

## **ELECTROTHERAPIE ȘI FOTOTHERAPIE**

### **1\*. Efectul analgezic datorat curentului galvanic este:**

- A. La ambii electrozi în mod egal
- B. Manifestat mai ales la catod
- C. Manifestat mai ales la anod
- D. Nici un raspuns corect
- E. La electrodul negative

### **2. Contraindicațiile galvanoterapiei sunt :**

- A. Pacientii cu hipersensibilitate sau intoleranta la curentul galvanic
- B. Pacientii obezi
- C. Bolnavi cu proteze valvulare
- D. Leziuni tegumentare de diverse etiologii
- E. Pacientii cu fracturi cu tije metalice centromedulare

### **3. Principalele efecte fiziologice ale curentului de medie frecvență sunt:**

- A. acțiune stimulatorie asupra musculaturii scheletice
- B. acțiune analgetică
- C. de stimulare asupra mușchilor netezi hipertoni
- D. acțiune vasomotorie cu efect hiperemizant și resorbtiv
- E. gimnastica musculară

### **4. Efectele următoare ale curentului interferențial corespund următoarelor frecvențe:**

- A. efect excitant pe musculatura netedă: 1-4 Hz
- B. stimulează și sistemul simpatic: 4-10 Hz
- C. efect excitator pe musculatura striată normoinervată: -10 Hz
- D. efect analgetic: 90-100 Hz
- E. efect decontracturant: 12-35 Hz

### **5. Efectele curentului diadinamic forma lunga perioada sunt :**

- A. Excitator
- B. Realizeaza gimnastica musculara
- C. Anticongestiv
- D. Miorelaxant
- E. Nu actioneaza ca un masaj profund intens

### **6. Reobaza se caracterizeaza prin :**

- A. Este intensitatea maximă a unui curent continuu care produce o contractie musculara vizibilă
- B. Scade in cazul denervarii fibrelor musculare
- C. Creste in cazul denervarii fibrelor musculare

- D. Se masoara in mA
- E. Se masoara in Hz

**7. In cazul fibrelor musculare striate denervate partial electrodiagnosticul evidentiaza:**

- A. Scaderea reobazei si cronaxiei
- B. Cresterea reobazei si cronaxiei
- C. Coeficientul de acomodare este mai mare ca 1
- D. Curba I/t se deplaseaza in stanga si in jos fata de normal
- E. Nici o varianta corecta

**8. Pentru TENS urmatoarele afirmatii sunt adevarate:**

- A. Inlatura doar durerea fara sa inlature si cauza care a provocat-o
- B. Principalul efect este cel hiperemiant
- C. Este stimulata secretia in organism a endorfinelor care reduc partial sau total perceptia durerii
- D. Are efecte diferite asupra unor pacienti diferiti
- E. Este o metoda invaziva de combatere a diferitelor stari algice

**9\*. La aparatul TENS, electrozii plus si minus se aplica:**

- A. indiferent
- B. "plus" proximal si "minus" distal
- C. "plus" distal si "minus" proximal
- D. tangential
- E. perpendicular

**10\*. Despre metoda Hufschmidt sunt adevarate afirmatiile:**

- A. Trateaza hipotrofiile si atrofiile de inactivitate
- B. Este utilizata pentru stimularea musculaturii normoinervate
- C. Consta in utilizarea a doua circuite de excitatie independente intre ele, dar sincronizate electronic
- D. Este utilizata pentru tratarea musculaturii flasce
- E. foloseste impulsul triunghiular cu panta de crestere exponentiala

**11. Din terapia cu impulsuri de joasa frecventa fac parte:**

- A. curentii dinamici
- B. curentii interferentiali
- C. curentii Trabert rectangulari
- D. curentii Leduc
- E. ultrasunetul

**12. Efectele curentului diadinamic forma monofazat sunt:**

- A. Analgetic

- B. Scade tonusul muscular
- C. Acționează ca un masaj electric profund
- D. Are acțiune vasodilatatoare
- E. Excitomotor

**13. Despre curentul Träbert următoarele afirmații sunt adevărate:**

- A. sunt curenți dreptunghiulari, de frecvențe=140Hz, durata impulsului=2ms.
- B. sunt curenți exponențiali, de frecvențe=140Hz, durata impulsului=2ms.
- C. au efect analgetic și hiperemiant
- D. electrozii se aplică în tehnică tetrapolară
- E. polul activ este cel negativ

**14. Curenții diadinamici CDD se caracterizează prin următoarele:**

- A. Sunt curenți alternativi de medie frecvență
- B. Se mai numesc curenți Bernard
- C. Sunt curenți alternativi de joasă frecvență
- D. Există 4 tipuri clasice de CDD: monofazat, difazat, perioadă scurtă, perioadă lungă
- E. Există 5 tipuri clasice de CDD

**15\*. Musculatura scheletica normal inervata este stimulata de:**

- A. curenții dreptunghiulari unici și trenuri de impulsuri, curenți triunghiulari , curenți exponențiali
- B. curenți dreptunghiulari unici și trenuri de impulsuri, curenți modulați, curenți faradici și neofaradici
- C. curenți dreptunghiulari unici și trenuri de impulsuri , curenți trapezoidali , curenți triunghiulari
- D. curenții trapezoidali, curenți dreptunghiulari, curenți exponențiali
- E. curenți trapezoidali , curenți dreptunghiulari , curenți exponențiali, curenți faradici și neofaradici

**16. În timpul electrostimulării:**

- A. Se urmărește obținerea unei forțe musculare maxime pentru a exclude kinetoterapia
- B. Se urmărește mișcarea ce trebuie reeducată
- C. Pacientul se concentrează pe mișcare și încearcă să o reproducă mintal
- D. Pacientul se relaxează și nu urmărește contracția
- E. Segmentul stimulat se scoate de sub incidența forței gravitaționale

**17. Curentul Trabert se caracterizează prin următoarele:**

- A. este puternic analgezic
- B. este constituit dintr-o succesiune de impulsuri exponențiale cu frecvență de 140 Hz
- C. durata impulsului este de 10 msec
- D. constituit dintr-o succesiune de impulsuri dreptunghiulare cu frecvență de 140 Hz

E. este puternic excitomotor

**18\*. Stimulare nervoasa electrica transcutanata (TENS ) foloseste :**

- A. tehnică tetrapolară
- B. impulsuri dreptunghiulare cu frecvența între 15-500 Hz și durată între 0,05 –0,5 ms
- C. impulsuri triunghiulare cu frecvența între 15-500 Hz și durată între 0,05 –0,5 ms
- D. impulsuri dreptunghiulare cu frecvența între 15-500 Hz și durată între 0,05 –1 ms
- E. impulsuri dreptunghiulare cu frecvența între 1-50 Hz și durată între 0,05-0,5 ms

**19. Stimularea musculaturii normal inervate are următoarele indicații terapeutice:**

- A. hipotrofii și atrofii musculare de inactivitate
- B. electrogimnastica musculaturii respiratorii
- C. stimularea musculaturii abdominale flaște hipotone
- D. în cifoscolioză
- E. pacienții cu pacemaker

**20. Pentru stimularea musculaturii total sau parțial denervate fibra musculară răspunde cel mai bine la următoarele tipuri de impulsuri:**

- A. impulsul exponențial
- B. impulsul dreptunghiular
- C. impulsul triunghiular cu pantă de creștere exponențială
- D. impuls rombic
- E. impuls octagonal

**21. Direcția curentului la baia galvanică poate fi:**

- A. ascendent – polul pozitiv caudal, polul negativ cranial
- B. de la minus la plus
- C. ascendent – polul pozitiv cranial, polul negativ caudal
- D. descendent – polul pozitiv caudal, polul negativ cranial
- E. descendent – polul pozitiv cranial, polul negativ caudal

**22. Dintre cele mai importante reguli de funcționare ale băii galvanice menționăm:**

- A. se pornește și se oprește gradat
- B. nu se schimbă polaritatea în timpul funcționării
- C. se pornește înainte de intrarea pacientului în apă
- D. se dezinfectează înainte de fiecare utilizare
- E. se poate adăuga apă în caz că nu este suficientă

**23\*. Durata ideală a unei ședințe de baie galvanică este între:**

- A. 5-10 minute
- B. 30-40 minute

- C. peste 40 minute
- D. 1-5 minute
- E. 10-30 minute

**24. Hiperemia se manifestă prin:**

- A. eritem cutanat la locul aplicării
- B. piele violacee
- C. senzația de căldură plăcută
- D. pielea este rece în zona respectivă
- E. creștere moderată a temperaturii locale

**25. Formele clasice de CDD sunt:**

- A. curent monodiafizat
- B. curent difizat
- C. curent ritm sincopat
- D. curent lungă perioadă
- E. curent medie perioadă

**26. Efectele CDD forma PS sunt:**

- A. excitomotor, tonicizant
- B. nu acționează ca un masaj profund intens
- C. analgezic
- D. produce vasoconstricție cu efect resorbtiv
- E. gimnastică musculară

**27. Efectele CDD forma PL sunt:**

- A. miorelaxant
- B. excitator
- C. tonifiant
- D. anticongestiv
- E. analgezic

**28. Curentul diadinamic este indicat in:**

- A. neoplazii
- B. afecțiuni reumatice
- C. afecțiuni cardiace
- D. tulburări circulatorii periferice
- E. afecțiuni ale aparatului locomotor

**29. Pentru TENS următoarele afirmații sunt adevărate:**

- A. principalul efect este cel hiperemiant
- B. este stimulată secreția în organism a endorfinelor care reduc parțial sau total și percepția durerii

- C. TENS înlătură doar durerea fără să înlătore și cauza care a provocat-o.
- D. TENS are efecte diferite asupra unor pacienți diferiți.
- E. TENS poate fi utilizat în neoplazii

**30\*. Frecvența impulsurilor TENS este între:**

- A. 0-10Hz
- B. 1000-2000 Hz
- C. 500-1000 Hz
- D. 500-750 Hz
- E. 15-500 Hz

**31\*. Durata impulsurilor TENS este între:**

- A. 0,01-0,05 ms
- B. 0,01-5 ms
- C. 0,5-5 ms
- D. 0,05-0,5 ms
- E. 1-5 ms

**32. TENS are următoarele avantaje:**

- A. înlătură cauza durerii
- B. dimensiunea redusă a aparatului
- C. consum redus de curent la conectare
- D. poate fi aplicată la pacienți la domiciliu
- E. domeniul larg de reglare a frecvenței și duratei impulsului

**33. Efectul bobinelor locale este:**

- A. polul S are efect excitant – stimulator
- B. polul N are efect sedativ
- C. polul S are efect sedativ
- D. polul N are efect excitant - stimulator
- E. polul N are efect vasodilatator

**34. Magnomedan D-400 A are următoarele caracteristici:**

- A. stimulatorul electric furnizează un semnal trifazic
- B. are dimensiunea de 170/70 cm
- C. în interior sunt dispuse sub forma unui "U" 12 bobine plane cu câte 6 bucăți pe fiecare ramură
- D. bobinele sunt realizate în spirală, pe carcase disc din material izolator, fiind toate conectate în serie
- E. este o cuvertură magnetică având forma unui plic din material textil dublu

**35. Dintre afecțiunile cele mai frecvente în care aplicăm magnetoterapie avem:**

- A. neoplazii
- B. RA, abarticular și inflamator
- C. nevroze, distonii neuro-vegetative
- D. HTA
- E. consolidarea fracturilor

**36. Magnetoterapia locală mai are următoarele particularități:**

- A. este indicată în sarcină
- B. este o metodă neinvazivă de introducere a curentului electric în organism
- C. are rol important și în rezolvarea pseudartrozelor
- D. bobinele au formă trapezoidală
- E. principala indicație este în calusarea fracturilor

**37. Electrozii tip placă au următoarele caracteristici:**

- A. au dimensiuni diferite (70/70 mm, 115/175mm, 70/125mm)
- B. se pot aplica direct pe tegument fără strat hidrofil
- C. pot fi realizați din tablă de aluminiu, inox sau cauciuc siliconic electroconductiv
- D. electrozii cu suprafață mică sunt utilizați pentru obținerea unui efect interferențial localizat
- E. pot fi rigizi sau semiflexibili

**38. Avem următoarele modalități de lucru pentru terapia cu curenți interferențiali:**

- A. spectru vizibil
- B. spectru-frecvență variază liniar, crește și scade în 15 sec. între 2 valori ale intervalului 0-100 Hz al frecvenței de indiferență
- C. spectru-frecvență constantă în intervalul 0-100 Hz
- D. manual-frecvență constantă în intervalul 0-100Hz
- E. spectrul 90-100 Hz are efect analgezic

**39\*. Curenții de medie frecvență în domeniul medicinei sunt curenți alternativi sinusoidali cu frecvențe între:**

- A. 1-100 Hz
- B. 1KHz-100KHz
- C. 100Hz-1KHz
- D. 500 Hz-1KHz
- E. 750 Hz- 1KHz

**40. Frecvențele medii între 12-35 Hz au următoarele efecte principale:**

- A. decontracturant
- B. excitomotor
- C. analgetic
- D. vasculotrofic

E. miorelaxant

**41. Dintre particularitățile curenților interferențiali avem:**

- A. nici un răspuns corect
- B. modularea intensității prelungește efectul de stimulare al curentului alternativ de medie frecvență aplicat, prevenind instalarea fenomenului de acomodare
- C. pot fi utilizate intensități mai mari de curent, cu un efect corespunzător crescut
- D. curentul interferențial rezultă din 2 curenți de joasă frecvență cu amplitudini constante, dar cu frecvențe puțin diferite
- E. curentul interferențial rezultă din 2 curenți de medie frecvență cu amplitudini constante, dar cu frecvențe puțin diferite

**42. Următoarele afirmații sunt adevărate despre dozarea ultrasunetelor:**

- A. 0,5-1W/cm<sup>2</sup>-doze medii
- B. 0,05-0,5W/cm<sup>2</sup>-doze medii
- C. 0,5-1W/cm<sup>2</sup>-doze mari
- D. 1-2W/cm<sup>2</sup>- doze mari
- E. nici un răspuns corect

**43. Dintre contraindicațiile aplicării ultrasunetelor specificăm:**

- A. poliartrită reumatoidă stadiu 1
- B. în artroze
- C. laminectomie (leziuni medulare)
- D. la copii
- E. sindrom de neuron motor central

**44. Modalitățile de aplicare a radiației ultrasonice sunt:**

- A. regim discontinuu
- B. regim de impulsuri
- C. regim modulată
- D. regim de undă continuă
- E. regim baleant

**45. Timpul de aplicare a ultrasunetului este între:**

- A. în stadiu acut: 2-3 min. în câmp staționar
- B. în stadiu acut: peste 10 min. în câmp semimobil
- C. în stadiu acut: peste 5 min. în câmp semimobil
- D. în stadiu cronic: 4-10 min. în câmp semimobil și mobil
- E. în stadiu cronic: 10-20 min. în câmp semimobil și mobil

**46. Acțiunea undelor scurte asupra țesuturilor depinde de:**

- A. natura țesuturilor care este aceeași



- B. distanța electrozilor față de suprafața corporală
- C. natura țesuturilor care este diferită
- D. terapeut
- E. tipul electrozilor

**47. Tipuri de electrozi utilizați la terapia cu US:**

- A. alegerea electrodului nu este importantă în funcție de zona tratată
- B. electrozii flexibili încălzesc mai superficial decât cei rigizi
- C. pot fi realizate și aplicații monopolare în câmp inductiv
- D. putem utiliza electrozi capsulați sau cauciucați plăți (flexibili)
- E. electrozii flexibili încălzesc mai profund decât cei rigizi

**48\*.Tipuri de unde ultracurte:**

- A. unde decimetrice lungi ( $\chi=12\text{cm}$ )
- B. unde decimetrice scurte ( $\chi=69\text{cm}$ )
- C. nici un răspuns corect
- D. unde decimetrice nanometrice (microunde), ( $\chi=12,,25\text{cm}$ ) sau  $\chi=12,4\text{cm}$ .
- E. unde decimetrice scurte (microunde), ( $\chi=12,,25\text{cm}$ ) sau  $\chi=12,4\text{cm}$ .

**49.Curentul faradic se caracterizează prin:**

- A. o succesiune de impulsuri cu o formă particulară
- B. este un impuls bifazic amortizat
- C. are o frecvență cuprinsă între 200-300Hz
- D. tehnică tripolară
- E. este un impuls monofazic amortizat

**50. Curenții exponențiali sunt:**

- A. curenți cu impulsuri al căror front de creștere și cădere variază în concordanță cu relația matematică a unei funcții exponențiale
- B. curenți cu impulsuri ce au următorii parametri: frecvență, timp de creștere și descreștere, coeficient de umplere
- C. utili în electrostimularea musculaturii normoinervate
- D. utili în electrostimularea musculaturii denervate total
- E. utili în electrostimularea musculaturii parțial inervate

**BIBLIOGRAFIE**

1. Mihai Drăgoi – Curs de electroterapie și fototerapie, Lito U.M.F. Timișoara, 2001.
2. Juan Plaja - Practical Guide For Electroterapy, Triunfo Serveis Grafics, 1999, pag. 69 - 92
3. Andrei Rădulescu – Electroterapie, Editura Medicală 2005
4. Mihai Drăgoi, Cristian Milicin – Ghid practic și legislativ de electroterapie, LITO U.M.F.T. 2008

## HIDROTERMOTERAPIE

1. \*La expunerea generala calda organismul sufera urmatoarele modificari :
  - A. cresterea debitului cradiac si a frecventei cardiace
  - B. scaderea debitului cardiac si a frecventei cardiace
  - C. vasodilatatie cutanata prin efect direct asupra vasului, prin relaxarea tonusului vasoconstrictor
  - D. vasoconstrictie cutanata scaderea tensiunii arteriale sistolice
  - E. cresterea debitului cardiac si scaderea frecventei cardiace
  
2. Expunerea la cald produce la nivelul organismului urmatoarele modificari:
  - A. vasodolatie cutanata cand temperatura mediului e mai mare de 31°C
  - B. vasoconstrictie cutanata cand temperatura este 36° - 40°C prin mecanism simpatic
  - C. vasodilatatie cutanata si musculara cand temperatura mediului > 40 °C
  - D. vasodilatatie cutanata cand temperatura mediului > 30 °C
  - E. vasoconstrictia cand temperatura mediului = 45°C
  
3. \*Efectele temoterapiei
  - A. imunobiologice
  - B. spasmolitice
  - C. vasodilatator
  - D. creste debutul sanguin si creste rezistenta periferica
  - E. nici unul
  
4. Contraindicatiile expunerii la cald sunt :
  - A. TBC
  - B. tumori maligne
  - C. insuficienta cardiaca
  - D. reumatism inflamator
  - E. poliartrita reumatoida
  
5. Asupra SN termoterapia are urmatoarele efecte:
  - A. creste excitabilitatea nervilor senzitivi
  - B. creste excitabilitatea nervilor periferici
  - C. scade excitabilitatea nervilor senzitivi si periferici
  - D. pe durata mai lunga diminueaza sensibilitatea nervoasa
  - E. creste tonusul vagal
  
6. Reactia dermovasculara la excitantul termic are urmatoarele faze:
  - A. faza I: vasoconstrictie – durata 10" - 20"C
  - B. faza II: hiperemie activa

- C. faza I: hiperemie activa
- D. faza III: hiperemie pasiva se caracterizeaza prin aparitia coloratiei rosii a tegumentului
- E. faza II: hiperemie pasiva

7. Asupra sangelui termoterapia are urmatoarele efecte:

- A. scaderea hematiilor
- B. scaderea hemoglobinei
- C. scaderea leucocitelor
- D. cresterea leucocitelor
- E. mobilizarea sangelui din depozite

8. Indicatiile termoterapiei

- A. afectiuni reumatismale
- B. poliartrita reumatoida
- C. angioneuropatii
- D. reumatisme abarticulare
- E. cancer gastric

9. Indicatiile termoterapiei :

- A. afectiuni metabolice
- B. cistite cronice
- C. afectiuni neurologice (paralizii, pareze nevrite)
- D. afectiuni ginecologice – parametrite
- E. boli febrile

10. Hidroterapia este compusa din :

- A. impachetari
- B. comprese
- C. dusuri
- D. afuziuni
- E. aerosoli

11. Longhetele sunt comprese

- A. calde
- B. reci
- C. stimulante
- D. alternate
- E. cu aburi

12. Baile ascendente Haufe sunt:

- A. calde
- B. reci
- C. alternante
- D. progresiv calde
- E. partiale

**13.** Impachetarile cu parafina se pot folosi sub forma de:

- A. pensulari
- B. metoda tariatelor de tabla
- C. bai partiale
- D. bai generale
- E. onctiuni generale

**14.** Dusul subacval este o metoda

- A. la temperatura de indiferenta a apei
- B. fara presiune
- C. durata de 20 minute
- D. cu presiune
- E. cu 1° - 2°C mai mult decat temperatura apei din baie

**15.** Clasificarea compreselor in functie de temperatura

- A. reci
- B. calde
- C. alternante
- D. racoroase
- E. cu aburi

**16.** Dusurile se impart dupa forma jetului in:

- A. rozeta
- B. evantai
- C. sul
- D. subacval
- E. orizontal

**17.** Dupa directie dusurile pot fi

- A. evantai
- B. subacval
- C. sul
- D. orizontal
- E. vertical

**18.** \*Parafina se sterilizeaza la temperatura de:

- A. 110 – 120 ° C
- B. 65 – 70 ° C
- C. 50 ° C
- D. 90 – 100 ° C
- E. 98 ° C

**19.** Impachetarea uscata completa este indicata in:

- A. hipotiroidism
- B. obezitate
- C. intoxicatii cronice
- D. reumatism cronic
- E. sindroame miocardice

**20.** Impachetarile umede se impart dupa regiunea pe care se aplica in:

- A. trei sferturi
- B. la genunchi
- C. la coate
- D. la cap
- E. la trunchi

**21.** Modul de actiune al impachetarilor umede este uramtorul:

- A. are actiune generala asupra organismului bazata pe factorul termic
- B. actiunea se poate diferentia in trei faze succesive
- C. faza de excitatie la rece prima faza
- D. faza sedativa a III-a
- E. faza excitanta a II-a

**22.** Fazele de actiune ale impachetarilor umede sunt urmatoarele

- A. I – excitatie la rece
- B. II faza excitanta
- C. II faza sedativa
- D. III faza de excitatie 1 – 5 minute
- E. III faza excitanta

**23.** Compresele la trunchi pot fi

- A. reci
- B. calde
- C. stimulante
- D. alternante

E. fierbinti

**24.** \*Compresele precordiale de obicei se folosesc

- A. calde
- B. reci
- C. alternante
- D. stimulante
- E. racoroase

**25.** Compresele abdominale pot fi

- A. reci
- B. calde
- C. stimulante
- D. alternante
- E. fierbinti

**26.** Compresele abdominale reci se indica in

- A. peritonite acute
- B. colici hepatice
- C. apendicite
- D. colecistite
- E. anexite

**27.** Compresele abdominale calde se indica in

- A. apendicite
- B. anexite
- C. parametrite
- D. colici intestinale
- E. colici hepatice

**28.** Comprese reci la torace se indica in

- A. hemoptizii
- B. procese acute ale organelor din cutia toracica
- C. bronsite
- D. mialgii
- E. nevralgii

**29.** Compresele calde la torace se indica in

- A. mialgii
- B. nevralgii intercostale
- C. bronsite si pleurite cu resturi de exudate

- D. procese acute toracice
- E. toate

**30.** Compresle la gat pot fi

- A. reci
- B. fierbinti
- C. calde
- D. partiale
- E. totale

**31.** Compresle reci la gat se indica in

- A. inflamatiei cronice amigdaliene
- B. amigdalite acute
- C. flegmoane
- D. laringite
- E. nici unul

**32.** Compresesele calde la gat se indica in:

- A. inflamatiei ale regiunii amigdaliene insotite de edem
- B. inflamatiei insotite de cianoza
- C. inflamatiei acute
- D. nici unul
- E. toate

**33.** Compresesele reci la cap se indica in

- A. congestie cerebrala
- B. hemoragii
- C. meningite
- D. nic unul
- E. cervicalgii acute

**34.** \*Cele mai des folosite comprese la gambe sunt

- A. partiale
- B. complete
- C. alternante
- D. stimulante
- E. racoroase

**35.** Compresesele longuete reci se indica in

- A. combustii ale degetelor
- B. reumatisme inflamatorii
- C. artrite reumatice insotite de limitarea miscarilor
- D. nici unul

E. toate

**36.** Compresesele genitale sunt:

- A. comprese in T
- B. reci
- C. calde
- D. alternante
- E. stimulante

**37.** Regulile generale de aplicare ale compreselor sunt

- A. compresa trebuie sa fie intim aplicata pe tegumente si sa permita patrunderea aerului
- B. umiditatea trebuie sa fie corespunzatoare felului compresei
- C. compresele uscate de acoperire trebuie sa depaseasca compresele subiacente cu 1 – 2 cm
- D. compresele trebuie sa fie bine stranse
- E. toate afirmatiile sunt adevarate

**38.** Dusul suacval se indica in

- A. nevralgii
- B. pareze
- C. paralizii
- D. gravide
- E. accident AVC

**39.** In functie de temperatura baile se clasifica in

- A. bai reci sub 20 °C
- B. bai racoroase (21 - 33°C)
- C. indiferente (34 – 35°C)
- D. fierbinti (peste 40 - 45°C)
- E. calduroase (39 - 40°C)

**40.** Reguli de aplicare generala ale bailor sunt

- A. proceduri majore si se vor indica in prima jumatate a zilei
- B. se vor indica dupa micul dejun
- C. se vor indica dupa efort fizic prelungit
- D. in baie bolnavul trebuie sa stea linisti sau comod
- E. dupa un continut mare de alimente se indica la 2 – 3 ore dupa masa

**Bibliografie:**

1. Nica S. , Compendiu de recuperare, Editura Carol Davilla , 2000
- 2.I. D.A. Nemes Hidrotermoterapie, Curs format electronic
3. Radulescu, Balneoclimatologie, Editura Medicala 2014



## TERAPIE MANUALĂ

### 1. Asupra circulației sângelui și a limfei masajul are următoarele efecte:

- A. circulația limfatică este redusă de aproximativ 25 de ori
- B. scade viteza de circulație la nivelul sistemului venos
- C. mobilizarea masei sanguine
- D. inhibarea circulației sanguine
- E. vasodilatație capilară

### 2. Fricțiunea:

- A. este o tehnică clasică specială
- B. este o tehnică clasică principală
- C. poate fi aplicată cu o intensitate variată, forța de pătrundere fiind dependentă de unghiul sub care mâna vine în contact cu tegumentul
- D. este o manevră ce se adresează numai maselor musculare
- E. este contraindicată în afecțiunile capsulei articulare

### 3. Frământatul:

- A. este o manevră care se adresează numai pielii
- B. există o singură modalitate de efectuare, sub formă de trepidații
- C. este indicat în masajul grupelor musculare hipotrofiate
- D. este o tehnică clasică principală
- E. se adresează numai capsulei articulare

### 4. Baterea:

- A. constă din lovirea ușoară și ritmică a țesuturilor moi, superficiale sau profunde, în funcție de intensitatea loviturii
- B. este denumită și tapotament
- C. este aplicată întotdeauna la începutul masajului unei regiuni
- D. este contraindicată în masajul coapsei
- E. nu se adresează niciodată grupelor musculare

### 5. \* Referitor la vibrații, următoarea afirmație este adevărată:

- A. pot fi efectuate sub formă de ventuză, cu palmele făcute căuș
- B. au efect intens stimulant
- C. au efect intens tonifiant
- D. au efecte relaxante locale și generale
- E. pot fi aplicate sub formă de tocat sau de bătătorit

### 6. Masajul coapsei:

- A. nu include masajul fasciei lata
- B. începe, de obicei, cu partea anterioară a coapsei (grupul extensor)
- C. pacientul este poziționat numai în decubit dorsal
- D. include aplicarea petrisajului
- E. include masajul mușchiului cvadriceps

**7. \* Următoarea afirmație referitoare la masajul general este adevărată:**

- A. este indicat să înceapă cu regiunea spatelui
- B. nu include masajul membrelor inferioare, membrelor superioare, toracelui sau a gâtului
- C. nu include masajul peretelui abdominal
- D. în scop terapeutic este indicat să nu depășescă 5 minute
- E. în scop terapeutic durează minim 2 ore

**8. Masajul cu gheață:**

- A. face parte din masajul umed
- B. este indicat în poliartrita reumatoidă, faza inflamatorie acută
- C. nu realizează niciodată analgezie
- D. nu se aplică niciodată în hidrartrita intermitentă a genunchiului
- E. este indicat în bursite acute

**9. \* Referitor la masajul general, următoarea afirmație este adevărată:**

- A. inhibă schimburile nutritive cu scăderea accentuată a temperaturii corpului
- B. nu include aplicarea eflurajului
- C. nu influențează tonusul muscular
- D. în funcție de tehnica folosită se produce relaxarea cu reducerea tonusului muscular sau creșterea tonusului muscular cu stimularea organismului
- E. este contraindicat la sportivi

**10. \* Referitor la masajul regiunii lombo-sacrate, următoarea afirmație este adevărată:**

- A. nu se adresează mușchiului dorsal mare
- B. este indicat numai în hiperlordoza lombară
- C. fricțiunea se face de-a lungul crestei iliace, combinată cu vibrații
- D. baterea se poate aplica cu intensitate foarte mare, indiferent de patologie
- E. bolnavul este poziționat întotdeauna în ortostatism

**11. La masajul antebrățului:**

- A. se va ține cont de cele 2 grupuri musculare: grupul flexorilor și grupul extensorilor
- B. netezirea flexorilor și a extensorilor este o manevră opțională
- C. se pot aplica următoarele tehnici: frământatul, vibrația, baterea
- D. nu se aplică niciodată stoarcerea
- E. frământatul nu se aplică niciodată cu ambele mâini

**12. Efectele masajului asupra pielii sunt:**

- A. creșterea pragului de recepție a terminațiilor nervoase cu analgezie
- B. scăderea pragului de recepție a terminațiilor nervoase cu hipotermie
- C. inhibarea secreției glandelor sudoripare
- D. stimularea schimburilor respiratorii la nivelul pielii
- E. nu are niciun efect asupra pielii

**13. Masajul gambei se adresează:**

- A. grupului peronierilor
- B. mușchiului triceps sural
- C. mușchiului cvadriiceps
- D. mușchiului semitendinos
- E. mușchiului pătrat al lombelor

**14. \* Referitor la masajul articulației umărului următoarea afirmație este falsă:**

- A. fricțiunea este o procedură importantă pentru articulația umărului
- B. pentru a fi accesibilă partea anterioară a capsulei articulare mâna pacientului se plasează la spate
- C. pentru a fricționa partea inferioară a capsulei articulare pacientul își așează mâna pe umărul terapeutului
- D. nu se efectuează niciodată mobilizări postmasaj
- E. pentru a fi accesibilă partea posterioară a capsulei articulare bolnavul își așează mâna pe umărul sănătos

**15. Masajul cefei:**

- A. se adresează mușchiului trapez
- B. se începe cu netezirea regiunii
- C. este indicat în spondiloza cervicală
- D. pacientul se poziționează numai în decubit heterolateral
- E. este indicat în hipertensiunea arterială necontrolată

**16. \* Referitor la masajul regiunii dorsale a spatelui următoarea afirmație este adevărată:**

- A. pacientul este poziționat în mod obligatoriu în decubit dorsal
- B. pacientul este poziționat în mod obligatoriu în decubit homolateral
- C. baterea se adresează coloanei vertebrale
- D. baterea se adresează spațiilor intervertebrale
- E. masajul se începe cu netezirea regiunii, urmată de batere și frământat

**17. Efectele masajului asupra tendoanelor, fasciilor, aponevrozelor sunt:**

- A. stimularea proprioceptorilor
- B. inhibarea proprioceptorilor
- C. inhibarea circulației locale
- D. creșterea supleței
- E. favorizarea stazei sanguine și limfatice

**18. \* Masajul umărului se adresează următoarelor grupuri musculare, cu excepția:**

- A. mușchiului supraspinos
- B. mușchiului subspinos
- C. mușchiului deltoid
- D. mușchiului pectoral mare
- E. mușchiului triceps sural

**19. Masajul articulației radio-carpene:**

- A. este indicat în redorile pumnului

- B. pentru masajul regiunii anterioare se realizează flexia palmară a mâinii pentru a relaxa tendoanele flexorilor degetelor
- C. fricțiunea se poate combina cu vibrația
- D. se folosesc următoarele tehnici: netezirea, fricțiunea, vibrația
- E. are întotdeauna un efect intens tonifiant

**20. \* Următoarea afirmație referitoare la masajul general este adevărată:**

- A. este un masaj regional
- B. este un masaj adresat numai organelor interne abdominale
- C. este un masaj local
- D. este un masaj adresat numai hemicorpului drept
- E. este indicat să înceapă cu regiunea spatelui; se masează apoi membrele inferioare, membrele superioare, toracele, gâtul și abdomenul

**21. Vibrațiile:**

- A. pot fi aplicate cu partea palmară a degetelor
- B. necesită întotdeauna aparate vibratorii portabile
- C. necesită întotdeauna existența de scaune sau paturi vibratorii
- D. au efecte relaxante locale și generale
- E. există o singură modalitate de aplicare, sub formă de ciupituri

**22. Efectele masajului asupra mușchilor sunt:**

- A. reducerea performanței musculare
- B. accelerarea refacerii mușchiului obosește prin creșterea schimburilor vasculare
- C. creșterea rezistenței musculare la efort
- D. reducerea vitezei de refacere după traumatisme
- E. creșterea vitezei de refacere după atrofii

**23. Netezirea:**

- A. este o tehnică specială pentru organele interne abdominale
- B. se adresează pielii
- C. nu se adresează sistemului vascular periferic
- D. reprezintă alunecări ritmice, ușoare asupra tegumentului în sensul circulației de întoarcere
- E. reprezintă alunecări ritmice, ușoare asupra tegumentului în sensul invers circulației de întoarcere

**24. Masajul piciorului:**

- A. vizează și masajul plantei
- B. nu se aplică niciodată baterea la nivelul plantei
- C. nu se realizează masajul degetelor piciorului
- D. pacientul este poziționat în ortostatism
- E. este indicat la copiii cu picior plat

