunoaște după:

- a) deficit motor-hipotonie-Rot diminuate
- b) deficit motor-hipertonie-Rot diminuate
- c) deficit motor-hipertonie-Rot vii
- d) deficit motor-hipotonie-tremor intențional
- e) deficit motor-hipotonie-Rot vii

*3. Reflexele patologice piramidale Babinski și Rosner se găsesc în:

- a) sindromul cerebelar
- b) sindromul de neuron motor periferic
- c) sindromul vestibular
- d) sindromul de neuron motor central
- e) sindromul hiperton+hipokinet

*4. Tetraplegia este:

- a) deficitul motor parțial a două membre
- b) deficitul motor total a patru membre
- c) deficitul motor al ambilor deltoizi
- d) deficitul motor parțial a două membre
- e) deficitul motor și senzitiv total a patru membre

*5. Lipsa de mișcare a unor membre spastice predispune la:

- a) pierderea reflexelor osteotendinoase
- b) creșterea eficienței mișcărilor bruște
- c) osificarea heterotopică
- d) anhidroză
- e) ameliorarea tonusului muscular

*6. Cerebelul este:

- a) parte a măduvei spinării în porțiunea cervicală
- b) zonă din diencefal
- c) parte a emisferelor cerebrale
- d) porțiunea inferioară a trunchiului cerebral
- e) situat în fosa cerebrală posterioară

*7. La cazurile cu boala Parkinson, neuroreabilitarea se începe:

- a) odată cu imobilizarea la pat a pacienților
- b) la cererea familiei
- c) cât mai precoce
- d) după administrarea tratamentului
- e) dacă medicația nu are efectele scontate

*8. Un pacient în vârstă de 50 ani, fumător, hipertensiv prezintă în mod brusc în timpul unor ședințe de gimnastică medicală (pentru dureri de tip sciatică) asimetrie facială stg. și scăderea forței musculare la membrele stg. Care este atitudinea corectă?

- a) pacientul trebuie așezat în clinostatism și așteptăm ameliorarea spontană
- b) având în vedere că pacientul prezintă semnele unui posibil accident vascular cerebral acut chemăm salvarea ca pacientul să fie transportat la serviciul de urgență
- c) s-a decompensat hernia de disc lombară a pacientului din cauza oboselii, facem o pauză de 30 minute
- d) trimitem pacientul la domiciliu urmând să revină a doua zi.
- e) continuăm gimnastică medicală

*9. Care este factorul de risc cel mai important pentru hemoragia cerebrală?

- a) sedentarism
- b) alimentație neadecvată
- c) hipertensiunea arterială
- d) hipercolesterolemie
- e) vârstă

*10. În cursul ședințelor de kinetoterapie pacientul hemiplegic post accident vascular cerebral hemoragic prezintă edemătierea membrului inferior paralizat, cu temperatura locală crescută și eritem. Pacientul acuză durere spontană la acest nivel. Care dintre următoarele afirmații sunt corecte:

- a) atragem atenția medicului curant asupra unei posibile complicații (tromboflebită?) și întrebăm dacă putem să continuăm gimnastică medicală
- b) creștem frecvența și intensitatea exercițiilor, existând pericolul unei redori articulare
- c) aplicăm masaj asupra teritoriului edemățiat
- d) continuăm gimnastică medicală, edemul gambier nu este de competența kinetoterapeutului.
- e) acest aspect nu influențează activitățile de recuperare

*11. Ordinea cronologică de atins a recuperării în stroke este:

- a) clinostatism-mers-săritură
- b) ortostatism-clinostatism-șezut
- c) mers-clinostatism-șezut
- d) clinostatism-șezut-ortostatism
- e) clinostatism-mers-ortostatism

*12. Neuroreabilitarea pacientului cu AVC ischemic începe:

- a) la 3 săptămâni de la debut
- b) după controlul obișnuit la 3 săptămâni
- c) după reîntoarcerea la domiciliu
- d) imediat după debutul atacului, dacă starea clinică a pacientului permite
- e) când este familia prezentă

*13. Care mușchi este implicat cel mai mult pentru recuperarea ortostatismului:

- a) cvadriceps
- b) triceps
- c) deltoid
- d) sartorius
- e) pronator teres

*14. Forma recurent-remisivă a sclerozei multiple se caracterizează prin

- a) agravări episodice, fără ameliorare ulterioară
- b) agravări bine individualizate și recuperări complete sau parțiale
- c) progresie continuă de la debut, dar cu episoade acute de agravare
- d) evoluție lentă de la debut, cu platouri ocazionale sau îmbunătățiri minime temporare
- e) evoluție benignă în toate cazurile

*15. Triada de sindroame din scleroza multiplă cuprinde:

- a) piramidal-cerebelar-extrapiramidal
- b) piramidal-cerebelar-vestibular
- c) extrapiramidal-vestibular-piramidal
- d) cerebelar-extrapiramidal-vestibular
- e) nici unul de mai sus

*16. Scleroza multiplă afectează mai ales:

- a) vârstnicii
- b) copiii
- c) femeile tinere
- d) pensionarii
- e) preșcolarii

*17. Simptomatologia accidentului vascular cerebral în teritoriul vertebro-bazilar NU include:

- a) parezele de nervi oculomotori
- b) ataxia
- c) tulburări le afazice
- d) sindromul vestibular
- e) vedere dublă

*18. Simptomatologia sindromului temporal NU include:

- a) tulburări de vorbire de tip afazie senzorială
- b) epilepsia temporală
- c) afazia motorie
- d) tulburări de auz
- e) tulburări de memorie din cauza afectării hipocampului

B. ÎNTREBĂRI CU 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI CORECTE

19. Sindromul de neuron motor periferic se găsește în următoarele afecțiuni:
- a) polineuropatii
 - b) hernie de disc lombara cu compresie radiculară
 - c) traumatism cerebral
 - d) epilepsie
 - e) scleroza multiplă
20. Sindromul de neuron motor central se caracterizează:
- a) deficite motorii extinse
 - b) deficite motorii restrânse
 - c) hipertonie
 - d) atrofii musculare
 - e) tulburări de sensibilitate
21. Următoarele afirmații sunt corecte despre atitudinea Wernicke-Mann
- a) apare în faza acută a accidentului vascular cerebral ischemic
 - b) apare în faza cronică a accidentului vascular cerebral ischemic
 - c) degetele și antebrațul sunt în poziție de flexie, brațul în adducție și rotație internă
 - d) membrul inferior este în poziție de flexie, abducție și rotație externă
 - e) membrul inferior este în poziție de extensie, coapsa în adducție și rotație internă
22. Următoarele afirmații sunt corecte despre fasciculațiile musculare:
- a) constituie contracții izolate ale unui grup de fibre musculare, fără deplasarea segmentelor membrelor, în situația în care:
 - b) deplasează segmentele membrelor
 - c) se asociază frecvent cu spasticitatea
 - d) apar în sindromul de neuron motor central
 - e) sunt determinate de leziuni la nivelul pericarionului neuronului motor periferic
23. Următoarele afirmații sunt corecte despre sincinezii:
- a) sunt tulburări de motilitate asociate patologice
 - b) constau în apariția unor mișcări automate, involuntare, ale unor segmente paralizate cu ocazia mișcărilor voluntare, executate de segmente sănătoase
 - c) sunt o succesiune de contracții rapide, ritmice, declanșate de elongația bruscă a unor mușchi
 - d) apar în neuropatiile periferice
 - e) pot să apară în cadrul sindromului de neuron motor central
24. Următoarele afirmații sunt corecte despre sindromul de neuron motor central:
- a) apare, secundar, leziunii neuronilor în cornul anterior al măduvei spinării
 - b) apare, secundar, leziunilor neuronilor piramidali la nivelul scoarței cerebrale
 - c) având în vedere că tractul piramidal se încrucișează la nivelul porțiunii inferioare a bulbului, în leziunile emisferiale, simptomatologia pacientului este controlaterală leziunii
 - d) tractul cortico-spinal (piramidal) nu se încrucișează
 - e) apare, secundar, leziunii tractului cortico-spinal

25. În tratamentul spasticității sunt utile următoarele metode
- a) relaxarea prin alungire musculară (stretching)
 - b) tehnici de facilitare neuromusculară proprioceptivă Kabat
 - c) miorelaxante
 - d) tratament chirurgical din fazele incipiente (tenotomie)
 - e) spasticitatea nu poate fi influențată terapeutic
26. Spasticitatea poate să apară în următoarele afecțiuni:
- a) scleroza multiplă
 - b) accidente vasculare cerebrale
 - c) polineuropatia diabetica
 - d) compresia medulară
 - e) miastenia gravis
27. Spasticitatea netratată poate conduce la:
- a) hipertrofie musculară
 - b) retracții tendinoase
 - c) posturi patologice care împiedică alimentația, comunicarea, etc
 - d) afectarea unor activități zilnice
 - e) vertij
28. Spasticitatea se caracterizează prin:
- a) o activitate crescută, patologică a musculaturii scheletale asociată simptomatologiei sindromului de neuron motor central
 - b) creșterea balansului membrelor pe lângă corp
 - c) creșterea rezistenței la întinderea rapidă pasivă a unui mușchi
 - d) creșterea preciziei mișcărilor
 - e) ameliorarea mersului
29. Spasticitatea determină:
- a) creșterea rezistenței la efort fizic
 - b) creșterea bazei de susținere la mers
 - c) slăbiciune musculară
 - d) încetinirea formării unei mișcări voluntare
 - e) pozitivarea probelor de coordonare
30. Scopul tratamentului fizical al spasticității este:
- a) prevenirea tulburărilor de reflexe
 - b) dispariția reflexelor osteotendinoase
 - c) menținerea lungimii membrului (mușchi, articulații)
 - d) modularea tonusului muscular
 - e) re-educarea mișcării
31. Rolul fizioterapeutului începe cu:
- a) analiză a deficitelor motorii, a deviațiilor de postură
 - b) evaluarea alinierii corecte a articulațiilor unui membru
 - c) obținerea unor performanțe fizice
 - d) corectarea hiperspasticității
 - e) relaxarea musculaturii abdominale

32. Modularea tonusului muscular ca etapă a reeducării spasticității se realizează:
- a) alergare pe bandă
 - b) creșterea dozei de diazepam
 - c) mișcări lente
 - d) mișcări repetate
 - e) exerciții de izometrie
33. Următoarele grupe medicamentoase sunt utile în tratamentul spasticității:
- a) miorelaxante (lioresal)
 - b) benzodiazepine (diazepam)
 - c) antiinflamatoare (aspirină)
 - d) toxina botulinică
 - e) antiparkinsoniene
34. Factorii exacerbanți ai spasticității sunt:
- a) infecțiile urinare
 - b) utilizarea medicamentelor sedative
 - c) escarele de decubit
 - d) exercițiile de întindere
 - e) iritațiile pielii
35. Următoarele semne neurologice sunt sugestive pentru afectare cerebelară:
- a) mers ebrios, cu baza de susținere lărgită
 - b) mers cu pași mici, târșit
 - c) ataxie
 - d) dismetrie
 - e) mers stepat
36. Următoarele afirmații sunt corecte despre tremorul intențional:
- a) apare în caz de afectare cerebelară
 - b) este caracteristic sindromului parkinsonian
 - c) în majoritatea cazurilor nu duce la dizabilitate, este doar o problemă estetică
 - d) poate să ducă la dizabilitate, de exemplu probleme de alimentație
 - e) reprezintă oscilații ale membrilor (mai ales la cele superioare), care cresc în intensitate la sfârșitul mișcărilor, când pacientul intenționează să atingă o țintă
37. Următoarele afirmații sunt corecte despre utilizarea de greutate în recuperarea pacientului cu afecțiune cerebelară
- a) poate să fie eficientă în efectuarea unor activități manuale ca scris, alimentație, îmbrăcare
 - b) se amplasează greutăți de 20 kg la nivelul cotului și încheieturii mâinii
 - c) nu generează oboseală, de aceea poate să fie utilizată fără prudență
 - d) nu se utilizează această tehnică în afecțiuni cerebelare
 - e) generează oboseală marcată, de aceea se propune cu prudență
38. Boala Parkinson NU se caracterizează prin:
- a) bradikinezie, tremor, hemipareză
 - b) bradikinezie, rigiditate
 - c) mers săltăreț
 - d) răspuns favorabil la tratament medicamentos cu l-dopa
 - e) fațes hipomimic

39. Neuroreabilitarea în boala Parkinson urmărește:
- a) menținerea unui grad mai mare de independență
 - b) prevenirea căderilor
 - c) ameliorarea mersului
 - d) urcat-coborât scări
 - e) participarea la cross
40. Menținerea mobilității funcționale a parkinsonianului se realizează:
- a) învățarea unor mișcări compensatorii
 - b) utilizarea unor unelte ajutătoare
 - c) folosirea unor roboți multifuncționali
 - d) crearea unui program informatizat
 - e) detectarea artrozelor
41. Mersul parkinsonianului se ameliorează prin:
- a) administrarea de energizante
 - b) trasarea unui ghidaj vizual
 - c) exerciții peste obstacole
 - d) exerciții după un ritm acustic
 - e) prin memorarea secvențelor unei acțiuni (șezi-stai în picioare-mergi)
42. Următoarele sunt semne clinice sugestive pentru boala parkinson.
- a) mers incetinit
 - b) fata inexpressivă
 - c) mers instabil, cu baza largită
 - d) tremor de repaus la nivelul mâinilor
 - e) mers cosit
43. Semnele cardinale ale bolii Parkinson sunt
- a) tremor postural și de repaus
 - b) spasticitate musculară
 - c) rigiditate musculară, akinezie
 - d) demență
 - e) ataxie
44. Bradikinezia se caracterizează prin:
- a) apare rar în boala parkinson
 - b) reprezintă încetinirea mișcării
 - c) manifestările faciale și vocale ale bradikineziei sunt hipomimia și hipofonia
 - d) oboseala rapidă în timpul unor mișcări repetitive
 - e) nu influențează calitatea de viață a pacientului
45. Neuroreabilitarea pacienților cu boala parkinson are următoarele principii:
- a) adresarea precoce a pacientului către un fizioterapeut este importantă pentru prevenirea slăbiciunii musculare, scăderea gradului de mobilitate, scăderea rezistenței la efort
 - b) gimnastica medicală este contraindicată pentru că duce la o oboseală musculară accentuată și creșterea rigidității

- c) are importanta doar în stadiile tardive a bolii
- d) necesita o echipa multidisciplinara
- e) neuroreabilitarea nu este utilă în boala parkinson, se tratează exclusiv medicamentos

46. Următoarele afirmații sunt corecte referitor la metoda Bobath

- a) este o metodă utilă în tratamentul spasticității
- b) folosește poziții reflexe inhibitorii
- c) este o metodă riscantă, declanșează poziții vicioase
- d) posturile de inhibiție bobath se opun pozițiilor vicioase piramidale
- e) poate fi utilizată și în hemipareza spastică post stroke

47. Metoda Kabat se bazează pe următoarele principii

- a) relaxarea apare după o contracție maximală a unui mușchi
- b) nu apare relaxare musculară după contracția maximală unui mușchi
- c) inhibarea reflexului miotatic prin stimularea organelor tendinoase golgi în timpul unei elongații pasive lente maxime
- d) facilitarea contracției mușchilor antagoniști și agoniști
- e) inhibarea reciprocă a antagoniștilor în timpul contracției mușchilor agoniști

48. Algodistrofia reflexă a membrului superior are următoarele caracteristici:

- a) este denumit și sindrom umăr-mână
- b) reprezintă o durere vie, cu caracter de arsură percepută în special noaptea
- c) reprezintă o durere de intensitate mică, nu necesită tratament
- d) poate să apară după traumatisme ale umărului și se localizează în întreg membrul superior.
- e) se asociază cu modificări vegetative și tulburări trifice, care se instalează după câteva luni

