

**GRILE LICENȚĂ - KINETOTERAPIE ȘI
MOTRICITATE SPECIALĂ - 2015**

1) Kinetoprofilaxia secundară are ca scop:

- a. prevenirea apariției sechelelor, a leziunilor somatofuncționale, ireversibile, care ar putea determina disabilitate motorie și/sau psihică
- b. menținerea stării de sănătate, în limitele biologice și cronologice previne îmbolnăvirile
- c. prevenirea complicațiilor îmbolnăvirilor

2) Kinetoprofilaxia primară are ca scop:

- a. prevenirea apariției sechelelor, a leziunilor somatofuncționale, ireversibile, care ar putea determina disabilitate motorie și/sau psihică
- b. menținerea stării de sănătate, în limitele biologice și cronologice; previne îmbolnăvirile
- c. prevenirea complicațiilor îmbolnăvirilor

3) Care este primul stadiu de refacere al osului după fractură?

- a. proliferare celulară
- b. hematom
- c. calus

4) Osul:

- a. are circulație;
- b. nu are circulație
- c. nu are inervație

5) Care sunt celulele responsabile cu refacerea osului?

- a. osteoclaste
- b. osteoblaste
- c. miofibrile

6) Cartilajul:

- a. are circulație
- b. nu are circulație
- c. are inervație

7) Lichidul sinovial are ca funcții:

- a. distrugerea celulelor cartilaginoase;
- b. hrana cartilajului
- c. degajarea de căldură

8) Lezarea tendonului se vindecă prin:

- a. regenerare
- b. cicatrice fibroasă
- c. calus

9) Tendonul:

- a. are circulație
- b. nu are circulație
- c. nu are inervație

10) Rezistența unui tendon scade prin:

- a. imobilizare
- b. întinderi repetate
- c. contracții musculare

11) Care este elementul contractil al mușchiului?

- a. fibra musculară
- b. miofibrila
- c. miofilamentele

12) Fibrele musculare fazice (tip II):

- a. realizează contracții lente
- b. au vascularizație bogată
- c. determină cheltuială mare energetică

13) Puntea transversă face parte din:

- a. miozină
 - b. actină
 - c. troponină
- 14) Care sunt caracteristicile funcționale ale mușchilor?**
- a. Excitabilitatea, contractilitatea, extensibilitatea, elasticitatea
 - b. Produc mișcare, mențin postura, stabilizează articulațiile, degajă căldură
 - c. Excitabilitatea, contractilitatea, stabilizarea articulațiilor, degajarea de căldură
- 15) Legile “regenerării nervului” spun că:**
- a. viteza regenerării nu este influențată de vârstă
 - b. nu este variabilă de la nerv la nerv
 - c. leziunile de nerv proximale sunt mai grave decât cele distale
- 16) Ce leziune a nervului periferic are cele mai multe șanse să se refacă complet?**
- a. neuropraxia
 - b. axonotmezis
 - c. neurotmesis
- 17) Neuronii intercalari:**
- a. sunt primitori de informații, de potențiale de acțiune senzitivo-senzoriale de la periferie și de la mediu
 - b. modulează interacțiunea între input și output în sens excitator și inhibitor
 - c. transmițători de informații de la SNC la organele efectoare
- 18) Neurotmezis reprezintă:**
- a. secțiune totală a nervului
 - b. compresiuni de nerv
 - c. distrugerea axonului
- 19) Unitatea motorie reprezintă:**
- a. fibrele musculare la care ajung terminațiile axonale
 - b. mușchiul
 - c. cea mai mică unitate morfofuncțională neuromusculară
- 20) Ce este „Raportul de inervație” (Coeficientul de inervație)?**
- a. numărul de fibre musculare inervate de un neuron
 - b. numărul de neuroni ce inervează o fibră musculară
 - c. raportul între neuronii motori și cei sensitivi ai unei mișcări
- 21) Ce proces declanșează potențialul de acțiune celular?**
- a. inhibiția membranei
 - b. dezactivarea membranei
 - c. depolarizarea membranei
- 22) Care este prima fază în procesul de formare a contracției musculare?**
- a. eliberarea energiei din ATP
 - b. prinderea punților transversale de actină
 - c. desinhibiția (eliberarea) Ca^{++} din reticulul sarcoplasmic
- 23) Care este ionul care declanșează cuplingul excitație-contracție?**
- a. K^+
 - b. Ca^{++}
 - c. Na^+
- 24) Care este „carburantul” care dă energia pentru realizarea contracției musculare?**
- a. glicogenul
 - b. Ca^{++}
 - c. ATP-ul
- 25) Eferențele de la motoneuronul alfa ajung la:**
- a. fibrele extrafusale
 - b. cortexul cerebral
 - c. fusul muscular
- 26) Motoneuronul gama se află în:**
- a. ganglionul spinal