**25. \* Contraindicație temporară a masajului este următoarea afecțiune:**

- A. lombosacralgia, faza cronică
- B. apendicita acută

- C. hemiplegia
- D. algoneurodistrofia, perioada de stare
- E. gonartroza

**26. În poliartrita reumatoidă, perioada inflamatorie acută, se pot aplica următoarele tipuri de masaj:**

- A. masajul profund Cyriax
- B. tracțiunile
- C. masajul mecanic intens stimulant
- D. masajul cu gheață
- E. masajul decontracturant al grupurilor musculare din jurul articulațiilor afectate

**27. În gonartroză sunt indicate:**

- A. masajul antalgic în puseu
- B. tracțiunile, în perioada cronică
- C. fricțiunile pe punctele dureroase
- D. masajul este contraindicat
- E. masajul umed decontracturant

**28. Într-o bursită, formă cronică, sunt indicate:**

- A. masajul manual clasic local
- B. compresiunile
- C. scuturăturile
- D. tracțiunile
- E. masajul nu are niciun efect

**29. Pentru un pacient cu parapareză se indică următoarele:**

- A. creșterea spasticității
- B. masajul manual stimulant la nivelul membrelor superioare și al trunchiului
- C. masajul cu gheață la nivelul membrelor superioare
- D. vibrații ale musculaturii membrelor inferioare
- E. masajul cu gheață la nivelul membrelor inferioare

**30. În hipotensiunea arterială se indică:**

- A. băi cu bule de CO<sub>2</sub>
- B. masaj stimulant al membrelor inferioare
- C. masaj stimulant frontal și cervical
- D. masaj sedativ frontal și cervical
- E. niciuna dintre variantele de mai sus

**31. La un pacient cu pareză de nerv radial se indică:**

- A. masaj manual tonifiant al mușchiului triceps brahial
- B. masaj manual tonifiant al mușchiului biceps brahial
- C. masaj manual tonifiant al extensorilor pumnului
- D. masaj manual tonifiant al flexorilor pumnului

E. masaj manual tonifiant al mușchiului trapez

**32. Contraindicațiile absolute ale masajului sunt:**

- A. poliartrita reumatoidă în perioada de remisiune
- B. metastazele osoase
- C. hemiplegia
- D. boala Dupuytren
- E. afecțiunile maligne

**33. În poliartrita reumatoidă, perioada de remisiune, se pot aplica următoarele tipuri de masaj:**

- A. masajul profund Cyriax
- B. tracțiunile
- C. masajul muscular stimulant
- D. masajul cu gheață
- E. masajul decontracturant al grupurilor musculare din jurul articulațiilor neafectate

**34. Într-o bursită, formă acută, sunt indicate:**

- A. masajul manual clasic local, profund și insistent
- B. masajul mecanic intens stimulant
- C. scuturăturile
- D. masajul cu gheață
- E. masajul manual uscat (netezire, vibrație)

**35. În cervicalgiile comune se indică:**

- A. masajul relaxant la nivelul regiunii cervicale
- B. masajul profund al țesutului conjunctiv pe punctele de miogeloză
- C. elongațiile coloanei cervicale
- D. masajul nu este indicat în cazul cervicalgiilor datorate spondilozei cervicale
- E. masajul relaxant al dințatului anterior

**36. În boala Parkinson se aplică:**

- A. masaj cu gheață pe articulații
- B. masaj intens tonifiant pentru creșterea rigidității extrapiramidale
- C. masaj de combatere a tulburărilor circulatorii periferice
- D. masajul abdomenului pentru combaterea constipației
- E. masaj umed

**37. Paraplegia în faza de nursing și reeducare la pat beneficiază de:**

- A. masajul organelor respiratorii și vibrații ale toracelui pentru prevenirea complicațiilor pulmonare
- B. masajul de drenaj al membrelor inferioare pentru prevenirea stazei venoase și a accidentelor tromboembolice
- C. masajul general pentru prevenirea escarelor
- D. masajul peretelui abdominal și al organelor abdominale

E. reeducarea ortostatismului

**38. În cifoza dorsală se indică:**

- A. masajul tonifiant al mușchilor extensori ai coloanei
- B. masajul tonifiant al mușchilor fixatori ai scapulei
- C. masajul relaxant al mușchilor extensori ai coloanei
- D. masajul relaxant al mușchilor fixatori ai scapulei
- E. masajul abdominal în sensul acelor de ceasornic

**39. În disfuncția ventilatorie restrictivă datorată paraliziei de origine centrală se recomandă:**

- A. percuții ale toracelui pentru drenarea secrețiilor bronșice
- B. masajul cefei, umerilor, toracelui
- C. masajul nu este necesar
- D. masajul este contraindicat
- E. masajul se aplică întodeauna după programul de kinetoterapie

**40. Drenajul manual limfatic Leduc-Godard:**

- A. este o tehnică succesivă (aspirație-resorbție-aspirație)
- B. se aplică numai la nivelul membrelor superioare
- C. este o tehnică specială pentru afecțiunile veno-limfatice
- D. este o tehnică specială pentru mușchi
- E. aparține masajului umed

## **BIBLIOGRAFIE**

1. Nemeș I.D.A., Gogulescu A., Jurca M. Masoterapie (masaj și tehnici complementare), ediția a II-a, revizuită și completată. Editura Orizonturi Universitare, Timișoara 2001, ISBN 973-8109-79-5
2. Nemeș I.D.A., Drăgoi M., Totorean Alina, Ghiță Andreea. Masoterapie-Lucrări practice, Editura Orizonturi Universitare (Sub egida Phare), Timișoara 2003, ISBN 973-638-071-8

## **TERAPIE OCUPATIONALA**

**1. Metodele de evaluare specifice terapiei ocupaționale sunt:**

- A. Examenul clinic
- B. Interviul
- C. Observația
- D. Bilanțul articular și muscular
- E. Testele de efort

**2. \*Terapia ocupațională:**

- A. Este o formă de tratament prin activitate
- B. Este o metodă de tratament fizical-kinetic

- C. Este o metodă de tratament psihologic
- D. Este obligatorie în terapia persoanelor cu nevoi speciale
- E. Este obligatorie la bonavii psihici

**3. \*Metodele terapeutice specifice terapiei ocupaționale sunt:**

- A. Exercițiile fizice
- B. Electroterapie de stimulare musculară
- C. Activități cu scop și semnificație pentru pacient
- D. Biofeedback electromiografic (EMG)
- E. Hidroterapia

**4. Principiile terapiei ocupaționale sunt:**

- A. Practica centrată pe client
- B. Practica centrată pe terapeut
- C. Practica centrată pe ocupație
- D. Practica centrată pe mediu
- E. Practica bazată pe dovezi

**5. “Activitățile gestuale cu scop” utilizate în terapia ocupațională reprezintă:**

- A. Componente ale activităților esențiale, mai simple ca acestea
- B. Exerciții fizice facilitatoare pentru activitățile ocupaționale
- C. Activități cu un grad de complexitate mai ridicat decât cele esențiale
- D. Activitățile profesionale ale pacientului
- E. Gestualități de pregătire pentru activități mai complexe

**6. Metodele ajutoare din terapia ocupațională:**

- A. Includ exercițiile terapeutice
- B. Includ activitățile vieții zilnice (ADL)
- C. Includ ortezarea și fizioterapia
- D. Includ activitățile recreative
- E. Sunt activități facilitatoare care pregătesc pacientul pentru terapia ocupațională

**7. Modalitatea de transfer a unui pacient se stabilește în funcție de:**

- A. Deficiențele pacientului
- B. Numărul de asistenți disponibili
- C. Locul de pe care/pe care se realizează transferul
- D. Greutatea pacientului
- E. Greutatea asistenților care realizează transferul

**8. Evaluarea în terapia ocupațională:**

- A. Este un proces de colectare și interpretare a datelor necesare pentru intervenția terapeutică ocupațională
- B. Reprezintă o metodă de terapie ocupațională
- C. Se realizează de către medicii de recuperare medicală



- D. Se concentrează asupra abilităților și problemelor pe care pacientul le are în desfășurarea activităților zilnice
- E. Se realizează de către psihologi

**9. Interviu în terapia ocupațională:**

- A. Este o metodă terapeutică specifică terapiei ocupaționale
- B. Este o metodă de evaluare specifică terapiei ocupaționale
- C. Se realizează de către psiholog
- D. Se realizează de către medicul de recuperare
- E. Se realizează de către terapeutul ocupațional

**10. \*Observația, ca metodă de evaluare în terapia ocupațională:**

- A. Se realizează de către psiholog
- B. Se realizează de către medicul de recuperare
- C. Se realizează de către terapeutul ocupațional
- D. Se realizează numai în locuința pacientului
- E. Se realizează numai în clinici specializate de terapie ocupațională

**11. Prin evaluarea activităților vieții zilnice (ADL) se realizează:**

- A. Precizarea gradului deficitului funcțional
- B. Stabilirea diagnosticului clinic
- C. Stabilirea nivelului de independență funcțională
- D. Terapia ocupațională a unui pacient cu handicap fizic
- E. Aprecierea posibilităților și nevoilor reale ale pacientului și stabilirea priorităților acestuia

**12. \*Activitățile vieții zilnice (ADL) reprezintă:**

- A. Totalitatea activităților pe care pacientul le desfășura înainte de a se îmbolnăvi
- B. Totalitatea activităților pe care pacientul le mai poate realiza după ce s-a îmbolnăvit
- C. Totalitatea acțiunilor unui individ (sănătos sau bolnav) legate de activitățile obișnuite cotidiene
- D. Totalitatea activităților profesionale desfășurate de un individ
- E. Totalitatea activităților recreative desfășurate de un individ

**13. În categoria activităților vieții zilnice (ADL) intră următoarele tipuri de activități:**

- A. Activități de autoîngrijire
- B. Activități profesionale
- C. Activități sportive
- D. Activități de mobilitate (mers, transferuri, deplasare),
- E. Activități de comunicare

**14. Gradele de independență funcțională, în funcție de evaluarea activităților vieții zilnice (ADL) sunt:**

- A. Independent - poate performa singur toate activitățile

- B. Supravegheat - poate performa singur activitățile dar necesită o persoană de protecție
- C. Asistat parțial - necesită asistență parțială pentru performarea activităților
- D. Dependent – necesită asistență aproape completă pentru performarea majorității activităților
- E. Cooperant – poate performa activitățile cerute de terapeut

**15. Transferul prin pivotare din poziție ortostatică:**

- A. Presupune ca pacientul este capabil să ajungă în poziție ortostatică și să pivoteze pe unul sau ambele membre inferioare
- B. Se poate aplica la pacienții cu parapareză
- C. Se poate aplica la pacienții cu hemipareză
- D. Se poate aplica la pacienții cu tulburări de echilibru
- E. Se poate realiza numai cu ajutorul unor asistenți bine instruiți

**16. Scaunul cu propulsare manuală este indicat atunci când:**

- A. pacientul are forța și rezistența necesare pentru manevrarea scaunului
- B. Pacientul suferă o degradare funcțională progresivă și energia sa fizică trebuie conservată
- C. Pacientul nu are o capacitate cognitivă suficientă pentru a putea utiliza un scaun cu propulsare electrică în condiții de siguranță
- D. Este necesară prezența unei alte persoane care să asiste pacientul la deplasarea cu scaunul rulant
- E. Pacientul poate merge dar nu dorește să obosească

**17. Scaunul cu propulsare electrică se va recomanda în următoarele situații:**

- A. Pacientul nu are capacitatea fizică adecvată pentru propulsarea manuală
- B. Pacientul are o situație financiară care să-i permită achiziționarea unui scaun cu propulsare electrică
- C. Pacientul suferă o degradare funcțională progresivă și energia sa fizică trebuie conservată
- D. Pacientul poate merge dar nu dorește să obosească
- E. Pacientul are forță și rezistență adecvată și nu mai este necesar antrenament fizic

**18. Terapia vocațională:**

- A. Presupune efectuarea unor exerciții fizice la locul de muncă
- B. Presupune efectuarea unei activități profesionale în condiții apropiate de cele reale ale profesiei respective
- C. Urmărește reintegrarea sau reorientarea profesională a persoanelor cu dizabilități care doresc să desfășoare activități profesionale
- D. Presupune valorificarea talentelor artistice ale pacienților în timpul terapiei ocupaționale
- E. Se desfășoară exclusiv la locul de muncă pe care pacientul îl avea înainte să se îmbolnăvească

**19. \*La o pacientă de 39 ani cu poliartrită reumatoidă stadiul II, terapia ocupațională va ține cont de:**

- A. Principiul conservării energiei și protecției articulare
- B. Interesele terapeutului
- C. Interesele familiei pacientei
- D. Principiul simetriei
- E. Principiul conservării masei musculare

**20. La o pacientă de 78 de ani, cu poliartrită reumatoidă stadiul III, terapia ocupațională urmărește:**

- A. Reintegrarea profesională
- B. Simplificarea activităților vieții zilnice (ADL)
- C. Adaptarea obiectelor casnice pentru ADL
- D. Prescrierea unui scaun rulant cu propulsare manuală
- E. Administrarea medicației imunomodulatoare

**21. \*Protecția articulară la pacienții cu poliartrită reumatoidă presupune următoarele măsuri, CU EXCEPȚIA:**

- A. Promovarea pozițiilor funcționale pentru articulațiile cu risc de afectare
- B. Evitarea prehensiunii îndelungate și puternice
- C. Antrenamentul intensiv, chiar cu dureri, pentru creșterea forței de prehensiune
- D. Utilizarea unor echipamente adaptate
- E. Utilizarea unor orteze funcționale

**22. \*La un pacient de 48 de ani, cu spondilită anchilozantă, terapia ocupațională include:**

- A. Medicație permanentă antiinflamatoare
- B. Kinetoterapie pentru asuplizarea coloanei vertebrale
- C. Fizioterapie decontracturantă și antialgică
- D. Pensionarea pacientului indiferent de stadiul actual al afecțiunii, boala având un potențial invalidant major
- E. Menținerea unor posturi corecte ale coloanei vertebrale în timpul activităților zilnice

**23. Terapia ocupațională în afecțiunile cardio-vasculare:**

- A. Este contraindicată
- B. Este inclusă în programele de recuperare cardio-vasculară
- C. Se realizează numai la pacienții internați în secțiile de cardiologie
- D. Efortul de antrenament trebuie să fie submaximal
- E. Este inutilă

**24. \*La un pacient de 54 de ani care a suferit un infarct miocardic în urmă cu 5 zile:**

- A. Este contraindicată orice formă de terapie ocupațională timp de 3 săptămâni
- B. Este contraindicată orice formă de terapie ocupațională timp de o săptămână
- C. Este indicată imobilizarea la pat timp de o săptămână

- D. Se pot relua progresiv activitățile de autoîngrijire (toaleta zilnică, spălat pe dinți, îmbrăcat)
- E. Se pot relua activitățile de autoîngrijire numai după testul de efort

**25. Terapia ocupațională la pacienții cu afecțiuni respiratorii implică:**

- A. Administrarea medicației bronhodilatatoare zilnice
- B. Aplicarea unor tehnici respiratorii corecte în cadrul activităților vieții zilnice (ADL)
- C. Evaluarea mediului habitual din punctul de vedere al sistemelor de ventilație și al factorilor poluanți și iritanți
- D. Salinoterapia
- E. Terapia hiperbară

**26. La un pacient în vârstă de 76 de ani cu Parkinson terapia ocupațională va evalua :**

- A. Examenul RMN cerebral
- B. Electroencefalograma
- C. Capacitatea cognitivă, intelectuală
- D. Mediul familial
- E. Deficitele funcționale în efectuarea ADL

**27. \*La un pacientă în vârstă de 54 de ani de profesie secretară, cu AVC ischemic în urmă cu 3 zile soldat cu hemipareză stângă predominant brahială, terapia ocupațională specifică acestei faze evolutive vizează:**

- A. Imobilizare la pat
- B. Antrenamentul progresiv al activităților de autoîngrijire
- C. Reluarea activității profesionale peste o lună
- D. Prescrierea unui scaun rulant manual pentru utilizarea la domiciliu și locul de muncă
- E. Modificări la domiciliu pentru deplasarea cu scaunul rulant

**28. La o pacientă în vârstă de 85 de ani, cu hemipareză spastică stângă secundară unui AVC ischemic în urmă cu 3 luni, evaluarea pentru terapia ocupațională vizează:**

- A. Evaluarea funcțională
- B. Evaluarea profesională
- C. Evaluarea activităților vieții zilnice (ADL)
- D. Evaluarea performanțelor sportive
- E. Evaluarea domiciliului

**29. \*La un pacient în vârstă de 43 de ani, șofer de autobuz, cu hemipareză dreaptă secundară unui AVC hemoragic în urmă cu 3 luni, terapia ocupațională presupune:**

- A. Reluarea cât mai rapidă a activității profesionale anterioare bolii
- B. Kinetoterapie
- C. Antrenament progresiv pentru performarea activităților vieții zilnice (ADL)
- D. Nu mai este necesară terapie ocupațională

E. Terapia ocupațională este obligatorie

**30. Tehnicile de prevenire a căderilor la pacienții cu boală Parkinson includ următoarele recomandări:**

- A. Obiectele se transportă în poligonul de susținere, cu o singură mână pentru ca cealaltă să fie folosită pentru sprijin
- B. Se realizează diferite obstacole în locuință pentru antrenamentul echilibrului
- C. Așezarea pe scaun se face lent, cu o mână pe brațul acestuia
- D. Se antrenează așezarea pe scaun cât mai rapidă și fără sprijin
- E. Ridicarea din pat din poziția culcat se face treptat: 15 secunde se stă așezat pe marginea patului, 15 secunde se rămâne în picioare cu sprijin

**31. La pacienții cu boală Parkinson:**

- A. Terapia de grup este contraindicată pentru a nu le distrage atenția prin diversitatea stimulilor
- B. Terapia de grup este indicată pentru diferite activități recreative
- C. Se recomandă centrele de zi, pentru reintegrarea socială
- D. Activitățile sportive sunt contraindicate pentru evitarea căderilor
- E. Terapia ocupațională este obligatorie

**32. La un pacient cu hemipareză secundară AVC:**

- A. Se va antrena realizarea activităților de autoîngrijire cu membrul superior sănătos, pentru protejarea celui afectat
- B. Recuperarea activităților vieții zilnice (ADL) se începe cu activitățile de autoîngrijire, de la cele simple la cele complexe
- C. Se va insista pe folosirea hemicorpului afectat în cadrul unor scheme normale de mișcare
- D. Se va evita utilizarea hemicorpului afectat, pentru protejarea acestuia
- E. În cazurile cu afectare severă se va antrena activitatea compensatorie a hemicorpului sănătos

**33. \*Terapia ocupațională în afecțiunile neurologice:**

- A. Este o etapă terapeutică obligatorie la pacienții care doresc să își reia activitatea profesională
- B. Are un protocol bine stabilit, indiferent de tipul afecțiunii neurologice
- C. Se recomandă numai pacienților care nu au complicații
- D. Vizează dobândirea unui grad cât mai avansat de independență funcțională
- E. Se poate realiza de către medicul neurolog

**34. La un pacient în vârstă de 30 de ani cu traumatism vertebro-medular la nivel L4, în urmă cu 8 luni, la evaluarea ocupațională se va evidenția:**

- A. Dependență totală în efectuarea activităților vieții zilnice (ADL)
- B. Necesitatea deplasării cu scaun cu roțile propulsat manual
- C. Independență în efectuarea ADL
- D. Rezistență cardio-respiratorie bună

E. Posibilități de deplasare cu cârje sau bastoane canadiene

**35. La un pacient cu traumatism vertebro-medular la nivel C2, în urmă cu 6 luni, terapia ocupațională presupune :**

- A. Reeducarea mersului cu cârje
- B. Asistență parțială pentru performarea activităților vieții zilnice (ADL)
- C. Dependență totală în efectuarea ADL
- D. Asistență permanentă
- E. Deplasare cu scaun cu roțile propulsat electric, posibil de controlat cu bărbia

**36. Terapia ocupațională în pediatrie are la bază următoarele principii:**

- A. Principiul terapiei centrate pe părinți
- B. Principiul terapiei centrate pe activitate
- C. Principiul terapiei centrate pe școală
- D. Principiul terapiei centrate pe client
- E. Principiul terapiei centrate pe terapeut

**37. \*Terapia ocupațională în pediatrie:**

- A. Se adresează copiilor până la vârsta școlară, ulterior fiind inutilă
- B. Se adresează exclusiv copiilor cu handicap neuromotor
- C. Sunt excuși de la TO copii cu sindrom de deficit de atenție
- D. Se adresează copiilor de orice vârstă, în concordanță cu deprinderile corespunzătoare vârstei
- E. Se adresează exclusiv școlarelor

**38. \*La un copil de 7 ani cu astm bronșic, terapia ocupațională presupune:**

- A. Antrenamentul activităților vieții zilnice (ADL) în condiții de mediu poluante (pentru desensibilizare)
- B. Sport în sală
- C. Amânarea începerii școlii (mediu poluat)
- D. Antrenamentul ADL cu evitarea factorilor declanșatori ai crizelor de astm
- E. Prescrierea medicației bronhodilatatoare pentru prevenirea crizelor

**39. La un copil de 7 ani, elev clasa I cu tetrapareză spastică prin paralizie cerebrală de la 2 ani, terapia ocupațională vizează:**

- A. Kinetoterapia
- B. Educarea activităților vieții zilnice (ADL)
- C. Educația familiei
- D. Integrarea școlară
- E. Adaptări ale mobilierului de birou

**40. \*Terapia ocupațională în psihiatrie:**

- A. Este obligatorie pentru a putea externa pacientul din spitalele de psihiatrie
- B. Este inutilă, pacienții având deficite marcate de comunicare și relaționare
- C. Include artterapia și meloterapia

- D. Se poate aplica chiar în stările cu deteriorare psihică marcată
- E. Se aplică numai de către medicii psihiatri

## **BIBLIOGRAFIE**

1. Nemes Dan, Nita Andreea - Terapie ocupationala - Curs si lucrari practice, format electronic, 2013,2014
2. Popa Daiana, Popa Virgil – Terapie ocupationala pentru bolnavii cu deficiente fizice, Editura Universitatii din Oradea, 1999
3. Sbenghe Tudor – Kinesiologie – Stiinta miscarii, Editura Medicala, Bucuresti, 2002
4. Willard and Spackman's occupational therapy / [ed.:] Elizabeth Blesedell Crepeau, Ellen S. Cohn, Barbara A. Boyt Schell - 10th ed.. - Philadelphia ; Baltimore ; New York : Lippincott Williams & Wilkins, 2003

## **FIZIOTERAPIA IN AFECTIUNILE CARDIO-VASCULARE**

- 1. Următorii reprezintă factori de risc modificabili pentru boala cardio-vasculară:**
  - A. fumatul
  - B. hipotensiunea arterială
  - C. activitatea fizică
  - D. sexul
  - E. ereditatea
  
- 2. Următorii nu reprezintă parametrii de definire a sindromului metabolic:**
  - A. indicele de masă corporală (IMC)
  - B. circumferința bustului
  - C. sedentarismul
  - D. trigliceridele serice peste 150mg%
  - E. sexul masculin
  
- 3. \*Ionizările transorbitocerebrale cu sulfat de magneziu 2%:**
  - A. se aplică prin intermediul unor electrozi de tip ochelari
  - B. sunt indicate în hipotensiunea arterială
  - C. intensitatea curentului folosit este de 6-20mA
  - D. sunt contraindicate hipertensivilor care asociază fenomene nevrotice
  - E. intensitatea curentului este crescută progresiv până la apariția fosfenelor
  
- 4. \*Băile galvanice 4 celulare se caracterizează prin:**

- A. sunt indicate în hipertensiunea arterială
- B. în HTA este indicat curentul ascendent
- C. în HTA este indicat curentul descendent
- D. se indică în HTA de 3x/zi, durată 30min
- E. temperatura apei pentru aplicația în HTA este de 36-37°C

**5. În tratamentul fizioterapeutic al HTA, magnetodiafluxul**

- A. este indicat
- B. este indicat în forma ritmică
- C. este indicat în forma discontinuă cu bobină cervicală și lombară
- D. câmpul magnetic intervine prin reglarea factorului umoral
- E. câmpul magnetic nu intervine prin influențarea reactivității vasculare

**6. Aplicațiile de căldură, mai ales cele generale, au asupra aparatului cardiovascular**



**următoarele efecte:**

- A. nevoile de oxigen cresc cu peste 50%
- B. cresc debitul cardiac pe seama creșterii frecvenței cardiace
- C. solicitarea cordului comparativ cu efortul fizic este foarte mare
- D. TAD poate scădea la început la 50-55 mmHg
- E. TAD crește în mod normal, liniar cu durata aplicației

**7. Baia cu CO<sub>2</sub>:**

- A. scade rezistența periferică prin acțiune directă a CO<sub>2</sub> asupra venelor
- B. scade marcat atât TAS cât și TAD
- C. are efect superior celui indus de medicația vasodilatatoare
- D. temperatura băii este de 20-34°
- E. are ca mecanism de acțiune efectul chimic al CO<sub>2</sub>

**8. Exercițiile respiratorii terapeutice au următoarele efecte:**

- A. scad capacitatea de efort fizic a hipertensivului
- B. tehnica TIRALA aplicată timp de 4 săptămâni scade valorile TA
- C. asupra aparatului cardiovascular exercită influențe reflexe, neurohormonale și statice
- D. cresc rezistența periferică la insulină
- E. induc vasodilatație arterială renală

**9. Următoarele reprezintă indicații ale probei de efort:**

- A. boli acute sau afecțiuni ischemice severe
- B. afecțiuni neuromusculare, musculoscheletale sau articulare, arteriopatii periferice sau tromboembolism recent
- C. incapacitatea sau refuzul pacientului de a efectua proba de efort
- D. infarctul miocardic subacut
- E. revascularizarea (by-pass aortocoronarian)

**10. Programul de recuperare al infarctului miocardic:**

- A. cuprinde etapele de recuperare precoce, reantrenament la efort și reinsertie socio-profesională
- B. recuperarea precoce durează 3-4 luni, presupunând monitorizare permanentă în secțiile de cardiologie
- C. în perioada cronică se urmărește adaptarea la efort prin creșterea utilizării periferice a oxigenului
- D. faza de reantrenament la efort urmărește creșterea solicitării cardiace prin creșterea progresivă a capacității de efort maximal
- E. kinetoterapia și terapia ocupațională reprezintă principalele metode de reinsertie socio-profesională

**11. Următorii sunt factorii de risc pentru tromboza venoasă profundă:**

- A. imobilizarea prelungită
- B. varicele
- C. fumatul
- D. hipertensiunea arterială
- E. obezitatea

**12. Tratamentul în tromboza venoasă profundă cuprinde:**

- A. imobilizarea și posturarea proclivă a membrului afectat
- B. prevenirea infarctului pulmonar
- C. prevenirea sindromului posttrombotic
- D. kinetoterapie cu mobilizare precoce
- E. masaj de drenaj veno-limfatic.

**13. \*Tromboflebitele superficiale:**

- A. sunt afecțiuni degenerative însoțite de formarea de trombi aderenți
- B. riscul de embolizare al trombilor este mare
- C. vindecarea este urmată de instalarea sindromului posttrombotic și sechele invalidante
- D. ocazional se pot extinde la venele profunde și pot fi septice
- E. survin frecvent la fumători

**14. Sindromul posttrombotic:**

- A. se manifestă clinic prin edem, dilatația venelor superficiale și tulburări trofice
- B. este dureros
- C. este frecvent urmarea tromboflebitelor superficiale recidivante
- D. este abordat terapeutic prin compresie externă elastică și drenaj postural
- E. impune intervenții chirurgicale pe sistemul venos superficial

**15. Prevenirea instalării hipotensiunii ortostatice din decursul imobilizărilor prelungite se realizează prin:**

- A. masaj repetat al extremităților inferioare
- B. mișcări active și pasive ale membrelor superioare
- C. ridicare la marginea patului de câteva ori pe zi
- D. ciorapi elastici
- E. posturare antideclivă a membrelor inferioare

**16. In insuficiența cardiacă clasa NYHA IV:**

- A. repausul la pat este de 10-12 ore/zi
- B. este interzisă deplasarea pentru igiena personală

- C. terapia ocupațională este inefficientă pentru prevenția depresiei psihice
- D. electroterapia de stimulare a musculaturii netede pentru prevenția constipației este contraindicată
- E. se recomandă mișcări de pedalaj pentru prevenția trombozei venoase

**17. Escarele de decubit:**

- A. apar în decursul imobilizărilor prelungite
- B. abordarea terapeutică poate fi chirurgicală în unele cazuri
- C. pot fi prevenite prin schimbarea repetată a poziției în pat
- D. este indicat masajul zonelor de presiune cu risc de apariție a escarelor
- E. sunt recomandate aplicațiile de parafină la nivelul escarelor de decubit

**18. În insuficiența cardiacă:**

- A. se recomandă ciorapi elastici și posturări ale membrelor inferioare
- B. intensitatea efortului fizic să fie sub consumul maxim de oxigen
- C. exercițiile izometrice pentru grupele musculare mari se efectuează de câteva ori pe zi
- D. efortul fizic se efectuează cu inspir înaintea mișcării și expir în timpul mișcării
- E. înotul este indicat

**19. Reantrenamentul la efortul fizic în afecțiunile cardiovasculare:**

- A. are efect protectiv asupra dezvoltării leziunilor vasculare
- B. are efect direct de influențare a factorilor de risc cardiovascular
- C. scade HDL colesterolul
- D. scade trigliceridele serice
- E. crește rezistența periferică la insulină

**20. Balneoclimatoterapia în afecțiunile cardiovasculare:**

- A. este indicat climatul de șes
- B. este indicat climatul sedativ alpin
- C. sunt indicate apele carbogazoase și mofetele în HTA
- D. sunt indicate apele sulfuroase și iodurate
- E. stațiunile Calimanesti și Felix sunt cu profil cardiovascular

**21. Diabetul zaharat se definește atunci când:**

- A. glicemia a jeune este  $> 126\text{mg/dl}$ ;
- B. glicemia post prandială este  $> 198\text{mg/dl}$ .
- C. glicemia a jeune este  $> 135\text{mg/dl}$ ;
- D. glicemia la 2 ore  $\geq 200\text{mg/dl}$  la testul de toleranță la glucoză.
- E. glicemia la 2 ore  $\geq 250\text{mg/dl}$  la testul de toleranță la glucoză.

**22. Managementul HTA cuprinde ca măsuri generale următoarele:**

- A. reducerea greutatei corporale la persoanele hipertensive supraponderale
- B. reducerea consumului de sare la 0,4-2 g clorură de sodiu (NaCl)/zi
- C. suplimentarea de potasiu până la 100 mEq/zi
- D. restricția de alcool
- E. încetarea fumatului și a consumului de cafea

**23. Electroterapia oferă în principal următoarele măsuri terapeutice benefice hipertensivului:**

- A. ionizări transorbitocerebrale (transorbitale, transcerebrale) cu sulfat de magneziu 2 %.
- B. băile galvanice cvadricelulare curent descendent
- C. băile galvanice cvadricelulare curent ascendent
- D. magnetodiafluxul
- E. nici un raspuns corect

**24. Aplicațiile de căldură, mai ales cele generale, au asupra aparatului cardiovascular următoarele efecte:**

- A. cresc frecvența cardiacă cu 20-30 bătăi/minut
- B. cresc debitul cardiac
- C. rezistența arterială periferică scade la 1/2-1/3 din valoarea inițială datorită vasodilatației
- D. TAD poate scădea la început la 50-55 mmHg, menținându-se scăzută pe toată durata ședinței.
- E. cresc frecvența cardiacă cu 40-50 bătăi/minut

**25. Metodele de relaxare generală utilizate în HTA sunt:**

- A. Metoda Edmund Jacobson
- B. Metoda Schulze
- C. E. Gindler și N. Stolze recomandă o gimnastică relaxantă colectiv
- D. I. Parow recomandă repaus absolut nemișcat la pat 20 min, interval în care pacientul să-și urmărească doar respirația liberă neforțată
- E. nici un raspuns corect

**26. Pentru pacientul hipertensiv sunt indicate:**

- A. stațiuni balneare cu ape minerale carbogazoase, sulfuroase (cu diferite concentrații), iodurate și mofetele
- B. Balneatie externă cu ape minerale carbogazoase (Covasna, Buziaș),
- C. Balneatie externă cu ape minerale sulfuroase în concentrație medie (Herculane) și mare (Nicolina-Iași)
- D. stațiuni balneare cu ape minerale radioactive (Felix)
- E. iodurate (Călimănești, Căciulata, Olănești).