49. Disociația siringomielică se caracterizează prin:

- a) este o tulburare de sensibilitate caracterizată prin pierderea sensibilității termolgezice, diminuarea celei tactile și păstrarea celei profunde
- b) se caracterizează prin pierderea sensibilității profunde
- c) se întâlnește în leziuni situate la diferite niveluri ale căii sensibilității termolgezice
- d) este o tulburare de sensibilitate întâlnită în tabes
- e) toate tipurile de sensibilitate sunt afectate

50. Scopul recuperării pacienților cu stroke este:

- a) renunțarea la tratamentele medicamentoase
- b) maximizarea abilității funcționale
- c) reluarea abilității de a conduce autovehicule
- d) prevenirea complicațiilor secundare (escare)
- e) integrarea nevoilor și a dorințelor pacientului în posibilitățile fizice ale acestuia

51. Pacientul care intră în faza intermediară a reabilitării după stroke are următoarele caracteristici:

- a) este în comă profundă
- b) pacientul este stabil medical
- c) conștient
- d) întors la domiciliu
- e) angajat activ în procesul de reabilitare

52. Pe termen lung (a la long) kinetoterapeutul are rolurile următoare, la pacientul cu stroke:

- a) revederea regulată a stării fizice a pacientului
- b) efectuarea de exerciții fizice pentru participarea la maraton
- c) sesiuni țintite pentru nevoile particulare ale pacientului
- d) reluarea, modificarea și ameliorarea exercițiilor pe care pacientul le efectuează singur sau asistat de familie
- e) evaluarea handicapului restant

53. Factori care conduc la modificarea reabilitării:

- a) vârsta pacientului
- b) boli asociate (cardiovasculare)
- c) lipsa de exercițiu înaintea îmbolnăvirii
- d) status mental și cognitiv alterat
- e) formă fizică din copilărie

54. Scopul kinetoterapiei respiratorii este:

- a) evitarea escarelor
- b) ameliorarea durerilor articulare
- c) menținerea căilor aeriene la parametrii maximi
- d) stimularea tusei
- e) încurajarea normalizării respirației

55. Spasticitatea în scleroza multiplă are următoarele caracteristici:

- a) uneori un anumit grad de spasticitate este benefică, mai ales acelor pacienți, care folosesc tonusul muscular crescut pentru menținerea ortostatiunii
- b) spasticitatea totdeauna este nocivă și necesită tratament medicamentos agresiv
- c) predomină la membrele superioare, la extensorii mâinii și abductorii umărului
- d) tehnicile de electie utilizate în procesul de reabilitare sunt cele de întindere și de poziționare, care mențin întinderea musculară prelungită
- e) spasticitatea apare foarte rar în scleroza multiplă

56. Care este scopul tratamentului fizic la un pacient cu scleroza multiplă cu ataxie:

- a) creșterea stabilității posturale
- b) reducerea spasticității
- c) prevenirea atitudinii wernike mann
- d) creșterea preciziei mișcărilor
- e) prevenirea escarelor

57. Următoarele afirmații sunt corecte despre scleroza multiplă

- a) de obicei afectează adultul tânăr
- b) grupa de vârstă > 60 ani este mai frecvent afectată
- c) în majoritatea cazurilor evoluția este benignă
- d) poate să determine invalidități majore
- e) afectează sistemul nervos central la diferite nivele

58. Simptomatologia pacienului cu scleroza multipla include
- a) anomalii senzitive, parestezii, dureri
 - b) anomalii motorii, deficit motor piramidal, spasticitate
 - c) tulburări sfincteriene, retenție sau incontinență urinară
 - d) rigiditate, tremor de repaus
 - e) atrofii musculare
59. Neuroreabilitarea pacienților cu scleroza multipla are ca scop:
- a) menținerea și creșterea nivelului de mobilitate
 - b) prevenirea puseelor acute
 - c) încurajarea stabilității posturale
 - d) prevenirea contracturilor
 - e) evitarea apariției unor leziuni cerebrale noi
60. Dezavantajele dispozitivelor ajutoare în scleroza multipla sunt
- a) reducerea fatigabilității
 - b) reducerea reacțiilor de echilibrare
 - c) creșterea distanței de mers
 - d) reducerea mișcărilor capului și trunchiului
 - e) anomalii posturale
61. Caracteristicile miasteniei gravis sunt
- a) paralizii ireversibile
 - b) oboseala musculară fluctuantă, care este mai accentuată după efort fizic și vespertin
 - c) este o boală neurodegenerativă, fără posibilități de tratament
 - d) este o boală autoimună, care poate să prezinte evoluție favorabilă sub tratament adecvat
 - e) poate să afecteze musculatura respiratorie
62. Următoarele afirmații sunt corecte referitor la exercitiile fizice în miastenia gravis
- a) exercițiile se fac când starea funcțională a pacientului este cea mai bună în ziua respectivă
 - b) exercițiile au efectul benefic maxim când starea funcțională a pacientului este gravă
 - c) exercițiile de intensitate ușoară sau moderată sunt adecvate
 - d) exersăm grupele musculare mari, proximale, pe perioade scurte, nu depășim intensitatea moderată
 - e) exercițiile fizice de intensitate maximă sunt adecvate
63. Rolul fizioterapiei în neuropatiile acute este:
- a) prevenirea contracturilor
 - b) poziționare adecvată
 - c) prevenirea spasticității
 - d) controlul durerii
 - e) îmbunătățirea respirației
64. Care dintre următoarele afirmații sunt corecte referitor la tratamentul de recuperare după o leziune de secționare a unui nerv periferic:
- a) tratamentul recuperator fizical va începe după 3-4 săptămâni de la suturarea nervului
 - b) tratamentul recuperator fizical se începe imediat suturarea nervului
 - c) apariția sensibilității manifestată prin durere și a motricității prin revenirea tonusului muscular este dovada regenerării nervului
 - d) acolo unde mișcarea începe să se schițeze se continuă cu mișcări active ajutoare
 - e) tratamentul fizical propriu-zis începe după perioada de imobilizare cerută de operație

65. Sindromul de hemisectiune medulară Brown-Sequard cuprinde:

- a) homolateral: deficit motor
- b) controlateral: hipoestezie superficială
- c) controlateral: hipopalestezie (afectarea sensibilității profunde)
- d) homolateral: hipoestezie superficială
- e) homolateral: hipopalestezie (afectarea sensibilității profunde)

66. Măduva spinării are structura formată din:

- a) substanță cenușie
- b) substanță neagră
- c) substanță albă
- d) ligamente
- e) ganglioni

67. Măduva spinării este:

- a) componenta inferioară a SNC
- b) se găsește în canalul rahidian, în prelungirea bulbului
- c) se află în fosa cerebrală posterioară
- d) se continuă cu pedunculul cerebral
- e) se divide în două cordoane

68. Sindromul de secțiune medulară totală în faza de soc medular se caracterizează prin:

- a) paralizie flasca, masivă, globală și omogenă, cu abolirea tonusului postural
- b) paralizie spastică, incompletă
- c) tulburări trofice, cu amiotrofii, edeme, escare galopante
- d) tulburări ale sfincteriene apar foarte rar
- e) tulburările sfincteriene apar frecvent

69. Managementul leziunilor spinale traumatice în prespital:

- a) pacientul va fi așezat în poziție sezândă
- b) mobilizare precoce
- c) pacientul va fi sfătuit să nu se miște
- d) vor fi verificate căile respiratorii
- e) dacă este necesar transferul pacientului, se va face cu grijă, de către cel puțin 4 persoane

70. Caracteristicile bolii Alzheimer sunt

- a) scăderea forței musculare la membrele inferioare (parapareză)
- b) pierdere progresivă de memorie asociată de minimum o altă disfuncție cognitivă (ex. afazie, apraxie)
- c) prezenta semnelor neurologice de focar și a tulburărilor lor de mers din stadii incipiente de boală
- d) deteriorare cognitivă globală, care implică un declin față de nivelul anterior de funcționare
- e) factorii de risc cei mai importanți sunt: vârsta, istoric familial pozitiv

71. Caracteristicile stadiului terminal de demență

- a) tratamentul fizic și de recuperare vizează reintegrarea în societate a pacienților
- b) tratamentul fizic vizează managementul contracturilor, poziționare în pat, în sezut, mișcări pasive
- c) în acest stadiu pacientul este complet dependent
- d) tratamentul fizic este periculos și contraindicat din cauza riscului de cadere
- e) educarea însoțitorilor este importantă

72. Scopul reabilitării pacienților cu demență este:

- a) ajutarea persoanei de a-și menține un timp cât mai îndelungat abilitățile personale care îi conferă independență
- b) menținerea dependenței la niveluri minime cât mai lung timp
- c) combaterea obezității
- d) combaterea disabilității
- e) menținerea, ameliorarea calității vieții

73. Simptomatologia pacientului în faza acută (primele ore după debut) a accidentului vascular cerebral ischemic în teritoriul silvian (artera cerebrală medie) include:

- a) hemipareza spastică predominant fațio-brahială controlateral leziunii
- b) hemipareza flască predominant fațio-brahială controlateral leziunii
- c) afazie în caz de afectare a emisferei dominante
- d) pareza crurală controlaterală leziunii
- e) afazie, în caz de afectare a emisferei non-dominante

74. Afazia motorie are următoarele caracteristici

- a) imposibilitatea înțelegerii limbajului
- b) imposibilitatea exprimării limbajului sonor
- c) apare în leziunile emisferei non-dominante
- d) apare în leziunile emisferei cerebrale dominante, cauza principală fiind accidentul vascular cerebral
- e) logopedia este importantă în recuperarea acestei afecțiuni

75. Pacienții cu sindrom parietal prezintă următoarea simptomatologie:

- a) afazie motorie Broca
- b) ataxie cerebelară
- c) tulburări de sensibilitate (hipoestezie superficială și profundă pe hemicorpul controlateral)
- d) tulburări vestibulare
- e) afazia de conducere

VII. RECUPERAREA ÎN PATOLOGIA SPORTIVĂ

A. ÎNTREBĂRI CU UN SINGUR RĂSPUNS CORECT

1. * Un sistem de pârghii se caracterizează prin:

- a) punct de sprijin, forță pasivă, forță activă
- b) forță activă, forța de rezistență, punct de sprijin
- c) forță activă, punct de sprijin, forță rezistentă
- d) forță de deplasare, punct de sprijin, forță de rezistență
- e) forță rezistentă, forță activă, forță elastică

2. * Evaluarea musculaturii:

- a) presupune inspecția, palparea și percuția țesutului muscular
- b) inspecția identifică atrofiile sau asimetriile musculare
- c) percuția identifică tonusul muscular
- d) percuția identifică hipotrofiile sau contracturile musculare
- e) evaluarea completă a musculaturii testează tonusul muscular, febra musculară, rezistența musculară

3. * Procesul de recuperare al sportivului:

- a) este precoce, constant, pasiv, progresiv și personalizat până la recuperarea completă
- b) agenții farmacologici sunt terapia de primă intenție în recuperarea sportivă
- c) crio-termo-electroterapia utilizează căldura și frigul alternativ, prin folosirea unui generator electric pentru a realiza un "exercițiu vascular"
- d) administrarea agenților neurologici la sportivi se face consultând Codul Mondial Anti-Doping
- e) stimularea fibrelor senzitive prin electroterapie produce un efect analgetic

4. * Recuperarea în traumatologia sportive:

- a) bandajarea neuromusculară folosește benzi elastic, adezive care se aplică pe tegumentul umed
- b) efectul taping-ului neuromuscular este de a ameliora durerea și congestia circulației sanguine și limfatice
- c) kinetoterapia reprezintă metoda de elecție în recuperarea sportivă
- d) unul dintre obiectivele kinetoterapiei este ameliorarea rezistenței musculare prin creșterea intensității exercițiului
- e) kinetoterapia are ca scop ameliorarea durerii, restabilirea metabolismului intestinal și mobilizarea pasivă a segmentului afectat.

5. * Următoarele afirmații sunt false cu excepția:

- a) planul sagital împarte corpul într-o jumătate anterioară și posterioară
- b) în plan transversal se execută mișcările de flexie-extensie
- c) planul frontal împarte corpul într-o jumătate dreaptă și stângă
- d) în plan frontal se execută mișcările de abducție- adducție
- e) în plan sagital se execută mișcările de rotație

6. * Următoarea afirmație cu privire la cartilajul articular este adevărată:

- a) este un țesut bine vascularizat și innervat, lichidul sinovial având rolul de a reduce fricțiunea din interiorul articulației
- b) Leziunile cartilajului articular apar cu precădere la nivelul suprafețelor portante ale articulațiilor membrelor superioare
- c) în fazele incipiente, Contraindicațiile cartilajului articular sunt însoțite de o durere de intensitate crescută
- d) vindecarea spontană este imposibilă din cauza lipsei vascularizației, fiind necesară intervenția chirurgicală
- e) membrul operat necesită o perioadă de 6-8 săptămâni de repaus complet

7. * Afirmațiile de mai jos cu privire la tendoane sunt false, cu excepția:

- a) sunt structuri rezistente formate din țesut fibros
- b) asigură conexiunea dintre două oase
- c) entezita reprezintă afecțiunea inflamatorie a zonei de tranziție osteo-tendinoasă
- d) în cazul rupturilor tendinoase tratamentul de elecție este cel conservator prin imobilizare în fașă elastică
- e) tendinitele sunt cauzate de efectuarea bruscă a unei mișcări contra unei rezistențe

8. * Contuzia musculară:

- a) se caracterizează prin leziuni musculare de întindere și profunzime variabilă, cu lezarea tegumentelor
- b) leziunile musculare sunt însoțite de leziuni nervoase, de aceea expresia clinică a contuziei este reprezentată de apariția paresteziilor
- c) osificările heterotopice sunt complicația tardivă cea mai frecventă a contuziilor musculare
- d) kinetoterapia este recomandată după ameliorarea simptomelor, după 1-2 săptămâni
- e) faza statică a kinetoterapiei presupune restabilirea mobilității articulare și reluarea progresivă a activităților cotidiene și sportive

9. * Se efectuează „load and shift test” pentru:

- a) aprecia deplasarea antero-posterior a capului humeral
- b) testarea abductorilor omoplatului
- c) testarea sertarului anterior
- d) testarea sertarului posterior
- e) testarea ridicătorilor omoplatului

10. * Recuperare postoperatorie după decompresia subacromială artroscopică:

- a) 3 luni
- b) 3 săptămâni
- c) la 24-48 h postoperator
- d) 6 luni
- e) 1 an

11. * Recuperarea complete după artroplastia umărului durează aproximativ:

- a) 6-9 luni
- b) 9-12 luni
- c) 3-5 luni
- d) 6 săptămâni
- e) 14 săptămâni

12. * Mecanismul de producere a luxației acromio-claviculare:

- a) prin cădere pe umăr, cu brațul în adducție
- b) prin cădere pe umăr, cu brațul în abducție
- c) prin cădere pe umăr, cu cotul în flexie și bicepsul în tensiune
- d) mișcări repetitive de ridicare a brațului deasupra capului, ridicării repetitive a unor greutăți mari
- e) luxația anterioară survine în urma unei căderi pe mână sau cot, cu umărul în abducție, rotație externă și retroducție

13. * Sunt adevărate afirmațiile, cu excepția:

- a) cotul prezintă un singur grad de libertate, ceea ce permite mișcări de flexie-extensie
- b) mușchii efectori principali ai mișcărilor de flexie în articulația humero-ulnară sunt biceps brahial și brahial anterior
- c) mușchiul efector principal ai mișcărilor de extensie în articulația humero-ulnară este tricepsul brahial
- d) mușchii sinergici efectori ai mișcărilor de flexie în articulația humero-ulnară sunt anconeul și brahioradial
- e) cotul prezintă un singur grad de libertate, ceea ce permite mișcări de flexie-extensie

14. * Este adevărată afirmația?