- b. cornul anterior medular
- c. cornul posterior medular

27) Motoneuronul gama asigură inervația:

- a. fibrelor extrafusale
- b. fibrelor intrafusale
- c. ligamentului

28) Celulele Renshaw sunt neuroni intercalari specializați care:

- a. determină fenomene excitatorii pentru motoneuronul alfa
- b. determină fenomene excitatorii pentru toți neuronii din vecinătate
- c. determină fenomene inhibitorii pentru motoneuronul alfa

29) Organul Golgi este influențat de:

- a. întinderea mușchiului
- b. tensiunea musculară crescută
- c. imobilizarea prelungită

30) Receptorul secundar (eflorescența Ruffini) se află:

- a. în zona centrală a fusului muscular
- b. spre periferia fibrei intrafusale
- c. pe miotubul fusului muscular

31) Care este rolul calciului în contracția musculară?

- a. crește permeabilitatea membranei postinaptice (sarcolemei) pt Na^{++} și K^{++}
- b. dezinhibă troponina, eliberând astfel locurile de fixare dintre actină și miozină
- c. hidrolizează moleculele de ATP

32). Circuitul buclei gama este:

- a. mușchi – fibre Ia – motoneuron α – fibre extrafusale – contracția mușchiului
- b. MN γ din cornul anterior \rightarrow axon \rightarrow fibrele musculare intrafusale \rightarrow terminația anulospirală din fus \rightarrow fibrele Ia \rightarrow protoneuronul senzitiv spinal \rightarrow neuroni intercalari \rightarrow MN α
- c. MN γ din cornul anterior \rightarrow axon \rightarrow fibrele musculare extrafusale \rightarrow terminația anulospirală din fus \rightarrow fibrele Ia \rightarrow protoneuronul senzitiv spinal \rightarrow neuroni intercalari \rightarrow MN γ

33) Tehnicile akinetice au la bază ideea:

- a. suprimării mișcării articulare și a contracțiilor voluntare.
- b. suprimării contracțiilor voluntare dar existența mișcării
- c. suprimării mișcării dar realizarea contracțiilor musculare

34) Posturările:

- a. se caracterizează prin menținerea și fixarea artificială, pentru anumite perioade de timp a corpului în întregime sau doar a unei părți într-o poziție determinată, cu sau fără ajutorul unor instalații sau aparate
- b. sunt atitudini impuse corpului întreg sau doar a unor părți ale lui în scop terapeutic sau profilactic pentru a corecta sau preveni instalarea unor devieri de statică și poziții vicioase sau pentru a facilita un proces fiziologic
- c. constă în menținerea „cap la cap” a suprafețelor articulare sau a fragmentelor osoase; astfel se blochează un segment sau o parte dintr-un segment într-un sistem de fixație externă

35) Imobilizările suspendă:

- a. contracția dinamică voluntară, dar permit efectuarea contracțiilor izometrice a mușchilor din jurul articulației respective
- b. mișcarea articulară și contracția dinamică voluntară, dar permit efectuarea contracțiilor izometrice a mușchilor din jurul articulației respective
- c. mișcarea articulară și contracția dinamică voluntară, fără a permite efectuarea contracțiilor izometrice a mușchilor din jurul articulației respective

36) Ce tipuri de posturari există?