**27. Clasificarea anginei pectorale de efort stabile (clasificarea canadiană) cuprinde:**

- A. Clasa I= toleranță la efort de 7-8 METS
- B. Clasa III= "Limitare însemnată a activității fizice obișnuite"
- C. Clasa IV= toleranță la efort de 1-2 METS
- D. Clasa III= toleranță la efort de 5-6 METS
- E. Clasa II= "Limitare neînsemnată a activității obișnuite"

**28. Indicațiile probei de efort sunt:**

- A. evaluarea funcțională a pacienților cu alte cardiopatii (valvulopatii, HTA, cardiopatii congenitale)
- B. evaluarea capacității funcționale și a prognosticului după un infarct miocardic
- C. diagnosticul pozitiv al unui infarct miocardic
- D. evaluarea pacienților după intervențiile chirurgicale de revascularizare (by-pass aorto-coronarian)
- E. evaluarea capacității funcționale și a răspunsului la tratament în cardiopatia ischemică și/sau insuficiența cardiacă congestivă

**29. Contraindicațiile probei de efort sunt:**

- A. Angina pectorală de repaus
- B. Stenoza aortică ușoară
- C. Afecțiuni cardiace acute (miocardite, endocardite, pericardite)
- D. Tulburările de ritm și/sau conducere
- E. Afecțiuni ischemice medii

**30. Contraindicațiile probei de efort sunt:**

- A. Oprirea cardiacă
- B. Infarctul miocardic acut
- C. Hipotensiunea
- D. Stenoza aortică severă
- E. nici un raspuns corect

**31. Criterii de întrerupere a testului de efort sunt:**

- A. Provocarea unui nivel de ischemie suficient pentru diagnostic
- B. Apariția tulburărilor de conducere intraventriculare sau atrioventriculare (BAV gr. II sau III)
- C. Scăderea TA cu peste 10mmHg față de valoarea anterioară și a pulsului cu peste 2 bătăi/minut
- D. Creșterea TA peste 200/110mmHg
- E. Dorința bolnavului de a opri efortul

**32. Parametrii oferii de proba de efort sunt:**

- A. Tensiunea arterială
- B. Consumul maxim de dioxid de carbon al miocardului
- C. Frecvența cardiacă
- D. Pragul aerob
- E. Electroencefalograma

**33. Clasificarea insuficienței cardiace după gradul dispneei:**

- A. Clasa NYHA 1- Dispnee la eforturi excepționale
- B. Clasa NYHA 2- Dispnee la eforturi obișnuite
- C. Clasa NYHA 4- Dispnee la eforturi mari
- D. Clasa NYHA 3- Dispnee la eforturi mici
- E. Nici un raspuns corect

**34. Recuperarea post infarct miocardic are următoarele obiective in perioada postacută:**

- A. obținerea unei utilizări periferice a oxigenului, prin adaptarea la efort
- B. creșterea capacității de efort maximal
- C. scăderea solicitării cardiace
- D. diminuarea circulației coronariene
- E. nici un raspuns corect

**35. Arteriopatia obliterantă cronică a membrelor inferioare se caracterizează clinic prin:**

- A. Claudicație intermitentă
- B. Durerea în repaus
- C. pilozitate redusă, unghii îngroșate și fisurate
- D. hipertrofii musculare
- E. mari peteșii

**36. Clasificarea Leriche-Fontaine împarte bolnavii cu arteriopatie obliterantă în 4 stadii:**

- A. Stadiul I- absența oricărui simptom de ischemie
- B. Stadiul III- ischemie de efort
- C. Stadiul IV- ischemie de efort: dureri în decubit
- D. Stadiul Iib- claudicație la mai puțin de 200m de mers
- E. Stadiul Iia- claudicație la peste 200m de mers

**37. Trombangeita obliterantă(Boala Buerger):**

- A. Este o boală inflamatorie și obstructivă segmentară ce afectează arterele și venele mari și mijlocii ale extremităților
- B. Etiologia este necunoscută

- C. Boala asociază manifestări de ischemie arterială cronică cu episoade recurente de tromboflebită profundă
- D. Are factori asociați: sexul masculin, vârsta tânără, predispoziția genetică, fumatul
- E. nici un raspuns corect

**38. Fenomenul Raynaud poate avea cauze:**

- A. locale: microtraumatisme profesionale, ocluzia profesională a arterelor mici
- B. generale: bolile de colagen, tromboangeita obliterantă, ateroscleroza obliterantă
- C. regionale: sindrom de coastă cervicală, sdr. defileului scalenic
- D. locale: sdr. de tunel carpian.
- E. generale: neoplazii

**39. Acrocianoza:**

- A. Este tulburare vasculară funcțională
- B. Este caracterizată prin cianoza simetrică a mâinilor
- C. Este însoțită de temperatură locală scăzută și variabil de hipersudorație, agravată de cald
- D. Are etiologie necunoscută
- E. Predomină la femei(80%).

**40. Electroterapia în tratamentul fizioterapeutic al bolilor vasculare periferice arteriale poate cuprinde:**

- A. Radiațiile infraroșii în spațiu deschis
- B. Ultrasunetul.
- C. Undele scurte
- D. Curenții interferențiali
- E. nici un raspuns corect

**41. \*Următorii sunt factorii de risc pentru tromboza venoasă profundă:**

- A.imobilizarea prelungită
- B.varicele
- C.fumatul
- D.hipotensiunea arterială
- E.obezitatea

**42. \*În insuficiența cardiacă:**

- A.se recomandă ciorapi elastici și posturări ale membrelor inferioare
- B.intensitatea efortului fizic să fie peste consumul maxim de oxigen
- C.exercițiile izometrice pentru grupele musculare mari se efectuează de câteva ori pe zi
- D.efortul fizic se efectuează cu inspir înaintea mișcării și expir în timpul mișcării

E.înotul este indicat

**43.\*Parametrii oferiți de proba de efort sunt:**

- A.EKG
- B.Consumul maxim de dioxid de carbon al miocardului
- C.Frecvența cardiacă
- D.Pragul aerob
- E.Electroencefalograma

**44. \*Baia cu CO<sub>2</sub>:**

- A.scade rezistența periferică prin acțiune directă a CO<sub>2</sub> asupra venelor
- B.scade marcat atât TAS cât și TAD
- C. are efect superior celui indus de medicația vasodilatatoare
- D.temperatura băii este de 20-34°
- E. are ca mecanism de acțiune efectul chimic al O<sub>2</sub>

**45.\* Escarele de decubit:**

- A.apar în decursul imobilizărilor de scurta durata
- B.abordarea terapeutică poate fi chirurgicală in unele cazuri
- C.pot fi prevenite prin schimbarea repetată a poziției în pat
- D.este indicat masajul zonelor de presiune cu risc de apariție a escarelor
- E.sunt recomandate aplicațiile de parafină la nivelul escarelor de decubit

**46. \*În tratamentul fizioterapic al HTA, magnetodiafluxul:**

- A.este indicat
- B.este indicat în forma aritmică
- C.este indicat în forma discontinuă cu bobină cervicală și lombară
- D.câmpul magnetic intervine prin reglarea factorului umoral
- E.câmpul magnetic nu intervine prin influențarea reactivității vasculare

**47. \*Următorii sunt factorii de risc pentru tromboza venoasă profundă:**

- A.imobilizarea prelungită
- B.varicele
- C.fumatul
- D.hipotensiunea arterială
- E.obezitatea

**48. Contraindicațiile probei de efort sunt:**

- A.Angina pectorală de efort



- B. Stenoza aortică ușoară
- C. Afecțiuni cardiace acute (miocardite, endocardite, pericardite)
- D. Tulburările de ritm și/sau conducere
- E. Afecțiuni ischemice medii

**49. Reantrenamentul la efortul fizic în afecțiunile cardiovasculare:**

- A. are efect protectiv asupra dezvoltării leziunilor vasculare
- B. are efect direct de influențare a factorilor de risc cardiovascular
- C. scade HDL colesterolul
- D. cresc trigliceridele serice
- E. crește rezistența periferică la insulină

**50. Clasificarea insuficienței cardiace după gradul dispneei:**

- A. Clasa NYHA 1- Dispnee la eforturi excepționale
- B. Clasa NYHA 2- Dispnee la eforturi obișnuite
- C. Clasa NYHA 4- Dispnee la eforturi mari
- D. Clasa NYHA 3- Dispnee la eforturi extreme
- E. Nici un raspuns corect

**Bibliografie:**

1. Branea I., Mancas S. - exercitii fizice si rolul lor in programul complex de recuperare al bolnavilor coronarieni, Timisoara Medicala, 1989, XXXIV, 4.
2. Tiberiu Lakatos, M. Dragoi, Remus Georgescu, Ioana Lakatos, Diana Morcov - 2008, Rolul kinetoterapiei in patologia cardiovasculara, ed. Artpress
3. Branea I., Mancas S., Stanciu L, Berinde I.- Valoarea testului de efort submaximal precoce in programul de recuperare al bolnavilor cu infarct miocardic, Timisoara Medicala, 1989, XXIV, 2.
4. Zdrenghia D.,-Evolutia si tratamentul cardiopatiei ischemice silentioase, Practica Med. Int., 1991.
5. Zdrenghia D., Branea I.-Recuperarea bolnavilor cardio-vasculari, Ed. Clusium, 1995

**FIZIOTERAPIA ÎN AFECȚIUNILE NEUROLOGICE**

**1. Complicațiile unui AVC pot fi:**

- A. tromboza venoasă profundă
- B. sindromul mână-picior
- C. depresia
- D. scăderea anduranței
- E. toate variantele sunt corecte

**2. Prognosticul recuperării unui AVC este în legătură cu:**

- A. spasticitatea prelungită
- B. flascăitatea profundă scăzută
- C. întârzierea în reapariția reflexelor
- D. lipsa de mișcare a piciorului
- E. întârzierea instalării mișcărilor motorii

**3. \* Următoarele afirmații referitoare la AVC, sunt false:**

- A. la instalarea AVC, toate membrele paralizate sunt areflexice
- B. cu timpul se progresează spre rigiditate
- C. reflexele de tendon profunde reapar pe parcursul primelor 48 ore
- D. forța musculară revine dinspre proximal spre distal
- E. forța musculară revine independent la braț față de picior

**4. Următoarele afirmații referitoare la recuperarea sechelelor AVC, sunt adevărate :**

- A. tulburările de comunicare și deglutiție se îmbunătățesc pe parcursul câtorva ani
- B. recuperarea vorbirii se va continua pe o perioadă de 1-2 ani
- C. hemiplegicul stâng tipic necesită 3-4 săptămâni de recuperare în faza acută în condiții de spitalizare
- D. hemiplegicul drept cu probleme severe de comunicare sau deglutiție, poate necesita 4-6 săptămâni de recuperare în condiții de spitalizare
- E. tratamentul de recuperare se continuă de 2-3 ori/săptămână după externarea pacientului

**5. Obiectivele recuperării în AVC sunt următoarele, cu excepția:**

- A. recuperarea trebuie să înceapă doar după externarea din secția de neurologie
- B. evitarea deconșionării datorită imobilizării prelungite
- C. descurajarea autoîngrijirii pentru prevenirea căderilor
- D. funcționarea independentă în ADL
- E. reintegrare în comunitate

**6. În stadiul inițial (flasc) al sechelelor AVC, se indică:**

- A. masaj manual relaxant generalizat
- B. masaj trofic muscular și vascular
- C. menținerea memoriei kinestezice și a propriocepției
- D. exerciții generale de respirație și localizate pe hemitoracele afectat
- E. piciorul afectat se va poziționa la 90° față de gambă

**7. În stadiul mediu (de spasticitate) și cronic post AVC, se indică:**

- A. recuperarea neuro-motorie regresivă
- B. stimularea spasticității
- C. combaterea dezaxărilor
- D. inhibarea hipersensibilității superficiale
- E. combaterea complicațiilor

**8. Pentru profilaxia unui nou AVC, se recomandă:**

- A. exercițiul fizic regulat

- B. limitarea și chiar renunțarea la consumul de alcool, cafea, grăsimi animale
- C. consumul zilnic de fructe și legume, bogate în fibre
- D. continuarea stilului de viață anterior AVC, în vederea prevenirii depresiei
- E. toate variantele sunt corecte

**9. Obiectivele tratamentului de recuperare la pacienții cu boală Parkinson, sunt:**

- A. diminuarea amplitudinii articulare
- B. prevenirea căderilor
- C. reeducarea mersului cu pași mărunți
- D. creșterea independenței funcționale în executarea ADL
- E. tehnici de compensare pentru declinul cognitiv

**10. Tratamentul de recuperare al epilepsiei, respectă următoarele principii:**

- A. se adresează bolii în criză
- B. pacientul se imobilizează de cap și membre în timpul crizei
- C. se insistă pe gimnastica respiratorie
- D. reeducarea orientării temporale
- E. ameliorarea echilibrului și coordonării

**11. Următoarele afirmații referitoare la tratamentul de recuperare al bolii Alzheimer, sunt adevărate:**

- A. complicarea treptată a activităților cotidiene
- B. adaptarea mediului de viață
- C. utilizarea comenzilor verbale
- D. prevenirea căderilor
- E. folosirea echipamentelor ajutătoare

**12. Tratamentul slăbiciunii musculare la un pacient cu scleroză laterală amiotrofică, presupune:**

- A. se folosește rezistența progresivă: 50-60% din forța maximală
- B. scăderea rigidității
- C. scăderea contracturilor dureroase
- D. menținerea mobilității mai ales la umăr
- E. toate variantele sunt corecte

**13. \*Obiectivele tratamentului de recuperare la un pacient cu scleroză laterală amiotrofică, sunt următoarele:**

- A. managementul disartriei, disfagiei, sialoreei
- B. recuperarea disfuncției respiratorii
- C. funcționalitatea intestinală și a vezicii urinare
- D. recuperarea slăbiciunii musculare
- E. toate variantele sunt corecte

**14. Anomaliile motorii prezente la un pacient cu scleroză multiplă, sunt:**

- A. deficit motor de tip extrapiramidal
- B. spasticitatea
- C. hiperreflectivitate osteo-tendinoasă; apare clonusul

- D. rareori apare hemipareza (în special la debut)
- E. durerile și paresteziile

**15. La 5 ani de la debut, tabloul clinic al sclerozei multiple, constă în:**

- A. sindrom piramidal la 85% dintre pacienți
- B. sindrom cerebelos la 70% dintre pacienți
- C. sindrom de trunchi cerebral la 65% dintre pacienți
- D. sindrom vegetativ la 55% dintre pacienți
- E. toate variantele sunt false

**16. Obiectivele tratamentului de recuperare la pacienții cu scleroză multiplă, sunt:**

- A. inhibarea activității motorii voluntare
- B. ameliorarea tulburărilor cerebeloase
- C. ameliorarea coordonării
- D. toate variantele sunt corecte
- E. nici o variantă nu este corectă

**17. Reeducarea paraplegicului în șezând, nu presupune:**

- A. trecerea progresivă la poziția „așezat alungit”, de la poziția „așezat scurtat”
- B. antrenarea transferurilor chiar și în absența unui bun echilibru din poziția „așezat scurtat”
- C. antrenarea ADL din scaunul cu roțile
- D. mobilizări active pentru creșterea forței musculare
- E. terapie ocupațională din scaunul cu roțile

**18. Următoarele afirmații referitoare la spina bifida, sunt adevărate:**

- A. este o malformație dobândită a sistemului nervos
- B. există 3 forme clinice de spina bifida: ocultă, chistică, rahischizisul complet
- C. forma ocultă necesită corectare chirurgicală
- D. forma chistică necesită tratament exclusiv de recuperare și terapie ocupațională
- E. forma cu tulburări neurologice necesită tratament de recuperare care să cuprindă tehnici și metode de facilitare neuro-musculară

**19. Principiile generale de recuperare a ataxiei cerebeloase, sunt:**

- A. deprinderea gesturilor prin repetiție
- B. reeducarea echilibrului prin reducerea progresivă a poligonului de susținere
- C. hidrokinetoterapie pentru ameliorarea stabilizării mișcării
- D. exerciții de inhibare segmentară
- E. exerciții de inhibare posturală

**20. \* Tratamentul sclerozei multiple în stadiile 3 și 4, presupune:**

- A. evitarea tulburărilor circulatorii și a osteoporozei
- B. lupta contra tulburărilor trofice (escare)
- C. menținerea independenței funcționale
- D. adaptarea activităților zilnice la căruciorul rulant + adaptarea mediului ambiant al bolnavului
- E. toate variantele sunt corecte

**21. Faza 3 în recuperarea Miopatiei Duchene, are următoarele caracteristici:**

- A. este faza opririi mersului
- B. mersul este posibil
- C. pacientul se deplasează fără scaun cu rotile
- D. se impun exerciții respiratorii intensive
- E. se impune verticalizarea zilnică, cu dispozitive ajutătoare și orteze

**22. Pentru tratamentul slăbiciunii musculare din Miastenia Gravis, sunt indicate:**

- A. exerciții de mobilitate și stretching, pentru prevenirea contracturilor musculare
- B. exerciții aerobice
- C. electrostimulare cu impulsuri rectangulare
- D. masaj tonifiant
- E. decubit dorsal prelungit

**23.\* Pentru evitarea contracturilor și deformărilor axiale din Miastenia Gravis, nu sunt indicate:**

- A. stretching
- B. exerciții pasive/active
- C. orteze pentru coloana vertebrală și membrele inferioare
- D. sisteme de poziționare și așezare
- E. căldura excesivă

**24. Combaterea dezaxărilor secundare AVC, se realizează prin:**

- A. masaj Cyriax
- B. manipulări și elongații, tracțiuni ale coloanei vertebrale
- C. posturări și imobilizări nefuncționale
- D. repaus total la pat
- E. mișcări postmasaj

**25. Despre stadializarea Hoehn-Yahr a bolii Parkinson, sunt adevărate afirmațiile:**

- A. cuprinde 5 stadii
- B. în stadiul II simptomele sunt bilaterale
- C. în stadiul IV disfuncționalitatea este generalizată, de intensitate medie
- D. în stadiul V simptomatologia este severă, nu mai poate locui singur
- E. în stadiul III este prezent un deficit de echilibru static și dinamic, cu lentoare semnificativă în executarea mișcărilor

**26. Examenul clinic neurologic poate evidenția prin testarea motilității active și a forței musculare:**

- A. monopareză = afectarea exclusivă a membrelor superioare
- B. paraplegie = deficit motor al membrelor superioare
- C. tetraplegie = deficit motor al membrelor inferioare și superioare
- D. paralizie flască = hipotonă
- E. paralizie spastică = rigidă

**27.\* În hemiplegia frustră post AVC, se recomandă:**

- A. în primele săptămâni se urmărește reeducarea după tehnica Bobath
- B. se vor stimula contracțiile care reproduc schemele primitive
- C. se vor inhiba contracțiile care reproduc schemele normale
- D. mișcările globale se vor desfășura pe o traiectorie dreaptă, folosită de bolnav
- E. toate variantele sunt corecte

**28. Examenul clinic neurologic poate evidenția, următoarele atitudini particulare:**

- A. mâna în gât de lebădă în pareza de nerv radial
- B. mâna simiană în pareza de nerv cubital
- C. grifa cubitală în pareza de nerv median
- D. grifa radială în pareza de nerv radial
- E. mâna căzută (extensia pe antebraț imposibilă) în pareza de nerv radial

**29. Reeducarea coordonării la un pacient cu boală Parkinson, nu se realizează prin:**

- A. exerciții de mers cu viteze variabile
- B. exerciții cu mingea, popice, în concomitență cu mișcări ale membrelor inferioare
- C. se evită oscilațiile laterale ale trunchiului
- D. ritmul de execuție al exercițiilor este foarte important
- E. se evită aplecarea pentru culegerea obiectelor de pe sol pentru prevenirea căderilor

**30. Următoarele afirmații referitoare la scleroza multiplă, sunt adevărate:**

- A. este o afecțiune autoimună inflamatorie a sistemului nervos
- B. este o afecțiune congenitală
- C. se asociază în grade variate cu o suferință neuronală axonală
- D. este o afecțiune a adultului tânăr
- E. riscul este 5-6 ori mai mare la femei, decât la bărbați

**31. Anomaliile motorii prezente la un pacient cu scleroză multiplă, sunt:**

- A. deficit motor de tip piramidal
- B. rigiditatea
- C. hiporeflexivitate/areflexie osteo-tendinoasă; apare clonusul
- D. rareori apare hemipareza (în special la debut)
- E. semnul Babinski și Hoffmann sunt absente

**32. Afecțiuni degenerative spino-cerebeloase, sunt următoarele:**

- A. maladia Friedreich
- B. eredoataxia Pierre-Marie
- C. miastenia Gravis
- D. distrofia musculară Duchene
- E. maladia Strumpell-Lorrain (Paraplegia spasmodică familială)

**33. Examenul clinic neurologic complex efectuat unui pacient cu afecțiune neurologică, cuprinde obligatoriu examinarea:**

- A. prin rezonanță magnetică nucleară
- B. reflexelor
- C. prin computer tomograf
- D. sensibilității
- E. atitudinilor particulare

**34. Creșterea independenței funcționale în executarea ADL la un bolnav cu boală Parkinson, se realizează în funcție de stadiu, astfel:**

- A. stadiul I: se exersează scrisul, aplicarea fardului la femei
- B. stadiul II: se urmărește menținerea funcțiilor restante
- C. stadiul III: se acordă o atenție deosebită echilibrului
- D. stadiul IV: se exersează toaleta, îmbrăcarea, alimentarea
- E. stadiul V: acest stadiu necesită asistență permanentă

**35. \*Afectarea funcțiilor cognitive din cadrul sindromului demential, se traduce prin:**

- A. tulburări de memorie
- B. tulburări de limbaj cu afazie motorie severă
- C. amnezie pentru faptele trecute, fiind afectată memoria de evocare
- D. este un proces progresiv, starea de conștiență fiind afectată precoce
- E. toate variantele sunt corecte

**36. Următoarele afirmații referitoare la maladia Friedreich, sunt adevărate:**

- A. este o boală dobândită după infecții virale
- B. are transmitere recesivă
- C. se manifestă clinic prin: sindrom cerebelos și piramidal
- D. se manifestă clinic prin sindrom radiculo-coordonal anterior și lateral
- E. poate apare picior scobit, cifoscolioză

**37. Pentru tratamentul slăbiciunii musculare la un pacient cu scleroză laterală amiotrofică, se recomandă:**

- A. exerciții cu rezistență submaximală mai ales în bolile lent progressive
- B. folosirea de exerciții excentrice cu rezistență crescută
- C. dacă apare durere și disconfort cu durată mai mare de o zi, se schimbă tratamentul
- D. folosirea unei rezistențe moderate: 20-40% din forța maximală, 3 seturi de 4-8 repetiții
- E. creșterea forței musculaturii neafectate sau ușor afectate

**38. \*Reeducarea paraplegicului pentru ortostatism și mers, nu cuprinde:**

- A. reeducarea controlului motor la nivelul tuturor celor 4 componente: forță, rezistență, antrenament la efort, respirație
- B. utilizarea ortezelor de verticalitate

- C. reeducarea controlului motor la nivelul tuturor celor 4 componente: mobilitate, stabilitate, mobilitate controlată, abilitate
- D. reeducarea mersului cu sprijin în 2 cârje
- E. terapie ocupațională

**39. Stadiile de recuperare a mersului la pacienții cu sechele AVC, nu sunt următoarele:**

- A. stadiul I: mers fără bare paralele
- B. stadiul II: mers între bare paralele
- C. stadiul III: ortostatism între bare paralele
- D. stadiul IV: urcat-coborât scări
- E. stadiul IV: mers fără bare paralele

**40. Semne clinice ale bolii Parkinson, sunt:**

- A. tremorul de mișcare, cu frecvență de 3-8 c/s
- B. hipokinezia/akinezia
- C. postura în hiperextensie datorată spasticității de pe extensorii trunchiului
- D. hiperkinezia
- E. mers cu pași mici, târâți, cu căderi frecvente

**41. Semnele clinice ce pot apare în cadrul sindromului de neuron motor periferic sunt următoarele:**

- A. deficit motor cu spasticitate
- B. deficit motor cu hipotonie
- C. diminuarea sau abolirea ROT
- D. semne senzitive
- E. tulburări vegetative funcționale și trofice

**42. Următoarele afirmații referitoare la perioada de recuperare musculară în poliomielită, sunt adevărate:**

- A. tonifierea musculaturii indemne se realizează mai intens decât în fazele anterioare
- B. hidroterapia (băi calde pe segmentele paralizate) este contraindicată
- C. masajul manual și electroterapia (undele scurte) cu rol trofic și de stimulare a creșterii sunt contraindicate
- D. reeducarea progresivă a mersului și reeducarea ADL se realizează
- E. drenajul manual limfatic și drenajul tălpii venoase se realizează

**43. Următoarele afirmații referitoare la recuperarea sindromului motor din cadrul leziunilor de nervi periferici, sunt false:**

- A. imobilizarea funcțională în atele simple sau elastice este indicată pentru evitarea apariției deformărilor și atitudinii vicioase
- B. masajul cu gheață urmat de stretch-reflex se indică pentru evitarea atrofiei mușchilor paralizați



- C. tehnicile și metodele de facilitare neuromusculară nu se indică pentru evitarea atrofiei mușchilor paralizați
- D. recâștigarea coordonării mișcărilor se realizează prin masaj manual în special vibrator, masaj mecanic vibrator, asociat cu terapie ocupațională în special pentru membrele superioare
- E. recâștigarea coordonării mișcărilor nu se realizează prin exerciții Frenkel pentru membrele inferioare

**44. Următoarele afirmații referitoare la recuperarea sindromului senzitiv din cadrul leziunilor de nervi periferici, sunt adevărate:**

- A. tehnicile pentru creșterea excitabilității locale (ciupituri, pensări etc.) sunt utilizate
- B. ordinea recuperării este: 1.sensibilitatea tactilă, 2.dureroasă, 3.termică
- C. ordinea recuperării este: 1.sensibilitatea termică, 2. dureroasă, 3.tactilă
- D. ordinea recuperării este: 1.sensibilitatea dureroasă, 2.tactilă, 3.termică
- E. refacerea stereognoziei și a localizării senzației se realizează

**45. Referitor la recuperarea sindromului vasculo-nutritiv din cadrul leziunilor de nervi periferici, următoarele afirmații sunt adevărate:**

- A. poziționarea segmentului afectat și utilizarea feșilor elastice nu este indicată
- B. stimularea circulației sanguine prin metoda Knap este indicată
- C. gimnastica vasculară Burger este indicată
- D. hidrokinetoterapia alternantă este indicată
- E. toate variantele sunt corecte

**46. \*Următoarele afirmații cu privire la pareza facială de tip periferic, sunt adevărate:**

- A. apare asimetria facială, cu ștergerea șanțurilor și a pliurilor feței și a frunții de partea bolnavă, bolnavul nu poate să-și arate arcadele dentare
- B. se indică electrostimularea musculaturii denervate după electrodiagnostic, precum și masajul facial trofic și stimulant intra și extrabucal
- C. se utilizează programele analitice, programele de recuperare globale putând duce la dezechilibre, se pot efectua exerciții în fața oglinzii
- D. se evită activarea mușchilor din partea inferioară a feței cât timp se activează mușchii din jumătatea superioară
- E. toate variantele sunt adevărate

**47. Următoarele afirmații referitor la paralizia nervului axilar (circumflex), sunt adevărate:**

- A. nervul axilar inervează mușchiul biceps brahial
- B. prevenirea pozițiilor vicioase (chingă sub cot și abducție la nivelul brațului) face parte din tratamentul de recuperare medicală
- C. evitarea redorii articulare face parte din tratamentul de recuperare medicală
- D. elementele de facilitare nu fac parte din reeducarea musculaturii afectate

E. FNP-urile și diagonalele Kabat nu fac parte din reeducarea musculaturii afectate

**48. Referitor la pareza de nerv median, sunt adevărate următoarele afirmații:**

- A. nervul median este nervul flexiei mâinii și degetelor, pronației antebrăului și opozabilității policelui
- B. tulburările vegetative sunt rare în pareza de nerv median
- C. electrostimularea musculaturii denervate, după efectuarea electrodiagnosticului, face parte din reeducarea musculaturii afectate
- D. elementele de facilitare, exercițiile contralaterale, FNP-urile, diagonalele Kabat (D1F, D2E) se utilizează inițial în cadrul reeducării musculaturii afectate
- E. terapia ocupațională (scris, desenat, pictat, brodat, tâmplărie etc.) face parte din tratamentul de recuperare

**49. Referitor la pareza de nerv radial, sunt adevărate următoarele afirmații:**

- A. nervul radial inervează flexorii antebrăului/braț, flexorii mâinii pe antebră, precum și pronatorul
- B. prevenirea și corectarea deviațiilor cu ajutorul ortezelor fixe și ortezelor active fac parte din tratamentul de recuperare medicală
- C. elementele de facilitare, FNP-urile, diagonalele Kabat (D1E, D2F) sunt indicate inițial în reeducarea musculaturii paralizate
- D. exercițiile pentru creșterea forței și rezistenței musculare se indică numai inițial în reeducarea musculaturii paralizate
- E. exercițiile de stabilitate și coordonare (în lanț kinetic închis) se indică la final în reeducarea musculaturii paralizate

**50. Referitor la pareza de nerv cubital, următoarele afirmații sunt false:**

- A. nervul cubital determină flexia cu adducția mâinii, adducția și abducția degetelor (interosoși), flexia primei falange a degetelor II-V, adducția policelui
- B. nervul cubital inervează senzitiv partea externă a feței palmare și dorsale a mâinii, policele și indexul
- C. menținerea tonusului musculaturii neafectate a membrului superior afectat face parte din tratamentul de recuperare medicală
- D. elementele de facilitare, exercițiile contralaterale și tehnicile de facilitare neuro-proprioceptivă (FNP) nu fac parte din tratamentul de recuperare medicală, deoarece nervul cubital este un nerv senzitiv
- E. terapia ocupațională nu face parte din tratamentul de recuperare medicală

**51. Următoarele afirmații referitoare la paralizia nervului femural (crural), sunt adevărate:**

- A. nervul femural inervează senzitiv fața ant-int a coapsei, fața internă a gambei
- B. apare paralizia mușchiului cvadriceps

- C. menținerea forțe musculare la nivelul musculaturii membrelor superioare, a musculaturii trunchiului și a tricepsului sural nu face parte din tratamentul de recuperare medicală
- D. reeducarea musculaturii afectate: la început se utilizează numai exerciții izometrice și izotonice pentru creșterea forței musculare
- E. reeducarea funcțională a genunchiului, utilizându-se exerciții pentru stabilitate și coordonare, face parte din tratamentul de recuperare medicală

**52. Următoarele afirmații referitoare la paralizia nervului sciatic popliteu extern (peronier comun), sunt adevărate:**

- A. simptomatologia motorie: este afectată flexia plantară a piciorului
- B. simptomatologia senzitivă: anestezie în porțiunea medială a gambei și fața plantară a piciorului
- C. tratamentul de recuperare medicală pentru mușchi de forța 0-1 include tonifiori musculare, mers corectat pe teren variat, reeducarea sensibilității
- D. tratamentul de recuperare medicală pentru mușchi de forța 0-1 include posturare care menține piciorul în unghi drept față de gleznă, orteză dinamică a piciorului
- E. tratamentul de recuperare medicală pentru mușchi de forța 2 include exerciții analitice ale mușchilor paralizați prin utilizarea singeriilor și a tehnicilor de facilitare neuro-musculară, hidrokinetoterapie

**53. Precizați care dintre următoarele afirmații referitoare la paralizia nervului sciatic popliteu intern (tibial posterior), sunt adevărate:**

- A. apare deficit motor: imposibilitatea flexiei dorsale a piciorului
- B. apar tulburări vegetative
- C. tratamentul de recuperare medicală include purtarea de susținător plantar
- D. tratamentul de recuperare medicală include electrostimularea este efectuată la nivelul lojei posterioare a gambei
- E. tratamentul de recuperare medicală include refacerea funcției piciorului, cu ajutorul exercițiilor pentru stabilitate, coordonare

**54. Tabloul clinic în paralizia de plex de brahial cuprinde, în funcție de tipul leziunii, următoarele semne:**

- A. tipul superior (C5-C6): imposibilitatea abducției și rotației brațului din articulația scapulo-humerală
- B. tipul superior (C5-C6): reflexul bicipital este abolit
- C. tipul mijlociu (C7): abolirea extensiei antebrăț/braț
- D. tipul mijlociu (C7): reflexul bicipital este abolit
- E. tipul inferior (C8-T1): nu se pot efectua mișcărilor mâinii și ale degetelor, apar tulburări de sensibilitate obiectivă pe fața internă a brațului, antebrățului și mâinii

**55. \*Următoarele afirmații referitoare la durerea lombară joasă, sunt adevărate:**

- A. boala artrozică sau alterările degenerative ale discului intervertebral (protruzie, prolaps) reprezintă cauze frecvente ale durerii lombare joase
- B. discita, osteomielite, abcese, metastazele, mielomul multiplu reprezintă cauze rare ale durerii lombare joase
- C. în cazul afectării rădăcinii L5: iradierea durerii are loc la nivelul fesei, feței postero-externe a coapsei, feței externe a gambei, feței dorsale a piciorului și halucelui
- D. în cazul afectării rădăcinii S1: iradierea durerii are loc la nivelul fesei, feței posterioare a coapsei, feței posterioare a gambei, călcâi, plantă, marginea externă a piciorului până la degetul V
- E. toate variantele de mai sus sunt corecte

**56. Clasificarea privind etapele prin care trece o radiculopatie lombo-sacrată cuprinde următoarele etape:**

- A. perioada acută: durerile sunt intense, nu se calmează în decubitul simplu, la nivel paravertebral există contractură musculară
- B. perioada subacută: bolnavul își poate mobiliza coloana durerile apărute fiind de intensitate scăzută, de asemenea durerile apar la mersul și ortostatismul prelungit, poate persista contractura musculară
- C. perioada subacută: durerile din decubit au dispărut, bolnavul se poate mișca dar la mobilizarea coloanei reapar durerile, persistă contractura musculară
- D. perioada cronică: bolnavul își poate mobiliza coloana durerile apărute fiind de intensitate scăzută, de asemenea durerile apar la mersul și ortostatismul prelungit, poate persista contractura musculară
- E. perioada cronică: durerile din decubit au dispărut, bolnavul se poate mișca dar la mobilizarea coloanei reapar durerile, persistă contractura musculară

**57. Referitor la tratamentul nevralgiei sciatică, următoarele afirmații sunt adevărate:**

- A. obiectivele sunt: educarea bolnavului, combaterea durerii, combaterea contracturii musculare din faza acută, asuplizarea coloanei, tonifierea musculară, prevenirea recidivelor
- B. evitarea frigului, umezelii, eforturilor fizice, a mișcărilor bruște fac parte din tratamentul igienico-dietetic și de viață
- C. scăderea ponderală face parte din tratamentul igienico-dietetic și de viață
- D. purtarea de lombostat și a pantofilor cu talpă ortopedică nu se indică în cadrul tratamentului igienico-dietetic și de viață, deoarece interferează cu mobilitatea la nivel lombar
- E. AINS + antalgice, miorelaxante, infiltrații la nivel paravertebral fac parte din tratamentul medicamentos

**58. Următoarele afirmații referitoare la tratamentul nevralgiei sciatică, sunt adevărate:**

- A. hidrotermoterapia (duș subacval, duș cu bule, aplicarea de căldură) se aplică în fazele acute

- B. electroterapia antalgică (atenție la materiale de osteosinteză) se aplică la nivel lombo-sacrat și la nivelul traiectelor de iradiere a durerii
- C. scăderea iritației radiculare prin posturi antalgice în ușoară cifozare lombară se realizează în cadrul kinetoterapiei din perioada acută
- D. programul de „școala spatelui” prezintă următoarele etape: conștientizarea poziției corecte a coloanei lombare și bazinului, înzăvorârea coloanei lombare, menținerea forței musculare la nivelul abdominalilor și fesierilor
- E. programul de „școala spatelui” prezintă următoarele etape: conștientizarea poziției corecte a coloanei lombare și bazinului, înzăvorârea coloanei lombare, întinderea abdominalilor și fesierilor

**59. Următoarele afirmații referitoare la kinetoterapia în nevralgia sciatică, sunt adevărate:**

- A. în perioada acută: relaxarea musculaturii lombare contractate (tehnica hold-relax la pozițiile finale ale diagonalelor Kabat, la început pe partea sănătoasă, apoi pe cea bolnavă)
- B. în perioada acută: se începe programul de asuplizare lombară (fazele I și II a programului Williams, precum și exerciții din poziția de atârnat la spalier)
- C. în perioada acută: hidrokinetoterapie și manipulări și/sau elongații
- D. în perioada cronică: continuarea asuplizării lombare (faza III a programului Williams)
- E. în perioada cronică: tonifierea extensorilor lombari și a iliopsoasului, precum și întinderea abdominalilor, paravertebralilor și fesierilor