- a) pronație în articulația radio-ulnară proximală este data de mușchiul pronator pătrat și biceps brahial
- b) pronație în articulația radio-ulnară proximală este data de mușchiul pronator pătrat și pronator rotund
- c) supinație în articulația radio-ulnară proximală este data de mușchiul supinator și pronator rotund
- d) articulația radio-ulnară proximală permite deplasarea capului radial pe humerus
- e) supinația și pronația de cele mai multe ori sunt însoțite de mișcări sinergice ale umărului și cotului, cu excepția cazului când cotul se află în extensie

15. * Despre inspecția cotului sunt adevărate următoarele afirmații cu excepția:

- a) inspecția pune în evidență deviațiile și diformitățile
- b) la inspecția din față a unui cot sănătos se observă că axul lung al humerusului nu se continuă cu axul antebrațului
- c) se urmărește simetria musculară a celor două membre superioare
- d) la examinarea din spate se apreciază poziția proeminențelor osoase și simetria reliefului muscular, pentru a evidenția eventualele atrofii, hipo sau hipertrofii
- e) epicondilul medial se situează mai sus decât cel lateral, între axul longitudinal al celor două segmente se formează un unghi de aproximativ 170° deschis spre medial

B. ÎNTREBĂRI CU 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI CORECTE

1. Con tracția musculară este:

- a) izometrică - crește tensiunea intramusculară fără modificarea lungimii mușchiului și cu deplasarea segmentului
- b) izotonică - tensiunea intramusculară rămâne constantă și se modifică lungimea mușchiului cu deplasarea segmentului
- c) contracția izocinetică - viteza deplasării segmentului este constantă pe tot parcursul mișcării
- d) contracția auxotonică - variază doar forța de deplasare pe perioada execuției mișcării
- e) contracția izocinetică - viteza și forța de deplasare a segmentului sunt constante în timpul mișcării

2. Procesul inflamator reprezintă:

- a) faza acută caracterizată prin durere apărută imediat după mobilizarea articulației, înainte de atingerea unghiului maxim de mișcare
- b) faza acută a inflamației apare în momentul atingerii unghiului maxim de mișcare și a senzației finale
- c) faza cronică a inflamației prezintă durere declanșată de o suprapresiune exercitată asupra articulației după atingerea amplitudinii complete
- d) inflamația este în faza subacută dacă durerea apare după momentul atingerii unghiului maxim de mișcare și a senzației finale
- e) faza subacută se caracterizează prin durere apărută în momentul atingerii unghiului maxim de mișcare și a senzației finale

3. Forța musculară:

- a) se evaluează prin efectuarea bilanțului muscular
- b) se măsoară cu ajutorul unui dinamometru
- c) este unitatea de măsură pentru forța musculară este kg/m

- d) este luxația articulară, inflamația, fracturile recente, hematomul intramuscular indică efectuarea bilanțului muscular
- e) înregistrarea activității electrice a mușchilor se face prin electromiografie

4. Protocolul RICER:

- a) se aplică în cazul leziunilor osteo-articulare
- b) gheața se aplică timp de aproximativ 20-30 de minute la fiecare 2 ore, timp de 48-72 de ore
- c) compresia presupune bandajarea compresivă folosind o fașă elastică peste care se aplică o atelă gipsată care să cuprindă articulațiile supra și subiacente zonei afectate
- d) ridicarea segmentului afectat mai sus de planul cordului reduce circulația și edemul
- e) trimiterea sportivului la un medic specialist face parte din protocolul RICER

5. Criteriile generale de reluare a activităților sportive sunt:

- a) absența durerii și a inflamației
- b) redobândirea completă a forței musculare comparativ cu membrul contra-lateral
- c) redobândirea a 85% din mobilitatea articulară comparativ cu membrul contra-lateral
- d) recâștigarea stabilității articulare a membrului inferior prin mers fără șchiopătare, cu încărcare completă fără apariția instabilității
- e) posibilitatea efectuării tuturor mișcărilor membrului superior în absența durerii

6. Entorsa și luxația:

- a) luxația reprezintă o leziune traumatică a unei articulații, fără pierderea contactului dintre suprafețele articulare
- b) entorsa reprezintă o leziune traumatică articulară capsulo-ligamentară caracterizată prin pierderea parțială sau completă a contactului dintre suprafețele articulare
- c) reprezintă mișcările articulare ce depășesc amplitudinea normală, mișcări articulare anormale sau aterizări greșite produc entorse
- d) tratamentul chirurgical în cazul entorselor necesită reconstrucția ligamentelor lezate
- e) faza statică a kinetoterapiei presupune contracții izometrice submaximale ale mușchilor periarticulari

7. Leziunile meniscurilor și ale ligamentelor:

- a) ligamentele intervin în dinamica articulației prin deplasarea lor în timpul mișcărilor genunchiului
- b) meniscurile sunt două formațiuni fibrocartilaginoase situate intraarticular la nivelul genunchiului, vascularizate doar în treimea periferică, unde sunt atașate de capsula articulară
- c) tratamentul de elecție în leziunile meniscurilor este artroplastia articulației
- d) ligamentele sunt benzi rezistente de collagen care asigură conexiunea os-os
- e) cicatricea fibroasă reprezintă metoda de vindecare a leziunilor parțiale ale ligamentelor

8. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la întinderea musculară:

- a) leziuni frecvente apar la nivelul cvadricepsului femural, adductorilor coapsei, bicepsului brahial
- b) se caracterizează prin fisuri sau rupturi microscopice care interesează fibrele musculare
- c) tratamentul farmacologic constă în antialgice și antiinflamatoare steroidiene
- d) agravarea leziunilor în faza acută este data de repausul prelungit
- e) inițierea kinetoterapiei se face după aproximativ 1-2 săptămâni de la apariția leziunilor

9. Obiectivele principale ale recuperării în faza static sunt:

- a) ameliorarea durerii și a inflamației
- b) prevenirea atrofiei musculare
- c) refacerea propriocepției și controlului motor
- d) prevenirea sau corectarea posturilor vicioase ale umărului
- e) restabilirea forței și a rezistenței musculare

10. Care sunt mușchii coafei rotatorii ?

- a) m. supraspinos
- b) m. pectoralis major
- c) m. deltoid
- d) m. subscapular
- e) m. teres maior

11. Tratamente Fizioterapeutice în sindromul de impingement subacromial sunt:

- a) infiltrații locale cu cortizon și un anestezic
- b) exerciții de pendulare
- c) ultrasunete
- d) laserterapie
- e) TENS

12. Primele 6 săptămâni în recuperarea postoperatorie, după tratamentul chirurgical al leziunilor coafei rotatorilor, se efectuează:

- a) flexie pasivă de cel puțin 125°, rotație internă și externă pasivă de 45° și abducție pasivă de 90°
- b) exerciții de rotație internă și externă cu brațul în și cotul în flexie de 90°, efectuate contra unei rezistențe
- c) exerciții de ridicare progresivă a brațului deasupra capului
- d) evitarea abducției active peste 45°
- e) contracții izometrice ale musculaturii periarticulare efectuate în decubit dorsal, cu brațul susținut în abducție de 45° și rotație internă

13. Tratamentul conservator al omartrozei poate fi:

- a) farmacologic
- b) fizioterapeutic
- c) intervenție chirurgicală
- d) imobilizarea umărului
- e) vizează reducerea durerii și a inflamației, menținerea mobilității articulare

14. Luxația acromio-claviculară:

- a) este o leziune traumatică soldată cu deplasarea extremității laterale a claviculei față de acromion
- b) leziunile de gradul I și II sunt considerate benigne
- c) cel mai adesea apare în urma unui traumatism indirect
- d) recuperarea completă durează aproximativ 2-3 luni
- e) recuperarea completă durează aproximativ 2-3 săptămâni

- 15.** În funcție de direcția deplasării capului humeral față de cavitatea glenoidă, distingem luxația:
- a) anterioară
 - b) posterioară
 - c) inferioară
 - d) superioară
 - e) lateral
- 16.** Luxațiile recidivante scapulo-humerale:
- a) luxația posterioară are o incidență a luxațiilor recidivante mai mare decât cea anterioară
 - b) apare în urma tratamentului necorespunzător sau recuperării deficitare după luxația umărului
 - c) tratamentul de elecție este conservator
 - d) tratamentul de elecție este chirurgical
 - e) sunt luxații repetate ale articulației scapulo-humerale
- 17.** Tratamentul conservator al osificărilor heterotopice
- a) terapie shockwave
 - b) antiinflamatoare nesteroidiene
 - c) exerciții de stretching la unghiul maxim de mișcare
 - d) laserterapie
 - e) magnetodiaflux
- 18.** Membrul superior este format din articulații:
- a) sterno-claviculară
 - b) acromio-claviculară
 - c) scapulo-toracică
 - d) acromio -humerală
 - e) coraco-clavicular
- 19.** Mișcările articulației scapulo-humerale
- a) flexie 0-180°
 - b) flexie 0-120°
 - c) extensie 0-60°
 - d) extensie 0-180°
 - e) flexie 0-160°
- 20.** Sertarul anterior al capului humeral se efectuează
- a) în decubit dorsal
 - b) brațul în abducție de 80-120°
 - c) flexie de 0-20°
 - d) rotație externă de 0-20°
 - e) brațul în adducție de 80-120°
- 21.** Sunt adevărate următoarele afirmații legate de articulația cotului:
- a) La o articulație sănătoasă aflată în extensie, cele trei proeminențe palpabile (epicondil medial, epicondil lateral și olecran) se află pe aceeași linie
 - b) când cotul este în flexie de 90°, cele trei proeminențe formează un triunghi cu vârful orientat în jos

- c) articulația radio-ulnară proximală nu poate fi mobilizată activ, deoarece conexiunea dintre suprafețele articulare este asigurată doar de ligamentul inelar, structură necontractilă
- d) mobilitatea humero-ulnară se testează cu pacientul în decubit ventral, poziția inițială a membrului superior fiind în flexie
- e) la o articulație sănătoasă afată în extensie, cele trei proeminențe palpabile (epicondil medial, epicondil lateral și olecran) formează un triunghi cu vârful orientat în sus.

22. Sunt adevărate următoarele afirmații privind recuperarea cotului posttraumatic, cu excepția:

- a) în recuperarea cotului întotdeauna trebuie avut în vedere întregul lanț cinematic al membrului superior (centura scapulară-cot-pumn-degete)
- b) cotul dezvoltă cu cea mai mare ușurință redori ireductibile sau greu reductibile, recuperarea fiind lungă și dificilă
- c) în cazul limitării mișcărilor articulare apar anumite mișcări compensatorii
- d) pronația poate fi compensată parțial prin adducția și rotația externă a brațului
- e) supinația poate fi înlocuită de alte tipuri de mișcări

23. Obiectivele principale ale recuperării în faza statică sunt:

- a) ameliorarea durerii și a inflamației
- b) prevenirea atrofiei musculare
- c) menținerea mobilității articulațiilor distale și proximale
- d) refacerea amplitudinii complete a mișcărilor
- e) restabilirea forței și a rezistenței musculare

24. Sunt false afirmațiile legate de leziunile tendonului bicipital distal, cu excepția:

- a) leziunile tendonului bicipital distal sunt reprezentate de rupturile parțiale sau totale sau dezinsertia de pe tuberozitatea radiusului
- b) apare frecvent la halterofil sau la practicanții de sporturi de contact (fotbal, hochei, rugby, lacrosse)
- c) tratamentul chirurgical este de elecție și constă în reatașarea tendonului pe tuberozitatea radială
- d) exercițiile de recuperare trebuie inițiate rapid, iar recuperarea completă durează aproximativ 2-3 luni
- e) în leziunile complete sau a dezinsertiei tendonului bicipital distal scade forța bicepsului, dar bicepsul mobilizează brațul

25. Alegeți afirmațiile corecte privind fracturile cotului și antebrățului:

- a) fracturile acestui segment apar în urma unui traumatism indirect prin cădere pe mână, sau în urma unui traumatism direct de intensitate mare
- b) fracturile de olecran pot să apară după o contracție tricipitală violentă, care smulge o pastilă osoasă din punctul de inserție
- c) exercițiile de recuperare trebuie inițiate tardiv și se urmăresc obiectivele generale ale recuperării cotului, cu accent pe aspectul estetic
- d) recuperarea completă după fracturile cotului sau antebrățului durează aproximativ 3-5 zile
- e) faza statică a recuperării pune accent pe contracții izometrice ale mușchilor brațului și antebrățului și mobilizări active ale articulațiilor proximale și distale

26. Sunt false următoarele afirmații privind anatomia și biomecanica pumnului și mâinii:

- a) complexul articular al pumnului este alcătuit din articulațiile radio-carpiană, intercarpiene și medio-carpene

- b) articulația radio-carpiană reprezintă joncțiunea dintre extremitatea distală a radiusului și rândul proximal al oaselor carpiene
- c) stabilitatea articulară activă este asigurată de capsula articulară consolidată de ligamentele radiocarpiene palmare, dorsale și colaterale ulnare și radiale
- d) stabilitatea pasivă este asigurată de mușchii antebrăului, prin intermediul tendoanelor care traversează articulația
- e) articulațiile carpo-metacarpiene și intermetacarpiene sunt cuprinse într-o capsulă articulară comună, cu excepția degetului V

27. Privind evaluarea pumnului și mâinii sunt adevărate următoarele afirmații:

- a) inspecția pune în evidență postura membrului superior, deviațiile de ax ale pumnului sau degetelor
- b) palparea evaluează consistența eminentei tenare și hipotenare pentru a identifica contracturile musculare
- c) testarea forței musculare se efectuează unilateral. se testează capacitatea mușchilor de a executa mișcarea pe toată amplitudinea de mișcare doar contra gravitației
- d) testul de aptitudini minnesota (rate of manipulation, turning test) este utilizat pentru testarea dexterității grosiere și fine bilaterale
- e) pentru testarea dexterității grosiere, pacientul este rugat să înfigă și să scoată 9 ace de siguranță într-o planșetă

28. Obiectivele principale ale recuperării în faza dinamică sunt:

- a) ameliorarea durerii și a inflamației
- b) reeducarea opozabilității policelui (pierderea policelui reduce capacitatea funcțională a mâinii cu 60%)
- c) preîntâmpinarea instalării deformităților și a anchilozelor
- d) nu interesează refacerea arcurilor mâinii
- e) nu pune accent pe refacerea amplitudinii complete a mișcărilor articulare

29. Despre sindromul de tunel carpian sunt false următoarele afirmații, cu excepția:

- a) sindromul de tunel carpian reprezintă o afecțiune neurologică determinată de compresia nervului median în tunelul carpian
- b) canalul carpian este un canal osteofibros situat la nivelul articulației radio-carpene, pe fața palmară a mâinii
- c) fiind o structură extensibilă, orice modificare de calibru al structurilor tendinoase nu se răsfrânge asupra nervului median
- d) sindromul de tunel carpian apare în urma solicitării exagerate a flexorilor degetelor la mâna dominantă
- e) este o patologie frecvent întâlnită în rândul jucătorilor de șah

30. Recuperarea în tenosinovita de Quervain din punct de vedere fizioterapeutic cuprinde:

- a) antiinflamatoare nesteroidiene
- b) stimulare galvanică cu voltaj mare
- c) laserterapie
- d) terapie TECAR
- e) tratament chirurgical

31. În luxația carpiană:

- a) în luxațiile recente se practică reducerea și retenția luxației, urmată de un program de reeducare funcțională
- b) mecanismul de producere apare în urma căderii pe umăr
- c) în cazul luxațiilor instabile, exercițiile de recuperare dinamica trebuie inițiată imediat după ce sunt îndepărtate brosele
- d) tratamentul farmacologic presupune antiinflamatoare nesteroidiene, antialgice și magnetodiaflux
- e) criteriile de progresare în kinetoterapia luxației carpiene sunt prezenta durerii și articulația stabilă

32. Recomandările recuperării după fracturile pumnului și mâinii presupun, cu excepția:

- a) în faza dinamica mobilizări active libere ale tuturor articulațiilor lanțului cinematic al membrului superior în toate planurile articulare
- b) în faza statica exerciții de stretching efectuate la amplitudinea maximă de mișcare
- c) în faza statica inițializarea exercițiilor specifice sportului practicat după dispariția completă a simptomelor
- d) în faza dinamica exerciții pliometrice și pentru îmbunătățirea propriocepției
- e) în faza dinamica exerciții de stretching efectuate la amplitudinea maximă de mișcare