- a. de punere în repaus, de contenție și de corecție
- b. corective și de facilitare
- c. libere, liber-ajutate și de facilitare

37) Contractia izometrică:

- a. reprezintă o contracție musculară în care lungimea fibrei musculare scade, fără să se realizeze vreo deplasare a segmentelor pe care se inseră respectivul mușchi
- b. reprezintă o contracție musculară în care lungimea fibrei musculare se modifică realizând astfel deplasarea segmentelor pe care se inseră respectivul mușchi
- c. reprezintă o contracție musculară în care lungimea fibrei musculare rămâne constantă, fără să se realizeze vreo deplasare a segmentelor pe care se inseră respectivul mușchi

38) Contractia izometrică maximă se menține:

- a. maxim 4 secunde la neantrenați
- b. maxim 12 secunde la antrenați
- c. cât rezistă subiectul

39) În contractia izometrică:

- a. rezistența opusă este egală cu forța mușchiului respectiv
- b. rezistența opusă este mai mare decât forța mușchiului respectiv, învingând-o
- c. rezistența opusă este mai mică decât forța mușchiului respectiv

40) Relaxarea musculară activă:

- a. se obține prin efort voluntar psihic (conștientizarea senzației kinestezice de relaxare ca stare inversă contracției musculare) sau fizic (contractia antagonistului, stretching activ etc.)
- b. este efectuată de către kinetoterapeut (posturarea segmentului, termoterapie, stretching pasiv, vibrații aplicate musculaturii antagoniste etc.)
- c. este indusă prin mecanisme psihice (sugestie, hipnoză)

41) Stretchingul manual, pasiv se aplică pe o durată de:

- a. 10 – 15 sec
- b. 20 – 60 sec
- c. 2 – 5 minute

42) În cazul redorilor articulare ce necesită scăderea hipertoniilor musculare se folosesc tehnicile FNP:

- a. RO și RC
- b. MARO și IA
- c. SI și RR

43) Pe ce mușchi se realizează facilitarea în tehnica stretch-reflexului?

- a. hipoton
- b. hipertoni
- c. pe agonist și pe antagonist

44) Tehnicile RO, RC, MARO sunt pentru:

- a. pentru promovarea mobilității
- b. promovarea stabilității
- c. pentru promovarea abilității

45) Facilitarea se realizează prin stimulul:

- a. propioceptiv
- b. exteroceptiv
- c. prin ambii

46) Întinderea prelungită

- a. are un efect inhibitor pentru agoniști
- b. are un efect excitator pentru agoniști
- c. are un efect inhibitor pentru antagoniști

47) A-ul din descrierea exercițiilor fizice în sistemul A.T. E. reprezintă

- a. tehnica prin care se realizează mișcarea
- b. elementele de facilitare
- c. poziția și mișcarea

48) Elementele de facilitare sunt manevre care declanșează stimuli senzitivi cu efect

- a. de creștere a răspunsului motor
- b. de inhibiție
- c. de excitare și inhibiție

49) Rezistența opusă mișcării reprezintă un element

- a. exteroceptiv
- b. propioceptiv
- c. interoceptiv

50) Testingul articular se folosește pentru

- a. evaluarea limitării de mișcare
- b. evaluarea forței musculare
- c. evaluarea durerii

51) Scala mobilității articulare cuprinde:

- a. șase nivele de hipomobilitate
- b. trei nivele de hipomobilitate și trei nivele de hipermobilitate
- c. patru nivele de hipomobilitate și trei nivele de hipermobilitate

52) Nivelul de forță musculară F2

- a. permite mușchiului să mobilizeze segmentul în amplitudine completă, numai cu eliminarea gravitației
- b. permite mușchiului să mobilizeze segmentul în amplitudine completă, împotriva gravitației
- c. permite mușchiului să mobilizeze segmentul pe jumătate din amplitudine

53) Care sunt factorii de natură fizică care pot produce leziuni traumatiche:

- a. temperatura, radiații UV sau IR, apa, acizi
- b. substanțe corozive, temperatura, secționarea
- c. radiații UV sau IR, apa, temperatura