**60. Următoarele afirmații referitoare la programul de recuperare după laminectomie lombară, sunt adevărate:**

- A. faza I (primele 2 zile postoperator): alternarea decubitelor laterale (stg – dr) din 2 în 2 ore, începând cu ziua a 2-a se poate sta în decubit dorsal
- B. faza I (primele 2 zile postoperator): gimnastică respiratorie (abdominală și toracică)
- C. faza I (primele 2 zile postoperator): se realizează transferul din pat pe scaun, ulterior în ortostatism
- D. faza II (ziua 3 – ziua 10): se pot efectua exerciții din ortostatism și poziția atârnat
- E. faza II (ziua 3 – ziua 10): tonifierea musculaturii toraco-lombare (extensorii), a abdominalilor, fesierilor mari și a cvadricepsului

**61. \*Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:**

- A. simptomatologia în sindromul de „coadă de cal” complet (L2-S5): paraplegie hipotonă, areflexie rotuliană și ahiliană, tulburări sfincteriene vezicale și anale, tulburări trofice (escare de decubit)
- B. simptomatologia în sindromul de „coadă de cal” superior (L2-L4): similar unei leziuni bilaterale ale nervilor SPExt și SPInt, abolirea reflexului ahilian

- C. simptomatologia în sindromul de „coadă de cal” mijlociu (L5-S2): afectarea flexiei coapselor pe bazin, a adducției coapselor și a extensiei gambelor pe coapse (similar leziunilor bilaterale ale nervilor femurali și obturatori)
- D. în nevralgia sciatică manevrele de elongație calmează durerea (Lassegue, Bonnet)
- E. în nevralgia sciatică semnele pozitive importante sunt prezența semnului Babinski și a tulburărilor sfincteriene

**62. Următoarele afirmații referitoare la polinevrite (polineuropatii periferice), sunt adevărate:**

- A. în etiologie este citată cauza dismetabolică (diabetică, uremică, porfirinică)
- B. în etiologie este citată cauza toxică (alcoolică)
- C. în etiologie sunt citate colagenozele (vasculite – LED, poliartrită reumatoidă)
- D. sindromul motor este de tip neuron motor central, cu deficite motorii simetrice, localizate distal, la nivelul membrelor (picioare și gambe, respectiv mâini și antebrațe), hipertonie musculară, hiperROT
- E. în cadrul sindromului senzitiv, simptomele subiectivele pot precede sau însoți simptomele obiective și constau în parestezii, dureri, durere la atingerea tegumentelor

**63. Precizați care dintre următoarele afirmații referitoare la tratamentul de recuperare în polinevrite (polineuropatii periferice), sunt adevărate:**

- A. în perioada de debut și stabilizare: masaj trofic și vascular pe zona de leziune
- B. în perioada de debut și stabilizare: electroterapie antalgică
- C. în perioada de debut și stabilizare: posturări corective în pat pentru evitarea piciorului în equin, a mâinii în grifă, a flexumului de șold și genunchi
- D. în perioada de debut și stabilizare: se contraindică tehnici și metode de facilitare neuro-musculară proprioceptivă
- E. în perioada de debut și stabilizare: reeducarea musculaturii prin electrostimulare excito-motorie și masaj trofic muscular

**64. Referitor la poliradiculonevrită (sindromul Guillain-Barre), care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:**

- A. deficitul motor: în general, debutează asimetric la nivelul membrelor superioare, unde predomină inițial la nivel distal și nu se extinde
- B. riscul de extensie rapidă a deficitului motor la musculatura respiratorie și faringiană și riscul de complicații legate de decubit condiționează tratamentul
- C. principii ale tratamentului de recuperare – în stadiul de paralizie: prevenirea și tratamentul escarelor; evitarea atitudinilor vicioase, redorilor articulare și retracturilor musculare; ameliorarea și menținerea funcției respiratorii
- D. principii ale tratamentului de recuperare – în stadiul de regresie: kinetoterapia analitică și globală, progresiv, activă cu rezistență (pe diagonalele Kabat) este contraindicată
- E. toate variantele sunt corecte

**65. Precizați care dintre următoarele afirmații referitoare la traumatismele cranio-cerebrale sunt adevărate:**

- A. apărarea promptă la stimularea nociceptivă denotă o coma superficială
- B. la traumatizații gravi inconștienți, primele măsuri la locul accidentului se adresează căilor respiratorii (dezobstrucție), așezarea traumatizatului în decubit lateral pentru ușurarea respirației, asigurarea hemostazei
- C. hemiplegia și afazia nu fac parte din sindroamele posttraumatice sechelare, deoarece aceste simptome apar numai în cadrul accidentelor vasculare cerebrale
- D. nevrozele și psihozele posttraumatice fac parte din sindroamele posttraumatice reziduale și tardive
- E. paralizii de nervi cranieni și deficitele senzoriale nu fac parte din sindroamele posttraumatice sechelare

**66. Următoarele sunt obiective ale tratamentului în nevralgia sciatică:**

- A. educarea bolnavului
- B. combaterea durerii
- C. menținerea contracturii musculare din faza acută
- D. asuplizarea coloanei
- E. prevenirea recidivelor

**67. Kinetoterapia în perioada cronică a nevralgiei sciatică nu cuprinde:**

- A. se începe programul de asuplizare lombară: faza I a programului Williams
- B. toniferea iliopsoasului
- C. întinderea abdominalilor și fesierilor
- D. hidrokinetoterapie
- E. masaj vascular al membrului inferior în cazul purtării unui lombostat

**68. Următoarele afirmații cu privire la siringomieliile sunt adevărate:**

- A. tabloul clinic – sensibilitatea tactilă și profundă sunt conservate
- B. tabloul clinic – sdr. de motoneuron periferic, tardiv, cu parapareză flască
- C. tratament – favorizarea spasticității în cazul instalării unui sindrom piramidal
- D. tratament – scăderea spasticității în cazul instalării unui sindrom extrapiramidal
- E. tratament – prevenirea tulburărilor trofice

**69. Următoarele afirmații privind paralizia facială de tip periferic, sunt adevărate::**

- A. pliurile frontale sunt șterse
- B. pliurile frontale sunt proeminente
- C. fanta labială este simetrică
- D. bolnavul nu poate să-și arate arcadele dentare

E. bolnavul nu poate sufla sau fluiera

**70. Paralizia nervului median determină deficit motor și atrofie cu:**

- A. afectarea pronației antebrățului
- B. afectarea extensiei și supinației pumnului
- C. afectarea abducției palmare a policelui
- D. afectarea extensiei falangelor II și III ale indexului și ale mediusului
- E. paralizia mușchiului opozant al policelui (pensa polico-digitală fiind imposibilă)

**71. Simptomatologia din paralizia nervului radial, nu cuprinde:**

- A. forma înaltă: este posibilă extensia antebrăț/braț
- B. forma înaltă: nu se poate face extensia mâinii
- C. forma înaltă: nu există un pseudodeficit motor al mușchilor flexori ai mâinii
- D. forma înaltă: apar tulburări de sensibilitate în regiunea externă a feței palmare a mâinii
- E. la nivelul șanțului de torsiune al humerusului: reflexul tricipital este abolit

**72. \*Paralizia nervului femural determină următoarele elemente de simptomatologie, cu excepția:**

- A. imposibilitatea flexiei gambei pe coapsă prin paralizia mușchilor ischiogambieri
- B. imposibilitatea flexiei coapsei pe abdomen prin paralizia mușchiului psoas-iliac
- C. atitudine particulară: atrofia mușchiului quadriceps
- D. reflexul rotulian abolit
- E. hipo/anestezie pe fața antero-internă a coapsei și pe fața internă a gambei

**73. \*Următoarele afirmații referitoare la etiologia radiculară a nevralgiei sciatică, este falsă:**

- A. hernie de disc
- B. afecțiuni vertebrale inflamatorii reumatismale
- C. tumorale
- D. traumatice
- E. afecțiuni retroperitoneale

**74. Kinetoterapia în durerea lombară joasă are următoarele obiective:**

- A. corectarea posturii și conștientizarea poziției corecte a coloanei lombare
- B. zăvorârea coloanei lombare în timpul efortului
- C. asuplizarea trunchiului inferior – programul Williams
- D. relaxarea musculaturii paravertebrale, abdominale și fesieră
- E. relaxarea musculaturii paravertebrale, abdominale și fesieră

**75. Tratamentul de recuperare medicală în paralizia de nerv axilar cuprinde:**

- A. evitarea redorii articulare



- B. prevenirea pozițiilor vicioase: adducție la nivelul brațului
- C. inițial: elemente de facilitare
- D. inițial: FNP-uri
- E. inițial: exerciții contralaterale

**76. \*Următoarele afirmații referitoare reeducarea musculaturii paralizate în paralizia nervului median, este falsă:**

- A. inițial: elemente de facilitare
- B. inițial: diagonalele Kabat (D1E, D2F)
- C. inițial: diagonalele Kabat (D1F, D2E)
- D. inițial: FNP-uri
- E. inițial: exerciții globale de triplă flexie

**77. Tratamentul igienico-dietetic în nevralgia sciatică cuprinde următoarele:**

- A. evitarea frigului, umezelii, eforturilor fizice
- B. purtarea de pantofi cu talpă ortopedică
- C. scădere ponderală
- D. evitarea purtării de lombostat pentru a preveni atrofia musculaturii abdominale
- E. învățarea și conștientizarea de către bolnav a poziției corecte la nivelul coloanei, poziție ce va fi menținută doar în repaus

**78. Clinica sindromului polineuropatic, nu cuprinde:**

- A. hipertonie (sindromul motor)
- B. hipotonie (sindromul motor)
- C. sindromul senzitiv
- D. sindromul trofo-vegetativ
- E. hiper / accentuarea ROT (sindromul motor)

**79. Tratamentul fizical și balnear în durerea lombară joasă cuprinde:**

- A. masaj – profund, tonifiant lombar în faza acută
- B. masaj – superficial în faza acută
- C. electroterapie cu scop analgic și decontracturant
- D. termoterapie locală
- E. în perioadele acute – Mangalia, Techirghiol

**80. Examenul fizic al pacientului cu durere lombară joasă, nu evidențiază:**

- A. limitarea flexiei anterioare a trunchiului
- B. limitarea dureroasă a extensiei lombare
- C. dificultate la mersul pe vârfuri – în afectarea L5
- D. contractura musculaturii paravertebrale lombare

E. dificultate la mersul pe călcâie – în afectarea S1

## **BIBLIOGRAFIE**

1. Nemeş D, Amăricăi E, Sucişu O, Popa D, Caşan L, Surducăn D – Curs: Fizioterapia în afecţiunile neurologice, LITO U.M.F.T 2010
2. Caşan L, Nemeş D, Amăricăi E, Sucişu O, Popa D, Surducăn D – Lucrări practice: Fizioterapia în afecţiunile neurologice, LITO U.M.F.T 2010

## **RECUPERAREA PERSOANELOR CU NEVOI SPECIALE**

### **1. Următoarele sunt considerate persoane cu nevoi speciale:**

- A. persoane cu deficienţe de vedere
- B. persoane cu deficienţe auditive
- C. persoane supraponderale
- D. persoane cu deficienţe fizice
- E. persoane cu deficienţe comportamentale

### **2. Referitor la îngrijirea bontului postamputaţie de membre, următoarele sunt adevărate:**

- A. lavajul este zilnic, cu apă caldă
- B. lavajul se realizează o dată pe săptămână, cu apă caldă
- C. lavajul de 2 ori pe zi, cu gheaţă
- D. purtarea bandajului compresiv este necesară
- E. purtarea bandajului compresiv este opţională

### **3\*. Referitor la îngrijirea bontului postamputaţie de membre, următoarea afirmaţie este adevărată:**

- A. bontul se bandajează în opt
- B. bontul se bandajează circular
- C. bontul se bandajează liniar
- D. bontul nu se bandajează transversal
- E. bontul nu se bandajează

### **4. În terapia membrului fantomă postamputaţie de membre sunt implicate următoarele:**

- A. terapia "mirror box"
- B. TENS
- C. acupunctura

- D. masajul
- E. amputarea membrului contralateral sănătos

**5\*. Terapia "mirror box" are următoarea indicație:**

- A. scolioze
- B. membrul fantomă
- C. hernia de disc cervicală
- D. autism
- E. sindromul Tourette

**6. La baza proiectării protezelor pentru membrul superior stau următoarele activități:**

- A. prinderea mâinii
- B. prinderea unui mâner cilindric
- C. prinderea laterală
- D. abducția umărului
- E. rotația internă a umărului

**7. În faza de antrenament protetic, obiectivele recuperării sunt:**

- A. creșterea coordonării
- B. facilitarea dependenței în viața zilnică
- C. stabilitatea protezei
- D. folosirea eficientă a protezei
- E. folosirea minimală a protezei

**8. Obiectivele kinetoterapiei în stadiul postacut și de recuperare al arsurilor sunt următoarele:**

- A. creșterea amplitudinii de mișcare articulară
- B. prevenirea contracturilor
- C. creșterea forței musculare
- D. maximizarea abilităților funcționale
- E. limitarea independenței funcționale

**9. Referitor la reabilitarea persoanelor cu deficiențe de auz, următoarele afirmații sunt adevărate:**

- A. comunicarea nonverbală este cea mai importantă
- B. intensitatea exercițiului fizic să fie apropiată de cea a persoanelor normale
- C. intensitatea exercițiului fizic să fie mult redusă comparativ cu cea a persoanelor normale
- D. durata exercițiului fizic să fie apropiată de cea a persoanelor normale
- E. durata exercițiului fizic să fie mult redusă comparativ cu cea a persoanelor normale

**10. Dizabilitățile datorate deficiențelor de vedere sunt:**

- A. afectarea ADL-urilor
- B. afectarea capacității de a funcționa independent
- C. afectarea capacității de a se deplasa în mediul înconjurător
- D. afectarea comunicării verbale
- E. afectarea limbajului

**11. Mobilitatea persoanelor cu pierdere totală a vederii poate fi realizată cu ajutorul următoarelor mijloace:**

- A. cadru de mers
- B. persoană ghid
- C. baston alb
- D. câine
- E. sisteme de navigație electronice

**12. Reabilitarea pacientului vârstnic cu boală Alzheimer implică următoarele:**

- A. kinetoterapie
- B. integrare socială
- C. izolare socială
- D. planificarea activităților zilnice
- E. realizarea a unui număr minim de activități

**13. Incapacitatea reprezintă:**

- A. reducerea parțială sau totală a posibilității de a realiza o activitate motrică
- B. reducerea parțială sau totală a posibilității de a realiza o activitate cognitivă
- C. pierderea unei funcții
- D. alterarea unei structuri
- E. un dezavantaj social

**14. Scopurile nevoilor speciale sunt:**

- A. izolarea socială
- B. izolarea familială
- C. izolarea profesională
- D. asigurarea unui nivel de trai decent
- E. integrarea socială

**15. Referitor la sindromul Down, următoarele afirmații sunt adevărate:**

- A. kinetoterapia este contraindicată
- B. kinetoterapia nu are niciun beneficiu
- C. kinetoterapia este indicată încă din primele luni de viață pentru a avea o dezvoltare neuromotorie adecvată și armonioasă

- D. tratamentul kinetic are scopul de dobândire a unui grad de independență
- E. retardul mental nu apare niciodată

**16. Terapia ocupațională în sindromul Down are în vedere următoarele obiective:**

- A. reeducarea motricității fine
- B. inhibiția motricității grosiere
- C. antrenarea activităților de autoîngrijire
- D. integrarea senzorială
- E. planificarea motorie

**17. Referitor la recuperarea în arsuri, următoarele afirmații sunt adevărate:**

- A. trebuie începută imediat după producerea leziunii
- B. se poate extinde pe intervalul de ani de zile
- C. abordare comprehensivă se adresează aspectelor fizice, psihologice, sociale
- D. kinetoterapia este inutilă
- E. kinetoterapia constă exclusiv în exerciții rezistive cu greutate

**18. Referitor la recuperarea în arsuri, următoarele afirmații sunt adevărate:**

- A. mâna arsă va fi plasată în poziție înaltă, într-o atitudine funcțională, cu palma deschisă
- B. mâna arsă va fi plasată în poziție joasă, într-o atitudine funcțională, cu palma închisă
- C. în arsurile unilaterale ale trunchiului se indică combaterea atitudinilor scoliotice
- D. în arsurile membrului inferior, genunchiul va fi menținut în extensie și piciorul în dorsiflexie
- E. în arsurile membrului inferior, genunchiul va fi menținut în flexie și piciorul în equin

**19. În abordarea copilului cu autism, se indică următoarele:**

- A. analiza comportamentală aplicată
- B. trainingul răspunsului fundamental
- C. terapia ocupațională
- D. logopedia
- E. implantul cohlear

**20. Obiectivele terapiei în autism sunt:**

- A. îmbunătățirea comunicării
- B. îmbunătățirea capacității de învățare
- C. dobândirea autonomiei în activitățile de autoîngrijire
- D. dobândirea dependenței în activitățile de autoîngrijire
- E. comunicarea nonverbală

**21. Terapia copilului cu tulburare hiperchinetică cu deficit de atenție implică următoarele:**

- A. limitarea activităților motorii
- B. limitarea practicării sporturilor

- C. terapie comportamentală
- D. încurajarea activităților motorii
- E. încurajarea practicării sporturilor

**22. Pentru practicarea alergatului, proteza de membru inferior trebuie să aibă următoarele caracteristici:**

- A. labele picioarelor să fie robuste
- B. labele picioarelor să fie cu răspuns dinamic
- C. forța este aplicată numai la degetele de la picioare
- D. prezența câlcâiului este obligatorie
- E. labele picioarelor să fie cu răspuns static

**23. Pentru practicarea înotului, proteza de membru inferior trebuie să aibă următoarele caracteristici:**

- A. să aibă componente rezistente la apă
- B. cu glezne care îi permit piciorului să fie în flexie plantară pentru pornire
- C. componentele rezistente la apă sunt opționale
- D. cu glezne care îi permit piciorului să fie în flexie dorsală pentru pornire
- E. cu glezne care îi permit piciorului să fie în inversie pentru pornire

**24. Pentru practicarea ciclismului, proteza de membru inferior trebuie să aibă următoarele caracteristici:**

- A. să fie rigidă
- B. să aibă crampe încorporate în partea de jos a labei piciorului
- C. să fie dinamică
- D. să nu aibă crampe
- E. să aibă componente rezistente la apă

**25. Adaptarea exercițiului fizic în cazul persoanelor cu deficiențe de vedere implică următoarele:**

- A. alergarea trebuie ghidată de un ajutor (fir de ghidaj, partener)
- B. alergarea nu trebuie ghidată
- C. intensitatea să fie mult mai mică comparativ cu cea indicată la normovăzători
- D. intensitatea să fie mult mai mare comparativ cu cea indicată la normovăzători
- E. intensitatea să fie apropiată cu cea indicată la normovăzători

**26. Adaptarea exercițiului fizic și a exercițiilor recreative în cazul persoanelor cu deficiențe de vedere implică următoarele:**

- A. exercițiile trebuie descrise verbal
- B. mișcările trebuie demonstrate individual
- C. menținerea contactului tactil cu mâna în cazul mersului pe covor rulant
- D. contactul tactil cu mâna în cazul utilizării bicicletei ergometrice este inutil

E. contactul tactil cu mâna în cazul utilizării stepperului este inutil

**27. Adaptarea exercițiului fizic este necesară pentru următoarele persoane:**

- A. cu deficiențe de vedere
- B. cu deficiențe de auz
- C. cu sindrom Down
- D. cu autism
- E. sportivi de performanță

**28\*. Alfabetul Braille este indicat pentru următoarele persoane:**

- A. cu deficiențe de vedere
- B. cu deficiențe de auz
- C. cu sindrom Down
- D. cu autism
- E. cu sindrom Tourette

**29. Următoarele reprezintă contraindicații pentru participarea la un program de exerciții pentru pacientul vârstnic:**

- A. leziune musculoscheletală acută
- B. tulburări de comportament severe
- C. TA de repaus crescută: TAS >200 mmHg, TAD >110 mmHg
- D. boala Alzheimer
- E. demența

**30\*. Terapia ABA este indicată pentru:**

- A. deficiențe de vedere
- B. deficiențe de auz
- C. sindrom Down
- D. autism
- E. amputații de membre

**Bibliografie:**

1. Amăricăi Elena, Curs Recuperarea persoanelor cu nevoi speciale, format electronic, 2018
2. Dan Nemeș, Andreea Niță, Corina Cristea. Curs de activitate fizică adaptată, Cursul disciplinei, format electronic, Timișoara, 2007
3. Dan Nemeș, Suru Paula, Niță Andreea, Corina Cristea. Curs de educație fizică și sportivă de recuperare, Cursul disciplinei, format electronic, Timișoara, 2006
4. Braddom Randall L. Medicină Fizică și de Reabilitare. Ediția a IV-a. București 2015

## **RECUPERAREA ÎN PEDIATRIE**

### **1. Pentru aprecierea stării de nutriție la copil se utilizează următoarele:**

- A. Greutatea corporală
- B. Indicele de masă corporală
- C. Perimetrul cranian
- D. Mărimea pantofului
- E. Pliurile cutanate

### **2. Factorii exogeni care influențează creșterea și dezvoltarea copilului sunt:**

- A. Factorii genetici
- B. Alimentația
- C. Factorii socio-economici
- D. Factorii culturali
- E. Factorii hormonal

### **3. Scolioza este o deviație a coloanei vertebrale:**

- A. În plan frontal
- B. În plan sagital
- C. Caracterizată prin cel puțin două curburi
- D. Cu evoluție progresivă
- E. Cu tendință de compensare exclusivă a curburii superioare

### **4. Scoliozele se clasifică din punct de vedere al gravității în:**

- A. Ușoare: < 20-30 grade unghi Cobb
- B. Ușoare: <40 grade unghi Cobb
- C. Ușoare : < 10 grade unghi Cobb
- D. Medii: = 25-50 grade unghi Cobb
- E. Severe : >20 grade unghi Cobb

### **5. \* Sportul terapeutic indicat copiilor cu scolioze este:**

- A. Atletismul
- B. Handbalul
- C. Tenisul de câmp
- D. Înotul
- E. Baschetul

### **6. Obiectivele tratamentului de recuperare medicală, la un copil cu scolioză, sunt următoarele:**

- A. Ameliorarea posturii
- B. Scăderea flexibilității coloanei vertebrale



- C. Relaxarea musculară parțială
- D. Ameliorarea respirației
- E. Scăderea forței musculare paravertebrale și abdominale

**7. Următoarele afirmații referitoare la maladia Scheuermann sunt adevărate:**

- A. Este o boală congenitală
- B. Este o boală ereditară care se manifestă prin spate plan
- C. Este o afecțiune manifestată prin hipercifoză dorsală
- D. Nu apare niciodată durere la nivelul coloanei dorsale
- E. Se evidențiază prin modificări la nivelul corpurilor vertebrale și spațiilor vertebrale

**8. Mușchii hipertrofiați în cazul unei hiperlordoze lombare sunt:**

- A. Psoasul iliac
- B. Transversul abdominal
- C. Tricepsul sural
- D. Rotatorii interni ai membrelor
- E. Dreptii abdominalii

**9. Toracele înfundat se caracterizează prin:**

- A. Depresiunea părții inferioare a sternului
- B. Grilajele costale sunt împinse în exteriorul cavității toracice
- C. Manubriul costal este în poziție normală
- D. Coloana vertebrală este adesea sediul unei cifoscolioze dorsale
- E. Umerii sunt coborâți, făcând ca omoplații să proemine posterior

**10. Tabloul clinic al unui copil cu torace înfundat cuprinde:**

- A. Tulburări respiratorii
- B. Tulburări cardiace
- C. Tulburări psihice
- D. Retard mental
- E. Tulburări renale

**11. Obiectivele terapeutice ale obezității la copil sunt următoarele, cu excepția:**

- A. Scăderea aportului prin dietă
- B. Cura de sudație=balneatie internă cu ape minerale termale
- C. Scăderea cheltuielilor energetice=terapia prin mișcare
- D. Creșterea cheltuielilor energetice prin expunere la radiații UV
- E. Creșterea tranzitului=crenoterapie cu ape minerale

**12. Terapia prin mișcare la un copil cu diabet zaharat insulinodependent determină:**

- A. Scăderea toleranței la glucoză
- B. Creșterea toleranței la glucoză
- C. Profilaxia macroangiopatiei
- D. Scăderea producției de insulină
- E. Activarea unui factor cu efect hipoglicemiant, altul decât insulina

**13. Obiectivele tratamentului de recuperare în astmul bronșic la copil sunt:**

- A. Îmbunătățirea statusului funcțional
- B. Educația copilului
- C. Creșterea anxietății
- D. Inhibarea respirației
- E. Scăderea volumelor de aer mobilizate pentru întregul plămân

**14. Tratamentul igienico-dietetic al scoliozei cuprinde:**

- A. Evitarea efortului fizic adecvat
- B. Repausul la pat să se facă pe un pat moale în decubit ventral
- C. Corectarea atitudinilor vicioase la copil și adult
- D. Învățarea corectă de către bolnav a gesturilor uzuale zilnice
- E. Dietă corespunzătoare calitativ și cantitativ

**15. Kinetoterapia aplicată unui copil cu cifoză dorsală presupune:**

- A. Mobilizarea pasivă a coloanei vertebrale și posturi de corecție
- B. Atârănarea la scara fixă
- C. Reechilibrarea centurii scapulare prin tonifierea abdominalilor și fesierilor
- D. Controlul permanent al ținutei în timpul zilei
- E. Controlul permanent al ținutei în timpul zilei și al nopții

**16. Principiul metodei Schroth aplicată unui copil cu scolioză cuprinde următoarele:**

- A. Fixarea coloanei vertebrale
- B. Inhibarea respirației costale
- C. Întinderea coloanei vertebrale
- D. Scurtarea coloanei vertebrale
- E. Derotația coloanei vertebrale dintr-o postură hipercorectată

**17. Antrenamentul la efort la un copil cu astm bronșic se poate realiza prin:**

- A. Mers
- B. Alpinism
- C. Cover rulant
- D. Bicicleta ergometrică
- E. La piscină

**18. Tratamentul de recuperare în mucoviscidoză include următoarele:**

- A. Tehnici de clearance a căilor respiratorii
- B. Aerosoloterapia
- C. Inhaloterapia
- D. Inhibarea drenajului postural
- E. Scăderea expansiunii toracice

**19. Stațiunile balneare indicate pentru un copil cu mucoviscidoză sunt:**

- A. Slănic Moldova
- B. Eforie Nord
- C. Techirghiol
- D. Băile Felix
- E. Buziaș

**20. \* Factorii de risc care pot fi controlați în ceea ce privește etiologia astmului bronșic la copii, sunt următorii cu excepția unuia:**

- A. Fumatul în timpul sarcinii
- B. Fumatul pasiv
- C. Obezitatea
- D. Expunerea la praf
- E. Rasa

**21. Următoarele afirmații referitoare la redorile din artrogripoză sunt adevărate:**

- A. Au caracter congenital
- B. Sunt întotdeauna asociate unei displazii musculocutanate
- C. Nu necesită tratament
- D. Sunt evidente de la primul examen după naștere
- E. Sunt localizate exclusiv la nivelul coloanei vertebrale

**22. Tratamentul de recuperare în osteogeneza imperfectă la copil include:**

- A. Creșterea mobilității intensiv
- B. Creșterea mobilității în mod progresiv, cu prudență
- C. Tonifierea musculară în mod progresiv, cu prudență
- D. Tonifierea musculară intensiv, fără nicio prudență legată de riscul de fractură
- E. Educația familiei

**23. Obiectivele tratamentului de recuperare în artrita idiopatică juvenilă sunt:**

- A. Menținerea și creșterea mobilității articulare
- B. Prevenirea deformărilor articulare

- C. Imobilizarea articulațiilor afectate
- D. Repaus absolut al genunchiului afectat timp de 3 luni
- E. Corectarea posturilor vicioase

**24. Kinetoterapia în torticolisul congenital la copil presupune următoarele:**

- A. Stretching pasiv al mușchiului sternocleidomastoidian afectat din decubit dorsal
- B. Rotații cervicale pasive
- C. Stretching pasiv al mușchiului pectoral mare afectat din decubit dorsal
- D. Stretching activ al mușchiului sternocleidomastoidian neafectat din decubit dorsal
- E. Rotații lombare pasive

**25. Boala Legg-Calve-Perthes se manifestă clinic prin:**

- A. Durere la nivelul șoldului afectat
- B. Mers antalgic
- C. Limitarea mișcărilor de rotație internă și externă a șoldului afectat
- D. Durere la nivelul coloanei cervicale
- E. Durere la nivelul cotului

**26. \* Următoarea afirmație referitoare la apofizita tibială anterioară este falsă:**

- A. Este o afecțiune malignă
- B. Este frecvent întâlnită în perioada de creștere
- C. Apare în special la băieți cu vârsta 8-14 ani
- D. Este o afecțiune benignă
- E. Este mai frecventă la copii care practică un sport

**27. Următoarele sunt manifestări clinice din rahitismul carențial comun:**

- A. Stern în carenă
- B. Fontanela anterioară închisă la 3 luni
- C. Dentiție deficitară
- D. Hipotonie musculară
- E. Hipertonie musculară

**28. Din decubit ventral, prin folosirea punctelor cheie, după metoda Bobath:**

- A. Coborârea capului sub nivelul brațelor întinse, ușurează extensia genunchilor
- B. Ridicarea capului cu mâinile întinse în abducție, influențează extensia coloanei vertebrale, deschiderea palmei și abducția picioarelor
- C. Ridicarea capului cu mâinile întinse în adducție, influențează flexia coloanei vertebrale, închiderea palmei și abducția picioarelor
- D. Ridicarea capului cu mâinile întinse în abducție, influențează flexia coloanei vertebrale, deschiderea palmei și adducția picioarelor

E. Ridicarea capului deasupra brațelor întinse ridicate și extensia coloanei vertebrale, ușurează întinderea bazinului și a genunchilor

**29. \* Din decubit dorsal, prin folosirea punctelor cheie, după metoda Bobath:**

- A. Ridicarea capului cu rotație crește rețracția centurii scapulo-humerale
- B. Flexia și abducția bazinului cu genunchii flectați și cu trunchiul înclinat în față, facilitează extensia coloanei vertebrale și ridicarea capului
- C. Ridicarea capului deasupra brațelor întinse ridicate și extensia coloanei vertebrale, ușurează întinderea bazinului și a genunchilor
- D. În tratamentul timpuriu la spasticitate nu prea puternică, flexia bazinului și a genunchilor în abducție ușurează jocul mâinii pe linia mijlocie
- E. Ducerea în față a brațelor flectate, destabilizează centura pelvină

**30. În parcurgerea etapelor de dezvoltare neuro-motorie la copil, relaxarea se realizează:**

- A. Prin legănarea copilului mic prins de glezne cu capul în jos
- B. Prin posturarea copilului mare după baia galvanică, 10 minute în patul de relaxare
- C. Pentru forma predominant piramidală: provocarea reacției Landau
- D. Pentru cazurile cu persistența RTCA: rotirea capului de aceeași parte
- E. Pentru membrul superior: flexia puternică a membrului inferior

**31. \* În parcurgerea etapelor de dezvoltare neuro-motorie la copilul mic, mișcarea pasivă se realizează, cu excepția:**

- A. Alternă la tetraplegici
- B. Reciprocă Phelps la hemiplegici
- C. Prin metoda pentru combaterea contracturii adductorilor coapselor
- D. Prin metoda pentru combaterea contracturii abductorilor coapselor
- E. Alternă la paraplegici la membrele inferioare

**32. În parcurgerea etapelor de dezvoltare neuro-motorie la copilul mic, rostogolirea se realizează:**

- A. În funcție de tonusul de menținere al capului
- B. În tonus insuficient: rostogolire de la cap
- C. În tonus suficient: rostogolire de la membrele inferioare
- D. La 18 luni: desolidarizarea mișcărilor trunchiului de bazin
- E. La 6-7 luni: desolidarizarea mișcărilor trunchiului de bazin

**33. În parcurgerea etapelor de dezvoltare neuro-motorie la copilul mic, postura păpușii se realizează prin:**

- A. Tapotaj sub bărbie
- B. Reacții de dezechilibrare

- C. Stimulare vizuală
- D. Reacții de redresare activă
- E. Tragere cu o chingă

**34. \* În parcurgerea etapelor de dezvoltare neuro-motorie la copilul mic, târârea se realizează:**

- A. În spasticitate: prin susținere axilară
- B. În spasticitate: prin tehnica Bobath asupra centurii pelvine
- C. În leziuni grave: prin metoda Margaret Rood
- D. În sprijin insuficient în postura păpușii: prin stimularea stațiunii bipede
- E. Reacții de echilibrare

**35. În parcurgerea etapelor de dezvoltare neuro-motorie la copilul mic, șederea se realizează prin:**

- A. Ridicarea pasivă în șezând din culcat
- B. Așezarea pasivă din culcat în șezând
- C. Așezarea activă din culcat în șezând prin derotația trunchiului
- D. Ridicarea activă în șezând prin rotația trunchiului
- E. Reacții de echilibrare

**36. În parcurgerea etapelor de dezvoltare neuro-motorie la copilul mic, etapa în patru labe (de-a bușilea) se realizează prin:**

- A. Sul sub torace în postura păpușii
- B. Mers prin susținere sub torace
- C. Mers activ altern cu stimularea echilibrului prin presiuni laterale
- D. Sprijin pe un singur braț, alternativ
- E. Mers fără susținere

**37. În parcurgerea etapelor de dezvoltare neuro-motorie la copilul mic, mersul se realizează prin:**

- A. Susținut de membrele superioare de către fizioterapeut
- B. Prin metoda de combatere a adducției coapselor
- C. Nesusținut ± gheată ortopedică
- D. Mersul favorizat în genunchi
- E. Mersul susținut cu inhibarea axelor de mișcare

**38. \* În parcurgerea etapelor de dezvoltare neuro-motorie la copilul mic, ortostatismul se realizează prin următoarele, cu excepția uneia:**

- A. Ridicarea din șezând pe bancă
- B. Ridicarea din poziție patruredă
- C. Ortostatismul în sprijin bipodal-unipodal
- D. Reacții de răsturnare