33. Tratamentul farmacologic al artrozei pumnului presupune:

- a) infiltrații intraarticulare cu soluții vâscoelastice sterile
- b) infiltrații intraarticulare cu plasmă îmbogățită cu trombocite
- c) infiltrații locale cu cortizon și un anestezic
- d) TENS
- e) iontoforeză

34. Obiectivele principale ale recuperării șoldului posttraumatic în faza statică sunt:

- a) ameliorarea durerii și a inflamației
- b) prevenirea atrofiei musculare
- c) prevenirea hipertoniiei musculare
- d) menținerea mobilității articulațiilor distale și proximale
- e) ameliorarea redorii matinale

35. Obiectivele principale ale recuperării șoldului posttraumatic în faza dinamică sunt:

- a) refacerea stabilității articulare
- b) refacerea amplitudinii complete a mișcărilor
- c) prevenirea hipertoniiei musculare
- d) ameliorarea durerii și a inflamației
- e) menținerea forței și a rezistenței musculare

36. Bursitele șoldului pot fi cauzate de:

- a) suprasolicitare
- b) presiune exercitată îndelungată asupra bursei
- c) deficitul de vitamina D3
- d) deficitul de acid folic
- e) traumatisme directe repetate

37. Tratamentul conservator (farmacologic) în bursitele șoldului implică:

- a) antiinflamatoare nesteroidiene
- b) antialgice
- c) infiltrații locale cu cortizon și un anestezic
- d) antibioterapie
- e) folați

38. Tratamentul fizioterapeutic în tendinitele șoldului implică:

- a) laserterapie
- b) ultrasunete
- c) antialgice
- d) terapie eswl
- e) fonoforeză

39. Criterii de reluare a activităților sportive în fracturile femurului proximal și ale diafizei:

- a) mobilitate articulară recuperată în proporție de 85%
- b) redobândirea propriocepției
- c) redobândirea stabilității articulare
- d) cel puțin 60% din valorile standard ale testelor funcționale
- e) reluarea mersului cu încărcare progresivă

40. Osificările heterotrope de la nivelul șoldului se dezvoltă cel mai frecvent la nivelul:

- a) m. cvadriceps femural
- b) m. adductori ai șoldului femural
- c) m. tensor fascia latae
- d) m. abductori ai șoldului
- e) m. croitor

41. Următoarele sunt considerate măsuri practice în tratamentul conservator al coxartrozei:

- a) controlul greutatei corporale
- b) evitarea suprasolicitării articulației
- c) evitarea sporturilor agresive
- d) utilizarea unei încălțăminte comode
- e) exerciții fizice regulate, de înaltă intensitate

42. Tratamentul de elecție al leziunilor de menisc:

- a) este chirurgical
- b) este conservator
- c) implică îndepărtarea fragmentului lezat
- d) implică sutura meniscului
- e) implică tratament cu antialgice, antiinflamatoare

43. Obiectivele kinetoterapiei în cadrul tratamentului conservator în rupturile de ligament încrucișat anterior sunt:

- a) îmbunătățirea forței cvadricepsului și a ischiogambierilor
- b) refacerea parțială a stabilității articulare
- c) îmbunătățirea propriocepției și a controlului neuromuscular

- d) prevenirea recurențelor
- e) îmbunătățirea forței adductorilor

44. Ruptura ligamentelor colaterale:

- a) se poate produce în urma valgus-ului sau rotației externe excesive
- b) se poate produce în urma varus-ului sau rotației interne excesive
- c) Ruptura ligamentului colateral medial prezintă incidență mai mare în comparație cu frecvența leziunilor ligamentului colateral lateral
- d) Ruptura ligamentului colateral lateral prezintă incidență mai mare în comparație cu frecvența leziunilor ligamentului colateral medial
- e) Tratamentul este exclusiv chirurgical

45. Tratamentele chirurgicale din cadrul codropatiilor articulației genunchiului sunt:

- a) foraje de revascularizare
- b) infiltratii cu acid hialuronic
- c) mozaicoplastie
- d) implantarea condrocitelor autologe
- e) antialgice, antiinflamatoare

46. Alegeți afirmațiile adevărate referitoare la sinovita genunchiului:

- a) reprezintă inflamația membranei sinoviale
- b) nu dispune în momentul de față de tratament farmacologic
- c) tratamentul chirurgical este considerat de elecție
- d) apare pe fondul leziuni intraarticulare asociate care irită membrana sinovială
- e) reprezintă infecția membranei sinoviale

47. Recomandările din cadrul fazei a III-a de recuperare după tratamentul conservator al luxației acute de rotulă cuprind:

- a) exerciții pentru îmbunătățirea propriocepției
- b) încărcarea progresivă a membrului operat în limita suportabilității
- c) imobilizarea genunchiului în extensie
- d) îndepărtarea ortezei pentru efectuarea programului de recuperare
- e) exerciții pliometrice și specifice sportului practicat

48. Următoarele afirmații referitoare la luxațiile femuro-tibiale sunt adevărate:

- a) luxațiile posterioare sunt cele mai frecvente
- b) tratamentul chirurgical este de elecție în cazul luxațiilor complicate
- c) tratamentul conservator este de elecție în cazul luxațiilor complicate
- d) reabilitarea trebuie inițiată precoce
- e) reabilitarea trebuie inițiată tardiv

49. Tratamentul conservator al fracturilor de genunchi are ca scop:

- a) reducerea
- b) retenția
- c) fixarea internă a focarului de fractură
- d) reeducarea
- e) reducerea sângerândă

50. Tratamentul conservator al entorselor de gleznă constă în:

- a) folosirea antiinflamatoarelor nesteroidiene
- b) imobilizarea segmentului
- c) crioterapie
- d) radioterapie
- e) curent galvanic

51. Ruptura tendonului ahilian:

- a) poate fi totală sau parțială
- b) ruptura se poate produce datorită încălzirii insuficiente
- c) tratamentul conservator constă în imobilizarea gleznei în flexie de 90°
- d) afectează cu precădere sexul feminin
- e) ruptura în zona de mijloc se poate sutura și percutan

52. Apofizita calcaneană:

- a) cea mai comună cauză a durerii calcaneene în rândul sportivilor tineri
- b) cea mai frecventă cauză a acestei afecțiuni este reprezentată de încălțăminte incomodă și neadecvată formei piciorului
- c) apare mai frecvent în rândul practicanților de sporturi care implică alergatul sau săriturile
- d) tratamentul de elecție este cea chirurgicală
- e) tratamentul conservator rar poate fi eficace

53. Mecanismul de producere în fasceita plantară:

- a) întinderea excesivă a fasciei sau suprasolicitarea sa prin ortostatism prelungit
- b) creșterea bruscă a intensității și frecvenței activităților fizice
- c) încălțăminte neadecvată sau creșterea bruscă a greutății corporale
- d) este o afecțiune frecvent întâlnită în rândul atleților
- e) traumatisme repetate la nivelul plantei piciorului

54. Principalele obiective în recuperarea postoperatorie după fixarea sindesmosei tibio-peroniere:

- a) combaterea durerii
- b) protejarea țesutului reparat
- c) menținerea mobilității articulațiilor proximale și distale
- d) îmbunătățirea elasticității gastrocnemianului și a tendonului ahilian
- e) Niciunul dintre obiectivele mai sus enumerate

55. Recomandări în fracturile gleznei și piciorului în perioada fără sprijin pe membrul afectat:

- a) reluarea mersului cu încărcare progresivă
- b) inițializarea progresivă a exercițiilor efectuate în lanț cinematic închis
- c) exerciții pentru îmbunătățirea controlului neuromuscular și proprioceptive
- d) mers fără încărcarea membrului afectat
- e) mobilizări active ale articulațiilor proximale

56. Măsuri practice în artroza gleznei sau piciorului:

- a) controlul greutății corporale
- b) evitarea suprasolicitării articulației

- c) evitarea sporturilor agresive
- d) utilizarea unei încălțăminte comode, cu talpa groasă și moale
- e) imobilizarea membrului inferior afectat

57. Recomandări în perioada dinamică a recuperării luxațiilor și fracturilor vertebrale amielice:

- a) în perioada statică exerciții pentru tonifierea mușchilor abdominali
- b) în perioada statică mobilizări pasive și active ale articulațiilor libere
- c) în perioada dinamică reeducarea mersului normal
- d) în perioada dinamică îmbunătățirea progresivă a mobilității coloanei
- e) în perioada dinamică restabilirea *fitness*-ului cardiovascular

58. Măsuri practice în tratamentul conservator al durerii lombare joase:

- a) controlul greutatei corporale
- b) evitarea ridicării greutăților prin flexia coloanei, cu genunchii întinși
- c) ridicarea corectă a greutăților se face prin extensia genunchilor, coloana rămânând dreaptă
- d) evitarea posturilor greșite
- e) Toate răspunsurile enumerate mai sus sunt corecte

59. Tratamentul fizioterapeutic al herniei nucleului pulpos:

- a) masajul medical nu este recomandat
- b) TENS
- c) curent interferențial
- d) stimulare galvanică cu voltaj mare
- e) ultrasunete

60. Obiective de recuperare postoperatorie după ablația herniei de disc în primele 4 săptămâni:

- a) combaterea durerii prin administrarea de antialgice, antiinflamatoare nesteroidiene sau crioterapie
- b) reluarea mersului normal într-un timp cât mai scurt
- c) prevenirea posturii vicioase
- d) asuplizarea coloanei vertebrale
- e) tonifierea musculaturii paravertebrale și abdominale

VIII. RECUPERAREA ÎN BOLILE CARDIOVASCULARE

A. ÎNTREBĂRI CU UN SINGUR RĂSPUNS CORECT

1*.Conform definiție OMS, recuperarea cardiovasculară este definită ca:

- a) ansamblul de măsuri și intervenții care au ca scop asigurarea unor condiții optime mentale, fizice și sociale necesare pentru reintegrarea și reinserția socială a bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare cronice sau acute
- b) un program de recuperare prin exercițiu fizic care să conducă la reducerea incidenței complicațiilor după o boală cardiacă acută
- c) măsuri de reinserție socială care să permită creșterea eficienței profesionale după o afecțiune cronică sau acută cardiovasculară
- d) programele de recuperare fizică care, aplicate corect să permită ameliorarea dizabilităților locomotorii produse de perioada de imobilizare în faza acută a bolii
- e) testarea de efort practică sub strictă supraveghere medicală care are ca și scop determinarea capacității fizice a unui pacient după o boală cardiacă acută sau după un episod de decompensare a unei suferințe cronice

2*. Necesarul caloric zilnic pentru o persoană care desfășoară o activitate fizică de intensitate medie este de :

- a) 15-25 kcal/kg/zi
- b) 35-40 kcal/kg/zi
- c) 50-60 kcal/kg/zi
- d) 40-45 kcal/kg/zi
- e) 70-85kcal/kg/zi

3*.Faza de recondiționare sub supraveghere după un infarct miocardic acut trebuie să respecte următoarele reguli:

- a) trebuie să implice efectuarea unor investigații imagistice care să evalueze gradul de remodelare a cavităților inimii, permeabilitatea arterei stentate, funcția cardiacă
- b) se inițiază în spital la 48 ore după efectuarea angioplastiei coronariene
- c) implică exerciții pasive efectuate de kinetoterapeut pentru evitarea decon condiționării musculare
- d) se face la domiciliul pacientului, prin autosupraveghere, și include programe de 30-60 minute, de 3-5 ore / săptămână
- e) începe la 24 ore de la internarea pacientului

4*.Antrenamentul de rezistență este admis în cazul hipertensiunii arteriale :

- a) la toți pacienții hipertensivi, indiferent de valorile tensionale și vârstă
- b) numai la cei cu valori controlate sub tratament
- c) la pacienții hipertensivi cu angina de efort
- d) la pacienții hipertensivi cu hipertrofie cardiacă, indiferent de valoarea tensiunii arteriale
- e) la valori tensionale de peste 160/100 mmHg

5*.Valoarea țintă a tensiunii arteriale sistemice este:

- a) 120/80 mmHg
- b) 150/90mmHg
- c) 140/90mmHg

- d) <130/80 mmHg
- e) 140/100 mmHg

6*. Un test de efort este considerat pozitiv dacă se înregistrează următoarele modificări pe traseul ECG 12 derivații:

- a) subdenivelarea segmentului ST față de repaus cu minim 1 mm de tip orizontal sau descendent.
- b) apariția fibrilației atriale.
- c) subdenivelare segment ST de cel puțin 0,5 mm ascendentă raportat la ECG ul de repaus.
- d) apariția blocului major de ram drept.
- e) apariția extrasistolelor ventriculare.

7*. Care dintre următoarele afirmații nu reprezintă un obiectiv al recuperării cardiovasculare:

- a) adaptarea tratamentului medicamentos destinat factorilor de risc cardiovasculari
- b) consiliere psihologică
- c) modificarea stilului de viață
- d) educația pentru sănătate
- e) obținerea performanțelor fizice anterioare instalării bolii cardiace

8*. Care dintre următorii factori de risc nu sunt incriminați în apariția leziunilor aterosclerotice arteriale :

- a) malnutriția
- b) dislipidemia
- c) diabetul zaharat
- d) obezitatea
- e) hipertensiunea arterială

9*. Consumul caloric zilnic al unui pacient obez trebuie să fie mai mic decât al unui pacient normoponderal cu :

- a) 700 Kcal/zi
- b) 1000 kcal/zi
- c) 500 kcal/zi
- d) 100kcal/zi
- e) 300kcal/zi

10*. Conținutul de proteine dintr-o dietă recomandată pacientului cardiovascular trebuie să fie de :

- a) 11-13% din necesarul caloric, din care proteine de origine animală să fie de maxim 40-50% din totalul aportului proteic
- b) 55-60% din necesarul caloric
- c) 11-13% din necesarul caloric, reprezentate de proteine de origine vegetala
- d) 20-30% din necesarul caloric din care 50% proteine vegetale
- e) 35-50% din necesarul caloric din care 30 % grăsimi animale

11*. Înaintea efectuării testării de efort trebuie sistată administrarea următoarelor clase de medicamente pentru cel puțin 6 ore:

- a) betablocante
- b) antibiotice
- c) diuretice
- d) antihipertensive altele decât betablocante
- e) statine

12*. Profilaxia primară reprezintă :

- a) totalitatea măsurilor care trebuie luate în vederea corectării factorilor de risc înainte de a se instala boala
- b) totalitatea măsurilor care trebuie luate după un episod acut de boală în vederea împiedicării apariției complicațiilor și încetinirii progresiei bolii cardiovasculare
- c) controlul valorilor de glicemie și colesterol
- d) controlul valorilor TA
- e) controlul periodic al parametrilor renali și lipidogramei

13*. Care dintre următoarele tipuri de diete sunt recomandate pacientului cardiovascular:

- a) dieta hipocalorică
- b) dieta hiperproteică
- c) dieta mediteraneană
- d) dieta hipoglucidică
- e) regimul strict desodat

14*. Care dintre următoarele metode nu reprezintă obiective în faza a 3 a de recuperare după un infarct miocardic acut:

- a) consiliere psihologică
- b) continuarea măsurilor de reducere a intervenției factorilor de risc
- c) programe de recuperare fizică de 15-60 minute în ședințe desfășurate de 3-5 ori/săptămână
- d) angioplastia coronariană cu implantare de stent
- e) controlul valorilor tensionale

15*. Necesarul caloric pentru un pacient care este imobilizat, în repaus este de :

- a) 25kcal/kg/zi
- b) 10-20 kcal/kg/zi
- c) 35-50kcal/kg/zi
- d) 10kcal/kg/zi
- e) 45 kcal/kg/zi

B. ÎNTREBĂRI CU 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI CORECTE

16. Care dintre următoarele categorii de pacienți se încadrează în clasa C risc moderat – înalt pentru testarea fizică de efort:

- a) clasa funcțională NYHA III de insuficiență cardiacă
- b) pacienții cu afectare valvulară nesemnificativă
- c) angina pectorală sau ischemie miocardică inductibilă la un efort fizic mai mic de 6 Mets/1.4W/kg
- d) cardiomiopatii cu funcție sistolică păstrată(FE peste 30 %)
- e) cardiomiopatia hipertrofică obstructivă

17. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate referitor la evaluarea riscului cardiovascular al unui pacient:

- a) în evaluarea riscului trebuie luați în calcul factorii de risc pentru ateroscleroză: colesterolul, tensiunea arterială, fumatul, sexul și vârsta

- b) determinarea unui risc de 5 % încadrează pacientul într-o clasă de risc crescut care impune implementarea măsurilor dietetice și terapeutice de reducere a impactului factorilor de risc pentru ateroscleroză
- c) este dependent doar de vârsta și sexul pacientului
- d) se apreciază pe baza aplicării în practica clinică a hărților de risc cardiovascular
- e) riscul cardiovascular se determină doar la pacienții care au supraviețuit unui infarct miocardic acut sau unei morți subite cardiace

18. În componența sindromului metabolic intră următoarele elemente:

- a) creșterea circumferinței abdominale la peste 102 cm la bărbați respectiv peste 88 cm la femei
- b) creșterea nivelului trigliceridelor la peste 150 mg/dl
- c) creșterea tensiunii arteriale la peste 130 mm Hg sistolică sau peste 85 mm Hg diastolică
- d) creșterea nivelului HDL colesterolului peste 40 mg/dl la bărbați respectiv peste 50 mg/dl la femei
- e) creșterea nivelului glicemiei la peste 110 mg/dl sau prezența diabetului zaharat

19. Abordarea terapeutică a dislipidemiilor în programele de recuperare în Contraindicațiile cardiovasculare urmărește următoarele :

- a) introducerea terapiei cu statine pentru obținerea unor nivele țintă ale colesterolului total sub 175 mg %, LDL –colesterol <100 mg %
- b) introducerea dietei mediteraneene
- c) reducerea aportului de grăsimi la sub 30% din rația zilnică calorică
- d) creșterea aportului de apă zilnic
- e) controlul greutateii corporale

20. Controlul optim al diabetului zaharat la pacientul coronarian este efectuat prin menținerea următorilor parametri de laborator:

- a) glicemia a jeun sub 110 mg %
- b) glicemia determinată din sângele venos sub 140 mg %
- c) hemoglobina glicozilată <7g/dl
- d) absența glicozuriei
- e) determinarea HDL colesterolului

21. Care dintre următoarele afirmații referitoare la conținutul de glucide dintr-o dietă recomandată pacientului cardiac este adevărată :

- a) trebuie să reprezinte 55-62% din totalul caloric zilnic
- b) trebuie să reprezinte 20-30 % din totalul caloric zilnic
- c) trebuie să reprezinte 11-13% din totalul caloric zilnic
- d) trebuie să reprezinte 5-15 % din totalul caloric zilnic
- e) furnizează 4 kcal la 1 g de glucide

22. Aportul de sare din alimentația pacientului cardiac trebuie să fie următorul :

- a) regim hiposodat standard cu 3-5 g NaCl zilnic la pacienții cu hipertensiune arterială documentată
- b) aport zilnic < 4.5 g NaCl zilnic pentru a reduce incidența hipertensiunii arteriale
- c) regim strict hiposodat cu 1-3g NaCl/zi la pacienții cu insuficiență cardiacă congestivă
- d) regim strict hiposodat la toți pacienții cardiaci
- e) regim strict hiposodat la toți pacienții cu infarct miocardic în faza acută

23. Faza 3 din structura unui program de recuperare cardiovasculara este caracterizată de următoarele :
- a) trebuie începută la externarea din spital după o suferință acută, și durează 3-6 luni
 - b) se desfășoară în regim ambulator nesupravegheat având ca scop accentuarea măsurilor destinate reducerii intervenției factorilor de risc, continuarea programelor de efort de 3-5 ori pe săptămână timp de 15-60 minute fără supraveghere medicală
 - c) trebuie să se desfășoare pe termen lung
 - d) se desfășoară instituționalizat, sub supraveghere medicală după externare
 - e) durează 4-6 săptămâni după externarea din spital
24. Care dintre următoarele afecțiuni reprezintă o indicație de efectuare a testării de efort la pacientul cardiovascular :
- a) antecedente de sincopă, palpitații sau amețeli la efort (în scop diagnostic)
 - b) pacienții hipertensivi, pe medicație
 - c) pacienți cu angină pectorală stabilă sau angină postinfarct (în scop prognostic, de evaluare funcțională)
 - d) pentru evaluarea pacienților după proceduri de revascularizare
 - e) Pacienți cu istoric de aritmii induse de efort
25. Contraindicații absolute ale testării de efort sunt următoarele:
- a) Infarct miocardic acut sau recent
 - b) Pericardita acută
 - c) Embolia pulmonară sau tromboza venoasă profundă
 - d) Stenoza aortică largă
 - e) Hipertensiunea arterială severă necontrolată medicamentos
26. Care dintre următoarele situații reprezintă criterii de întrerupere a unui test de efort:
- a) angină pectorală moderată sau severă (criteriu de pozitivitate)
 - b) dispnee severă, disproporționată față de nivelul de efort
 - c) supradenivelare de segment ST în minim 2 derivații, de minim 1 mm, în absența undelor Q (semn de infarct miocardic acut)
 - d) Creșterea tensiunii arteriale la valori peste 240 mm Hg sistolică respectiv 120 mm Hg diastolică
 - e) tahicardie sinusală peste 90 bătăi/ minut
27. Care dintre următoarele afecțiuni pot da rezultate fals pozitive la interpretarea testului de efort:
- a) hipertrofia ventriculară stângă
 - b) febra
 - c) tratamentul cu digitală
 - d) hipopotasemia
 - e) anemiile
28. Efectele benefice ale antrenamentului fizic la pacientul cardiovascular se manifestă prin :
- a) ameliorarea parametrilor metabolismului lipidic (scăderea colesterolului total și a LDL colesterolului, creșterea HDL colesterolului, scăderea nivelului trigliceridelor serice)
 - b) o creștere mai redusă a frecvenței cardiace corespunzător fiecărei trepte de efort
 - c) creșterea tensiunii arteriale medii
 - d) ameliorarea profilului ventilator, prin scăderea travaliului musculaturii respiratorii
 - e) combaterea senzației de anxietate

29. Programele de recuperare după un infarct miocardic acut prevăd următoarele:

- a) evaluarea statusului complet al pacientului din punct de vedere al parametrilor vitali la externare
- b) efectuarea prin test de efort submaximal 80% la inițierea programelor de recuperare prin activitate fizică
- c) efectuarea înainte de externare a unei coronarografii
- d) monitorizarea holter ECG 24 ore
- e) determinarea lipidogramei

30. Măsurile de recuperare fizică după o procedură intervențională de angioplastie coronariană prevăd următoarele etape:

- a) prima perioada cu o durată de 1–2 săptămâni care se desfășoară în spital, îndeosebi pentru bolnavii cu angor restant dar cu prag anginos ridicat
- b) antrenamente prin exercitii fizice izometrice în ședințe de 10-15 minute zilnic
- c) faza a 3-a de recuperare care urmează după etapa de 6–12 săptămâni de antrenament fizic propriu-zis
- d) imobilizare în primele 48 ore după procedura și anticoagulare profilactică
- e) perioada de antrenament fizic cu o durată de 6-12 săptămâni

31. Programele de recuperare pentru pacienții cu insuficiența cardiacă se desfășoară astfel :

- a) ședințe repetate de exerciții fizice, de 3-5 ori pe săptămână, de circa 30 minute, până la atingerea a maxim 80% din capacitatea maximă de efort
- b) ședințe repetate zilnic de exerciții fizice de circa 10-15 minute, până la atingerea a maxim 50% din capacitatea maximă de efort
- c) ședințe repetate de exerciții fizice, de 3-5 ori pe săptămână 60 minute, până la atingerea a maxim 50% din capacitatea maximă de efort
- d) ședințe repetate de exerciții fizice, cu intensitate progresiv crescută cu câte 1 Mets/ședință, de 3-5 ori pe săptămână
- e) în insuficiența cardiacă severă se vor utiliza programe de exerciții de max. 50% din capacitatea maximă de efort

32. Contraindicațiile pentru programele de antrenament la cei cu insuficiență cardiacă sunt:

- a) episoade decompensare a insuficienței cardiace în ultimele 3 luni
- b) insuficiența cardiacă este complicația unui infarct miocardic mai recent de 7 zile
- c) angina instabilă
- d) hipertensiunea arterială controlată medicamentos
- e) miocardita sau pericardita acută

33. Obiectivele recuperării în prima fază după o intervenție de bypass coronarian urmărește:

- a) combaterea depresiei centrilor respiratori postintervenție
- b) drenarea secrețiilor bronșice
- c) prevenirea apariției escarelor de decubit secundare repausului prelungit la pat
- d) evitarea bradicardizării ortostatice
- e) combaterea depresiei psihogene

34. Obiectivele recuperării cardiovasculare la bolnavii cu valvulopatii includ:

- a) reducerea gradului de stenoza valvulară în condițiile creșterii debitului cardiac
- b) creșterea toleranței la efort
- c) evitarea decondiționării cardiace consecință a sedentarismului
- d) ameliorarea ventilației pulmonare
- e) reducerea incidenței endocarditei infecțioase

35. Monitorizarea postintervenție de protezare valvulară chirurgicală va trebui să includă obligatoriu:
- a) monitorizarea ambulatorie periodică a INR(parametrilor de coagulare) și ajustarea dozei de anticoagulant în funcție de tipul de proteză
 - b) aplicarea măsurilor de antibioterapie pentru profilaxia endocarditei infecțioase cu ocazia manevrelor cu potențial bacteriemic
 - c) evaluarea periodică ecocardiografică a funcționării protezelor
 - d) măsurarea diurezei
 - e) determinarea proteinuriei
36. Regimul alimentar la pacientul cu insuficiență cardiacă congestivă trebuie să fie :
- a) hiperproteic, hipercaloric
 - b) hiposodat iar în formele de insuficiență cardiacă severă desodat
 - c) normoproteic sau hipoproteic, în principal pe baza proteinelor vegetale
 - d) cu un aport crescut de potasiu
 - e) hipercaloric, cu conținut crescut de glucide
37. La pacientul cu insuficiență cardiacă cronică, în stadiul compensat măsurile de recuperare includ:
- a) exerciții de încălzire la nivelul trunchiului și membrelor, corelate cu mișcările respiratorii, din poziții diferite (decubit, așezat, în picioare)
 - b) exerciții de pendulare și balansare, alternativ cu circumducții și flexii
 - c) exerciții de respirație toracică și de respirație diafragmatică
 - d) mișcări de mobilizare pasivă a diferitelor grupe musculare cu pacientul în decubit
 - e) masaj antigravitațional la nivelul membrelor inferioare
38. Măsurile de profilaxie secundară la pacienții care au suferit un infarct miocardic acut sunt reprezentate de :
- a) revascularizarea coronariană prin angioplastie cu stent pentru recanalizarea arterei responsabile de producerea infarctului
 - b) antiagregare plachetară cu aspirină 75-100 mg/zi sau clopidogrel 75 mg /zi
 - c) abandonarea fumatului
 - d) dieta de tip mediteranean
 - e) controlul valorilor tensionale
39. Măsurile de fizioterapie utilizate în patologia venoasă sunt :
- a) mofetele
 - b) masajul antigravitațional
 - c) compresii pneumatice externe intermitente
 - d) stimulări galvanice
 - e) diadinamice
40. Tratamentul edemului în patologia venoasă cronică a membrelor inferioare presupune următoarele măsuri:
- a) compresia elastică cu ciorapi elastici în condiții de ortostatism prelungit sau imobilizare prelungită
 - b) reducerea aportului de sare în alimentație
 - c) repaus la pat cu membrele inferioare ridicate în sprijin pe un suport mai sus decât restul corpului
 - d) repaus la pat cu picioarele atârinate la marginea patului
 - e) exerciții fizice zilnice de aerobic

41. Obiectivele kinetoterapiei in arteriopatiile membrelor inferioare sunt:

- a) stimularea dezvoltării circulației colaterale prin creșterea presiunii de perfuzie în timpul exercițiilor fizice
- b) prevenirea apariției leziunilor cutanate și infecțiilor de la nivelul membrului ischemic, mai ales la nivelul plantei
- c) creșterea mobilității articulare
- d) încetinirea progresiei leziunilor aterosclerotice
- e) creșterea tensiunii arteriale sistemice pentru ameliorarea perfuziei periferice

42. Obiectivele aplicării măsurilor de recuperare in hipertensiunea arterială sunt:

- a) combaterea anxietății și echilibrarea sistemului nervos
- b) favorizarea vasodilatației periferice
- c) controlul factorilor de risc pentru ateroscleroză
- d) menținerea unei greutate corporale optime
- e) menținere a unor valori tensionale sub 150/90 mmHg

43. Care dintre următoarele categorii de pacienți, se încadrează in clasa de risc înalt cardiovascular:

- a) funcție ventriculară stângă alterată (FE sub 40%)
- b) supraviețuitori ai unui stop cardiac
- c) aritmii ventriculare complexe în repaus sau la efort
- d) ischemie severă la efort manifestată prin subdenivelare peste 2 mm la efort
- e) pacienții hipertensivi

44. Testul de efort este utilizat in cardiologie pentru următoarele scopuri:

- a) monitorizarea protezelor valvulare
- b) monitorizarea funcționării corecte a stimulatoarelor cardiace
- c) pentru detectarea unei afecțiuni coronariene, care devine manifestă la efort si nu se manifesta pe ECG de repaus
- d) în scop prognostic, la pacienți cu afecțiune cardiacă cunoscută, pentru determinarea pragului de efort și stabilirea regimului de efort permis
- e) evaluarea tratamentului antiaritmie

45. Care dintre următorii parametri vitali sunt monitorizați in mod obligatoriu in timpul efectuării unui test de efort :

- a) ECG 12 derivații
- b) tensiunea arteriala brahială
- c) saturația in O₂
- d) temperatura
- e) acidul lactic muscular

46. Obiectivele metabolice ale prevenției secundare după un infarct miocardic acut sunt:

- a) controlul diabetului prin menținerea unei hemoglobine glicozilate HbA_{1c} < 7g/dl
- b) menținerea valorilor tensionale sub 140/90 mmHg la pacienții diabetici cu infarct miocardic
- c) activitate fizică minim 30 minute pe zi, minim 3-4 ori pe săptămână
- d) reducerea greutății corporale cu obținerea și menținerea unui index al masei corporale sub 24,9
- e) menținerea colesterolului total sub 250 mg%

47. Metodele de tratament recuperator aplicabile in arteriopatia cronică obliterantă a membrelor inferioare sunt:

- a) exerciții de pedalare pe bicicletă
- b) bai galvanice
- c) mofete
- d) masaj antigravitațional
- e) electroterapie

48. Programele de recuperare la pacienții cu insuficiență cardiacă trebuie să :

- a) sa deruleze in ședințe repetate de cca 30 minute , de 3-5 ori/ săptămâna , cu atingerea a max. 80 % din capacitatea maximă de efort testată
- b) sa efectueze 1x/săptămâna la maximum de capacitate de efort testată
- c) să efectueze la max. 50 % din capacitatea de efort dacă insuficiența cardiacă este avansată
- d) nu se efectuează dacă pacientul a prezentat episoade de decompensare acută in ultimele 3 luni
- e)nu utilizează efortul fizic

49. Rolul potasiului din dieta este reprezentat de :

- a) vasodilatator in circulația periferică
- b) favorizeaza diureza și natriureza
- c) rol protectiv pentru riscul de aritmie cardiaca
- d) stimularea sistemului renină-angiotensină-aldosteron
- e) catalizator in metabolismul lipidelor

50. Din punctul de vedere al OMS, programele de recuperare inițiate in faza acută a unei suferințe cardiace, trebuie să realizeze următoarele obiective:

- a) stabilirea capacității de efort imediat după producerea evenimentului acut in vederea evaluării potențialului pacientului
- b) consilierea pacientului in vedere implementării noțiunilor de educație medicală privitoare la schimbarea stilului de viață necesare pentru aplicarea măsurilor de profilaxie secundară post eveniment cardiovascular acut
- c) prevenirea decondiționării musculare și articulare secundare imobilizării prelungite la pat
- d) prevenirea apariției escarelor de decubit
- e) prevenirea hipertensiunii ortostatice la mobilizarea din clinostatism in ortostatism

51. Care dintre următorii factori influențează rezultatul testării de efort la un pacient cu afecțiune coronariană cronică :

- a) prezenta circulației colaterale dezvoltate
- b) tulburările de ritm sau de conducere
- c) administrarea medicației înainte efectuării testului de efort (in principal betablocante)
- d) dizabilitățile locomotorii
- e) hipercolesterolemia

52. Care dintre următoarele modalități de exercițiu fizic poate fi utilizat pentru efectuarea unui test de efort standardizat?