E. Reacții de echilibrare

**39. La un copil mare cu parapareză spastică, combaterea genu flexum-ului, se realizează prin:**

- A. Exerciții sub rezistența maximală, doar din poziția șezând
- B. Exerciții izotonice cu rezistență de 20-40% din rezistența maximală
- C. Mers lateral cu sprijin la bare paralele când este apt să stea în picioare
- D. Bicicletă ergometrică cu extensia din genunchi
- E. Din șezând la marginea patului: întinderea maximă a genunchilor cu cifozare lombară

**40. Pentru realizarea coordonării senzitivo-motorii la un copil cu picior equin congenital:**

- A. Se indică mersul pe teren plat, neted
- B. Lucrul cu piciorul gol
- C. Exerciții de pedalaj la bicicleta ergometrică
- D. Urcat și coborât la spalier- pe scară
- E. Exerciții din balet pentru picioare

## **BIBLIOGRAFIE**

Cașan Liliana, Nemes I.D.A, Recuperarea in pediatrie, Editura Mirton, Timisoara, 2014, ISBN 987-973-52-1444-9

## **MEDICINA SPORTIVA**

**1. Evaluarea precompetițională a sportivilor (medico-sportivă) are scopul de a:**

- a. stabili starea de sănătate, starea funcțională și capacitatea de efort a sportivilor
- b. stabili regulamentul de joc
- c. identifica situațiile ce pot afecta participarea sportivului în condiții de siguranță la antrenamente/ competiții
- d. stabili pozițiile de joc
- e. supraveghea în dinamică starea de sănătate a sportivilor

**2. Cei 3 factori structurali ce determină atât stabilitatea unei articulații cât și gradul amplitudinii mișcărilor sunt:**

- a. contururile suprafețelor articulare opozante
- b. contururile suprafețelor articulare neopozante
- c. integritatea capsulei fibroase și a ligamentelor
- d. aplicarea ultrasunetului pe articulația respectivă
- e. forța protectoare a musculaturii care mobilizează segmentele articulației respective

**3. (\*) Alegeți afirmația adevărată:**

- A. programul de recuperare trebuie adaptat fazei de vindecare în care se află structurile musculo-scheletice lezate
- B. tratamentul de recuperare nu trebuie individualizat în funcție de pacient și patologia traumatică
- C. tratamentul de recuperare se va începe doar în ultima fază a procesului de reparare a structurilor lezate
- D. în faza inflamatorie, structura musculo-scheletică lezată va fi supusă unui stress biomecanic crescut
- E. reluarea imediată a activităților sportive vor avea efect pozitiv asupra reparării structurilor lezate

**4. (\*) În faza imediată după o entorsă benignă a genunchiului, se recomandă:**

- a. realizarea mișcărilor ce pun în tensiune ligamentul afectat
- b. crioterapie locală
- c. electroterapie antalgică la nivelul gleznei heterolaterale
- d. TENS, electrozi la nivelul genunchiului afectat, latero-lateral, în scop excito-motor
- e. contracții izometrice la nivelul bicepsului brahial

**5. Care sunt obiectivele tratamentului de recuperare în prima săptămână după plastia ligamentului încrucișat anterior cu greță din tendonul patelar?**

- a. recuperarea flexiei complete a genunchiului operat
- b. ameliorarea durerii
- c. combaterea tumefacției post-operatorii
- d. recuperarea extensiei complete a genunchiului operat
- e. reeducarea prehensiunii

**6. Alegeți tehnicile și procedurile de recuperare ce pot fi recomandate în prima săptămână după o meniscectomie parțială a meniscului intern:**

- a. electroterapie antalgică la nivelul umărului
- b. mobilizări active asistate ale genunchiului operat
- c. alergări ușoare
- d. electrostimulare la nivelul cvadricepsului
- e. crioterapie locală

**7. Leziunile musculare post-traumatice se pot clasifica în:**

- a. fracturi
- b. entorse
- c. elongații
- d. rupturi musculare
- e. luxații

**8. Factorii de risc incriminați în producerea traumatismelor sportive sunt:**

- a. laxitatea ligamentară



- b. erorile de antrenament
- c. dezechilibrele musculare
- d. purtarea echipamentului de protecție
- e. refacerea necorespunzătoare post-effort

**9. Alegeți afirmațiile adevărate cu privire la tratamentul de recuperare al leziunilor posttraumatice:**

- a. în faza acută, se urmărește protejarea structurii lezate, ameliorarea durerii și edemului
- b. în faza cronică, se recomandă imobilizarea segmentului afectat, timp de 2 luni
- c. în faza acută, se recomandă continuarea activităților sportive
- d. menținerea funcționalității structurilor și segmentelor neafectate nu reprezintă un obiectiv al tratamentului de recuperare
- e. reluarea activităților sportive se va face progresiv, în ultima fază a tratamentului de recuperare

**10. Leziunile post-traumatice frecvent întâlnite la nivelul articulației scapulo-humerale la sportivi sunt:**

- a. leziuni ale labrumului acetabular
- b. leziuni ale coafei rotatorilor
- c. instabilitate scapulo-humerală anterioară
- d. leziunile SLAP ale labrumului glenoidian
- e. instabilitate humero-radială

**11. Tratamentul de recuperare în cazul instabilităților scapulo-humerale va ține cont de următoarele aspecte:**

- a. leziunile asociate – leziuni Hill-Sachs, Bankart
- b. nu se recomandă tratament de recuperare în cazul instabilităților scapulo-humerale la sportivi
- c. direcția instabilității - anterioară, posterioară, multidirecțională
- d. gradul instabilității
- e. leziunile asociate – bursită pes anserinus

**12. Tratamentul de recuperare a instabilității scapulo-humerale va avea ca obiective în faza acută următoarele:**

- a. prevenirea hipotrofiei musculaturii adductorului lung
- b. protejarea structurilor capsulare
- c. ameliorarea durerii
- d. menținerea mobilității articulare
- e. evitarea mișcărilor ce reproduc simptomatologia

**13. (\*) Progresia corectă a exercițiilor în recuperarea instabilităților scapulo-humerale este următoarea:**

- a. aruncarea mingii medicinale cu o mână de deasupra capului – aruncarea unei mingi ușoare cu două mâini de la nivelul pieptului – aruncarea unei mingi cu două mâini de deasupra capului
- b. aruncarea unei mingi cu două mâini de deasupra capului - aruncarea mingii medicinale cu o mână de deasupra capului - aruncarea unei mingi cu două mâini de la nivelul pieptului
- c. aruncarea unei mingi cu două mâini de la nivelul pieptului - aruncarea unei mingi cu două mâini de deasupra capului – aruncarea unei mingi ușoare cu o mână
- d. aruncarea unei mingi de mari dimensiuni cu o mână - aruncarea unei mingi medicinale cu o mână - aruncarea unei mingi cu două mâini de deasupra capului
- e. aruncarea unei mingi cu două mâini de deasupra capului - aruncarea unei mingi medicinale cu o mână - aruncarea unei mingi ușoare cu două mâini de la nivelul pieptului

**14. Următoarele afirmații cu privire la leziunile ligamentului colateral ulnar de la nivelul cotului sunt adevărate:**

- a. una din cauze este reprezentată de suprasolicitări și activități repetitive cu cotul în valg
- b. în faza acută – obiectivul principal al tratamentului îl reprezintă tonifierea doar a rotatorilor externi ai umărului
- c. trecerea la faza avansată a tratamentului de recuperare se face doar când amplitudinea de mișcare în articulația șoldului este recuperată complet
- d. obiectivele fazei avansate a tratamentului de recuperare sunt: creșterea forței și rezistenței musculaturii membrului superior, reeducarea stabilității și controlului neuro-muscular
- e. reluarea activităților sportive se poate face încă din prima săptămână postoperator.

**15. Următoarele afirmații cu privire la leziunile SLAP de la nivelul umărului sunt adevărate:**

- a. reluarea activităților sportive se face începând cu săptămâna a doua postoperator
- b. în prima săptămână postoperator, se evită rotația externă la nivelul umărului asociată cu abducția brațului de 90°
- c. reluarea activităților sportive se face chiar dacă amplitudinea de mișcare la nivelul articulației scapulo-humerale nu este recuperată complet
- d. leziunile SLAP sunt leziuni ale labrumului glenoidian
- e. leziunile SLAP se pot asocia cu leziuni ale tendonului capului lung al bicepsului femural

**16. Care din următoarele afirmații sunt adevărate:**

- a. leziunile fibrocartilajului triunghiular determină durere în timpul activităților ce presupun deviația ulnară cu antebrațul în pronație

- b. în cazul leziunilor fibrocartilajului triunghiular tratate chirurgical nu este necesar tratamentul de recuperare
- c. leziunea completă a tendonului flexor profund al degetelor va determina imposibilitatea flexiei articulației interfalangiene distale
- d. în cazul unei fracturi de scafoid, în prima săptămână postoperator se inițiază mișcările de pronație-supinație
- e. nu există activități sportive care să favorizeze dezvoltarea unor lziuni musculo-scheletice la nivelul complexului pumn-mână

**17. Alegeți afirmațiile adevărate:**

- a. contuziile musculare se produc în urma unui mecanism indirect (încărcare excesivă a mușchiului)
- b. în cazul leziunilor mușchilor adductori ai șoldului – în faza acută se vor evita activitățile sportive cepresupun schimbări bruște de direcție
- c. coxalgia din sindromul de impingement femuro-acetabular nu afectează performanța sportivilor
- d. în cazul leziunilor musculare, tratamentul va fi individualizat în funcție de severitatea leziunii și etapa procesului de reparare în care se află leziunea
- e. durerea musculară tardivă poate să apară după un efort susținut, persoane neantrenate

**BIBLIOGRAFIE**

1. Dan Nemeș, Roxana Onofrei, Fizioterapia în afecțiunile musculo-sceletale - curs. LITO, Timișoara, 2010.
2. Sbenge Tudor – Kinetologie profilactica, terapeutica si de recuperare. Editura Medicala Bucuresti, 1987.
3. Sbenge Tudor - Recuperarea medicală a sechelelor posttraumatice ale membrilor. Editura Medicala, 1981

**FIZIOTERAPIE IN AFECTIUNI MUSCULOSCHELETALE INFLAMATORII**

2. \* Dintre caracteristicile comune spondilartropatiilor seronegative nu fac parte:

- A. sacro-ileita
- B. nodulii Bouchard
- C. entezopatiile
- D. afectarea oculară – uveita
- E. artrita periferică asimetrică

3. (\*) Alegeți afirmația falsă referitoare la artrita psoriazică:

- A. tabloul clinic conține manifestări articulare și extra-articulare
- B. pot fi afectate articulațiile interfalangiene distale
- C. nu există afectare articulară
- D. dintre manifestările extra-articulare fac parte leziunile cutanate de psoriazis

E. face parte din grupul spondilartropatiilor seronegative

4. Pacient 24 ani cu spondilită anchilozantă acuză dureri și redoare articulară matinală la nivel lombo-sacrat, limitare ușoară a anteflexiei lombare, talalgii bilaterale. Care din următoarele proceduri și tehnici de recuperare sunt recomandate acestui pacient?
  - A. masaj manual relaxant la nivelul segmentului lombar
  - B. exerciții pentru creșterea mobilității articulației cotului
  - C. curent interferențial, 4 poli în cruce la nivelul zonei lombo-sacrate, 90-100Hz
  - D. băi galvanice bicelulare, membre superioare, schimbarea polarității la jumătatea ședinței
  - E. exerciții posturale Forrestier
  
5. Consecințele afectării articulațiilor mâinii și pumnului în poliartrita reumatoidă sunt următoarele, cu excepția:
  - A. afectarea prehensiunii
  - B. deformări caracteristice ale degetelor în „butonieră”
  - C. nu este afectată funcționalitatea mâinii
  - D. scăderea forței musculare la nivelul mâinii
  - E. păstrarea mobilității la nivelul articulațiilor metacarpofalangiene
  
6. Afectarea calității vieții pacientului cu poliartrită reumatoidă se datorează:
  - A. durerii și redorii articulare de tip inflamator
  - B. distrucțiilor articulare
  - C. nu este afectată calitatea vieții
  - D. deformărilor articulare
  - E. scăderii statusului funcțional
  
7. În tabloul clinic al spondilitei anchilozante se pot întâlni următoarele semne și simptome:
  - A. durere lombară joasă cu caracter inflamator
  - B. hiperextensia cotului
  - C. redoare articulară de inactivitate la nivelul coloanei
  - D. ștergerea lordozei lombare fiziologice
  - E. dureri la nivelul palmelor, cu caracter mecanic
  
8. Ce proceduri și tehnici de recuperare medicală recomandați unui pacient cu spondilită anchilozantă ce prezintă dureri și redoare matinală la nivel dorso-lombar, rectitudine lombară, cifoză dorsală, ușor flexum la nivelul șoldurilor și genunchilor bilateral, capul în anteflexie?
  - A. masaj decontracturant la nivel cervico-dorso-lombar
  - B. curent interferențial, 4 poli în cruce la nivel lombar, 0-100Hz
  - C. repaus prelungit în fotolii joase
  - D. exerciții de reeducare a respirației toracice și abdominale
  - E. duș subacval

9. Obiectivele generale ale tratamentului de recuperare în poliartrita reumatoidă sunt:
- A. menținerea/ ameliorarea funcționalității
  - B. tratamentul de recuperare este contraindicat în poliartrita reumatoidă
  - C. prevenirea instalării deformărilor articulare
  - D. menținerea tonusului muscular
  - E. îmbunătățirea calității vieții pacientului
10. Pacientă în vârstă de 55 ani, diagnosticată cu poliartrită reumatoidă în urmă cu 2 ani (actual în faza cronică a bolii), acuză durere și redoare articulară matinală la nivelul articulațiilor metacarpofalangiene și interfalangiene proximale II-V bilateral. Nu prezintă deformări articulare la nivelul mâinilor. Ce recomandați:
- A. începerea tratamentului de recuperare numai după apariția deformărilor articulare
  - B. TENS mâini bilateral, electrozi palmar și dorsal, intensitate furnicătura, 10 minute
  - C. mobilizări active ale articulațiilor afectate, pentru menținerea mobilității
  - D. exerciții pentru menținerea tonusului muscular al flexorilor și extensorilor degetelor
  - E. posturări cu articulația pumnului și a degetelor în deviație cubitală
11. Alegeți exercițiile recomandate unui pacient cu spondilită anchilozantă.
- A. decubit ventral cu mâinile la spate; în inspir – ridică membrele inferioare de pe pat
  - B. exercițiile de orice fel sunt contraindicate în spondilita anchilozantă
  - C. din șezând – exerciții de flexie-extensie, lateralitate și rotații ale coloanei cervicale
  - D. din ortostatism, călcâiele la 15 cm de perete; se ia contact cu sacrul pe perete, apoi cu omoplații, în final cu occiputul
  - E. decubit ventral, cu mâinile la spate; în inspir – ridică umerii, capul și toracele de pe pat
12. (\*) Alegeți afirmația falsă cu privire la tratamentul de recuperare recomandat în fazele acute ale spondilitei anchilozante
- A. efectuarea exercițiilor cu rezistență maximă pentru creșterea forței musculare a extensorilor șoldului
  - B. evitarea atitudinilor vicioase ce favorizează flexumul șoldurilor
  - C. electroterapie antalgică
  - D. gimnastică respiratorie
  - E. posturări în extensie pentru coloana vertebrală și articulații periferice
13. Care din următoarele tehnici și proceduri de recuperare sunt recomandate unui pacient 71 ani aflat la sfârșitul primei săptămâni postoperator după artroplastie totală de șold stâng?
- A. mobilizări active ale genunchiului din șezând la marginea patului
  - B. mobilizări de abducție-adducție forțate ale șoldurilor din decubit dorsal
  - C. mobilizări ale gleznelor bilateral
  - D. reeducarea mersului fără mijloace ajutătoare
  - E. promovarea transferurilor
14. În puseul acut al poliartritei reumatoide se recomandă:

- A. educarea pacientului
  - B. mobilizări pasive pe toată amplitudinea de mișcare
  - C. protejare articulară
  - D. exerciții cu rezistență
  - E. menținerea mobilității articulare în articulațiile neafectate
- 15.** Afectarea segmentului lombar în cadrul spondilitei anchilozante va determina:
- A. limitarea mișcărilor de flexie-extensie cervicală
  - B. reducerea / ștergerea lordozei lombare fiziologice
  - C. contractura musculaturii paravertebrale lombare
  - D. durere la nivelul segmentului lombar
  - E. redoare la nivel lombar după un repaus prelungit
- 16.** Obiectivele tratamentului de recuperare recomandat unei paciente de 60 ani cu osteoporoză, dorsalgii, cu tendință spre cifozare sunt următoarele:
- A. combaterea durerilor
  - B. scăderea forței musculaturii scheletice
  - C. reeducarea mobilității articulare
  - D. prevenirea modificărilor posturale
  - E. reeducarea echilibrului și coordonării
- 17.** Tratamentul în cazul tendinitei are ca scop:
- A. ameliorarea durerii
  - B. reducerea procesului inflamator
  - C. prevenirea recurențelor
  - D. educarea pacientului în sensul evitării factorilor de risc, în special a mișcărilor repetitive.
  - E. educarea pacientului în sensul efectuării de mișcări repetitive
- 18. (\*)** În stadiile finale, anchilotice ale spondilitei anchilozante nu se recomandă:
- A. exerciții pentru reeducarea respirației abdominale
  - B. exerciții cu rezistență maximă pentru creșterea forței musculare a flexorilor coloanei
  - C. reeducarea mersului
  - D. electroterapie în scop antalgic
  - E. hidrokinetoterapie
- 19.** Care din următoarele afirmații reprezintă recomandările făcute unui pacient 59 ani ce a suferit o intervenție chirurgicală de protezare a șoldului drept?
- A. se recomandă adducția membrului inferior operat peste linia mediană
  - B. este interzisă ridicarea obiectelor de pe podea din poziția șezând
  - C. se recomandă încrucișarea membrelor inferioare încă din prima săptămână postoperator
  - D. folosirea unei perne de abducție pentru membrele inferioare în prima fază postoperatorie

- E. nemobilizarea membrelor inferioare în primele 2 săptămâni post-operator
- 20.** Tratamentul de recuperare pentru o spondilită anchilozantă va avea ca obiective generale:
- A. combaterea durerii
  - B. menținerea atitudinilor vicioase la nivelul coloanei vertebrale
  - C. educarea pacientului în sensul respectării măsurilor de igienă ortopedică
  - D. prevenirea anchilozelor articulare
  - E. menținerea mobilității optime a coloanei vertebrale
- 21.** Factorii incriminați în etiologia bursitelor sunt:
- A. stress fizic repetat, excesiv și prelungit
  - B. factori genetici
  - C. traumatismele directe
  - D. vârsta înaintată
  - E. hipotrofia musculară
- 22.** Tabloul clinic în poliartrita reumatoidă se caracterizează prin:
- A. durere articulară cu caracter inflamator
  - B. conservarea funcției de prehensiune în stadii avansate
  - C. hipertrofia musculaturii intrinseci a mâinii
  - D. menținerea mobilității active la nivelul articulațiilor afectate
  - E. redoare articulară matinală și de inactivitate, cel puțin 1 oră
- 23.** Durerea lombară joasă din spondilita anchilozantă are următoarele caracteristici:
- A. este ameliorată de repausul prelungit
  - B. în stadiul inițial apare ca urmare a afectării articulațiilor sacro-iliace
  - C. apare după o perioadă mai lungă de repaus sau inactivitate
  - D. este ameliorată de activitatea fizică
  - E. poate iradia fesier
- 24.** La inspecția unui pacient cu spondilită anchilozantă se pot observa următoarele:
- A. ștergerea lordozei lombare fiziologice
  - B. cifoză dorsală
  - C. capul în anteflexie
  - D. atitudine normală, cu păstrarea curburilor fiziologice ale coloanei vertebrale
  - E. flexum la nivelul articulațiilor coxo-femorale
- 25.** Pacient 26 ani cu spondilită anchilozantă acuză dureri și redoare la nivel dorso-lombar, accentuate după un repaus prelungit, tendință spre cifozare. Care sunt obiectivele tratamentului de recuperare?
- A. ameliorarea durerii
  - B. menținerea/ ameliorarea mobilității coloanei vertebrale
  - C. menținerea mobilității articulațiilor periferice nu este un obiectiv al tratamentului de

recuperare pentru acest pacient

- D. corectarea posturii
- E. menținerea tonusului muscular al erectorilor trunchiului

**26.** Următoarele afirmații cu privire la poliartrita reumatoidă sunt adevărate:

- A. este o afecțiune reumatismală de tip inflamator
- B. afectează predominant articulațiile mici ale mâinilor
- C. afectarea articulațiilor este în majoritatea cazurilor asimetrică
- D. se însoțește de manifestări extra-articulare
- E. pot fi afectate și articulațiile mici ale picioarelor.

**27. (\*)** Din tabloul clinic caracteristic poliartritei reumatoide nu face parte:

- A. tumefacția articulară în faza acută, inflamatorie
- B. durerea articulară cu caracter inflamator
- C. devierea radială a degetelor mâinii
- D. manifestările articulare
- E. redoarea articulară

**28. (\*)** Alegeți afirmația falsă cu privire la obiectivele tratamentului de recuperare în cazul unui pacient 58 ani ce a suferit o intervenție de protezare a șoldului stâng cu proteză cimentată în urmă cu 3 săptămâni?

- A. reeducarea prehensiunii
- B. prevenirea căderilor
- C. ameliorarea mobilității articulare la nivelul șoldului
- D. menținerea statusului funcțional al pacientului
- E. reeducarea mersului

**29.** Pacient 39 ani cu spondilită anchilozantă acuză dureri și redoare la nivel dorso-lombar, accentuate după un repaus prelungit, contractura musculaturii paravertebrale, tendință spre cifozare dorsală. Ce proceduri și tehnici de recuperare îi recomandați?

- A. mobilizări active ale coloanei vertebrale și centurilor
- B. nu necesită exerciții pentru reeducare respiratorie
- C. tonifierea musculaturii erectoare a trunchiului
- D. exerciții posturale Forrestier
- E. tehnici de relaxare generală

**29. Punctele sensibile la palpare în fibromialgie sunt reprezentate de:**

- A. occiput
- B. articulația metacarpo-falangiană a policelui
- C. trapez
- D. supraspinos
- E. gluteal

**30. Kinetoterapia în fibromialgie cuprinde în special:**

- A. reeducarea echilibrului pe plan mobil



- B. tehnici de relaxare
- C. program de exerciții aerobe
- D. stretching activ și pasiv pentru grupele musculare mari
- E. gimnastică respiratorie

**31. Care din următoarele proceduri de electroterapie sunt indicate în tratamentul de recuperare al fibromialgiei:**

- A. curentul galvanic (polul pozitiv la nivelul regiunii dureroase)
- B. curentul galvanic (polul negativ la nivelul regiunii dureroase)
- C. curentul diadinamic (polul pozitiv la nivelul regiunii dureroase)
- D. curentul diadinamic (polul negativ la nivelul regiunii dureroase)
- E. TENS

**32. Care din următoarele elemente terapeutice sunt indicate în tratamentul epicondilitelor laterale:**

- A. crioterapie în formele acute
- B. termoterapie în formele acute
- C. unde scurte – doze hiperterme în perioada acută
- D. ultrasunet - în perioada subacută și cronică
- E. laser

**33. (\*) Care din următoarele obiective ale tratamentului fibromialgiei este fals:**

- A. educarea pacientului
- B. ameliorarea simptomatologiei dureroase
- C. izolarea socială
- D. ameliorarea statusului psihic
- E. combaterea insomniilor

**34. Care din următoarele afirmații referitoare la tendinita supraspinosului sunt adevărate:**

- A. durere la presiunea epicondilului medial
- B. durere la presiunea articulațiilor sterno-costale
- C. durere la presiunea trohiterului și marginii anterioare a acromionului
- D. durere la abducție, durere la ridicarea forțată a brațului
- E. durere la flexia palmară a mâinii

**35. Care din următoarele afirmații referitoare la tendinita bicipitală sunt adevărate:**

- A. durere la nivelul regiunii dorsale a mâinii
- B. durere la nivelul regiunii anterioare a umărului
- C. durere la flexia contrarezistență a brațului, cu cotul întins
- D. tratament: electroterapie – ultrasunet în regim pulsat
- E. tratament: kinetoterapie – mobilizări cu stretching ușor

**36. (\*) Ce regiune articulară este afectată în mod caracteristic în artrita acută gutoasă:**

- A. umărul
- B. coloana cervicală
- C. șoldul
- D. articulația metatarsofalangiană a halucelui
- E. articulația metatarsofalangiană a degetului V

**37. (\*) Dintre caracteristicile comune spondilartropatiilor seronegative nu fac parte:**

- A. sacro-ileita
- B. nodulii Bouchard
- C. entezopatiile
- D. afectarea oculară – uveita
- E. artrita periferică asimetrică

**38. Tratamentul de recuperare în perioada subacută a tendinitelor curpinde:**

- A. masaj profund Cyriax
- B. ultrasunetul (intensitate  $2.5W/cm^2$ ) recomandat în caz de risc de ruptură a tendonului sau de tendinită nodulară
- C. TENS
- D. Laser
- E. reluarea intensivă a antrenamentelor sportive

**39. Care sunt testele ce trebuie efectuate la evaluarea unui pacient cu spondilită anchilozantă?**

- A. testul Schober pentru a evalua mobilitatea coloanei lombare
- B. distanța tragus-umăr
- C. teste pentru evaluarea mobilității coloanei vertebrale în toate planurile
- D. nu este necesară evaluarea pacientului cu spondilită anchilozantă, tratamentul fiind comun tuturor pacienților
- E. distanța menton-stern

**40. Alegeți exercițiile recomandate unui pacient cu spondilită anchilozantă.**

- A. decubit ventral cu mâinile la spate; în inspir – ridică membrele inferioare de pe pat
- B. exercițiile de orice fel sunt contraindicate în spondilita anchilozantă
- C. din șezând – exerciții de flexie-extensie, lateralitate și rotații ale coloanei cervicale
- D. din ortostatism, călcâiele la 15 cm de perete; se ia contact cu sacrul pe perete, apoi cu omoplații, în final cu occiputul
- E. decubit ventral, cu mâinile la spate; în inspir – ridică umerii, capul și toracele de pe pat

**41. (\*) Marcați afirmația adevărată cu privire la electroterapia în scop analgic la pacienții cu guta:**

- A. nu este utilă, decât în formele avansate de guta
- B. se referă la utilizarea curenților interferențiali cu spectru  $<10Hz$
- C. se pot utiliza următorii curenți: TENS, interferențiali cu spectru analgic, curent Trabert
- D. nu se aplică la pacienții obezi
- E. niciun răspuns nu este corect

**42. Care sunt beneficiile repausului articular al mâinii în puseul acut al poliartritei reumatoide:**

- A. intensificarea procesului inflamator
- B. reduce stressul articular la nivelul articulației metatarso-falangiene
- C. repausul în poziție funcțională previne apariția deformărilor articulare
- D. accentuează stressul articular
- E. ameliorarea durerii

**FIZIOTERAPIE IN AFECȚIUNILE MUSCULOSCHELETALE DEGENERATIVE**

1. Care sunt obiectivele tratamentului de recuperare recomandat unei paciente de 62 ani diagnosticate cu artroză la nivelul mâinilor:
  - A. Nu este necesar tratament de recuperare
  - B. Combaterea durerii
  - C. Evitarea instalării atitudinilor vicioase
  - D. Menținerea funcționalității cotului homolateral
  - E. Recuperarea mobilității articulațiilor mici ale mâinii
2. Alegeți afirmațiile adevărate cu privire la artroza mâinii:
  - A. Apar modificări degenerative la nivelul articulațiilor interfalangiene ale mâinilor
  - B. Nu determină deformări articulare la nivelul degetelor mâinii
  - C. Procesul artrozic afectează și prima articulație carpo-metacarpiană
  - D. Nu afectează funcționalitatea mâinii
  - E. Prehensiunea poate fi afectată în timp
3. Care sunt obiectivele tratamentului de recuperare recomandat unui pacient 56 ani cu spondiloză lombară, ce acuză lombalgie declanșată după ridicarea unui sac de ciment, cu contractura musculaturii paravertebrale lombare?
  - A. Combaterea durerii
  - B. Evitarea factorilor agravanți, cum ar fi ridicarea de greutate
  - C. Reeducarea mobilității coloanei lombare pe toată amplitudinea, încă din faza acută
  - D. Asuplizarea coloanei lombare
  - E. Tratamentul de recuperare este recomandat doar după vârsta de 60 ani
4. Din cadrul tabloului clinic al spondilozei lombare nu fac parte următoarele simptome:
  - A. Lombalgie cronică cu iradiere în zona fesieră
  - B. Lombalgie accentuată de repausul prelungit și ameliorată de mișcare
  - C. Contractura musculaturii paravertebrale cervicale
  - D. Limitarea antalgică a mișcărilor de flexie-extensie lombară

- E. Contractura musculaturii paravertebrale lombare
5. Spondiloza lombară presupune:
- A. Modificări degenerative la nivelul articulațiilor coloanei lombare
  - B. Formarea de osteofite la nivelul articulațiilor femuro-tibiale
  - C. Artroză la nivelul coloanei dorsale
  - D. Formarea de osteofite la nivel lombar
  - E. Asocierea în unele cazuri a unei hernii de disc lombare
6. Pacient în vârstă de 56 ani cu spondiloză cervicală acuză cervicalgii și vertij la mișcările de rotație ale coloanei cervicale. Care din următoarele tehnici și proceduri sunt recomandate acestui pacient în vederea ameliorării simptomatologiei?
- A. TENS, electrozi plasați paravertebral cervical, intensitate – furnicătură, 10 minute
  - B. Masaj de drenaj limfatic al membrelor inferioare
  - C. Mobilizări active ale segmentului cervical, cu atenție la apariția durerii și a vertijului
  - D. Este contraindicat tratamentul de recuperare datorită vertijului
  - E. Mobilizări pasive ale segmentului cervical, amplitudine maximă, fără a da importanță durerii ce poate să apară
7. \* Alegeți afirmația falsă cu privire la procedurile și tehnicile de recuperare recomandate unui pacient de 45 ani cu spondiloză cervicală, ce acuză cervicalgii cronice, cu iradiere la nivelul membrului superior drept, contractura musculaturii paravertebrale, parestezii la nivelul degetelor IV și V mână dreaptă?
- A. Băi galvanice bicelulare, membre superioare, temperatura apei – 36,5°C, pol (+) în dreapta
  - B. TENS, electrozi plasați cervico-humeral dreapta, intensitate-furnicătură, 10 minute
  - C. Masaj relaxant la nivelul centurii pelvine
  - D. Mobilizări active și pasive ale segmentului cervical, în afara arcului dureros
  - E. Exerciții pentru menținerea mobilității și tonusului muscular la nivelul centurii scapulo-humerale
8. Care din următoarele proceduri și tehnici de recuperare sunt recomandate unei paciente 30 ani cu spondiloză cervicală, ce acuză cervicalgii cronice, cu iradiere la nivelul membrelor superioare, contractura musculaturii paravertebrale, parestezii la nivelul degetelor IV și V mâini bilateral?
- A. TENS, electrozi plasați paravertebral lombar, intensitate – furnicătură
  - B. Masaj relaxant la nivel cervical și la nivelul centurii scapulare
  - C. Tracțiuni discontinue manuale
  - D. TENS, electrozi plasați paravertebral cervical inferior, intensitate – furnicătură

- E. Băi galvanice bicelulare, membre inferioare, pol (+) în stânga
9. Care din următoarele simptome sunt ale unei paciente cu spondiloză cervicală?
- A. Cervicalgie acută asociată cu torticolis stâng
  - B. Cervicalgii cronice accentuate de mișcările de flexie-extensie ale genunchilor
  - C. Lombalgii cu iradiere în membrul inferior drept
  - D. Cervicalgii cronice
  - E. Cervicalgii asociate cu cefalee occipitală
10. Corectarea / prevenirea genu flexum-ului se realizează prin:
- A. Posturări cu genunchiul în extensie
  - B. Mobilizări ale articulației femuro-tibiale (se insistă pe flexie)
  - C. Exerciții pe bicicletă, cu efectuarea flexiei complete, cu rezistență
  - D. Tehnica contracție-relaxare
  - E. Stretching – cvadriiceps
11. Care din următoarele situații sunt contraindicate în cazul unui pacient 62 ani cu artroza compartimentului medial al articulației femuro-tibiale?
- A. Creșterea în greutate peste greutatea ideală
  - B. Program zilnic de exerciții la domiciliu cu scopul menținerii mobilității genunchilor
  - C. Statul prelungit în genunchi
  - D. Ortostatism timp de 8 ore/ zi
  - E. Alternarea ortostatismului cu perioade repaus
12. Care din următoarele proceduri de electroterapie sunt utile în ameliorarea gonalgiiilor unei paciente cu gonartroză bilaterală?
- A. Unde scurte în câmp condensator, la nivelul genunchilor latero-lateral, doze terme
  - B. Curenți dreptunghiulari, electrozi aplicați longitudinal la nivelul brațului, fața posterioară
  - C. Băi galvanice bicelulare, membre superioare, temperatură 36,5°C, polul pozitiv în dreapta
  - D. TENS, electrozi plasați latero-lateral la nivelul genunchilor, intensitate-furnicătură
  - E. Curent diadinamic, electrozi plasați latero-lateral la nivelul gleznelor, difazat-3 minute
13. Tratamentul de recuperare recomandat unei paciente de 50 ani cu gonartroză incipientă dreaptă, cu gonalgii drepte cu caracter mecanic va cuprinde:
- A. TENS la nivelul genunchiului drept, electrozi latero-lateral, intensitate-furnicătură
  - B. Mobilizări pasivo-active ale articulației pumnului
  - C. Mobilizări active ale genunchilor, de flexie-extensie
  - D. Exerciții pentru menținerea tonusului muscular al cvadriicepsului