- a) cicloergometru
- b) covor rulant
- c) test de mers 6 minute

- d) alergare 50 m
- e) exerciții izometrice pe grupe musculare

53. Care dintre următoarele criterii reprezintă indicații de oprire a unei testări de efort:

- a) creșterea TA sistolice peste 240 mmHg
- b) apariția blocului atrioventricular gradul II sau III
- c) apariția modificărilor specifice pentru ischemie ale segmentului ST-T
- d) scăderea tensiunii arteriale
- e) dispneea

54. Care dintre următoarele obiective reprezintă ținta programelor de recuperare cardiovasculară :

- a) ameliorarea toleranței la efort
- b) reducerea în greutate
- c) reducerea incidenței sindroamelor coronariene acute
- d) reducerea riscului global cardiovascular
- e) obținerea performanței fizice anterioare instalării bolii

55. Care dintre următoarele categorii de pacienți beneficiază de programe de recuperare cardiovasculare:

- a) pacienții cu infarct miocardic
- b) sportivii de performanță
- c) pacienții cu afecțiuni locomotorii care au necesitat imobilizare prelungită
- d) pacienții cu insuficiență cardiacă
- e) pacienții cu aritmii

56. Conform clasificării Asociației Americane de recuperare cardiovasculară , care dintre următoarele categorii de pacienți nu se încadrează în clasa cu risc scăzut:

- a) fără disfuncție ventriculară stângă (FE peste 50%)
- b) capacitate funcțională sub 6METs
- c) reacție hemodinamică adecvată la efort sau în faza de recuperare
- d) fără angină la efort sau în faza de recuperare
- e) fără complicații după infarct, bypass aortocoronarian sau angioplastie

57. Înaintea efectuării unei testări de efort se impun următoarele măsuri:

- a) întreruperea medicației antihipertensive cu 6 ore anterior
- b) determinarea glicemiei din sângele venos
- c) sistarea alimentației cu 6 ore anterior
- d) întreruperea medicației bradicardizante (betablocante)
- e) nu se impune nici o precauție

58. Care dintre următoarele semne sunt caracteristice pentru sindromul de insuficiență venoasă profundă a membrelor inferioare:

- a) tegumente palide, reci
- b) edem al membrelor inferioare care se accentuează în condiții de ortostatism prelungit
- c) dilatații ale venelor superficiale
- d) oboseală
- e) lipsa pulsului periferic

59. Testarea de efort se poate efectua la următoarele categorii de pacienți:

- a) cu angina pectorală
- b) cu infarct miocardic acut
- c) cu stenoza aortică severă
- d) cu insuficiență cardiacă decompensată
- e) hipertensivi cu valori tensionale controlate medicamentos

60. Obiectivele kinetoterapiei în patologia venoasă constau în următoarele cu excepția:

- a) creșterea perimetrului de mers fără claudicație intermitentă
- b) reducerea edemului ortostatic
- c) prevenirea apariției sindromului posttrombotic
- d) stimularea circulației de întoarcere venoasă prin stimularea activității pompelor musculare
- e) prevenirea emboliei arteriale

61. Obiective recuperării cardiovasculare la bolnavii cu insuficiență cardiacă compensată sunt:

- a) obținerea vasodilatației și creșterea debitului sangvin muscular
- b) reducerea nivelului colesterolului seric
- c) creșterea extracției arterio-venoase a O_2
- d) împiedicarea decon condiționării fizice a bolnavului
- e) creșterea tensiunii arteriale sistemice

62. Care dintre următoarele măsuri sunt necesare pentru combaterea hipotensiunii ortostatice la mobilizarea din clinostatism în ortostatism:

- a) masaj ale membrelor
- b) scurtarea perioadei de imobilizare pentru prevenirea decon condiționării musculare
- c) mobilizări active ale membrelor inferioare, efectuate din decubit și așezat
- d) simpaticomimetice
- e) exerciții de gimnastica abdominală

63. Obiectivele recuperării în prima fază după o intervenție de protezare valvulară urmărește:

- a) exerciții de respirație pentru expansiunea plămânului la peretele toracic
- b) drenarea secrețiilor bronșice
- c) prevenirea apariției escarelor de decubit secundare repausului prelungit la pat
- d) evitarea tahicardizării ortostatice
- e) anticoagularea eficientă conform tipului de proteză pentru prevenirea trombozei de proteză

64. Următorii factori de risc sunt influențabili în apariția leziunilor aterosclerotice arteriale :

- a) antecedentele familiale de infarct miocardic
- b) consumul de grăsimi saturate
- c) diabetul zaharat
- d) obezitatea
- e) hipertensiunea arterială

65. Procedurile de recuperare la pacientul valvular neprotezat urmăresc:

- a) anticoagularea eficientă
- b) prevenția endocarditei infecțioase
- c) ameliorarea toleranței la efort

- d) evitarea decondiționării cardiace consecință a sedentarismului
- e) ameliorarea ventilației pulmonare

66. Pentru evaluarea capacității de efort după un infarct miocardic, în vederea prescripției recuperării cardiovasculare se efectuează:

- a) test de efort 80 % din capacitatea maximală de efort
- b) examen holter ECG 24 ore
- c) test de efort maximal
- d) examen clinic cardiovascular
- e) radiografie toracică

67. Care dintre următoarele afirmații referitoare la Compoziția în lipide a unei diete recomandate pacienților cardiovasculari sunt adevărate:

- a) trebuie să reprezinte 20-30% din aportul energetic zilnic
- b) furnizează prin metabolizare 9 kcal la 1 g lipide
- c) furnizează 4 kcal la 1 g lipide
- d) este recomandată o proporție egală între aportul de lipide de proveniență animală și cele de proveniență vegetală
- e) trebuie să reprezinte 55-60% din aportul caloric zilnic

68. Care dintre următorii factori de risc sunt întâlniți în arteriopatia cronică a membrelor inferioare:

- a) fumatul
- b) hipertensiunea
- c) ortostatismul prelungit
- d) dislipidemiile
- e) diabetul zaharat

69. Recuperarea în arteriopatia cronică obliterantă se poate realiza prin următoarele metode:

- a) mofete
- b) exerciții pe bicicleta cicloerometrică
- c) băi galvanice
- d) exerciții de mers zilnic
- e) repaus cu membrul inferior elevat

70. Programele de recuperare în insuficiența cardiacă, în absența contraindicațiilor se adresează următoarele clase funcționale :

- a) NYHA III
- b) NYHA IV
- c) NYHA II
- d) NYHA I
- e) în toate clasele funcționale

71. Programele de recuperare pentru pacienții care au suferit o intervenție pe cord deschis urmăresc :

- a) prevenirea efectelor imobilizării prelungite
- b) obținerea performanțelor fizice anterioare
- c) anticoagulare eficientă
- d) prevenirea endocarditei infecțioase
- e) prevenirea edemelor ortostatice

72. Ameliorarea fluxului coronarian prin antrenament fizic se produce prin următoarele mecanisme:

- a) ameliorarea disfuncției endoteliale
- b) redistribuția sangvină spre coronarele fără stenoze
- c) îmbunătățirea microcirculației la nivel coronarian
- d) creșterea agregabilității plachetare
- e) vasoconstricție coronariană

73. Obiectivele procedurilor de kinetoterapie aplicate la pacienții cu afectare venoasă cronică sunt:

- a) prevenirea instalării insuficienței venoase cronice și a sindromului posttrombotic
- b) stimularea întoarcerii venoase prin stimularea presei musculare la nivelul membrelor inferioare, favorizând reîntoarcerea venoasă
- c) prevenirea stazei venoase, profilaxia ulcerelor varicoase
- d) reducerea nivelului seric la lipidelor circulante
- e) reducerea riscului de evenimente acute cardiace

74. Testul de efort este contraindicat la pacienții care prezintă:

- a) diabet zaharat
- b) angina instabilă
- c) hipertensiunea arterială necontrolată medicamentos
- d) pacienții cu transplant cardiac
- e) valvulopatii severe

75. Aportul energetic al unui gram de glucide din dieta este de :

- a) reprezintă 55-62% din totalul caloric zilnic
- b) furnizează prin metabolizarea a 1 g 4 kcal
- c) reprezintă 20-30 % din totalul caloric zilnic
- d) reprezintă 11-13% din totalul caloric zilnic
- e) reprezintă 5-15 % din totalul caloric zilnic

IX. RECUPERAREA ÎN AFECȚIUNI RESPIRATORII

A. ÎNTREBĂRI CU UN SINGUR RĂSPUNS CORECT

1*. Laringele are roluri importante, cu excepția:

- a) rol în fonație
- b) transportă aerul în trahee
- c) permite deglutiția
- d) filtrează aerul
- e) împiedică pătrunderea corpi străini

2*. Circulația funcțională sau "mica circulație" cuprinde, cu excepție:

- a) venele bronșice
- b) artera pulmonară
- c) venulele pulmonare
- d) atriul stâng
- e) ventriculul stâng

3*. Scăderea frecvenței respiratorii (bradipnee) apare în următoarele obstacole de la nivelul căilor respiratorii, cu excepția:

- a) apneea obstructivă în somn
- b) astmul bronșic
- c) pareze de corzi vocale
- d) anemii
- e) corpi străini inhalați

4*. Patologia mediastinală cuprinde, cu excepția:

- a) pneumopatii de sensibilizare
- b) sarcoame
- c) megaesofag
- d) adenopatii benigne și maligne
- e) tumori ale structurilor nervoase

5*. Avantajele radiografiei toracice sunt, cu excepția:

- a) permite aprecierea morfologică a plămânului, mediastinului, peretelui toracic, coloanei dorsale
- b) este un document obiectiv
- c) iradierea este mică la aparatele moderne
- d) permite analiza evoluției în timp și sub tratament a procesului patologic
- e) este statică, nu oferă informații privind mișcarea unor organe

6*. Indicațiile terapeutice ale bronhoscopiei sunt, cu excepția:

- a) protezare traheobronșică pentru realizarea permeabilității căilor aeriene
- b) extragerea corpi străini
- c) aspirarea secrețiilor bronșice în exces
- d) investigarea unei hemoptizii inexplicate mai ales la fumători
- e) lavaj larg în proteinoza alveolară

7*. Disfuncția ventilatorie obstructivă apare în, cu excepția:

- a) restricții toracopulmonare (cifoasă, cifoscolioză)
- b) bpoc (bronhopneumopatia obstructivă cronică)
- c) astm bronșic
- d) bronșiolite
- e) debutul unor boli fibroase sau granulomatoase

8*. Contraindicațiile absolute ale testului cardiorespirator la efort sunt, cu excepția:

- a) infarctul de miocard (sub 1 lună)
- b) contraindicațiile febrile acute
- c) tulburările electrolitice severe
- d) hipercapnia $paco_2 > 60$ mmHg
- e) stenoza aortică strânsă

9*. Hemoptizia de cauză bronhopulmonară apare în principal în următoarele afecțiuni, cu excepția:

- a) traumatisme toracice (deschise sau închise - contuzii, rupturi)
- b) tbc-ul laringelui
- c) tumori benigne sau maligne bronhopulmonare

- d) bronșite virale
- e) bronșiectazii

10*. Cauzele exacerbărilor BPOC sunt, cu excepția:

- a) lipsa tratamentului de fond pentru BPOC
- b) decompensările cardiace
- c) oxigenoterapia pe sondă nazală/mască 1-2l/min
- d) infecțiile tractului respirator (50% bacteriene, 30% virale)
- e) tromboembolismul pulmonar

11*. Contraindicațiile pulmonare cronice ce beneficiază de recuperare respiratorie sunt, cu excepția:

- a) BPOC
- b) fibroze difuze
- c) sindroamele post-tbc
- d) afectare cardiorespiratorie
- e) SASO

12*. Fizioterapia de stimulare a drenajului bronșic cuprinde, cu excepția:

- a) drenaj postural țintit
- b) schimbarea repetată a poziției în pat pentru drenaj postural spontan al bronșiilor
- c) creșterea vâscozității secrețiilor
- d) abandonarea fumatului, a consumului de droguri și alcool
- e) creșterea fluxului expirator ce antrenează desprinderea secrețiilor

13*. Indicațiile drenajului postural sunt, cu excepția:

- a) bronșiectazii
- b) cașecticii
- c) bronșita cronică
- d) tbc pulmonară
- e) pacienții cu decubit prelungit, postoperator și după anestezie generală, ventilație mecanică

14.* Recuperarea respiratorie în BPOC are mai multe componente, cu excepția:

- a) educația pentru reducerea factorilor de risc, recunoașterea și managementul exacerbărilor
- b) consiliere nutrițională
- c) educația antifumat și consiliere pentru renunțarea la fumat
- d) chirurgia emfizemului
- e) optimizarea tratamentului medical

15*. Scopul reabilitării respiratorii în astmul bronșic este, cu excepția:

- a) creșterea calității vieții
- b) pacientul va fi învățat cum să-și monitorizeze funcția pulmonară și evoluția sub tratament cu ajutorul peakflowmetrului
- c) creșterea toleranței la efort
- d) controlul total al astmului bronșic, prevenirea complicațiilor
- e) îmbunătățirea sănătății și funcției pulmonare

B. ÎNTREBĂRI CU 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI CORECTE

16. Fibrozele pulmonare de etiologie cunoscută sunt:
- a) silicoză
 - b) fibroze posttuberculoase
 - c) sarcoidoza
 - d) fibroze postiradiere
 - e) fibroza pulmonară idiopatică
17. Principiile de reabilitare în obezitate cuprind următoarele măsuri:
- a) tratament chirurgical(chirurgie bariatrică)
 - b) suport psihologic
 - c) scăderea complianței pulmonare
 - d) terapia de scădere ponderală prin dietă
 - e) creșterea cererii/consumului de oxigen(necesară) pentru masa adipoasă
18. Programul de recuperare în sindroamele postTBC cuprinde:
- a) readaptarea la efort-gimnastică generală și respiratorie
 - b) drenajul de postură,reeducarea tusei
 - c) scădere ponderală
 - d) dietă cu alimentație diversificată,hipercalorică
 - e) compresie pneumatică cu vestă cu vibrații "vest system"
19. Tratamentul nefarmacologic în BPOC constă în:
- a) bronhodilatatoare
 - b) reducerea expunerii la noxe
 - c) abandonarea fumatului
 - d) oxigenoterapia și ventilația noninvazivă(nippv)
 - e) profilaxia infecțiilor prin vaccinare
20. Cauzele insuficienței respiratorii ce determină stare critică sunt:
- a) exacerbările bpoc sau ale astmului bronșic
 - b) pleurezii masive
 - c) atelectazii prin obstrucții tumorale
 - d) mobilizare precoce, reducerea perioadei de intubație
 - e) pneumonii sau bronhopneumonii
21. Contraindicațiile ventilației noninvazive cu presiune pozitivă sunt:
- a) stopul respirator
 - b) sepsis,pneumonie severă
 - c) boli neuromusculare
 - d) edemul pulmonar acut cardiogen
 - e) anormalități metabolice,obezitatea morbidă
22. Beneficiile oxigenoterapiei sunt:
- a) hipoventilație alveolară și creșterea travaliului respirator din bpoc,astmul bronșic cronic
 - b) ameliorarea supraviețuirii și calității vieții

- c) hipercapnie cronică
 - d) ameliorarea hipertensiunii pulmonare
 - e) corectarea hipoxemiei la pacienții fără hipercapnie
23. Oxigenoterapia administrată în exces poate produce unele efecte toxice cum ar fi:
- a) displazie bronhopulmonară
 - b) intoxicație cu CO prin formarea HbCO
 - c) fibrodisplazie retrolenticulară
 - d) cecitate
 - e) detresă respiratorie
24. Contraindicațiile respiratorii ce au indicații de tratament balnear sunt:
- a) infecții trenante ale căilor respiratorii superioare
 - b) bronșiectazii cu prezența hemoptiziei
 - c) cordul pulmonar decompensat
 - d) traheobronșite trenante
 - e) astmul bronșic
25. Instrumentele de evaluare ale rezultatelor recuperării respiratorii sunt:
- a) evaluare clinico-funcțională și a capacității de efort
 - b) ameliorarea performanței cardiace, scăderea decondiționării
 - c) evaluare socio-economică
 - d) scala dispneei
 - e) activități profesionale-pictat, împletit, scris, lectură
26. Contraindicațiile drenajului postural sunt:
- a) hemoragii
 - b) pneumotorace
 - c) stări critice cardiace
 - d) bronșiectazii
 - e) pacienții cu căi respiratorii artificiale (stenturi, canulă traheală, sondă IOT)
27. Tehnicile drenajului postural sunt:
- a) vibrația
 - b) abandonarea fumatului, a consumului de droguri și alcool
 - c) percuția
 - d) poziționarea
 - e) consilierea nutrițională
28. Avantajele mersului în aer liber aduce multiple beneficii cum ar fi:
- a) este ieftin, la îndemâna tuturor
 - b) se poate completa cu exerciții de urcare a treptelor în aer liber
 - c) nu solicită atât de mult articulațiile, este comod și la persoanele obeze
 - d) durată 20-30 secunde apoi pauză de 40-50 de secunde
 - e) este ușor de dozat pe baza reacției clinice a pacientului dar și prin testul de mers de 6 minute

29. Contraindicațiile exercițiului fizic dozat sunt:

- a) cord pulmonar cronic decompensat
- b) hipoxemie severă indusă de efort ce nu se compensează la O_2 și hipercapnia
- c) condiții neuropsihice grave
- d) afecțiuni respiratorii cronice, simptomatice cu stare stabilă
- e) hemoptiziile repetate (din bronșiectazii, tumori, BPOC, fibroze)

30. Pozițiile antidispneice sunt:

- a) ortopneea cu sprijin de perne
- b) mișcarea membrelor inferioare în pat
- c) poziția șezând cu aplecarea în față a trunchiului cu antebrațele pe genunchi
- d) decubit lateral, spatele rotunjit, coapsele flectate pe corp și gambele pe coapse, brațele relaxate
- e) menținerea membrelor inferioare la un nivel ridicat față de torace la 30°

31. Scopul programelor de recuperare la pacienții cu boli respiratorii cronice este:

- a) ameliorarea funcției pulmonare
- b) evaluarea anxietății, depresiei-scala hamilton
- c) creșterea toleranței la efort și scăderea decondiționării fizice
- d) corectarea nutriției deficitare
- e) îmbunătățirea calității vieții, creșterea gradului de supraviețuire

32. Datele paraclinice care stabilesc existența și cauza insuficienței respiratorii acute sunt:

- a) pulsoximetrie și gazometrie sanguină
- b) ekg, echocardiografia
- c) ortopnee
- d) bronhoscopie
- e) encefalopatia respiratorie prin creșterea $p_a CO_2$

33. Principiile tratamentului exacerbării în BPOC constau din:

- a) internare în spital
- b) hidratare corectă pentru fluidificarea secrețiilor
- c) scăderea $p_a O_2$ sub 60 mmHg
- d) bronhodilatatoare în asociere pe cale inhalatorie de urgență
- e) scăderea imunității organismului

34. Cauzele de scădere a clearance-ului mucociliar sunt:

- a) fumatul
- b) reducerea poluării industriale/casnice
- c) abuzul de morfină sau sedative
- d) scăderea tusei prin comă, sedative, accidente vasculare cerebrale
- e) absența bolilor asociate: tumori, insuficiență cardiacă, boală cerebrovasculară

35. Diagnosticul BPOC se stabilește pe baza următoarelor criterii:

- a) expunerea îndelungată la factori de risc-fumat, particule nocive și gaze
- b) scăderea V_{EMS} reversibilă
- c) prezența simptomelor (evaluare prin chestionarul cat sau pe baza scalei dispneei)
- d) tromboembolismul pulmonar
- e) tuse cu expectorație mucoasă intermitentă apoi permanentă

36. Particularitățile crizei de astm bronșic sunt:
- a) creșterea TA
 - b) tuse inițial uscată apoi cu spută perlată alb, gălbuie, mucoasă
 - c) epistaxis
 - d) dispnee, ortopnee
 - e) murmur vezicular diminuat
37. Simptomele hemoptiziei sunt:
- a) tahipnee
 - b) tuse mucopurulentă
 - c) gust sărat de sânge
 - d) gâdilare sau senzație de căldură retrosternală
 - e) tuse ce elimină sânge
38. Dispozitivele pentru efectuarea testului cardiorespirator la efort sunt:
- a) cicloergometrul
 - b) covorul rulant
 - c) testul de mers de 6 minute
 - d) proba de efort dinamic cu brațele
 - e) indicele BODE
39. Indicațiile testului cardiopulmonar la efort sunt:
- a) testarea capacității de efort
 - b) depistarea afecțiunilor coronariene latente la subiecții cu risc crescut
 - c) tulburări neurologice/musculare care diminuează adaptarea la efort muscular
 - d) diagnosticul diferențial al durerii toracice
 - e) aprecierea riscului operator mai ales în chirurgia toracică
40. Explorările funcționale propriu-zise sunt:
- a) pletismografia
 - b) chestionarul CAT
 - c) teste de difuziune prin MAC
 - d) indicele BODE
 - e) testul de mers de 6 minute
41. Indicațiile explorărilor funcționale respiratorii sunt:
- a) pneumotoracele
 - b) expertiza capacității de muncă
 - c) intervenții chirurgicale recente
 - d) traumatisme faciale
 - e) screening la persoane cu risc crescut: fumători, sportivi
42. Parametrii spirometrici sunt:
- a) VEMS-volumul expirator maxim în prima secundă
 - b) debitul expirator de vârf-PEF
 - c) indicele de permeabilitate bronșică
 - d) capacitatea reziduală funcțională CRF
 - e) capacitatea de difuziune prin MAC-factorul de transfer al CO

43. Indicațiile terapeutice ale bronhoscopiei sunt:
- a) aprecierea permeabilității căilor aeriene
 - b) laserterapia
 - c) evaluarea extensiei tumorilor
 - d) investigarea unei hemoptizii inexplicate mai ales la persoane cu factor de risc
 - e) administrare locală de medicamente vasoconstrictoare, hemostatice, hialuronidază
44. Indicațiile ecografiei toracice sunt:
- a) depistarea colecțiilor pleurale mici sau a celor închistate
 - b) diagnosticul leziunilor vasculare
 - c) punctia ghidată a unor colecții sau mase parietale
 - d) evaluarea maselor mediastinale
 - e) diagnosticul diferențial al unei colecții pleurale de una subdiafragmatică sau de perete
45. Condițiile medicale respiratorii asociate cu febră sunt:
- a) endocardita
 - b) tbc pulmonară
 - c) limfoame
 - d) vasculite
 - e) supurațiile pulmonare
46. Cauzele cianozei difuze sunt:
- a) staza circulatorie
 - b) tromboza sau compresiunea unei vene
 - c) insuficienta saturare în O₂ a sângelui arterial
 - d) intoxicația cu CO
 - e) sindromul raynaud
47. Explorările paraclinice necesare pentru stabilirea cauzei disfoniei sunt:
- a) ekg
 - b) examen orl
 - c) bronhoscopie
 - d) rgr. pulmonară
 - e) examen ortopedic
48. Durerea intercostală "în bară" apare în:
- a) herpes zooster
 - b) angina pectorală
 - c) embolia pulmonară
 - d) nevralgia intercostală
 - e) tumori mediastinale
49. Dispneea permanentă apare în următoarele afecțiuni:
- a) astmul sever cronic
 - b) criza de panică
 - c) emfizem pulmonar avansat

- d) trombembolism pulmonar
- e) ARDS

50. Insuficiența respiratorie de origine extrapulmonară poate să fie cauzată de:

- a) miastenia gravis
- b) silicoza
- c) intoxicații cu barbiturice
- d) tumorile bronșice
- e) ascite masive

51. Fizioterapeutul din echipa de specialiști a programului de recuperare respiratorie are următoarele atribuții:

- a) evaluează aspectele psihologice
- b) prescrie regimuri de exercițiu individualizat corespunzător handicapului pacientului
- c) identifică comorbiditățile ce necesită tratament individualizat
- d) exerciții de relaxare, drenaj postural
- e) efectuează cu pacientul exerciții fizice+exerciții de respirații

52. Direcțiile de educație medicală în cadrul programului de reabilitare respiratorie sunt:

- a) necesitatea simplificării stilului de viață și conservării energiei
- b) testul de mers de 6 minute de 2 ori cu interval de cel puțin 30 minute
- c) reducerea factorilor de risc-fumat, expunere la noxe, sedentarism
- d) ventilația mecanică
- e) creșterea încrederii în tratament, diminuarea depresiei

53. Efectele directe ale fumatului asupra aparatului respirator sunt:

- a) mezoteliomul pleural
- b) anevrisme
- c) leucodisplazii
- d) bpoc
- e) astm bronșic

54. Antagoniștii și agoniștii de nicotină sunt:

- a) champix
- b) guma de mestecat cu nicotină
- c) bupropion
- d) timbrul de nicotină
- e) zyban și vareniclina

55. Contraindicațiile respirației cu buzele strânse sunt:

- a) pneumotorace
- b) bpoc
- c) hemoptizia
- d) astm bronșic
- e) bronșiectazii

56. Efectele benefice ale terapiei ocupaționale sunt:
- a) crește respectul de sine, poate contribui la reinsertia socială
 - b) întreține mușchii posturii
 - c) scădere ponderală
 - d) ameliorarea toleranței la efort și a gazelor sanguine
 - e) poate aduce beneficii financiare
57. Administrarea aerosolilor în scop diagnostic presupune:
- a) test de provocare pentru depistarea alergiei la diverși alergeni
 - b) administrarea de medicamente prin aerosoli
 - c) test farmacodinamic cu aerosoli cu antigene sau metacolină pentru depistarea hiperactivității bronșice
 - d) test bronhodilatator pentru evaluarea reversibilității spasmului bronșic
 - e) administrarea aerosolilor pentru tratarea afecțiunilor respiratorii superioare și inferioare
58. Oxigenoterapia de lungă durată cu administrare doar nocturnă este indicată în:
- a) apneea în somn de tip central
 - b) bpoc std.iii sau iv cu cpc asociat
 - c) respirația cheyne-stokes
 - d) mucoviscidoza
 - e) sindromul hipoventilație-obeziitate
59. Membrana alveolocapilară cuprinde următoarele 5 straturi:
- a) celulele endoteliale
 - b) membrana bazală subepitelială
 - c) interstițiu alveolar cu substanță fundamentală
 - d) filmul de surfactant
 - e) ducte alveolare
60. Funcțiile nonrespiratorii ale plămânilor sunt:
- a) funcția reflexă
 - b) ventilația
 - c) rol în mișcarea fluidelor și de rezervor de sânge
 - d) circulația
 - e) rol în filtrarea embolusurilor și a leucocitelor circulante
61. Factorii ce scad difuzia prin membrana alveolo-capilară sunt:
- a) ↓ grosimii peretelui alveolar
 - b) ↓ distensibilității patului capilar în fibrozele interstițiale difuze
 - c) ↓ capacității de difuziune a gazului prin hematii și a combinării cu hb
 - d) ↑ volumului sanguin pulmonar
 - e) ↑ numărului de capilare funcționale
62. Exercițiile fizice se vor întrerupe dacă apar următoarele semne de alarmă:
- a) apariția sau creșterea dispneei
 - b) lipsa motivației
 - c) dureri toracice de tip constrictiv sau presiune toracică

- d) aritmii
- e) apariția respirației zgomotoase

63. Avantajele antrenamentului la cicloergometru sunt:

- a) exercițiile efectuate în grup combat izolarea și socializează
- b) nu implică toate grupele musculare
- c) nu solicită atât de mult articulațiile
- d) antrenamentul este comod și la persoanele obeze
- e) este scump, de regulă nu este posibil la domiciliu

64. Obiectivele antrenamentului mușchilor respiratori sunt variate și au ca scop:

- a) tonifierea musculaturii respiratorii
- b) creșterea volumelor de aer mobilizabile
- c) ameliorarea tusei și expectorației
- d) reinsertie profesională
- e) flexibilizarea articulațiilor toracelui

65. ContraIndicațiile stimulării tusei sunt:

- a) pneumotoracele
- b) pozițiile antigravitaționale
- c) bronhospasmul
- d) vârsta înaintată
- e) hipoxemia

66. Fișa individuală a pacientului ce va intra într-un program de reabilitare respiratorie va cuprinde:

- a) examenul clinic, TA, puls
- b) examenul cordului
- c) scăderea costurilor aferente îngrijirii medicale
- d) consilierea pacientului în fază terminală
- e) evaluarea calității vieții-SGRQ

67. Reabilitarea respiratorie este recomandată și după exacerbări în BPOC deoarece:

- a) reduce simptomele reziduale
- b) reduce alte exacerbări
- c) previne deteriorarea schimburilor gazoase
- d) reduce mortalitatea
- e) crește capacitatea la efort și calitatea vieții

68. Factorii din mediul înconjurător care influențează dezvoltarea și expresia astmului bronșic sunt:

- a) factori genetici
- b) dieta-trofoalergeni
- c) infecțiile respiratorii
- d) atopia
- e) obezitatea

69. Efectele secundare ale corticosteroizilor pe cale sistemică și administrare îndelungată sunt:
- a) subțierea pielii
 - b) disfuncție ventilatorie obstructivă
 - c) cataractă
 - d) rinită alergică
 - e) risc crescut la infecții
70. Obiectivele tratamentului în astmul bronșic sunt:
- a) fără simptome diurne
 - b) limitări ale activității
 - c) fără medicație de criză
 - d) funcție pulmonară normală
 - e) fără exacerbari
71. Factorii de risc etiologici pentru sindromul de apnee în somn sunt:
- a) obezitatea predominant cea androgenică
 - b) anomalii ale feței
 - c) hipotiroidismul
 - d) cefaleea matinală
 - e) infarctul miocardic
72. Poligraful portabil permite următoarele înregistrări:
- a) pulsoximetrie
 - b) electromiograma tibială anterioară
 - c) măsurarea fluxului de aer la nas
 - d) electrooculograma
 - e) aprecierea mișcărilor respiratorii din torace și abdomen
73. Criteriile de probabilitate ale diagnosticului de TBC sunt:
- a) examenul bacteriologic
 - b) examenul radiologic
 - c) examenul histopatologic
 - d) criterii clinice
 - e) teste biologice
74. Cele mai frecvente sindroame posttuberculoase respiratorii sunt:
- a) sindromul bronșitic cronic
 - b) tbc miliară generalizată
 - c) simfizele pleurale și pahipleurite
 - d) pneumotoracele
 - e) meningoencefalita tuberculoasă
75. Sindromul de apnee în somn de tip central se caracterizează prin:
- a) absența fluxului la nas și gură pe o durată >10 sec
 - b) fără efort respirator toracic și abdominal
 - c) menținerea efortului respirator