- E. Curent interferențial, electrozi plasați longitudinal pe fața anterioară a antebrațului, 0-10Hz
- 14.** Pacientă 55 ani, supraponderală, cu gonartroză bilaterală incipientă acuză gonalgii bilaterale la urcatul-coborâtul scărilor, ameliorate în repaus, ușoară dificultate la extensia genunchiului drept. Nu îi veți recomanda:
- A. Ortostatismul prelungit
  - B. Repaus în decubit dorsal cu săculeți pe genunchiul drept
  - C. Scăderea greutății corporale
  - D. Repaus diurn în poziție de flexie maximă a genunchilor
  - E. Mișcări de flexie-extensie a genunchilor după un repaus prelungit
- 15.** Măsurile igieno-dietetice recomandate unei paciente 65 ani cu gonartroză și obezitate grad II sunt:
- A. Creșterea greutății corporale
  - B. Evitarea încălțămintei cu tocuri înalte
  - C. Mersul prelungit pe jos, în special pe teren accidentat
  - D. Menținerea perioade îndelungate a flexiei maxime a genunchiului
  - E. Evitarea traumatismelor directe
- 16.** Alegeți afirmațiile false cu privire la măsurile igieno-dietetice recomandate pacienților cu gonartroză:
- A. Purtarea încălțămintei cu toc înalt
  - B. Menținerea greutății corporale ideale
  - C. Evitarea pozițiilor de înngenunchiere
  - D. Ortostatismul prelungit
  - E. Alternarea perioadelor de activitate cu cele de repaus în timpul zilei
- 17.** Obiectivele generale ale tratamentului de recuperare în gonartroză sunt următoarele:
- A. Menținerea/ corectarea mobilității articulare la nivelul genunchiului afectat
  - B. Reeducarea prehensiunii
  - C. Combaterea durerii
  - D. Reeducarea stabilității articulației genunchiului
  - E. Creșterea forței și rezistenței musculare
- 18.** Pentru stabilirea obiectivelor tratamentului de recuperare în cazul unei paciente de 57 ani cu gonartroză dreaptă, sunt necesare:
- A. Determinarea amplitudinii de mișcare la nivelul genunchiului
  - B. Anamneza pacientului
  - C. Identificarea eventualelor anomalii de statică și a atitudinilor vicioase
  - D. Determinarea amplitudinii de mișcare la nivelul cotului
  - E. Evaluarea concomitentă și a membrului inferior heterolateral

- 19.** La examinarea unei paciente de 58 ani cu gonartroză stângă avansată se va observa:
- A. Cracmente și crepitații la mobilizarea genunchiului stâng
  - B. Mobilitatea genunchiului stâng nemodificată
  - C. Durere la mobilizarea rotulei stângi
  - D. Ușor genu flexum
  - E. Nu este necesară examinarea pacientei
- 20.** Care din următoarele situații nu corespunde tabloului clinic al unei gonartroze avansate?
- A. Cracmente la mobilizarea genunchiului
  - B. Flexie-extensie 0-120°
  - C. Durere cu caracter permanent
  - D. Posibilă instabilitate articulară
  - E. Tonus muscular normal la nivelul cvadricepsului
- 21.** Durerea din gonartroză are următoarele caracteristici:
- A. Devine permanentă în stadiul avansat, final al bolii
  - B. Este agravată de urcatul-coborâtul scărilor
  - C. Apare după un repaus prelungit
  - D. Are caracter intermitent în stadiile incipiente
  - E. Dispare în stadiile finale ale gonartrozei
- 22.** Identificați afirmațiile false cu privire la gonartroză:
- A. Este un reumatism de tip degenerativ localizat la nivelul genunchiului
  - B. Este o afecțiune de scurtă durată, ce nu necesită tratament
  - C. Poate fi secundară deviațiilor axiale de la nivelul genunchiului
  - D. Afectează doar sexul feminin, cu vârste < 30 ani
  - E. Are evoluție cronică, cu pusee de decompensare algică
- 23.** Alegeți afirmațiile corecte cu privire la gonartroză:
- A. Reprezintă localizarea procesului artrozic la nivelul șoldului
  - B. Poate afecta doar compartimentul femuro-tibial medial
  - C. Este un reumatism de tip degenerativ localizat la nivelul genunchiului
  - D. Este o afecțiune rar întâlnită după 55 ani
  - E. Poate fi secundară unor leziuni traumatice ale genunchiului
- 24.** În etiologia gonartrozei secundare pot fi incriminați următorii factori:
- A. Laxitatea ligamentară cronică
  - B. Vârsta
  - C. Leziunile meniscale netratate chirurgical
  - D. Genu varum
  - E. Leziunile traumatice de la nivelul genunchiului

- 25.\* Care din următoarele proceduri și tehnici de recuperare nu se încadrează în programul de recuperare al unei paciente de 63 ani cu coxartroză dreaptă:
- A. Mobilizări active de flexie-extensie ale articulațiilor coxo-femorale
  - B. Exerciții contra rezistență maximă pentru tonifierea tibialului anterior
  - C. Posturări în decubit ventral cu pernă sub genunchi
  - D. Exerciții pentru refacerea controlului muscular dinamic pentru mers
  - E. Mobilizări pasive ale articulației șoldului pentru ameliorarea rotației interne
26. Programul de recuperare destinat unei paciente de 67 ani cu coxartroză bilaterală stadiu evoluat, cu coxalgii bilaterale cu caracter mecanic, limitarea extensiei și rotației interne, șchiopătare la mers, va cuprinde:
- A. Posturare în decubit ventral de 2 ori pe zi
  - B. Repaus prelungit la pat și în fotolii joase
  - C. Curenți interferențiali în 2 poli la nivelul șoldurilor, 90-100Hz
  - D. Masaj relaxant lombo-fesier
  - E. Mobilizări pasive ale articulațiilor coxo-femorale
27. Pentru a combate atitudinea în flexum a șoldului pe care o adoptă în evoluție pacienții cu coxartroză, sunt indicate:
- A. Tonifierea cvadricepsului
  - B. Posturare „în cocoș de pușcă”
  - C. Tonifierea gluteului mare
  - D. Posturare în decubit ventral, cu pernă mică sub genunchi
  - E. Tonifierea ischio-gambierilor
28. În cadrul exercițiilor de tonifiere musculară din programul de recuperare al unei paciente cu coxartroză, nu se va insista în mod special pe următorii mușchi:
- A. Abductorii șoldului
  - B. Lumbricali
  - C. Fesieri – mare și mijlociu
  - D. Extensorii radiali ai carpului
  - E. Cvadriceps
29. În cadrul programului de recuperare al unei paciente cu coxartroză unilaterală se vor urmări și:
- A. Menținerea mobilității șoldului contralateral
  - B. Corectarea pozițiilor vicioase ale umărului homolateral
  - C. Menținerea funcționalității membrului inferior contralateral
  - D. Conservarea funcționalității genunchiului homolateral
  - E. Toate procedurile și tehnicile de recuperare se adresează strict șoldului afectat



- 30.** Pacientă 65 ani cu coxartroză dreaptă acuză coxalgii cu caracter mecanic, șchiopătare la mers, rotație externă limitată și dureroasă. Din programul de recuperare vor face parte următoarele:
- A. Exerciții pentru reeducarea coordonării și echilibrului
  - B. Exerciții de tonifiere a musculaturii stabilizatoare a șoldului
  - C. Proceduri de electroterapie în scop excitomotor pe musculatura extensoare a cotului
  - D. Exerciții pentru reeducarea mersului
  - E. La această vârstă nu este necesar tratamentul de recuperare
- 31.** În stadiul inițial al unei coxartroze unilaterale, veți recomanda:
- A. Posturări în decubit ventral, cu pernă sub genunchi
  - B. Exerciții pentru tonifierea fesierului mare și mijlociu
  - C. Mobilizări active și pasive ale articulației coxo-femorale afectate
  - D. Posturare în „cocoș de pușcă”
  - E. Exerciții contra rezistență pentru tonifierea cvadricepsului
- 32.** Alegeți procedurile inutile a fi aplicate unei paciente 59 ani cu coxartroză bilaterală incipientă care acuză coxalgii bilaterale cu caracter mecanic:
- A. TENS – electrozi aplicați longitudinal la nivelul șoldului stâng, I-furnicătură
  - B. Băi totale reci
  - C. Curent Trabert – electrozi la nivelul umărului drept antero-posterior
  - D. Aplicații de căldură local
  - E. Băi alternante de mâini
- 33.** În cazul pacienților cu coxartroză se va recomanda:
- A. Evitarea mersului prelungit pe jos
  - B. Menținerea greutății ideale
  - C. Folosirea mijloacelor ajutătoare pentru mers
  - D. Poziția șezândă prelungită în fotolii joase
  - E. Repaus la pat în decubit ventral pe toată perioada zilei
- 34.** Obiectivele generale ale tratamentului de recuperare în boala artrozică sunt următoarele:
- A. Ameliorarea durerii
  - B. Menținerea / creșterea funcționalității
  - C. Îmbunătățirea calității vieții pacientului
  - D. Nu se recomandă tratament de recuperare, fiind o boală degenerativă
  - E. Menținerea / creșterea mobilității articulare
- 35.** Care din următoarele afirmații cu privire la tabloul clinic al bolii artrozice sunt

adevărate:

- A. Durerea la nivel articular este singurul simptom ce apare în boala artrozică
  - B. Redoarea articulară matinală nu durează mai mult de 30 minute
  - C. Poate să apară impotență funcțională parțială sau totală în stadiile avansate
  - D. Reducerea mobilității articulare apare inițial în scop antalgic
  - E. Boala artrozică este asimptomatică pentru o perioadă lungă de timp.
- 36.** Următoarele afirmații descriu tabloul clinic din boala artrozică, cu excepția:
- A. Debutul simptomelor este insidios
  - B. Durerea apare în repaus, fiind ameliorată la mobilizarea articulației afectate
  - C. Durerea este meteodependentă
  - D. Debutul bolii este întotdeauna acut
  - E. Simptomatologia algică din boala artrozică nu afectează performarea în condiții normale a activităților zilnice
- 37.** Durerea din boala artrozică are următoarele caracteristici:
- A. Nu este meteodependentă
  - B. Apare și se intensifică la efort, mișcare
  - C. Se ameliorează la mișcare
  - D. Poate să apară și în condiții de repaus articular, în formele avansate ale bolii
  - E. Are intensitate variabilă
- 38.** \* O afirmație cu privire la boala artrozică este falsă. Care?
- A. Boala artrozică debutează insidios
  - B. Este frecvent întâlnită la sexul feminin sub vârsta de 45 ani
  - C. Cel mai frecvent afectate sunt articulația genunchiului, coxo-femurală, articulațiile coloanei vertebrale și ale mâinilor
  - D. Este asimptomatică la debut
  - E. Prevalența bolii crește cu vârsta
- 39.** Care din următoarele situații reprezintă factori de risc pentru dezvoltarea bolii artrozice?
- A. Vârsta >60 ani
  - B. Postura corectă
  - C. Anomaliile de statică
  - D. Greutatea corporală normală
  - E. Suprasolicitările repetate.
- 40.** Manifestările articulare apărute în evoluția bolii artrozice se datorează:
- A. Degradării progresive a cartilajului articular
  - B. Nu apar modificări la nivelul structurilor anatomice articulare
  - C. Creșterii densității minerale osoase
  - D. Hipertrofiei musculare

## E. Modificărilor apărute la nivelul osului subcondral.

### **Bibliografie**

1. Dan Nemeș, Roxana Onofrei, Fizioterapia în afecțiunile musculo-sceletale - curs. LITO, Timișoara, 2010.
2. Sbenghe Tudor – Kinetologie profilactica, terapeutica si de recuperare. Editura Medicala Bucuresti, 1987.
3. Nemeș I.D.A, Drăgoi M., Totorean Alina, Ghiță Andreea, 2003, Electroterapie - Lucrări practice, Editura Orizonturi Universitare (Sub egida Phare), Timișoara.
4. Nemeș I.D.A, Drăgoi M., Totorean Alina, Ghiță Andreea, 2003, Kinetoterapie-Lucrări practice, Editura Orizonturi Universitare (Sub egida Phare), Timișoara.
5. Nemeș I.D.A, Drăgoi M., Totorean Alina, Ghiță Andreea, 2003, Masoterapie-Lucrări practice, Editura Orizonturi Universitare (Sub egida Phare), Timișoara.
6. Nemeș I.D.A., 1999, Masoterapie (masaj și tehnici complementare), Editura Orizonturi Universitare , Timișoara.
7. Nemeș I.D.A., Drăgoi M., Moldovan C., Gheorghe I., Tiberiu T., 2000, Ghid de electroterapie și fototerapie, Editura Orizonturi Universitare, Timișoara.
8. Popescu E. Ionescu Ruxandra, 1993, Compendiu de Reumatologie, Editura Tehnică, București, 1993.
9. Mihai Drăgoi, Cristian Milicin – Ghid practic și legislativ de electroterapie, LITO U.M.F.T. 2008
10. Mihai Drăgoi – Curs de electroterapie și fototerapie, Lito U.M.F. Timișoara, 2001.

## KINESIOLOGIE FUNCȚIONALĂ

### 1. Referitor la flexia dorsală a gleznei, următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) reprezintă îndepărtarea feței dorsale a piciorului de fața anterioară a gambei
- b) reprezintă apropierea feței dorsale a piciorului de fața anterioară a gambei
- c) are valoarea de 20°
- d) are valoarea de 90°
- e) bilanțul articular nu evaluează flexia dorsală a gleznei

### 2. (\*) Pacientul este în decubit ventral – brațul în abducție 145° – antebratul în poziție neutră – policele orientat în sus. În această poziție se realizează bilanțul muscular referitor la:

- a) adducția scapulei
- b) coborârea și adducția scapulei
- c) ridicarea scapulei
- d) rotația în jos și adducția scapulei
- e) rotația în sus și abducția scapulei

### 3. Mușchii care realizează extensia genunchiului sunt:

- a) mușchiul drept anterior
- b) mușchiul biceps femural
- c) mușchiul vast lateral
- d) mușchiul vast medial
- e) mușchiul semitendinos

### 4. Care din următoarele afirmații cu privire la bilanțul muscular manual sunt adevărate:

- a) F5 - forță musculară normală - mușchiul mobilizează segmentul pe toată amplitudinea de mișcare, împotriva gravitației și a unei rezistențe maxime
- b) F2 - forță mediocră - mușchiul mobilizează segmentul pe toată amplitudinea de mișcare, în afara gravitației
- c) cotarea F1 presupune sesizarea unei contracții/ ”tremurături” musculare ușoare
- d) F0 - forță musculară buna
- e) F4 - forță musculară schițată

### 5. Referitor la evaluarea globală a extensorilor șoldului pt F2, următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) pacientul este poziționat în decubit heterolateral, membrul inferior de testat cu genunchiul în flexie, susținut de examiner
- b) pacientul este poziționat în decubit heterolateral, membrul inferior de testat cu genunchiul în flexie, susținut pe o placă
- c) pacientul este poziționat în decubit heterolateral, membrul inferior de testat cu genunchiul în extensie, susținut de examiner
- d) pacientul este poziționat în decubit heterolateral, membrul inferior de testat cu genunchiul în extensie, susținut pe o placă
- e) pacientul este poziționat în decubit ventral, membrul inferior de testat cu genunchiul în flexie

**6. (\*) Care din următoarele afirmații referitoare la bilanțul articular al cotului este adevărată:**

- a) flexia: 180°
- b) extensia: 0°, hiperextensie – 5-10°
- c) flexia: îndepărtarea feței anterioare a antebrăului de față anterioară a brațului
- d) supinația antebrăului: mișcarea de orientare a palmei în jos
- e) pronația antebrăului: mișcarea de orientare a palmei în sus

**7. Bilanțul articular al flexiei laterale a coloanei dorso-lombare presupune:**

- a) poziționarea goniometrului cu axul la nivelul C7
- b) poziționarea pacientului în decubit lateral
- c) poziționarea goniometrului cu axul la nivelul S1
- d) orientarea brațului mobil al goniometrului vertical pe apofizele spinose S1-C7
- e) nu se poate realiza folosind goniometrul, ci doar prin măsurarea distanței menton-acromion

**8. Care din următoarele afirmații se referă la F5, F4 – testarea izolată a m. flexor radial al carpului (FRC):**

- a) poziția pacientului – șezând – antebră în supinație, sprijinit pe masă și fixat de examinator – mâna în afara mesei – degete relaxate
- b) examinatorul aplică rezistența – la nivelul palmei, în dreptul metacarpianului 5
- c) examinatorul aplică rezistența – la nivelul palmei, în dreptul metacarpianului 2
- d) pacientul execută flexia palmară + înclinația radială – pe toată amplitudinea de mișcare – menține poziția finală
- e) rezistența – se aplică în punctul de amplitudine maximă – în sensul extensiei și înclinației ulnare

**9. Referitor la bilanțul articular al genunchiului, următoarele afirmații sunt adevărate:**

- a) flexia este 120-140°
- b) flexia este 90°
- c) extensia reprezintă revenirea în poziția 0
- d) flexia se evaluează exclusiv din decubit ventral
- e) hiperextensia se întâlnește la toți subiecții normali

**10. Care din următoarele afirmații privind rotația în jos și adducția scapulei (bilanțul muscular) sunt adevărate:**

- a) mușchi principali: mușchii romboizi – mare, mic
- b) F5, F4: poziția pacientului – decubit ventral – braț în adducție și rotație internă, de-a curmezișul spatelui (cot flectat, mâna la nivel lombar)
- c) F5, F4: aplică rezistența la nivelul segmentului distal al humerusului, deasupra cotului sau la nivelul marginii axilare a scapulei
- d) F2: poziția pacientului – șezând – brațul în rotație externă, adducție și flexie (mâna la nivelul toracelui anterior)
- e) F1: poziția pacientului – șezând – brațul în rotație internă, adducție și extensie (mâna la spate, la nivel lombar)

**11. (\*) Următorii sunt mușchi care realizează flexia genunchiului, cu o excepție. Care este aceasta?**

- a) A. semitendinos
- b) B. biceps femural
- c) C. semimembranos
- d) D. croitor
- e) E. cvadriceps

**12. Care din următoarele afirmații cu privire la bilanțul muscular al extensorilor trunchiului sunt adevărate:**

- a) pentru testarea extensorilor coloanei lombare, pacientul este poziționat în decubit ventral, cu mâinile la ceafă, realizând extensia trunchiului până toracele se desprinde de pe masă - pentru F5
- b) F1 - nu se decealză activitate contractilă a extensorilor trunchiului
- c) pentru testarea extensorilor zonei toracice - pacientul este poziționat în decubit ventral, cu trunchiul și capul în afara mesei
- d) examinatorul va aplică rezistența la nivelul zonei parieto-occipitale, pentru testarea F5, F4
- e) nu se poate realiza bilanțul muscular al extensorilor trunchiului

**13. Care din următoarele afirmații cu privire la cotarea forței musculare sunt adevărate:**

- a) F5 - forță musculară schițată
- b) F2 - mușchiul nu realizează nicio contracție evidentă (paralizie completă a mușchiului)
- c) F3 - mușchiul mobilizează segmentul pe toată amplitudinea de mișcare, împotriva gravitației
- d) F5 - forță musculară normală
- e) F4 - mușchiul mobilizează segmentul pe toată amplitudinea de mișcare, împotriva gravitației și a unei rezistențe maxime

**14. (\*) Pacientul este poziționat în șezând, șold în flexie de 90°, genunchi în flexie la 90°, gamba atârând la marginea patului. Goniometrul este poziționat cu axul în centrul rotulei, brațul fix perpendicular pe sol, brațul mobil pe linia mediană a feței anterioare a gambei, pacientul efectuează mișcarea spre lateral a gambei și a piciorului. Ce mișcare este evaluată?**

- a) rotația externă a șoldului
- b) rotația internă șoldului
- c) rotația externă a genunchiului
- d) rotația internă a genunchiului
- e) rotația externă a piciorului

**15. Care din următoarele afirmații cu privire la bilanțul muscular al flexorilor trunchiului sunt adevărate:**

- a) F5 - pacient în decubit dorsal, membrele superioare extinse, pacientul execută flexia trunchiului până când unghiul inferior al scapulei se desprinde de pe masă
- b) F4 - pacient în decubit dorsal, mâinile încrucișate la piept, pacientul execută flexia trunchiului până când unghiul inferior al scapulei se desprinde de pe masă
- c) F2 - pacient în decubit dorsal, brațele pe lângă corp, genunchii flectați, pacientul ridică capul de pe masă, nu și scapulele

- d) principalii mușchi evaluați sunt mușchiul drept abdominal, mușchiul sternocleidomastoidian și oblicii abdominali
- e) F3 - pacient în decubit dorsal, membrele superioare extinse, pacientul execută flexia trunchiului până când unghiul inferior al scapulei se desprinde de pe masă

**16. Care din următoarele afirmații referitoare la bilanțul muscular (F5, F4) am mușchilor ce realizează abducția degetelor 2-5 mână sunt adevărate:**

- a) mușchi principali: m. interosoși dorsali, m. abductor al degetului 5
- b) mușchi principali: m. interosoși palmari
- c) examiner: aplică rezistența la nivelul falangelor mijlocii a 2 degete alăturate – forțând abducția degetelor
- d) examiner: aplică rezistența – distal, pe marginea radială, respectiv ulnară a falangelor proximale
- e) rezistența – se aplică în sensul adducției degetelor

**17. Referitor la evaluarea flexorilor genunchiului, următoarele afirmații sunt adevărate:**

- a) pentru testarea F3, F4, F5 - pacientul este poziționat în decubit ventral
- b) pentru testarea F3, F4, F5 - pacientul este poziționat în decubit lateral
- c) pentru testarea F1, F2 - pacientul este poziționat în decubit ventral
- d) pentru testarea F1, F2 - pacientul este poziționat în decubit lateral
- e) F1 reprezintă flexia genunchiului cu rezistență pe toată amplitudinea de mișcare

**18. Poziția pacientului – șezând cu brațul pe lângă trunchi. Poziționați antebratul pentru bilanțul muscular al flexorilor cotului, forțele F5, F4:**

- a) antebrat în pronție – testarea mușchiului biceps brahial
- b) antebrat în supinație – testarea mușchiului biceps brahial
- c) antebrat în pronție – testarea mușchiului brahial
- d) antebrat în supinație – testarea mușchiului brahial
- e) antebrat în poziție intermediară – testarea mușchiului brahial

**19. Mușchii care realizează flexia plantară a gleznei sunt:**

- a) mușchiul tibial anterior
- b) mușchiul croitor
- c) mușchiul iliopsoas
- d) mușchii gastrocnemieni
- e) mușchiul solear

**20. (\*) Testarea abducției la nivelul artic. metacarpo-falangiene a degetelor 2-5 (bilanț articular) necesită următoarea poziționare a goniometrului:**

- a) axul – pe fața dorsală a artic. metacarpo-falangiene; brațul fix – pe fața dorsală a metacarpianului degetului testat; brațul mobil – pe fața dorsală a falangei proximale corespunzătoare
- b) axul – pe fața dorsală a artic. interfalangiene proximale de testat; brațul fix – pe fața dorsală a falangei proximale; brațul mobil – pe fața dorsală a falangei mijlocii
- c) axul – pe fața dorsală a artic. interfalangiene distale de testat; brațul fix – pe fața dorsală a falangei mijlocii; brațul mobil – pe fața dorsală a falangei distale
- d) axul – pe fața palmară a artic. interfalangiene proximale de testat; braț fix – pe fața palmară a falangei proximale; braț mobil – pe fața palmară a falangei mijlocii

- e) axul – pe fața palmară a artic. interfalangiene distale de testat; brațul fix – pe fața palmară a falangei mijlocii; brațul mobil – pe fața palmară a falangei distale

**21. Mușchii care realizează rotația externă a șoldului sunt:**

- a) mușchiul obturator extern
- b) mușchiul pătrat femural
- c) mușchiul piriform
- d) mușchiul gemen superior
- e) mușchiul tensor al fasciei lata

**22. Referitor la evaluarea flexorilor dorsali ai piciorului, următoarele afirmații sunt adevărate:**

- a) F5 - pacientul în șezând la marginea mesei, realizează dorsiflexia gleznei pe toată amplitudinea de mișcare și menține poziția finală contra unei rezistențe maxime
- b) F3 - pacientul în șezând la marginea mesei, realizează dorsiflexia gleznei pe toată amplitudinea de mișcare și menține poziția finală contra unei rezistențe maxime
- c) F3 - pacientul în șezând la marginea mesei, realizează dorsiflexia gleznei pe toată amplitudinea de mișcare
- d) F2 - pacientul în șezând la marginea mesei, realizează dorsiflexia gleznei pe toată amplitudinea de mișcare
- e) F1- pacientul în șezând la marginea mesei, realizează dorsiflexia gleznei pe toată amplitudinea de mișcare

**23. Următoarele afirmații privind bilanțul muscular referitor la adducția orizontală a umărului (F5, F4) sunt adevărate:**

- a) pentru testarea globală a mușchiului pectoral mare – pacient în decubit dorsal, brațul în abducție 60° – cot în flexie 90°
- b) pentru testarea globală a mușchiului pectoral mare – pacient în decubit dorsal, brațul în abducție 90° – cotul în flexie 90°
- c) pentru fasciculul sternal al mușchiului pectoral mare – pacient în decubit dorsal, brațul în abducție 60° – cotul în flexie 90°
- d) pentru fasciculul clavicular al mușchiului pectoral mare – pacient în decubit dorsal, brațul în abducție 60° – cotul în flexie 90°
- e) examinatorul – pe partea de testat: aplică rezistența – la nivelul porțiunii distale a brațului, deasupra cotului

**24. Care din următoarele situații se referă la poziționarea corectă a pacientului pentru testarea mușchilor ce realizează ridicarea scapulei:**

- a) F5, F4: poziția pacientului – decubit heterolateral
- b) F5, F4: poziția pacientului – decubit ventral – brațele pe lângă corp – fruntea așezată pe masă
- c) F3: poziția pacientului – șezând, brațele pe lângă corp
- d) F3: poziția pacientului – decubit ventral – brațele pe lângă corp – fruntea așezată pe masă
- e) F2: poziția pacientului – decubit ventral – brațele pe lângă corp – fruntea așezată pe masă – umerii susținuți de examinador



**25. Mușchii care realizează eversia piciorului sunt:**

- a) mușchiul peroneu scurt
- b) mușchiul peroneu lung
- c) mușchiul tibial posterior
- d) mușchiul tibial anterior
- e) mușchiul solear

**26. Testarea flexorilor coloanei cervicale presupune:**

- a) poziționarea pacientului în decubit dorsal, capul sprijinit pe masă, brațele pe lângă corp, pentru testarea F3,F4, F5
- b) F2 - pacient în decubit lateral, capul sprijinit pe o suprafață netedă, pacientul execută flexia pe toată amplitudinea de mișcare
- c) F3 - pacient în decubit dorsal, cap sprijinit pe pat, pacientul execută flexia pe amplitudine de mișcare parțială
- d) F5 - pacient în decubit dorsal, cap sprijinit pe pat, pacientul execută flexia pe amplitudine de mișcare maximă și menține poziția finală
- e) F4 - pacient în decubit dorsal, cap sprijinit pe pat, pacientul execută flexia pe amplitudine de mișcare maximă și menține poziția finală contra unei rezistențe moderate aplicate la nivelul frunții

**27. (\*) Testarea flexiei la nivelul artic. metacarpo-falangiene a policelui (bilanț articular) necesită următoarea poziționare a goniometrului:**

- a) axul – pe fața palmară, la nivelul artic. carpo-metacarpiene a policelui; brațul fix – paralel cu axul longitudinal al radiusului, pe fața volară a antebrațului; brațul mobil – paralel cu axul longitudinal al metacarpianului 1, pe fața palmară
- b) axul – pe fața dorsală a artic. carpo-metacarpiene a policelui; brațul fix – de-a lungul marginii laterale a metacarpianului 2; brațul mobil – pe fața dorsală, de-a lungul metacarpianului 1
- c) axul – pe fața dorsală a art. metacarpo-falangiene a policelui; brațul fix – pe fața dorsală a metacarpianului 1; brațul mobil – pe fața dorsală a falangei proximale a policelui
- d) axul – pe fața dorsală a art. interfangiene; brațul fix – pe fața dorsală a falangei proximale; brațul mobil – pe fața dorsală a falangei distale
- e) axul – pe marginea laterală a art. interfangiene; brațul fix – pe marginea laterală a falangei proximale; brațul mobil – pe marginea laterală falangei distale

**28. Care din următoarele posturi sunt corecte pentru realizarea bilanțului muscular al extensorilor cotului?**

- a) F3: poziție alternativă – decubit dorsal, brațul în flexie 90° – cot în flexie
- b) F2: poziție alternativă – decubit dorsal, brațul în flexie 90° – cot în flexie
- c) F2: șezând, braț în abducție 90° – cot flectat – antebraț în poziție intermediară, sprijinit pe masă/susținut
- d) F1: poziție alternativă – decubit dorsal, brațul în flexie 90° – cot în flexie
- e) F1: șezând, braț în abducție 90° – cot flectat – antebraț în poziție intermediară, sprijinit pe masă/susținut

**29. Care din următoarele afirmații privind mișcărilor realizate la nivelul umărului sunt adevărate:**

- a) flexia: orientarea anterioară a brațului până la verticală, pe lângă ureche
- b) adducția orizontală: mișcare în plan orizontal – de depărtare de la linia mediană
- c) abducția: depărtarea brațului de corp – până când brațul atinge urechea
- d) rotația internă: mișcarea humerusului în direcție medială, în jurul axului său longitudinal
- e) rotația externă: mișcarea humerusului în direcție laterală, în jurul axului său longitudinal

**30. Bilanțul muscular presupune:**

- a) evaluarea amplitudinii de mișcare articulară
- b) evaluarea manuală a forței musculare
- c) cotarea forței musculare folosind instrumente speciale, cum ar fi goniometrele
- d) o metodă subiectivă de evaluare a forței musculare
- e) evaluarea gradului de mobilitate

**31. Posturile utilizate pentru evaluarea forței musculare a mușchilor care realizează adducția policelui sunt:**

- a) F5, F4: poziție – antebraț în supinație – pumn în poziție neutră – police relaxat, în abducție
- b) F3: poziție – antebraț în pronatie – pumn în poziție neutră – police relaxat, în abducție
- c) F3: poziție – antebraț în poziție intermediară – pumn în poziție neutră, sprijinit pe masă – police în abducție
- d) F2: poziție – antebraț în pronatie – pumn în poziție neutră – police relaxat, în abducție
- e) F2: poziție – antebraț în poziție intermediară – pumn în poziție neutră, sprijinit pe masă – police în abducție

**32. Pacientul poziționat în șezând, genunchi în flexie la 90°, piciorul în poziție neutră. Goniometrul poziționat cu axul pe fața anterioară a gambei, la jumătatea distanței între cele două maleole, brațul fix pe linia mijlocie a feței anterioare a gambei, brațul mobil pe fața dorsală a metatarsianului 2. Ce mișcări pot fi evaluate?**

- a) inversia piciorului
- b) eversia piciorului
- c) flexia dorsală a gleznei
- d) flexia plantară a gleznei
- e) extensia gleznei

**33. Referitor la abducția șoldului, următoarele afirmații sunt adevărate:**

- a) reprezintă depărtarea membrului inferior de linia mediană a corpului
- b) reprezintă apropierea membrului inferior de linia mediană a corpului
- c) are valoarea de 45°
- d) are valoarea de 100°
- e) bilanțul articular se efectuează din decubit dorsal

**34. Testările în cadrul bilanțului articular al pumnului se pot realiza cu goniometrul în următoarele poziționări:**

- a) flexia: axul – pe fața ulnară a articulației pumnului; brațul fix – pe linia mediană a feței ulnare a antebrațului; brațul mobil – paralel cu metacarpianul 5, pe fața ulnară a acestuia
- b) flexia: axul – fața dorsală a articulației pumnului; brațul fix – pe linia mediană a feței dorsale a antebrațului; brațul mobil – pe fața dorsală a metacarpianului 3

- c) înclinația radială: axul – pe fața ulnară a articulației pumnului; brațul fix – pe linia mediană a feței ulnare a antebrățului; brațul mobil – paralel cu metacarpianul 5, pe fața ulnară a acestuia
- d) înclinația radială: axul – pe fața dorsală a pumnului, centrat în mijlocul carpului; brațul fix – pe linia mediană a feței dorsale a antebrățului; braț mobil – pe fața dorsală a metacarpianului 3
- e) înclinația radială: axul – la nivelul capului metacarpianului 3; brațul fix – paralel cu linia mediană a humerusului, perpendicular pe sol; brațul mobil – paralel cu creionul

**35. Alegeți afirmațiile corecte cu privire la rotația în sus și abducția scapulei - bilanț muscular (F5, F4):**

- a) poziția pacientului – decubit ventral: mâinile la spate sau umăr în extensie 30° și ușoară abducție orizontală
- b) poziția pacientului – șezând la marginea mesei: umăr în flexie 120° și ușoară adducție orizontală
- c) examinator – lateral de pacient, pe partea de testat: aplică rezistența la nivelul segmentului distal al humerusului, deasupra cotului și palpează unghiul inferior al scapulei
- d) rezistența – se aplică în punctul de amplitudine maximă a mișcării – direcție în jos
- e) rezistența – se aplică în punctul de amplitudine maximă a mișcării – direcție în sus

**36. Care din următoarele afirmații cu privire la bilanțul articular al coloanei cervicale sunt adevărate:**

- a) pacientul se poziționează în decubit ventral
- b) goniometrul este poziționat cu axul la nivelul procesului spinos C7, pentru testarea înclinării laterale a coloanei cervicale
- c) brațul mobil al goniometrului este orientat orizontal, între conductul auditiv extern și baza nasului - pentru testarea extensiei coloanei cervicale
- d) nu se poate realiza bilanț articular al coloanei cervicale folosind goniometrul
- e) în cazul evaluării rotației coloanei cervicale, în poziția finală, bărbia pacientului se află aproape de acromion

**37. Care sunt mușchii principali testați în bilanțul muscular al degetelor:**

- a) flexia artic. metacarpo-falangiene – degete 2-5: m. extensor comun al degetelor, extensorul propriu al indexului
- b) flexia artic. interfalangiene proximale – degete 2-5: m. flexor superficial al degetelor
- c) flexia artic. interfalangiene distale – degete 2-5: m. flexor superficial al degetelor
- d) flexia artic. interfalangiene proximale – degete 2-5: m. flexor profund al degetelor
- e) flexia artic. interfalangiene distale – degete 2-5: m. flexor profund al degetelor

**38. Poziție – antebrăț în supinație, pumn în poziție neutră, police relaxat în adducție. Următoarele afirmații privind testarea m. abductor lung al policelui - F5, F4 – sunt adevărate:**

- a) examinator: aplică rezistența – pe marginea internă a falangei proximale
- b) examinator: aplică rezistența – la nivelul capătului distal al metacarpianului 1
- c) pacientul execută abducția policelui pe toată amplitudinea de mișcare și menține poziția finală contra rezistență maximă, respectiv moderată