- d) prezența de mișcări la nivelul toracelui ca urmare a impulsurilor ritmice de la nivelul centrilor respiratori
- e) apnee centrală continuată cu apnee obstructivă

X. RECUPERARE MUSCULO-SCHELETALĂ

A. ÎNTREBĂRI CU UN SINGUR RĂSPUNS CORECT

1. * Suprafața capului humeral și a cavității glenoidale au o congruență:
 - a) mai mică de 1/3 din suprafață
 - b) mai mare de 1/3 din suprafață
 - c) 1/3 din suprafață
 - d) 1/4 din suprafață
 - e) 1/2 din suprafață
2. * După osteosinteza oaselor antebrăului:
 - a) membrul superior se imobilizează în atela gipsată brahio-antebrahio-palmară 4 săptămâni
 - b) membrul superior se imobilizează în atela gipsată brahio-antebrahio-palmară 8 săptămâni
 - c) membrul superior se imobilizează în atela gipsată antebrachio-palmară 4 săptămâni
 - d) membrul superior se imobilizează în atela gipsată antebrachio-palmară 8 săptămâni
 - e) membrul superior nu se imobilizează
3. * Mișcările în plan frontal ale umărului sunt :
 - a) extensia
 - b) extensia orizontală
 - c) flexia
 - d) rotația internă
 - e) abducția
4. * Care este cea mai frecventă luxație scapulo-humerală?
 - a) posterioara
 - b) superioara
 - c) postero-inferioara
 - d) anterioară
 - e) nici una
5. * În luxația scapula-humerală anterioară poziția brațului este :
 - a) rotată intern
 - b) nu este scurtată
 - c) în adducție
 - d) în abducție
 - e) nici una dintre ele
6. * Mușchi flexori auxiliari sinergici ai cotului sunt :
 - a) tricepsul
 - b) bicepsul

- c) brahioradial
- d) mușchi epicondilieni mediali
- e) loja posterioara musculară a brațului

7. *În fracturile de claviculă al câtelea element al tratamentului conservator este recuperarea :

- a) primul
- b) al doilea
- c) al treilea
- d) nu exista un astfel de element
- e) nici una nu este corectă

8. * Fractura prin smulgere la nivelul cotului se produc cu cotul forțat în :

- a) rotație externă
- b) abducție
- c) adducție
- d) flexie
- e) valgus

9. * In leziunile nervoase ale cotului este afectat:

- a) nervul axilar
- b) nervul suprascapular
- c) plexul brahial
- d) nervul medial
- e) nici una dintre ele

10. *Leziunile vasculare în fractura cotului afectează:

- a) arterea radială
- b) artera brahială
- c) artera cubitală
- d) artera humerală
- e) artera axilară

11. * După reducerea luxatiei scapulo-humerale, umarul trebuie mobilizat pentru:

- a) o săptămână
- b) 14 zile
- c) 4 săptămâni
- d) 2-3 săptămâni
- e) 4-6 săptămâni

12. * In redorile extrinseci articulare ale cotului medii nu se face:

- a) mobilizare sub anestezie
- b) nu se utilizează atele dinamice
- c) artroliză artroscopică
- d) artroplastie de cot
- e) reeducare

13. * În programele de recuperare privind evoluția traumatismelor de cot în primele 1-4 efectuăm:

- a) exerciții active de mobilizare a cotului
- b) mișcări active de flexie și supinație
- c) mișcări active de flexie-extensie
- d) contracții izotonice
- e) stimularea prhensiunii

14. * Recuperarea cotului trebuie să țină cont de următoarele reguli:

- a) tonifierea musculaturii pronosupinatoare
- b) tonifierea musculaturii bratului
- c) creșterea mobilității
- d) recuperarea nu este importantă deoarece la acest nivel nu apare redoarea
- e) limitarea mișcărilor este acceptată până la un anumit grad

15. * Apreciind sectorul util de flexie al cotului acesta este cuprins între :

- a) 80-130 de grade
- b) peste 140 de grade
- c) 120-140 de grade
- d) sub 120 de grade
- e) 30-130 de grade

16. * După reducerea luxatiei de cot stabile între zilele 10-14 nu efectuăm:

- a) mobilizare mișcări active
- b) exerciții tonice
- c) mișcări passive blande, evitând orice solicitare în val
- d) crioterapie
- e) se menține imobilizarea într-o atelă dorsală

* Pentru luxatiile stabile, după reducere, cel mai bun rezultat se obține introducând mobilizarea la:

- a) cca 2 săptămâni
- b) la 4-6 săptămâni
- c) la 6-8 săptămâni
- d) la 9 săptămâni
- e) la 1 săptămână

* La 10 săptămâni după luxația de cot flexumul este de:

- a) 10 grade
- b) 40 de grade
- c) 30 de grade
- d) 5 grade
- e) nici o variantă corectă

17. * Programul de recuperare care se instituie rapid si este agresiv poate cauza:
- a) rezultate foarte bune
 - b) contracture in extensie
 - c) hipertrofia flexorilor
 - d) subluxaie recurentă
 - e) hipertrofia extensorilor
18. * Protocolul de recuperare in cotul luxat stabil revede in zilele 10-14:
- a) mentinerea atelei
 - b) evitarea mobilizarii pasive
 - c) introducerea unui program comlet de recuperare a cotului,incluzand si mobilizari pasive
 - d) imobilizare in bandaj watson-jones
 - e) exercitii cu greutate
19. * Protocolul de recuperare in refacerea chirurgicala a ligamentului collateral ulnar in a 2-a saptamana postoperator:
- a) se initiaza exercitii de rezistenta pentru flexia/extensia cotului
 - b) imobilizare in extensie
 - c) se initieaza contractii izometrice atat pentru musculature pumnului cat si pentru flexia/extensia cotului
 - d) se introduce un program de solicitare pentru umar
 - e) introducerea gradate a activității sportive
20. * In recuperarea cotului extensia forțată determină:
- a) creșterea flexiei-extensiei
 - b) întreținerea flexibilității
 - c) refacere funcțională
 - d) asigură revenirea în activitate
 - e) dezvoltă un osteofit olecranian
21. * Câte vertebre toracale sunt:
- a) 7
 - b) 11
 - c) 12
 - d) 14
 - e) 15
22. * Coloana vertebrala lombara este alcatuita din:
- a) 3 vertebre
 - b) 4 vertebre
 - c) 5 vertebre
 - d) 6 vertebre
 - e) 7 vertebre
23. * Cel mai frecvent tip de fractura al epifizei distal de radius este
- a) fractura marginala posterioara – Barton
 - b) fractura marginala anterioara – Letenneur

- c) fractura extraarticulara Pouteau-Colles
- d) fractura extraarticulara Goyrand-Smith
- e) fractura cominutiva a EIR

24. * Semnul Nelaton-Velpeau

- a) deformarea in barioneta a regiunii radio-carpene
- b) deformarea in dos de furculita a regiunii radio-carpene
- c) echimoza cutana la nivelul a regiunii radio-carpene
- d) fractura stiloidei cubitale asociate cu fractura edr
- e) deformarea anterioara a pumnului

25. * Fractura Gerard-Marchant este :

- a) fractura EIR asociata cu fractura stiloidei ulnare cu deplasare externa
- b) fractura EIR asociata cu fractura capului radial
- c) fractura EIR asociata cu fractura stiloidai ulnare si deplasare interna
- d) fractura EIR asociata cu leziunea nervului median
- e) fractura EIR asociata cu leziunea nervului ulnar

26. * Fracturile EIR tip I, extraarticulare, nedeplasate necesita:

- a) obligatoriu reducerea fracturii si imobilizare in atela gipsata sub cot
- b) obligatoriu reducerea fracturii si imobilizare in atela gipsata deasupra cotului
- c) imobilizarea pumnului cu un aparat gipsat sub cot – 4 saptamani
- d) brosaj percutan
- e) intotdeauna se aplica tratament chirurgical

27. * Pentru determinarea instabilitatii secundare in fracturile EIR controlul radiologic:

- a) nu este necesar
- b) se efectueaza in a 5-a si a 12-a după imobilizare
- c) se efectueaza la 21 de zile după imobilizare
- d) se efectueaza la 6 saptamani după indepartarea imobilizarii gipsate
- e) nici un raspuns corect

28. * In fracturile extraarticulare ale EIR brosajul percutan tip Kapandji se mentine

- a) 3 saptamani
- b) 6 saptamani
- c) 10-14 zile
- d) 3 luni
- e) 21 zile

29. * Semnul Tillaux in fracturile EIR defineste

- a) deformarea "in baioneta" a regiunii radio-carpene
- b) deformarea "in furculita" a regiunii redio-carpene
- c) capul cubital bombeaza sub piele, pe marginea interna a pumnului
- d) compresia nervului median in canalul carpian
- e) deformarea in „cap de lebada” a mainii

B. ÎNTREBĂRI CU 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI CORECTE

30. Care dintre următoarele enunțuri referitoare la factorii de stabilitate de la nivelul articulației scapulo-humerale sunt adevărate?
- a) capul humeral este un factor static
 - b) labrumul glenoidal este un factor dinamic
 - c) ligamentul glenohumeral superior este un factor static
 - d) ligamentul coracohumeral este un factor dinamic
 - e) capul humeral este un factor atât dinamic cât și static
31. Factorii structurali care pot crește solicitarea în sindromul de impigement al umărului sunt :
- a) malformații congenitale coracoidiene
 - b) mobilitate anormală datorată paraliziei ușchiului trapez
 - c) instabilitatea funcțională
 - d) depozite calcificate în coafa rotatorilor
 - e) afectarea rădăcinii c5-c6
32. În cazul fracturilor de col chirurgical la nivelul humerusului:
- a) tratamentul de elecție la pacienți vârstnici este cel chirurgical
 - b) să se identifice paralizia de nerv circumflex
 - c) tratamentul conservator constă în imobilizare în bandaj Dessault 6 săptămâni
 - d) se utilizează doar mișcări pasive de mobilizare
 - e) orteza de umăr nu este o opțiune de tratament acceptată
33. În cazul fracturilor de diafiză humerală fără deplasare:
- a) se imobilizează în bandaj Dessault
 - b) în abducție de 30 grade
 - c) procedurile de masaj sunt indicate la 48 ore postoperator
 - d) procedurile de masaj sunt indicate la 21 zile postoperator
 - e) reflexoterapia este indicată la 21 zile postoperator
34. În cazul fracturilor de paletă humerală redorile extrinseci sunt produse de:
- a) retracția poartilor moi
 - b) osificările periarticulare
 - c) calus vicios
 - d) defecte de cartilaj
 - e) adrenee intra-articulare
35. Limitarea mișcării de extensie a cotului este realizată de:
- a) tensionarea capsulei anterioare
 - b) tensionarea capsulei posterioare
 - c) rezistența activă a mușchilor flexori
 - d) rezistența activă a mușchilor extensori
 - e) mușchiul tricipital

36. Diagnosticul diferentiala in contextual durerilor de umar:

- a) spondiloza cervical cu manifestări iritative sau compressive
- b) costocondrita
- c) hernie de disc cervical
- d) torticolis
- e) otomastoidita

37. Care dintre următoarele articulatii actioneaza sincron la nivel scapulohumeral:

- a) articulatia acromioclaviculara
- b) spatiul scapulo-toracic
- c) spatiul subacromio-deltoidian
- d) articulatia glenohumerala
- e) articulatia sterno-costo-humerala

38. Pentru prevenirea redorii de umar post fractura de clavicula se pot efectua:

- a) mentinerea imobilizarii pana la 6 saptamani
- b) aparate ortopedice special
- c) la 3-4 saptamani se introduce exercitii de tonifiere cu rezistenta progresiva
- d) mobilizare de tip active la 2-3 saptamani
- e) ridicarea de greutati mari

39. Luxatia scapulo-humerala poate aparea in:

- a) fractura de cot
- b) fractura de trohiter
- c) fractura anterioara de glena
- d) fractură de cap radial
- e) fractură de antebrăț

40. Ligamentul colateral ulnar:

- a) nu are importanta
- b) structura care se opune solicitarii in var
- c) structura care se opune solicitarii in valg
- d) structura care se opune solicitarii in extensie
- e) este una dintre structurile de rezistenta cele mai importante

41. Programul de recuperare post interventie chirurgicala la nivelul ligamentului collateral ulnar urmareste:

- a) solicitare in valg
- b) intretinerea de tonus si forta muscular pentru flexori isi extensorii cotului
- c) tonifierea musculaturii umarului
- d) creșterea mobilitatii
- e) imobilizare prelungita

42. Protocolul de recuperare in refracerea ligamentului collateral ulnar vizeaza in prima saptamana postoperator:

- a) imobilizare in extensie
- b) se incep exercitiile de prindere si mobilizare activa a pumnului
- c) imobilizare in bandaj dessault
- d) imobilizare in atela sau orteza la 90° in flexie
- e) se initieaza contractii izometrice pentru muschii pumnului si pentru flexia/extensia cotului

43. In cazul protezei totale de cot,programul de recuperare:

- a) utilizeaza exercitii active pentru mobilizarea cotului
- b) se incepe introduce după 2 saptamani mișcări passive
- c) nu se utilizează orteză
- d) nu se incepe din primele zile
- e) se incepe după 6 saptamani de la interventia chirurgicala

44. Fracturile extremitatilor inferioare ale radiusului:

- a) sunt situate sub un plan care trece la 4 cm deasupra interliniului radio-carpian
- b) sunt mai frecvente la femeile varstnice
- c) sunt situate sub un plan care trece la 4 cm deasupra interliniului cotului
- d) sunt situate sub un plan care trece la 8 cm deasupra interliniului radio-carpian
- e) sunt rare la persoanele peste 60 ani

45. Examenul clinic in fracturile epifizei distale de radius evidentiaza:

- a) prezenta semnelui Dupuytren
- b) semnul Nelaton-Velpau
- c) "deranjament intern al pumnului"- Milch
- d) semnul Laugier
- e) absenta semnelui Laugier

46. În cadrul examenului radiologic al pumnului normal se evidentiaza:

- a) unghiul radial intre 16-28 grade
- b) inclinarea anterioara intre 0-22 grade
- c) unghiul radial intre 10-15 grade
- d) inclinarea anterioara intre 30-45 grade
- e) inclinarea anterioara peste 22 grade

47. Diagnosticul diferential al fracturii epifizei inferioare de radius se face cu:

- a) entorsa pumnului
- b) fractura subcapitala a metacarpului v – "fractura boxerilor"
- c) luxatia transscaforetrolunara a carpului
- d) sindromul essex-lopresti
- e) fractura bennet

48. Dintre complicatiile imediate in fracturile epifizei intefioare a radiusului amintim

- a) artroza radio-cubitala
- b) ireductibilitatea
- c) calusul vicios
- d) fractura deschisa
- e) pseudartroza

49. Osteosinteza in fracturile EIR se efectuează prin:

- a) placuta cu surururi
- b) brosaj percutan
- c) fixator extern
- d) tija centromedulara
- e) sistem DHS

53. Fractura Pouteau-Colles este:

- a) cea mai frecventa varianta a fracturilor EIR
- b) fractura intraarticulara, instabila
- c) fractura extraarticulară
- d) fractura intraarticulara, stabila
- e) cuprinde fractura de stiloida ulnara

54. În tratamentul fracturilor de epifiză distală de radius trebuie respectate următoarele principii :

- a) fiecare fractură trebuie tratată la fel
- b) reducerea nu se corelează cu rezultatul funcțional
- c) nu se utilizează imobilizări gipsate succesive
- d) fiecare fractură are personalitatea ei
- e) fracturile stabile sunt imobilizate în aparat gipsat