- d) rezistența – se aplică în punctul de amplitudine maximă de mișcare – în sensul adducției
- e) F5 – realizează mișcarea pe toată amplitudinea de mișcare și menține poziția contra unei rezistențe maxime

**39. (\*) Poziționați goniometrul în vederea realizării bilanțului articular pentru abducția umărului:**

- a) axul – lateral de articulație; brațul fix – paralel cu linia medio-axilară; brațul mobil – pe linia mediană a humerusului
- b) axul – la nivelul epicondilului humeral lateral; brațul fix – paralel cu linia mediană a feței laterale a humerusului, orientat spre acromion; brațul mobil – paralel cu linia mediană a antebrăului, pe fața radială, orientat spre stiloidea radială
- c) axul – pe vârful acromionului; brațul fix – paralel cu axul longitudinal al humerusului; brațul mobil – pe linia mediană a humerusului, paralel cu axul longitudinal, pe marginea superioară a brațului
- d) pacient în decubit dorsal; axul – fața anterioară a umărului; braț fix – pe linia axilară anterioară; braț mobil – pe linia mediană a feței anterioare a humerusului
- e) axul – la nivelul olecranului; brațul fix – perpendicular pe sol; brațul mobil – pe linia mediană a feței posterioare a antebrăului

**40. Referitor la testarea izolată a mușchilor semitendinos și semimembranos, următoarele afirmații sunt adevărate:**

- a) pacientul se poziționează în decubit dorsal, cu genunchiul în flexie mai mică de 90°, membrul inferior în rotație internă
- b) testarea izolată a acestor mușchi este necesară pentru evaluarea membrului superior
- c) pacientul se poziționează în decubit ventral, cu genunchiul în flexie mai mică de 90°, membrul inferior în rotație externă
- d) pacientul se poziționează în decubit ventral, cu genunchiul în flexie mai mică de 90°, membrul inferior în rotație internă
- e) pentru F3, pacientul este capabil să realizeze flexia genunchiului, cu membrul inferior în rotație internă, pe toată amplitudinea de mișcare și să mențină poziția finală

**41. Poziția pacientului – șezând la marginea mesei – braț pe lângă trunchi – palma în jos. Examinator – în spatele pacientului: fixează umărul contralateral și aplică rezistența – la nivelul porțiunii distale a brațului (deasupra cotului). Pentru a testa bilanțul muscular referitor la abducția umărului (F5, F4) trebuie realizate următoarele:**

- a) rezistența – se aplică în punctul de amplitudine de mișcare maximă – direcție în jos
- b) rezistența – se aplică în punctual de amplitudine de mișcare maximă – direcție în sus
- c) F5: realizează mișcarea pe toată amplitudinea de mișcare + menține poziția contra rezistenței moderate
- d) F4: realizează mișcarea pe toată amplitudinea de mișcare + menține poziția contra unei rezistențe maxime
- e) F4: realizează mișcarea pe toată amplitudinea de mișcare + menține poziția contra rezistenței moderate

**42. Poziționarea corectă a goniometrului pentru realizarea bilanțului articular presupune:**

- a) poziționarea axului goniometrului distal de articulația testată
- b) brațul mobil al goniometrului se poziționează pe segmentul mobil care execută mișcarea

- c) poziționarea brațului fix al goniometrului pe segmentul care execută mișcarea
- d) poziționarea axului goniometrului în axul biomecanic al articulației
- e) poziționarea brațelor goniometrului paralel cu axele longitudinale ale segmentelor ce formează unghiul articular

**43. Care din următoarele afirmații referitoare la bilanțul muscular al policelui sunt adevărate:**

- a) F5, F4 – testare m. flexor scurt al policelui: examinatorul aplică rezistența la nivelul falangei proximale (cu un deget)
- b) F5, F4 – testare m. flexor scurt al policelui: examinător – aplică rezistența – la nivelul feței palmare a falangei distale
- c) F5, F4 – testare m. flexor lung al policelui: examinător – aplică rezistența – la nivelul falangei proximale (cu un deget)
- d) F5, F4 – testare m. flexor lung al policelui: examinător – aplică rezistența – la nivelul feței palmare a falangei distale
- e) F5, F4 – testare m. extensor scurt al policelui: examinător – aplică rezistența – la nivelul feței dorsale a falangei proximale a policelui

**44. Care din următoarele afirmații referitoare la bilanțul muscular al mușchilor care realizează adducția scapulei sunt adevărate:**

- a) F5, F4: poziția pacientului – decubit ventral cu umărul la marginea mesei – braț în abducție 90° – cotul în F 90° – antebrațul atârână liber
- b) F5, F4: poziția pacientului - șezând – brațul sprijinit pe masă în poziția intermediară între flexie și abducție – cotul în flexie 90°
- c) F5, F4: rezistența – aplicată în punctual de amplitudine maximă – deasupra cotului/în unghiul extern al scapulei – orientată în jos
- d) F2: poziția pacientului - șezând – brațul sprijinit pe masă în poziție intermediară între flexie și abducție – cotul în flexie 90°
- e) F2: pacientul execută abducție orizontală a brațului (adducția scapulei) – pe toată AM

**45. (\*) Care din următoarele afirmații referitoare la bilanțul muscular al mușchiului solear este adevărată:**

- a) pacientul va fi poziționat în decubit ventral, cu picioarele în afara mesei, pentru testarea forțelor F4,F5
- b) F3 - pacient în sprijin bipodal, genunchi în flexie parțială
- c) F4 - pacient în sprijin unipodal, genunchi în extensie, pacientul realizează între 1-9 ridicări pe vârfuri
- d) F5 - pacient în sprijin unipodal, genunchi ușor flectat, pacientul execută 20 ridicări pe vârfuri pe toată amplitudinea de mișcare, fără pauză între repetiții
- e) F4 - pacient în sprijin unipodal, genunchi ușor flectat, pacientul execută 25 ridicări pe vârfuri pe toată amplitudinea de mișcare, cu pauză între repetiții

**46. (\*) Poziționarea goniometrului pentru testarea amplitudinii de mișcare de flexie a coloanei cervicale presupune:**

- a) axul - la nivelul vertexului
- b) brațul fix - între conductul auditiv extern și baza nasului
- c) axul - la nivelul conductului auditiv extern

- d) brațul mobil - paralel cu linia ce unește spinele iliace antero-superioare
- e) bratul fix - vertical, pe apofizele spinoase C7-S1

**47. Care din următoarele afirmații referitoare la bilanțul muscular al mușchilor care realizează rotația internă și rotația externă la nivelul umărului sunt adevărate:**

- a) rotație externă – mușchi principali: m. infraspinos, m. rotund mic
- b) rotație externă – mușchi principali: m. subscapular, m. pectoral mare, m. dorsal mare, m. rotund mare
- c) rotație internă – F5, F4: poziție pacient – decubit ventral – umăr în abducție 90°, sprijinit pe pat – cot în F 90° – antebrăț atârnat la marginea mesei
- d) rotație internă – F2: poziție pacient – decubit ventral – umărul la marginea mesei – membrul superior în afara mesei – palma orientată spre masă – capul rotat de partea de testat
- e) rotație internă – F1: poziție pacient – decubit ventral – umăr în abducție 90°, sprijinit pe pat – cot în flexie 90° – antebrat atârnat la marginea mesei

**48. Care din următoarele situații sunt adevărate pentru testarea extensorilor genunchiului (bilanț muscular) ?**

- a) F2 - pacientul execută flexia genunchiului din decubit lateral, pe toată amplitudinea de mișcare
- b) F5 - pacientul execută extensia genunchiului pana la poziția 0 și este capabil să mențină poziția finală contra unei rezistențe aplicate distal, pe fața anterioară a coapsei
- c) F4 - pacientul execută extensia genunchiului pana la poziția 0 și este capabil să mențină poziția finală contra unei rezistențe moderate, aplicate distal, pe fața anterioară a gambei
- d) F1 - nu se decelează nicio mișcare, nicio activitate musculară
- e) F3 - testarea se realizează din poziția șezând la marginea mesei

**49. Referitor la flexia șoldului, următoarele afirmații sunt adevărate:**

- a) cu genunchiul extins, este 90°
- b) cu genunchiul extins, este 120°
- c) cu genunchiul flectat, este 90°
- d) cu genunchiul flectat, este 120°
- e) indiferent de poziția genunchiului este 180°

**50. Bilanțul articular presupune:**

- a) măsurarea unghiurilor de mișcare articulare
- b) testarea forței musculare
- c) folosirea goniometrelor
- d) poziționarea articulației testate în orice poziție comodă pentru pacient
- e) poziționarea goniometrului în planul mișcării

**Bibliografie**

1. Elena Luminița Sidenco. Bilanțul articular și muscular; Editura A.P.P. București, 1999.
2. Mariana Cordun. Kinetologie medicală. Editura AXA, 1999.
3. Tudor Sbenghe. Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare. Editura Medicală București, 1987.

## FIZIOTERAPIA IN AFECTIUNILE RESPIRATORII

- \*Respirația în presiune pozitivă intermitentă (RPPI):**
  - este o respirație spontană
  - asigură ventilația optimă a compartimentelor hiperventilate
  - crează o creștere presională inspiratorie
  - este un procedeu rar utilizat în recuperarea respiratory
  - crează o creștere presională expiratorie.
- Respirația în presiune pozitivă intermitentă (RPPI) ar putea avea următoarele efecte:**
  - să amelioreze ventilația sectoarelor pulmonare hipoventilate
  - să corecteze ventilația la nivelul zonelor atelectatice
  - să determine extinderea zonelor atelectatice
  - să determine bronhospasm
  - să scadă travaliul respirator
- Respirația în presiune pozitivă intermitentă (RPPI): ar putea avea următoarele efecte:**
  - să determine bronhodilatație
  - să crească travaliul respirator
  - să determine declanșarea reflexului de tuse
  - să crească iminența edemului pulmonar
  - să faciliteze evacuarea secrețiilor acumulate în zonele hipoventilate
- Respirația în presiune pozitivă intermitentă (RPPI) ar putea avea următoarele efecte:**
  - să prevină instalarea edemului pulmonar
  - să scadă edemul pulmonary
  - să crească acumularea secrețiilor bronșice
  - să determine atelectazie
  - să faciliteze distribuția aerosolilor terapeutici la nivel pulmonar
- Scăderea debitului cardiac în timpul respirației în presiune pozitivă intermitentă(RPPI)**
  - este un fenomen real, cu risc major la toți subiecții
  - este un fenomen ireal, deci lipsit de orice risc
  - este un fenomen compensat în timpul expirului
  - este un fenomen accentuat de hiperventilația produsă de RPPI
  - e. este un fenomen contracarat de menținerea presiunii transdiafragmatice în timpul RPPI
- Scăderea debitului cardiac în timpul respirației în presiune pozitivă intermitentă (RPPI) este atenuată de:**
  - menținerea presiunii transdiafragmatice în timpul RPPI
  - menținerea unei ușoare activități a musculaturii expiratorii
  - c. inspir, moment în care se produce compensarea
  - durata de maxim 20 minute a ședinței de RPPI
  - hiperventilația creată în cursul RPPI
- Respirația în presiune pozitivă intermitentă (RPPI) are următoarele efecte:**
  - ameliorează neuniformitatea distribuției intrapulmonare a aerului
  - favorizează acumularea secrețiilor bronșice
  - crește ventilația pe minut prin creșterea volumului expirator de rezervă

- D. crește ventilația pe minut prin creșterea volumului inspirator de rezervă
  - E. ameliorează ventilația alveolară
8. **Respirația în presiune pozitivă intermitentă (RPPI) are următoarele efecte:**
- A. crește ventilația pe minut prin creșterea volumului curent
  - B. ameliorează raportul ventilație/perfuzie
  - C. favorizează evacuarea secrețiilor bronșice
  - D. crește rezistența la flux în căile respiratorii
  - E. e. crește presiunea arterială a O<sub>2</sub> și scade presiunea arterială a CO<sub>2</sub>
9. **Respirația în presiune pozitivă intermitentă (RPPI) are următoarele efecte**
- A. scade travaliul respirator
  - B. crește rezistența la flux în căile respiratorii
  - C. permite o administrare mai eficientă a O<sub>2</sub>
  - D. permite o mai bună administrare și retenție a aerosolilor
  - E. induce bronhospasm.
10. **Respirația în presiune pozitivă intermitentă (RPPI) are următoarele indicații:**
- A. BPOC
  - B. pneumonia
  - C. hemoptizia
  - D. insuficiența cardiacă stângă acută
  - E. fibroza chistică
11. **Respirația în presiune pozitivă intermitentă (RPPI) are următoarele indicații:**
- A. astmul bronșic
  - B. cifoscolioza
  - C. sechelele post TBC
  - D. sindromul Pickwick al obezilor
  - E. pneumotoraxul
12. **Respirația în presiune pozitivă intermitentă (RPPI) are următoarele contraindicații:**
- A. astmul bronșic
  - B. cifoscolioza
  - C. pleurezia
  - D. sindromul Pickwick al obezilor
  - E. pneumotoraxul
13. **Respirația în presiune pozitivă intermitentă (RPPI) are următoarele contraindicații**
- A. Pleurezia
  - B. Pneumonia
  - C. Pneumotoraxul
  - D. pacienții în narcoză cu CO<sub>2</sub>
  - E. insuficiența cardiacă hipodiastolică
14. **Inhaloterapia sau aerosoloterapia:**
- A. este un procedeu terapeutic de introducere medicamentelor în căile respiratorii
  - B. nu se asociază cu RPPI datorită riscului crescut de pneumotorax
  - C. asociată cu RPPI este semnificativ mai eficientă
  - D. necesită asocierea unui bronhodilatator substanței de aerosolizat
  - E. asociată cu RPPI este mai costisitoare
15. **\*Scăderea presiunii O<sub>2</sub> (pO<sub>2</sub>) în sângele arterial definită ca hipoxie poate apărea în următoarele condiții:**



- A. cantități mici de O<sub>2</sub> în atmosferă
  - B. hiperventilația din bolile neurologice
  - C. ventilație alveolară uniformă
  - D. scăderea rezistenței căilor aeriene la flux
  - E. creșterea difuziunii prin membrana respiratorie
16. **Hipoxia definită ca scăderea pO<sub>2</sub> în sângele arterial poate apărea în următoarele condiții:**
- A. scăderea difuziunii prin membrana respiratorie
  - B. anemii
  - C. blocajul toxic al enzimelor celulare
  - D. deficiențe vitaminice
  - E. creșterea complianței pulmonare
17. **Hipoxia determină în organism:**
- A. stare euforică, în caz de hipoxie severă prelungită
  - B. moarte celulară în caz de hipoxie severă prelungită
  - C. deprimarea activității cerebrale în caz de hipoxie mai puțin severă
  - D. creșterea capacității de lucru a mușchilor
  - E. scăderea capacității de efort muscular
18. **Următoarele reprezintă modalități de oxigenoterapie:**
- A. cortul de O<sub>2</sub>
  - B. masca Bergonie
  - C. tubul oro-esofagian
  - D. traheostoma
  - E. tubul nazotraheal
19. **Administrarea de O<sub>2</sub> are eficiență terapeutică în următoarele forme de hipoxie:**
- A. hipoxia prin hiperventilație
  - B. hipoxia atmosferică
  - C. hipoxia prin creșterea difuziunii prin membrana alveolocapilară
  - D. hipoxia prin hipoventilație
  - E. hipoxia din anemii
20. **Administrarea de O<sub>2</sub> este total ineficientă în:**
- A. hipoxia atmosferică
  - B. hipoxia determinată de utilizarea metabolică inadecvată a O<sub>2</sub>
  - C. hiperventilație
  - D. hipoventilație
  - E. creșterea difuziunii alveolocapilare
21. **Dispneea:**
- A. este definită ca o stare accentuată de oboseală
  - B. este definită ca o "sete de aer"
  - C. este o incapacitate de a ventila suficient aer
  - D. este cauzată în special de hipoxie
  - E. asociază scăderea travaliului musculaturii respiratorii pentru ventilația normală
22. **Dispneea:**
- A. este cauzată în special de hipercapnie
  - B. poate fi indusă emoțional
  - C. asociază creșterea travaliului musculaturii respiratorii pentru o ventilație

- normală
- D. asociază o senzație de sedare
- E. este definită ca o „sete de aer”
23. **Undele scurte sunt indicate în afecțiunile respiratorii pentru efectul:**
- A. hiperemizant
- B. vasoconstrictor
- C. analgetic
- D. miorelaxant
- E. antispastic
24. **Terapia cu unde scurte este indicată în:**
- A. procesele inflamatorii acute
- B. hemoptizii
- C. pleurite
- D. bronșite cronice
- E. criza de astm bronșic
25. **Undele scurte sunt indicate în:**
- A. unele forme de astm bronșic, între crize
- B. sechelele pleureziilor netuberculoase
- C. procesele neoplazice pulmonare
- D. pleurite
- E. hemoptizii
26. **Terapia cu înaltă frecvență pulsată – Diapulse este indicată în:**
- A. bronșite
- B. faringite
- C. pneumonii
- D. edem tisular
- E. aritmii cu implant de pacemaker cardiac
27. **Terapia cu înaltă frecvență pulsată – Diapulse este indicată în afecțiunile respiratorii pentru efectul:**
- A. antalgic
- B. proinflamator
- C. de stimulare a coagulării intravasculare
- D. de resorbție a edemului tisular
- E. antialergic
28. **\*Indicațiile actinoterapiei în afecțiunile respiratorii sunt:**

- A. TBC activă
  - B. TBC cronică
  - C. cașexiile
  - D. neoplaziile pulmonare
  - E. hemoptizia
29. **Radiațiile infraroșii sunt contraindicate în următoarele afecțiuni ale aparatului respirator:**
- A. astm bronșic
  - B. scleroemfizem
  - C. stări febrile
  - D. inflamații acute
  - E. bronșite cronice
30. **\*Contraindicațiile terapiei prin câmpuri magnetice – magnetodiaflux- legate de aparatul respirator sunt:**
- A. traheobronșita spastică
  - B. astmul bronșic
  - C. TBC pulmonară activă
  - D. pseudoastmul nevrotic
  - E. bronșita cronică astmatiformă
31. **Kinetoterapia în afecțiunile respiratorii cuprinde ca metode:**
- A. relaxarea
  - B. reeducarea mimicii
  - C. corectarea tulburărilor de echilibru
  - D. posturarea
  - E. educarea tusei
32. **Relaxarea pentru pacientul bronhopulmonar are următoarele efecte:**
- A. scade nevoile de O<sub>2</sub> și crește producția de CO<sub>2</sub> a organismului
  - B. reechilibrează tonusul musculaturii respiratorii
  - C. reechilibrează tonusul muscular general
  - D. înlătură condițiile inhibitorii care perturbă comanda ventilatorie
  - E. este o metodă terapeutică contraindicată astmaticilor
33. **Relaxarea:**
- A. este extrinsecă atunci când pacientul este dependent de un factor extern
  - B. prin terapie medicamentoasă, masaj sau hipnoză este o relaxare intrinsecă
  - C. prin cromaterapie și meloterapie constituie o relaxare intrinsecă
  - D. autoindusă de pacient este o relaxare extrinsecă
  - E. intrinsecă, cuprinde curentul fiziologic Edmund-Jacobson
34. **Posturarea în afecțiunile respiratorii:**
- A. este aplicată în scopul facilitării respirației
  - B. este aplicată în scopul ameliorării echilibrului
  - C. este utilizată în scopul facilitării drenajului bronșic
  - D. este aplicată în scopul inducerii bronhospasmului
  - E. crește ventilația lobilor pulmonari inferiori
35. **În cadrul posturării pentru facilitarea respirației:**
- A. crește presiunea în mușchii abdominali
  - B. scade presiunea viscerelor pe diafragm

- C. scade hipertonia musculaturii inspiratorii din zona toracelui superior
  - D. scade volumul de ventilație
  - E. scade spațiul mort pulmonar
36. **Drenajul bronșic:**
- A. se realizează imediat după masă
  - B. se execută o singură dată pe zi indiferent de afecțiune
  - C. durează 5-10 minute pentru fiecare segment pulmonar
  - D. durează 30-45 minute pentru întregul plămân
  - E. este însoțit de tapotarea câmpurilor pulmonare, pentru facilitarea desprinderii secrețiilor aderente
37. **\*Indicațiile drenajului bronșic sunt reprezentate de:**
- A. pneumotorax
  - B. hemoptizii
  - C. afecțiunile asociate cu formarea de secreții la nivelul arborelui bronșic
  - D. corpul străin în cavitatea respiratorie
  - E. embolia pulmonară
38. **Gimnastica respiratorie corectoare cuprinde:**
- A. corectarea deviațiilor în var și/sau valg de la nivelul genunchilor
  - B. corectarea poziției umerilor
  - C. corectarea poziției coloanei vertebrale
  - D. corectarea poziției bazinului
  - E. corectarea mimicii
39. **În cadrul gimnasticii respiratorii de corectare a poziției capului și gâtului sunt urmărite următoarele obiective:**
- A. tonifierea musculaturii abdominale
  - B. tonifierea musculaturii posterioare a capului în condiții de alungire
  - C. tonifierea musculaturii anterioare a gâtului în condiții de scurtare
  - D. deprinderea unui reflex stabil de postură
  - E. obținerea unei mobilități adecvate la nivel cervical
40. **Principalele componente ale unei ventilații dirijate sunt:**
- A. ritmul ventilației
  - B. controlul volumului curent
  - C. controlul fluxului de aer
  - D. raportul între timpii respiratori
  - E. controlul reflexelor posturale
41. **În inspirul liniștit, normal intervin următorii mușchi:**
- A. scalenii
  - B. diafragma
  - C. sternocleidomastoidienii
  - D. sacrospinalii
  - E. mușchi intercostali
42. **În expirul forțat intervin următorii mușchi:**
- A. dreptii abdominali
  - B. sternocleidomastoidienii

- C. mușchii intercostali
  - D. oblicii abdominali
  - E. pătratul lombelor
43. **Privitor la reglarea respirației următoarele afirmații sunt adevărate:**
- A. reglarea nervoasă induce o activitate ventilatorie aritmică
  - B. reglarea nervoasă asigură ajustarea, pe cale reflexă, a ventilației
  - C. reglarea neuro-umorală adaptează ventilația la necesitățile metabolice ale organismului
  - D. structurile subcorticale nu intervin în reglarea respirației
  - E. scoarța cerebrală asigură controlul reflex al respirației
44. **Evaluarea clinico-funcțională a funcției respiratorii cuprinde:**
- A. perimetria abdomenului
  - B. testul echilibrului în mers
  - C. testul lumânării
  - D. testul apneei
  - E. testul televizorului
45. **În cadrul explorării spirometrice a funcției respiratorii:**
- A. capacitatea vitală (CV) reprezintă suma dintre volumul inspirator de rezervă (VIR) și volumul expirator de rezervă (VER)
  - B. CV reprezintă volumul de aer mobilizat în cursul unei respirații maxime
  - C. CV este scăzută în sindromul respirator obstructiv
  - D. CV este crescută în sindromul ventilator restrictiv
  - E. ventilația maximă reprezintă valoarea limită până la care poate crește ventilația pe minut
46. **Analizatoare de gaze în explorarea respirației sunt:**
- A. tancul de oxigen
  - B. resuscitatorul
  - C. analizatorul de CO<sub>2</sub>
  - D. analizatorul de heliu
  - E. oximetria
47. **\*Sindromul ventilator restrictiv se caracterizează prin:**
- A. creșterea capacității pulmonare totale (CPT),
  - B. limitarea expansiunii toracice de cauză pulmonară sau extrapulmonară
  - C. creșterea capacității vitale (CV)
  - D. scăderea volumului expirator maxim pe secundă (VEMS)
  - E. creșterea VEMS
48. **\*Consecințele funcțional-respiratorii ale disfuncției ventilatorii restrictive (DVR) sunt:**
- A. creșterea complianței pulmonare
  - B. respirație profundă, amplă
  - C. hipoventilație alveolară
  - D. scăderea travaliului pulmonar
  - E. scăderea elasticității toraco-pulmonare
49. **Hipoventilația din cadrul sindromului ventilator restrictiv (SVR) poate fi indusă de:**
- A. musculatură respiratorie deficitară prin boli musculare
  - B. scăderea stimulilor ventilatori din bolile neurologice centrale
  - C. bronșita cronică tabacică
  - D. creșterea travaliului respirator prin afectarea cutiei toracice

- E. criza de astm bronic
50. **Hipoventilația alveolară modifică nivelul gazelor sangvine în sensul:**
- A. crește presiunea alveolară a CO<sub>2</sub>
  - B. crește presiunea sangvină a CO<sub>2</sub>
  - C. scade presiunea alveolară a CO<sub>2</sub>
  - D. scade presiunea sanguină a CO<sub>2</sub>
  - E. crește presiunea alveolară a O<sub>2</sub>
51. **Hipercapnia induce în organism următoarele semne:**
- A. tremurături ale mâinilor
  - B. creșterea sudorației
  - C. hipoaciditate gastrică
  - D. hipersecreție bronșică
  - E. scăderea secrețiilor bronșice
52. **Hipoxia determină la nivelul organismului următoarele semne:**
- A. cianoză
  - B. bradipnee
  - C. aritmie respiratorie
  - D. tahipnee
  - E. scăderea tensiunii arteriale
53. **Factorii care determină necesarul energetic al mușchilor inspiratori sunt:**
- A. trivaliul respirator
  - B. antrenamentul muscular
  - C. forța musculară
  - D. eficiența mușchiului
  - E. viteza de sedimentare a hematiilor
54. **Factorii care determină energia disponibilă mușchilor inspiratori sunt:**
- A. hipoxia
  - B. fluxul sanguin muscular
  - C. capacitatea mușchiului de a extrage surse energetice
  - D. hipocapnia
  - E. forța și durata contracției musculare
55. **În obezitate:**
- A. se instalează sindromul ventilator obstructiv (SVO)
  - B. se instalează sindromul ventilator restrictiv (SVR)
  - C. crește distensibilitatea toracelui
  - D. scade distensibilitatea toracică
  - E. scade volumul expirator de rezervă (VER)
56. **Sindromul de hipoventilație asociat obezității (sdr. Pick Wick) este caracterizat prin următoarele semne clinice:**
- A. somnolență
  - B. anemie
  - C. hiperventilație pulmonară
  - D. cianoză
  - E. insuficiență de cord stâng
57. **În cifoscolioze, explorările funcționale respiratorii indică:**
- A. creșterea capacității vitale (CV)
  - B. capacitate pulmonară totală crescută

- C. ventilație maximă pe minut crescută
  - D. ventilație pe minut crescută
  - E. tahipnee
58. **În spondilita anchilozantă, din punct de vedere respirator, apare:**
- A. scăderea capacității vitale (CV)
  - B. scăderea ventilației maxime
  - C. tendință la tahipnee cu creșterea volumului curent
  - D. scăderea semnificativă a volumului rezidual
  - E. scăderea complianței toracopulmonare
59. **În bolile neuromusculare:**
- A. apare sindromul ventilator restrictiv (SVR)
  - B. apare sindromul ventilator obstructiv (SVO)
  - C. scade capacitatea vitală (CV)
  - D. crește CV
  - E. scade volumul expirator maxim pe secundă (VEMS)

#### Bibliografie

1. Totorean Alina, Cristina Cristea – Fizioterapia in afectiunile respiratorii, Lito, 2009
2. Sbenge T.: „Recuperarea bolnavilor cu afecțiuni respiratorii”, Editura Medicală, București 1987
3. Sbenge T. : „Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare”, Editura Medicală, București 1987
4. Nemeș I.D.A: ”Masoterapie (masaj și tehnici complementare)”, Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 1999
5. Nemeș I.D.A: ”Ghid de electro și fototerapie”, Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 2000

#### TEHNICI ȘI METODE SPECIALE DE KINETOTERAPIE

1. Următoarele afirmații referitoare la metoda Bobath sunt adevărate:
  - A. reprezintă o terapie neuroevolutivă ce promovează reînvățarea schemelor normale de mișcare
  - B. se adresează copiilor cu paralizie cerebrală
  - C. poate fi aplicată la pacienții adulți cu hemiplegie
  - D. este aplicată de elecție în recuperarea postartroplastie de șold
  - E. este aplicată de elecție în recuperarea stenozei lombare operate
2. În cadrul metodei Bobath tehnicile de inhibiție (posturile reflex-inhibitorii) realizează:
  - A. scăderea tonusului anormal ce interferează cu mișcările active și pasive
  - B. refacerea aliniamentului normal al trunchiului și al extremităților prin întinderea mușchilor spastici
  - C. tonifierea musculaturii paravertebrale
  - D. oprirea mișcărilor nedorite și a reacțiilor asociate ce apar în timpul mișcării
  - E. tonifierea musculaturii abdominale
3. Următoarele afirmații referitoare la metoda Bobath sunt adevărate:
  - A. extensia capului facilitează flexia în restul corpului

- B. extensia capului facilitează extensia în restul corpului
  - C. flexia capului inhibă spasticitatea extensorilor și facilitează controlul capului în poziția șezând
  - D. flexia capului stimulează spasticitatea extensorilor și inhibă controlul capului în poziția șezând
  - E. extensia capului inhibă extensia în restul corpului
4. Posturile corectoare în cifoză sunt:
- A. decubit dorsal, perniță sub coloana dorsală, mâini la ceafă, coate pe pat
  - B. decubit dorsal cu perniță sub coloana dorsală, doi saci de nisip de 2-5 kg pe fața anterioară a umerilor și pe genunchi
  - C. decubit ventral în sprijin pe antebrațe (poziția “sfinx”)
  - D. decubit lateral, cu schimbarea posturii la fiecare 2 ore
  - E. decubit ventral cu pernă sub piept, perniță sub frunte, saci de nisip pe coloana dorsală și pe bazin
5. Pentru corectarea atitudinii cifotice (la nivelul coloanei dorsale) sunt indicate:
- A. poziția prelungită în șezlong
  - B. practicarea canotajului
  - C. autocontrolul poziției corecte
  - D. purtarea hamului de memorie
  - E. poziția capului redresată prin contracția musculaturii cefei, cu corectarea curbării cervicale și privirea paralelă cu solul
6. Obiectivele kinetoterapiei în epifizita Scheuermann sunt:
- A. scăderea elasticității musculaturii coloanei și ischiogambierilor
  - B. relaxarea musculaturii paravertebrale
  - C. îmbunătățirea posturii
  - D. gimnastica respiratorie pentru menținerea elasticității toracelui
  - E. gimnastica vertebrală pentru îndreptarea coloanei cervico-dorsale
7. \*Pentru corectarea hiperlordozei lombare sunt indicate următoarele obiective, cu excepția:
- A. tonifierea mușchilor abdominali
  - B. întinderea musculaturii lombare
  - C. tonifierea fesierului mare
  - D. retroversia bazinului
  - E. relaxarea mușchilor abdominali
8. Programul de kinetoterapia al cifozei dorsale include:
- A. tonifierea musculaturii paravertebrale
  - B. rotația externă a brațelor prin contracția mușchilor rotund mic și subspinos
  - C. apropierea omoplaților de linia mediană prin contracția mușchilor trapez și romboid
  - D. stretchingul mușchiului pectoral mare
  - E. stretchingul musculaturii spatelui
9. Următoarele afirmații referitoare la metoda Klapp sunt adevărate:
- A. se descriu 3 poziții lordozante redresate: hiperredresată (L4-L5), redresată (L1-L2) și semiredresată (T11-T12)
  - B. se descrie 1 poziție lordozantă orizontală: T8-T10
  - C. se descriu 2 poziții lordozante coborâte: semicoborâtă (T6-T7) și coborâtă (T3-T5)
  - D. se descrie 1 poziție lordozantă orizontală: C4-C5
  - E. se descrie 1 poziție lordozantă orizontală: S1-S2
10. Referitor la mersul Klapp, următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Mersul încrucișat este indicat în hiperlordoza lombară



- B. Mers încrucișat este indicat în scolioza cu curbură unică
  - C. Mersul cămilei (cu braț și picior de aceeași parte) este indicat în scolioza cu curbură unică
  - D. Mersul încrucișat este indicat în spatele plan
  - E. Mersul cămilei (cu braț și picior de aceeași parte) este indicat în scolioza în “S”, de partea scoliozei lombare
11. \*Tehnica Cotrel:
- A. are la bază schema extensie-derotație-elongație-flexie laterală a coloanei vertebrale
  - B. are la bază schema flexie-derotație-elongație-flexie laterală a coloanei vertebrale
  - C. are la bază schema de flexie-extensie a coloanei vertebrale
  - D. nu influențează flexibilitatea coloanei vertebrale
  - E. nu este indicată în tratamentul de recuperare a scoliozei
12. Obiectivele kinetoterapiei în scolioze sunt:
- A. ameliorarea posturii
  - B. practicarea sportului de performanță
  - C. creșterea mobilității coloanei vertebrale
  - D. creșterea forței musculaturii paravertebrale și abdominale
  - E. ameliorarea respirației
13. Faza I a programului Williams cuprinde următoarele exerciții:
- A. decubit dorsal: se flectează și se extind genunchii
  - B. decubit dorsal: se ridică alternativ câte un membru inferior cât mai sus, cu genunchiul complet extins
  - C. decubit dorsal: se execută bicicleta, cu pelvisul mult basculat înainte
  - D. atârnat, cu spatele la spalier, mâinile deasupra capului prind bara cu palmele înainte: ridicarea genunchilor la piept
  - E. decubit dorsal: se trage cu mâinile un genunchi la piept, încercând atingerea lui cu fruntea; se procedează apoi la fel cu celălalt genunchi
14. Faza II a programului Williams cuprinde următoarele exerciții:
- A. decubit dorsal, genunchii flectați, tălpile pe pat: se apleacă ambii genunchi spre dreapta, apoi spre stânga, până ating patul
  - B. decubit dorsal: se ridică alternativ câte un membru inferior cât mai sus, cu genunchiul complet extins
  - C. decubit dorsal, genunchii flectați la 90°, lipiți unul de altul, tălpile pe pat: se încearcă ridicarea lor spre tavan, terapeutul contrează
  - D. decubit dorsal, genunchii flectați la 90°, tălpile pe pat: se ridică capul-umerii-trunchiul (brațele întinse) până când palmele ajung deasupra genunchilor la aproximativ 10 cm
  - E. decubit dorsal: se trage cu mâinile un genunchi la piept, încercând atingerea lui cu fruntea; se procedează apoi la fel cu celălalt genunchi
15. În stadiul subacut al lombosacralgiei se execută următoarele:
- A. atârnat, cu spatele la spalier, mâinile deasupra capului prind bara cu palmele înainte: ridicarea genunchilor la piept
  - B. atârnat, cu fața la spalier, mâinile prind bara cu palmele spre zid: pendularea bazinului și a membrelor inferioare spre dreapta-stânga
  - C. decubit dorsal: se ridică alternativ câte un membru inferior cât mai sus, cu genunchiul complet extins
  - D. alergare pe loc, timp de 15 minute

- E. decubit dorsal: călcâiul drept se așează pe genunchiul stâng; se execută o abducție cât mai internă a șoldului drept până se atinge cu genunchiul drept patul, apoi se inversează
16. Kinetoterapia din lombosacralgia cronică include următoarele:
- exercițiile Codman
  - continuarea asuplizării lombare
  - tonifierea musculaturii extensoare lombare
  - tonifierea musculaturii abdominale
  - practicarea sportului (halteră, box)
17. Tehnicile de facilitare neuromusculară proprioceptivă speciale cu caracter general sunt:
- rotația ritmică
  - inversarea lentă
  - inversarea lentă cu opunere
  - inversarea agonistică
  - relaxare-opunere
- 18.\*Tehnicile de facilitare neuromusculară proprioceptivă specifice pentru promovarea mobilității sunt următoarele, cu excepția:
- rotația ritmică
  - inițierea ritmică
  - inversarea lentă cu opunere
  - stabilizarea ritmică
  - relaxare-opunere
19. Tehnicile de facilitare neuromusculară proprioceptivă specifice pentru promovarea stabilității sunt:
- contractia izometrică în zona scurtată
  - relaxare-opunere
  - izometria alternantă
  - rotația ritmică
  - stabilizarea ritmică
20. Tehnicile de facilitare neuromusculară proprioceptivă specifice pentru promovarea abilității sunt:
- contractia izometrică în zona scurtată
  - mișcarea activă de relaxare-opunere
  - relaxare-contracție
  - progresia cu rezistență
  - secvențialitatea normală
21. Următoarele afirmații despre inversarea lentă sunt adevărate:
- reprezintă contracții concentrice ritmice ale tuturor agoniștilor și antagoniștilor dintr-o schemă de mișcare, fără pauză între inversări
  - reprezintă contracții concentrice ritmice ale tuturor agoniștilor și antagoniștilor dintr-o schemă de mișcare, fără pauză între inversări, cu contracție izometrică la sfârșitul amplitudinii fiecărei mișcări
  - este o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă specială cu caracter general
  - rezistența aplicată mișcărilor este maximală
  - E. primul timp îl reprezintă mișcarea în sensul musculaturii puternice (antagoniștii mușchilor hipotoni)
22. Următoarele afirmații despre inversarea lentă cu opunere sunt adevărate:
- reprezintă contracții concentrice ritmice ale tuturor agoniștilor și antagoniștilor dintr-o schemă de mișcare, fără pauză între inversări

- B. reprezintă contracții concentrice ritmice ale tuturor agoniștilor și antagoniștilor dintr-o schemă de mișcare, fără pauză între inversări, cu contracție izometrică la sfârșitul amplitudinii fiecărei mișcări
  - C. este o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă specială cu caracter general
  - D. primul timp îl reprezintă mișcarea în sensul musculaturii puternice (antagoniștii mușchilor hipotoni)
  - E. primul timp îl reprezintă mișcarea în sensul musculaturii hipotone (agoniștii)
23. Următoarele afirmații despre contracțiile repetate sunt adevărate:
- A. dacă mușchii schemei de mișcare sunt de forță 0 sau 1, se realizează contracție izotonică cu rezistență pe toată amplitudinea și se aplică întinderi rapide și scurte în diverse puncte ale arcului de mișcare
  - B. dacă mușchii schemei de mișcare sunt de forță 4 sau 5, se realizează contracție izotonică cu rezistență pe toată amplitudinea și se aplică întinderi rapide și scurte în diverse puncte ale arcului de mișcare
  - C. dacă mușchii schemei de mișcare sunt de forță 4 sau 5, fără să aibă o forță egală peste tot, se face contracție izotonică cu rezistență, până în punctul unde forța musculară este mai slabă, apoi se execută o izometrie, urmată de întinderi scurte și rapide
  - D. reprezintă o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă specială cu caracter general
  - E. nu se aplică dacă mușchii schemei de mișcare sunt de forță 2
24. Următoarele afirmații referitoare la secvențialitatea pentru întărire sunt adevărate:
- A. este utilizată când doar un component dintr-o schemă de mișcare este slab
  - B. este utilizată când niciun component dintr-o schemă de mișcare nu este slab
  - C. nu este o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă specială cu caracter general
  - D. se realizează o contracție izometrică maximă în punctul optim al musculaturii puternice sau normale, se menține izometria și se adaugă contracția izotonă împotriva unei rezistențe maxime, pe musculatura slabă
  - E. se bazează pe principiul facilitării musculaturii slabe de către superimpulsul creat de izometrie
25. \*Următoarea afirmație referitoare la inversarea agonistică este adevărată:
- A. nu este o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă specială cu caracter general
  - B. se execută contracții concentrice pe toată amplitudinea, apoi progresiv, ca amplitudine, se introduce contracția excentrică
  - C. nu este utilizată contracția excentrică dintr-o schemă de mișcare
  - D. nu este utilizată contracția concentrică dintr-o schemă de mișcare
  - E. nu poate fi aplicată în cazul musculaturii hipotone
26. Inițierea ritmică:
- A. este o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă specifică pentru promovarea mobilității
  - B. se aplică în hipertonia care limitează mișcarea
  - C. constă din mișcări lente, ritmice, executate mai întâi pasiv, apoi pasivo-activ și activ, pe întreaga amplitudine a unei scheme de mișcare
  - D. este contraindicată în limitările de mobilitate datorate hipertonei
  - E. nu reprezintă o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă
27. Mișcarea activă de relaxare-opunere:
- A. se aplică în hipertonia care limitează mișcarea
  - B. reprezintă contracții concentrice ritmice ale tuturor agoniștilor și antagoniștilor dintr-o schemă de mișcare

- C. se aplică în cazurile cu hipotonii musculare care nu permit mișcarea pe o direcție
  - D. constă în efectuarea unei contracții izometrice în punctul unde există forță mai mare, urmată de o relaxare bruscă și o mișcare pasivă spre zona alungită, însoțită de întideri rapide în această zonă
  - E. se execută contracții concentrice pe toată amplitudinea, apoi progresiv, ca amplitudine, se introduce contracția excentrică
28. Rotația ritmică:
- A. este utilizată în cazurile de hipertonie cu dificultăți de mișcare activă
  - B. se realizează mișcări pasive și pasivo-active de rotație la nivelul articulației vizate
  - C. se realizează mișcări active cu rezistență de rotație la nivelul articulației contralaterale
  - D. este utilizată în cazurile de hipotonie cu dificultăți de mișcare activă
  - E. nu necesită prezența terapeutului
29. Relaxarea-opunere:
- A. este denumită și tehnica hold-relax
  - B. este utilizată când amplitudinea unei mișcări este limitată de contractura musculară
  - C. în punctul de limitare a mișcării se execută o contracție izometrică (5-8 secunde), apoi se cere pacientului o relaxare lentă
  - D. în varianta antagonistă, izometria se efectuează pe mușchiul hipoton
  - E. în varianta agonistă, izometria se efectuează pe mușchiul hipertonic
30. Următoarele afirmații referitoare la stabilizarea ritmică sunt adevărate:
- A. în punctul de limitare a mișcării se execută contracții izometrice doar pe agoniști
  - B. este utilizată în cazul scăderii mobilității datorită durerii sau redorii post-immobilizare gipsată
  - C. are la bază izometria
  - D. se execută contracții izometrice pe agoniști și pe antagoniști în punctul de limitare a mișcării, fără relaxare între contracția agonistului și cea a antagonistului
  - E. în punctul de limitare a mișcării se execută contracții izometrice doar pe antagoniști
31. Referitor la contracția izometrică în zona scurtată următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. A. în zona scurtă a mușchiului se fac contracții izometrice repetate, cu pauză între repetări, executându-se pe rând pe musculatura tuturor direcțiilor de mișcare
  - B. se execută contracții izometrice pe agoniști și pe antagoniști în punctul de limitare a mișcării, fără relaxare între contracția agonistului și cea a antagonistului
  - C. este o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă specifică pentru promovarea mobilității
  - D. este o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă specifică pentru promovarea abilității
  - E. este o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă specifică pentru promovarea stabilității
32. Referitor la izometria alternantă următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. A. în zona scurtă a mușchiului se fac contracții izometrice repetate, cu pauză între repetări, executându-se pe rând pe musculatura tuturor direcțiilor de mișcare
  - B. constă în efectuarea de contracții izometrice scurte, alternative, pe agoniști și pe antagoniști, în diferite puncte ale arcului de mișcare, fără a schimba poziția segmentului
  - C. este o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă specifică pentru promovarea mobilității
  - D. este o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă specifică pentru promovarea abilității

- E. este o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă specifică pentru promovarea stabilității
33. Secvențialitatea normală:
- A. este o tehnică ce urmărește coordonarea componentelor unei scheme de mișcare care are forță adecvată pentru executare, dar secvențialitatea nu este corectă
  - B. este o tehnică de facilitare neuromusculară proprioceptivă specifică pentru promovarea abilității
  - C. este utilizată când amplitudinea unei mișcări este limitată de contractura musculară
  - D. este utilizată în cazul scăderii mobilității datorită durerii sau redorii post-imobilizare gipsată
  - E. se aplică în cazurile cu hipotonii musculare care nu permit mișcarea pe o direcție
34. Următoarele afirmații referitoare la metoda Kabat sunt adevărate:
- A. este indicată în terapia paralizii spastice cerebrale
  - B. are la bază facilitarea funcției musculare prin folosirea unor stimuli proprioceptivi variați și executarea voluntară a contracției cu maxim de efort sub rezistență maximală
  - C. este contraindicată în terapia pacientului hemiplegic
  - D. utilizează posturile reflex-inhibitorii pentru scăderea tonusului anormal ce interferează cu mișcările active și pasive
  - E. este contraindicată în terapia pacientului paraplegic
35. Diagonala I flexie a membrului superior din cadrul metodei Kabat presupune:
- A. ridicarea, abducția și rotația scapulei
  - B. flexia, adducția și rotația externă a umărului
  - C. extensia, abducția și rotația internă a umărului
  - D. supinația antebrăului
  - E. flexia radială a articulației radiocarpene
36. Diagonala I extensie a membrului superior din cadrul metodei Kabat presupune:
- A. coborârea, adducția și rotația scapulei
  - B. flexia, adducția și rotația externă a umărului
  - C. extensia, abducția și rotația internă a umărului
  - D. pronația antebrăului
  - E. înclinarea ulnară a articulației radiocarpene
37. Diagonala II flexie a membrului superior din cadrul metodei Kabat presupune:
- A. ridicarea, adducția și rotația scapulei
  - B. flexia, abducția și rotația externă a umărului
  - C. înclinarea radială a pumnului
  - D. extensia și abducția degetelor
  - E. extensia, adducția și rotația internă a umărului
- 38.\*Diagonala II extensie a membrului superior din cadrul metodei Kabat presupune următoarele, cu excepția:
- A. coborârea, abducția și rotația scapulei
  - B. flexia, abducția și rotația externă a umărului
  - C. înclinarea ulnară a pumnului
  - D. flexia și adducția degetelor
  - E. extensia, adducția și rotația internă a umărului
39. Diagonala I flexie a membrului inferior din cadrul metodei Kabat presupune:
- A. extensia, abducția și rotația internă a șoldului
  - B. flexia, adducția și rotația externă a șoldului

- C. dorsiflexia și inversia piciorului
  - D. flexia plantară și eversia piciorului
  - E. flexia, abducția și rotația internă a șoldului
40. Diagonala II extensie a membrului inferior din cadrul metodei Kabat presupune:
- A. extensia, abducția și rotația externă a șoldului
  - B. flexia plantară și inversia piciorului
  - C. flexia, abducția și rotația externă a șoldului
  - D. flexia degetelor
  - E. flexia, abducția și rotația internă a șoldului
41. Referitor la schemele bilaterale din cadrul metodei Kabat, următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. A.schemele simetrice: membrele pereche efectuează mișcări pe aceeași diagonală, în același sens
  - B. schemele asimetrice: membrele pereche efectuează mișcări pe diagonale diferite în același sens, membrele merg spre aceeași parte a corpului
  - C. schemele simetrice: membrele perechi efectuează mișcări în același timp pe aceeași diagonală, în sensuri opuse
  - D. schemele asimetrice: membrele perechi efectuează mișcări pe diagonale diferite, în sensuri opuse
  - E. există o singură schemă bilaterală simetrică (diagonala I extensie a membrului superior)
42. Indicațiile metodei Vojta sunt:
- A. tulburările de coordonare centrale
  - B. hemiplegia
  - C. paraliziiile periferice
  - D. miopatiile congenitale
  - E. astmul bronșic
43. Următoarele afirmații referitoare la metoda Brunnstrom sunt adevărate:
- A. se adresează recuperării hemiplegiei
  - B. scopul este facilitarea progresiei pacientului prin stadiile de refacere ale hemiplegiei post AVC
  - C. încurajează recuperarea mișcărilor voluntare la pacienții cu hemiplegie utilizând activitatea reflexă spinală și stimularea senzorială
  - D. are la bază principiul târării reflexe
  - E. utilizează posturile reflex-inhibitorii pentru scăderea tonusului anormal ce interferă cu mișcările active și pasive
44. Următoarele afirmații referitoare la metoda Margaret Rood sunt adevărate:
- A. se adresează selectiv prin inhibarea sau activarea unui singur mușchi
  - B. paralel cu dezvoltarea funcției motorii se pune accent pe funcțiile senzoriale și pe cele vitale
  - C. este o metodă globală deoarece stimulii sunt gândiți în modele de postură globală și mișcări complexe
  - D. stimularea proprioceptivă se realizează prin pensulare, stimulări cu gheață, mângâiere ușoară sau apăsare articulară
  - E. este contraindicată în recuperarea sechelelor motorii de encefalopatie cronică infantilă
45. Diagonala I extensie a membrului inferior din cadrul metodei Kabat presupune:
- A. extensia, abducția și rotația internă a șoldului
  - B. flexia, abducția și rotația externă a șoldului
  - C. dorsiflexia și inversia piciorului

- D. flexia plantară și eversia piciorului
  - E. flexia degetelor
46. Diagonala II flexie a membrului inferior din cadrul metodei Kabat presupune:
- A. extensia, abducția și rotația externă a șoldului
  - B. flexia plantară și inversia piciorului
  - C. extensia, abducția și rotația externă a șoldului
  - D. extensia degetelor
  - E. flexia, abducția și rotația internă a șoldului
47. Programul de kinetoterapie al unui pacient cu gonartroză are următoarele obiective:
- A. tonifierea musculaturii ce înzăvorește genunchiul în mers (cvadriceps, ischiogambieri și rotatori)
  - B. mobilizare articulară: recâștigarea extensie, apoi creșterea flexie
  - C. refacerea stabilității
  - D. refacerea rezistenței la efort a aparatului extensor
  - E. controlul și coordonarea respirației
48. Programul de kinetoterapie al unui pacient cu coxartroză are următoarele obiective:
- A. tonifierea musculaturii abductoare a șoldului
  - B. tonifierea musculaturii rotatorii a șoldului
  - C. mobilizări articulare la nivelul articulației coxo-femorale: pasive, active, scripetoterapie
  - D. scăderea forței musculaturii stabilizatoare a șoldului
  - E. scăderea forței musculare a fesierului mare și a ischiogambierilor
49. Exercițiile posturale Forrestier sunt:
- A. decubit dorsal: pacientul ridică alternativ câte un membru inferior cât mai sus, cu genunchiul complet extins
  - B. decubit dorsal, cu mâinile sub cap: pacientul inspiră și apasă cu coatele și capul pe pat
  - C. decubit ventral, cu mâinile sub cap: pacientul inspiră și ridică capul și umerii de pe pat
  - D. decubit ventral, cu mâinile la spate: pacientul inspiră și ridică capul, umerii și toracele de pe pat
  - E. decubit ventral, cu mâinile la spate: pacientul inspiră și ridică membrele inferioare de pe pat
- 50.\* Posturile recomandate în spondilita anchilozantă sunt următoarele, cu excepția:
- A. decubit dorsal pe pat tare cu șoldurile și genunchii extinși pe pat
  - B. statul pe scaun cu spătar înalt și realizarea permanentă al contactului spătarului cu spatele până la spinele omoplaților
  - C. statul în șezlong cel puțin 8 ore/zi
  - D. masa de lucru la nivelul pieptului și antebrățele pe masă
  - E. în ortostatism se menține o distanță maximă între pube și apendicele xifoid

#### Bibliografie:

1. Dan Nemeș, Alina Totorean, Armand Gogulescu, Andrea Niță, Merima Jurici, Elena Amăricăi, Virgil Luca, Oana Bereteu, Roxana Onofrei, Daniel Popa, Tehnici în kinetoterapie, Format electronic, Timișoara 2006
2. Nemeș I.D.A, Drăgoi M., Totorean Alina, Ghiță Andreea, 2003, Kinetoterapie-Lucrări practice, Editura Orizonturi Universitare (Sub egida Phare), Timișoara, ISBN 973-638-070-X

3. Nemeş Ion Dan Aurelian, Vasile Doru Valentin, Totorean Alina, Principii de evaluare și terapie în sechelele motorii de encefalopatie cronică infantilă (insuficiența motorie centrală, paralizia spastică infantilă, paralizia spastică cerebrală), Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 2002
4. Sbhenge T., Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, 1987
5. Elena Amaricai, Suci Oana – Tehnici și metode speciale de kinetoterapie, Curs format electronic, ppt

## **KINESIOLOGIE CLINICA**

### **1. Patologia coordonării apare în leziunile:**

- A. cerebelului
- B. sistemului extrapiramidal
- C. sistemului piramidal
- D. nervilor periferici
- E. mușchilor

### **2. \*Abilitate reprezintă:**

- A. capacitatea de a executa mișcări în timpul oricărei posturi de încărcare prin greutatea corporală cu segmentele distale fixate (kinematică în lanț închis)
- B. capacitatea de a manipula și explora mediul înconjurător, segmentul distal al membrilor fiind liber (kinematică în lanț deschis)
- C. capacitatea de a iniția și executa o mișcare pe toată amplitudinea ei fiziologică
- D. capacitatea de a menține posturile gravitaționale și antigravitaționale ca și pozițiile mediane ale corpului
- E. capacitatea de a executa mișcări doar cu ajutorul unei alte persoane din afară

### **3. Sub raport fiziologic mușchii efectuează:**

- A. lucru dinamic rezistent sau negativ în contracția izometrică
- B. lucru dinamic activ pozitiv când se scurtează
- C. lucru static în cazul contracției izometrice
- D. lucru dinamic rezistent (sau negativ) în contracția concentrică
- E. lucru static în contracția excentrică

### **4. Mușchii tonici, de tip I :**

- A. sunt în general mușchi extensori- antigravitaționali
- B. realizează contracții rapide și obosec ușor
- C. au fibre predominant albe, sărace în mioglobină, mitocondrii , enzime oxidative, iar rezervele de ATP sunt reduse.
- D. Prezintă mai multe sinapse
- E. Cheltuiala energetică este mare

### **5. Următoarele afirmații sunt adevărate:**

- A. neuronul motor alfa 1 determină contracția fazică și dă terminații la fasciculele musculare fazice (albe)
- B. neuronul motor alfa 2- trimite terminații spre fasciculele musculare roșii, tonice.
- C. fibrele C sunt fibre cu conducere lentă a durerii
- D. motoneuronii gama sunt: gama dinamici, ai căror axoni se opresc în zona polară a fibrei intrafusale și gama statici, cu axoni care ajung în zona ecuatorială a fibrei intrafusale
- E. celulele Renshaw sunt neuroni intercalari specializați, care, determină fenomene



facilitatorii pentru toți neuronii din vecinătate, dar mai ales pentru motoneuronii alfa.

**6. Periajul:**

- A. nu este folosit pentru scăderea intensității durerii
- B. nu este folosit pentru creșterea sensibilității reflexului miotatic
- C. este folosit pentru reducerea sudorației în zonele distale ale membrilor
- D. reprezintă un element exteroceptiv
- E. reprezintă un element interoceptiv

**7. Vibrația aplicată pe corpul muscular sau pe tendonul lui:**

- A. are rol facilitator asupra mușchiului agonist
- B. are rol inhibitor pe mușchiul agonist
- C. reprezintă un element proprioceptiv
- D. este recomandat să aplicăm vibrația pe mușchiul alungit (sumarea efectului prin reflex miotatic)
- E. nu este recomandat să aplicăm vibrația pe mușchiul alungit

**8. Presiunea pe tendoanele lungi:**

- A. induce o scădere a tensiunii din zona presată
- B. se aplică în caz de hipertoni
- C. determină o creștere a tensiunii în zona presată
- D. este contraindicat în caz hipertoni
- E. nu are nici o valoare terapeutică

**9. Mișcarea activă de relaxare-opunere:**

- A. se aplică în caz de hipertoni musculară
- B. constă în efectuarea unei contracții izometrice în punctul unde există forță mai mare, urmată de o relaxare bruscă și o mișcare pasivă spre zona alungită, însoțită de întinderi rapide în această zonă
- C. este o tehnică de facilitare neuro-musculară proprioceptivă specială cu caracter general
- D. se aplică în afecțiuni care implică scăderea mobilității datorită diminuării forței musculare
- E. nu poate fi aplicată la pacienții cu leziuni de neuron motor central

**10. \*Cerebelul nu este implicat :**

- A. În reglarea termoreglării și a stărilor emoționale
- B. În modularea mișcării, deoarece prin el trec stimuli proprioceptivi musculari, articulari, exteroceptivi cutanați, stimuli vestibulari și senzoriali
- C. ca „aparat de timp”, în oprirea mișcării la locul și momentul dorit, mișcare gândită și realizată de cortex
- D. ca „ aparat de învățare”, prin repetarea perseverentă a impulsurilor, în întărirea unor sinapse, ajungându-se la învățarea mișcării respective
- E. în câștigarea și performarea abilităților

**11. Despre manipulare se știe că:**

- A. este o mișcare forțată, aplicată direct sau indirect pe o articulație sau un ansamblu de articulații, care poartă brusc elementele articulare peste jocul lor fiziologic obișnuit, fără a depăși limitele impuse de mișcarea lor anatomică.
- B. este un impuls brusc, unic, care trebuie să fie executat plecând de la sfârșitul jocului pasiv normal, de către persoane bine pregătite
- C. se face pe toate direcțiile de mișcare, pentru a obține un efect mai bun
- D. nu se va mobiliza un segment pe direcțiile dureroase
- E. este indicată în bolile inflamatorii, infecțioase și tumorale ale coloanei vertebrale

**12. \*Referitor la mobilizarea activă asistată (activo-pasivă), următoarele afirmații sunt false:**

- A. forța exterioară trebuie să substituie forța proprie a pacientului
  - B. forța exterioară nu va fi aceeași pe toată amplitudinea mișcării, ci este mai mare la începutul și sfârșitul cursei
  - C. forța exterioară de asistare poate fi realizată prin: ajutor manual de către kinetoterapeut, corzi elastice sau contragreutățile instalațiilor cu scripeți
  - D. se aplică în caz de mobilitate redusă sau mișcarea activă liberă se produce pe direcții deviate, datorită unor cauze osteoarticulare sau neurologice
  - E. pacientul inițiază activ mișcarea, însă nu o poate realiza pe toată amplitudinea, fiind necesar un ajutor din afară spre finalul mișcării
13. **Referitor la mobilizarea activă cu rezistență, următoarele afirmații sunt adevărate:**
- A. rezistența se aplică la începutul și la sfârșitul mișcării active
  - B. rezistența va fi mai mare decât forța mușchilor
  - C. după fiecare mișcare cu rezistență urmează o scurtă pauză de relaxare
  - D. rezistența realizată de fiziokinetoterapeut este cea mai bună tehnică, deoarece se poate grada în funcție de forța mușchiului în anumite puncte ale arcului de mișcare
  - E. rezistența prin apă este contraindicată
14. **Pentru promovarea mobilității controlate:**
- A. nu se urmărește tonifierea musculară pe parcursul mișcării disponibile
  - B. tehnica de elecție este secvențialitatea normală
  - C. se urmărește obișnuirea pacientului cu amplitudinea funcțională de mișcare
  - D. se va face antrenarea pacientului pentru a-și lua singur variate posturi
  - E. se utilizează tehnicile de facilitare neuro-musculare proprioceptive speciale cu caracter general
15. **\*Tehnica Oxford de creștere a forței musculare:**
- A. Este compusă din exerciții progresive
  - B. Este compusă din exerciții resistive regresive
  - C. utilizează contracțiile izometrice
  - D. constă numai din 10 ridicări cu 100% din 10 RM
  - E. constă numai din 10 ridicări cu 10% din 10 RM
16. **Tehnicile kinetice statice sunt reprezentate de:**
- A. Contractia concentrică
  - B. Contractia excentrică
  - C. relaxarea musculară
  - D. manipularea
  - E. contractia izometrică
17. **\*Pentru corectarea posturii și aliniamentului corpului nu se utilizează:**
- A. Metoda Frenkel
  - B. posturarea corectată sau hipercorectată, menținută prin diverse metode de fixare
  - C. mobilizări pasive, active asistate și active
  - D. contracțiile izometrice
  - E. tehnici de facilitare proprioceptivă
18. **Atitudinea scolioțică:**
- A. Apare mai frecvent la fetițe, fie datorită poziției vicioase în bancă, fie ca urmare a scurtării unui membru inferior, luxației congenitale de șold sau piciorului plat
  - B. nu presupune modificări osoase
  - C. implică modificări ale formei corpurilor vertebrale din vârful curburii și răsuciri ale

vertebrelor

- D. este extrem de greu de recuperat
- E. apare în toracoplastii sau retracții după arsuri mari

**19. Efectele mobilizărilor passive asupra aparatului locomotor sunt:**

- A. mențin amplitudinile articulare normale și troficitatea structurilor
- B. cresc amplitudinile articulare prin asuplizarea structurilor capsuloligamentare, întinderea tendomusculară, ruperea aderențelor
- C. mențin sau chiar cresc excitabilitatea musculară
- D. scad contractura-retractura musculară prin întindere musculară progresivă
- E. prin întinderea bruscă a mușchiului, nu se declanșează stretch-reflexul

**20. Antrenarea echilibrului mersului se face:**

- A. micșorând suprafața de sprijin (mers pe vârfuri, pe călcâie, pe marginea piciorului),
- B. crescând progresiv suprafața de sprijin
- C. mergând pe aceeași linie sau cu pași încrucișați.
- D. într-o etapă mai avansată, prin creșterea vitezei de mers
- E. utilizând covorul rulant, metodă abandonată în terapiile modern

**21. \*Intensitatea efortului la cardiaci și pulmonari se recomandă să fie de:**

- A. 10-20% din capacitatea funcțională testată a pacientului
- B. 60-80% din capacitatea funcțională testată a pacientului
- C. 30-40% din capacitatea funcțională testată a pacientului
- D. 40-50% din capacitatea funcțională testată a pacientului
- E. este contraindicat orice antrenament la pacienții cardiaci și pulmonari

**22. Referitor la spasticitatea piramidală, următoarele afirmații sunt adevărate**

- A. Reprezintă rezistența excesivă a unui mușchi la întinderea pasivă, având cauză centrală.
- B. face parte din sindromul de neuron motor periferic
- C. predomină pe flexori la membrele superioare și pe extensori la membrele inferioare
- D. nu afectează calitatea mișcării voluntare
- E. are la bază deprimarea arcului reflex miotatic

**23. Redorile articulare:**

- A. nu reprezintă limitări patologice ale mișcărilor articulațiilor
- B. pot fi congenital sau dobândite
- C. pot fi cauzate de leziuni capsuloligamentare, mai ales traumatice sau inflamatorii, care generează cicatrici retractile, calcificări și chiar osificări
- D. pot fi cauzate de leziuni musculotendinoase prin ruptură, calcificare, scleroză sau inflamație, ce limitează mișcarea datorită contracturii sau retracturii
- E. nu pot fi cauzate de boala Dupuytren

**24. Mușchii fazici, de tip II:**

- A. sunt în general mușchi flexori
- B. sunt mușchi superficiali, sar două articulații, au tendoane lungi, realizează contracții rapide și obosesc ușor
- C. au fibre predominant roșii, bogate în mioglobină, mitocondrii și ATP
- D. necesită un consum energetic mic, motiv pentru care obosesc greu.
- E. au mai multe sinapse

**25. Căile nervoase eferente:**

- A. pornesc de la receptorul musculotendinos-fusul muscular și organul Golgi
- B. de la motoneuronii cornului anterior ajung în mușchi

- C. sunt fibra A gamma static
  - D. sunt fibra A gamma dinamic
  - E. sunt fibrele AI primară și A II secundară
26. **Fibra Ia (fibra AI primară):**
- A. este o cale nervoasă aferentă
  - B. pleacă de la organul tendinos Golgi
  - C. în cornul anterior face sinapsă cu motoneuronul alfa (agonist)
  - D. în cornul anterior face sinapsă cu neuronal intercalar facilitator, care apoi se va lega și de motoneuronul alfa (sinergist)
  - E. este cale nervoasă eferentă.
27. **\*Bucla gamma:**
- A. nu este deci un circuit facilitator pentru contracția muscular
  - B. pregătește și ajustează mereu starea de tonus muscular necesară mișcărilor active
  - C. nu implică terminația anulospirală a fusului neuro-muscular
  - D. nu implică fibrele senzitive Ia
  - E. nu face parte din controlul medular al motricității
28. **Reflexul miotatic:**
- A. are 2 componente: un răspuns rapid care are o latență foarte scurtă dat de circuitul neuronal medular și un răspuns cu o latență mai lungă care implică și structurile nervoase superioare inclusiv cortexul.
  - B. este declanșat de întinderea fusului muscular c. descris de Sherrington
  - C. este singura cale monosinaptică a unui sistem senzitivo-motor de feed-back
  - D. se mai numește și reflex de tendon
29. **Stretch-reflexul:**
- A. are 2 tipuri de răspuns: răspuns dynamic și răspuns static
  - B. răspunsurile statice sau dinamice sunt în continuu controlate de nervii eferenți gamma dinamic sau static
  - C. reflexul miotatic negativ se opune întinderii bruste a mușchiului
  - D. reflexul miotatic negative apare atunci când mușchiul este alungit brusc din starea de scurtare în care a fost adus
  - E. reflexul miotatic negative este mai mult un un reflex inhibitor, static și dinamic, cu efecte exact opuse celui clasic.
30. **Reflexul tonic al gâtului:**
- A. este de 2 tipuri: simetric și asimetric
  - B. receptorii sunt proprioceptorii de la nivelul articulațiilor gâtului ce conduc informația asupra orientării capului în raport cu corpul
  - C. receptorii sunt proprioceptorii de la nivelul articulațiilor gâtului ce conduc informația asupra mișcării corpului în întregime
  - D. este un reflex medular
  - E. impulsul va ajunge prin substanța reticulară la motoneuronii gamma activând fusul muscular
31. **Metoda Frenkel:**
- A. Se folosește în ataxiile locomotorii
  - B. are rol în reeducarea coordonării
  - C. constă numai din exerciții pentru membrele superioare
  - D. constă într-o serie de tehnici de facilitare neuro-musculară proprioceptivă

- E. reprezintă gimnastică respiratorie
32. **\*Următoarele tehnici kinetologice sunt tehnici kinetic dinamice:**
- A. contracția izometrică
  - B. tracțiunile
  - C. imobilizarea de contenție
  - D. posturarea de facilitare
  - E. relaxarea musculară
33. **Manipularea:**
- A. este o mișcare forțată aplicată direct sau indirect pe o articulație sau ansamblu de articulații care poartă brusc elementele articulare peste jocul lor fiziologic obișnuit
  - B. se poate realiza cu pacientul doar în decubit dorsal
  - C. cele semi-indirecte se realizează prin mobilizarea altor segmente, dar operatorul localizează precis prin apăsare direct nivelul la care se realizează manipularea.
  - D. Testarea direcțiilor libere se va face conform schemei „stea cu 8 brațe”
  - E. se respectă regula nondolorității și a mișcării contrare.â
34. **Inversarea lentă:**
- A. este o tehnică FNP specială cu caracter general
  - B. reprezintă contracțiile ritmice ale agoniștilor și antagoniștilor dintr-o schemă de mișcare, pe toată amplitudinea de mișcare, fără pauză între inversări, împotriva unei rezistențe maxime
  - C. la capătul amplitudinii de mișcare se introduce izometria
  - D. primul timp îl reprezintă mișcarea în sensul musculaturii slabe, adică agoniștii
  - E. primul timp îl reprezintă mișcarea în sensul musculaturii puternice, adică antagoniștii mușchilor hipotoni
35. **Tehnica relaxare-opunere:**
- A. Se folosește pentru promovarea stabilității
  - B. este dificil de aplicat în caz de durere
  - C. se numește “hold-relax”
  - D. este o tehnică pentru promovarea mobilității
  - E. are 2 variante: relaxare-opunere agonistă și relaxare-opunere antagonist
36. **Elementeleexteroceptivesunt:**
- A. rostogolirea ritmică și balansarea ritmică
  - B. periajul
  - C. tracțiunea
  - D. temperatura
  - E. vibrația
37. **Metoda daneză Heckscher:**
- A. Este folosită pentru corectarea tulburărilor de coordonare
  - B. este o metodă corectoare pentru toate segmentele posibil a fi implicate în actul respirator
  - C. corectarea curburilor patologice ale coloanei dorsale este unul dintre obiectivele metodei
  - D. este o metodă de facilitare neuro-musculară proprioceptivă
  - E. este o metodă pentru creșterea antrenamentului la efort

## Bibliografie

1. Totorean Alina- Kinesiologie clinica-Cursul disciplinei, format electronic, 2014
2. Sbenghe T.: „Bazele teoretice și practice ale kinetoterapiei”, Editura Medicală, București 1999; 41
3. Sbenghe T. : „ Kinetoterapia profilactică, terapeutică și de recuperare”, Editura Medicală, București 1987;
4. Sbenghe T.: „Recuperarea bolnavilor cu afecțiuni respiratorii”, Editura Medicală, București 1987;
5. Sbenghe T.: „Recuperarea medicală la domiciliul bolnavilor”, Editura Medicală, București 1996;
6. Sbenghe T.: „Recuperarea sechelelor posttraumatice ale membrilor”, Editura Medicală, București 1981;