54) Factorii mecanici pot produce următoarele tipuri de traumatisme:

- a. arsuri, electrocutare, plăgi, contuzii
- b. plăgi, fracturi, degerături, iradiere
- c. fracturi, amputații, plăgi, striviri

55) Care sunt factorii determinanți ce duc la creșterea incidenței traumatismelor sportive:

- a. starea de oboseală a sportivului, greșelile metodice ale antrenorului, greșeli în procesul de refacere, jocul dur al adversarului, pregătire fizică necorespunzătoare
- b. rezistența generală scăzută (prin lipsa de antrenament, oboseală sau supraantrenament); existența unei leziuni anterioare netratate; încălzire insuficientă; nepurtarea echipamentului de protecție; depășirea greutății corporale normale; carențele alimentare
- c. jocul dur al adversarului, pregătire fizică necorespunzătoare, existența unei leziuni anterioare netratate; încălzire insuficientă; nepurtarea echipamentului de protecție

56) Care dintre următoarele definiții le sunt atribuite leziunilor hiperfuncționale:

- a. sunt traumatisme de intensitate minoră, dar permanent repetate în cadrul unor mișcări specifice probei sportive, putând genera astfel substratul microscopic al unor leziuni macrotraumatice secundare (miozite, mioentezite, tendinite, tenosinovite, sinovite, bursite, periostite, epifizite, apofizite, capsulite, periartrite)
- b. sunt modificări de ordin enzimatic biochimic și histochimic, localizate la nivelul unor formații anatomice, elementul traumatic neexistând
- c. sunt leziuni traumatiche pure acute și cronice, consecință directă a microtraumatismelor repetate, pe de o parte sau cronicizarea celor acute, pe de altă parte

57) Afecțiunile de tip pur macrotraumatic sunt următoarele:

- a. fisuri, artroze, reumatism cronic, leziuni de menisc, tendinite
- b. fisuri, leziuni de menisc, smulgeri ligamentare, luxații, rupturi musculare
- c. fisuri, algiile coxofemorale, atrofia musculară, anchiloza, picior plat

58) Care dintre următoarele traumatisme sunt specifice articulațiilor:

- a. leziuni de menisc, luxații, disjunctii, entorse, instabilitatea posttraumatică a

genunchiului

- b. luxații, fisuri, apofizite, contuzii, rupturi musculare, întinderi ligamentare
- c. întinderi ligamentare, plăgi, elongații de nervi, fracturi

59) Hematomul este:

- a. o acumulare de lichid seros produsă de leziuni ale vaselor limfatice
- b. o afecțiune care presupune prezența unor soluții de continuitate la nivelul tegumentului sau lipsa de continuitate a pielii, mucoaselor și țesuturilor
- c. o colecție de sânge într-un organ sau într-un țesut, apărută ca urmare a unei hemoragii

60) Entorsele sunt:

- a. întinderi excesive ale țesutului muscular cu întreruperea continuității anatomice
- b. traumatisme articulare acute produse prin mișcări violente, a căror amplitudine depășește limitele fiziologice, dar nu scot suprafața articulară din poziția anatomică normală
- c. lezări articulare complexe care implică dislocarea suprafețelor articulare și leziuni periarticulare și articulare extinse

61) În funcție de gravitate, câte grade de clasificare au entorsele:

- a. 2
- b. 5
- c. 3

62) Care sunt contraindicațiile în caz de entorsă:

- a. încetarea efortului, comprese reci, imobilizarea în fașă elastică
- b. continuarea efortului, masajul, căldura locală imediat după producerea entorsei
- c. masaj cu gheață, administrarea de antialgice și antiinflamatorii, repaus segmentar

63) Care dintre următoarele structuri sunt lezate în luxații:

- a. capsula articulară, ligamentele, părțile moi din jurul articulației luxate
- b. diafizele osoase ale segmentelor aflate proximal de articulația luxată
- c. diafizele osoase ale segmentelor aflate distal de articulația luxată

64) Care sunt semnele (simptomele) subiective în cazul unei luxații:

- a. deformarea regiunii
- b. durerea intensă
- c. modificarea raporturilor anatomice ale regiunii

65) Diastazisul și disjunția sunt specifice următoarelor articulații:

- a. scapulo-humerală
- b. coxo-femurală
- c. acromio-claviculară

66) Puneți în ordinea descrescătoare a frecvenței fracturilor de tibia și peroneu la următoarele sporturi:

- a. box, gimnastică, fotbal
- b. fotbal, gimnastică, box
- c. fotbal, box, gimnastică

67) Puneți în ordinea corectă a succesiunii lor fazele procesului de reparare a leziunilor traumatiche:

- a. faza colagenică, faza maturării cicatricii, faza precolagenică
- b. faza precolagenică, faza maturării cicatricii, faza colagenică
- c. faza precolagenică, faza colagenică, faza maturării cicatricii

68) În care dintre fazele procesului de reparare a leziunilor traumatiche predomină catabolismul ca mijloc de „digestie locală tisulară”:

- a. faza precolagenică
- b. faza de maturare a cicatricii

- c. faza colagenică
- 69) Care dintre următoarele afirmații este caracteristică fazei de maturare a cicatricii:**
- a. se diferențiază circulația venoasă de cea arterială
 - b. are loc formarea mugurilor vasculari din zona periferică indemnă (neovase)
 - c. se produce o devascularizare a zonei până la nivelul vascularizației normale pentru regiunea respectivă (regresia neovaselor)
- 70) Pentru combaterea durerii sunt indicate următoarele mijloace:**
- a. masajul de tip tapotament, undele scurte, compresele cu apă caldă
 - b. razele infraroșii (IR), masajul de tip netezire, curenții diadinamici, posturările antialgice
 - c. băile galvanice, mișcările active cu rezistență, hidroterapia
- 71) Care dintre următoarele plăgi granulare are un prognostic favorabil:**
- a. plaga granulară hipertrofică
 - b. plaga granulară atonă
 - c. plaga granulară normotonă
- 72) În cazul unui proces inflamator este bine să evităm:**
- a. aplicația de parafină
 - b. masajul cu gheață
 - c. posturile articulare relaxante
- 73) Leziunile de menisc se înscriu în următoarele tipuri de traumatisme articulare închise:**
- a. traumatisme capsulo-ligamentare închise
 - b. fracturi articulare închise
 - c. traumatisme articulare fibrocartilaginoase
- 74) Care dintre următoarele tipuri de mobilizări articulare pot produce rupturi ale aderențelor cu inducerea redorilor articulare:**
- a. mobilizarea articulară sub anestezie
 - b. tracțiunile continui
 - c. tracțiunile discontinui
- 75) Mobilizările pasive nu sunt recomandate la:**
- a. umăr
 - b. cot
 - c. Șold
- 76) Ordinea secvențială pentru modul de a dezvolta forță musculară este:**
- a. contracție excentrică, contracție izometrică, contracție concentrică
 - b. contracție izometrică, contracție concentrică, contracție excentrică
 - c. contracție concentrică, contracție excentrică, contracție izometrică
- 77) Con tracția izometrică este interzisă persoanelor care au următoarele valori tensionale:**
- a. 110/60
 - b. 170/100
 - c. 135/75
- 78) Care este ordinea firească de aplicare a mijloacelor de recuperare în cazul retracturilor musculo-tendinoase:**
- a. masaj-căldură-kinetoterapie
 - b. căldură-kinetoterapie-masaj
 - c. kinetoterapie-căldură-masaj
- 79) În care dintre următoarele sporturi apar cel mai frecvent leziuni la nivelul umărului:**
- a. tenis, polo, volei
 - b. fotbal, schi, box

c. hochei, ciclism, gimnastică

80) Exercițiile de tip Codman sunt utilizate pentru:

- a. șold
- b. pumn
- c. umăr

81) Tehnicile de decoaptare se utilizează pentru:

- a. refacerea forței musculare
- b. refacerea mobilității articulare
- c. refacerea abilității

82) Care dintre luxațiile cotului este cea mai frecventă:

- a. luxația laterală
- b. luxația anterioară
- c. luxația posterioară

83) Leziunea cărui nerv periferic este asociată mâinii „în gât de lebădă”:

- a. radial
- b. median
- c. cubital

84) Pentru facilitarea circulației de întoarcere și combaterea edemului sunt indicate posturile:

- a. de repaus
- b. declive
- c. antideclive

85) Care este obiectivul primordial în recuperarea șoldului posttraumatic:

- a. recâștigarea amplitudinii articulare
- b. recâștigarea stabilității
- c. refacerea mersului

86) Care dintre următoarele grupe musculare asigură faza de sprijin din timpul mersului:

- a. abductorii
- b. adductorii
- c. extensorii

87) Care dintre următoarele activități sunt contraindicate în cazul afecțiunilor șoldului:

- a. mersul pe bicicletă
- b. mersul pe teren accidentat
- c. mersul cu sprijin în baston

88) Stabilitatea pasivă a genunchiului este asigurată de:

- a. aparatul capsulo-ligamentar
- b. cvadriceps
- c. ischiogabieri și tricepsul sural

89) Înlăcătarea genunchiului, realizată pe ultimele 15°-20° de extensie este asigurată în principal de:

- a. dreptul femural
- b. vastul intern
- c. vastul extern

90) Sportul cu cele mai puțin frecvente leziuni de menisc este:

- a. fotbalul
- b. ciclismul
- c. handbalul

91) Ruptura tendonului ahilean nu permite:

- a. eversia piciorului

- b. extensia piciorului
 - c. flexia piciorului
- 92) Algoneurodistrofia poate avea:**
- a. 3 faze
 - b. 2 faze
 - c. 4 faze
- 93) Care dintre articulațiile de mai jos are mai mult de un grad de libertate?**
- a. trohleană
 - b. trohoidă
 - c. selară
- 94) Ce fel de articulație este genunchiul?**
- a. sferoidală
 - b. condiliană
 - c. elipsoidală
- 95) Ce nu sunt meniscurile?**
- a. mijloace de congruență
 - b. mijloace de unire
 - c. fibrocartilagii
- 96) Care sunt mișcările permise de trohlee?**
- a. abducție-adducție
 - b. rotație internă-rotație externă
 - c. flexie-extensie
- 97) În care plan și în jurul cărui ax se produce abducția-adducția?**
- a. plan sagital ax transversal
 - b. plan frontal ax sagital
 - c. plan transversal ax vertical
- 98) Ce fel de pârghie este cotul în mișcarea de flexie?**
- a. gradul I
 - b. gradul II
 - c. gradul III
- 99) Care cuplu de mișcări nu se poate executa din gâtul mâinii?**
- a. rotația internă-rotația externă
 - b. abducție –adducție
 - c. flexie-extensie
- 100) Ce acțiuni au mușchii peronieri?**
- a. flexie dorsală și inversie
 - b. flexie plantară și eversie
 - c. flexie plantară și inversie
- 101) Care dintre următorii mușchii extensori nu intervine în lanțul triplei extensii?**
- a. gluteul mare
 - b. tricepsul sural
 - c. bicepsul femural
- 102) Semnul Trendelenburg apare în paralizia unilaterală de?**
- a. gluteu mare
 - b. gluteu mijlociu și mic
 - c. piriform și pătrat femural
- 103) Ce fel de contracție musculară nu caracterizează activitatea dinamică?**
- a. izometrică
 - b. izotonică

- c. în care mușchiul se scurtează sub o tensiune pasivă constantă
- 104) Care mușchi nu sunt extensori ai coloanei vertebrale?**
- erector spinae
 - iliocostal
 - oblic extern
- 105) Care ligament limitează extensia coloanei vertebrale?**
- longitudinal posterior
 - longitudinal anterior
 - supraspinos
- 106) Dintre mușchii proprii ai umărului care nu sunt abductori ai brațului?**
- deltoid
 - infraspinos
 - supaspinos
- 107) Care afirmație este adevărată?**
- fasciculul anterior al deltoidului este abductor, flexor și rotator extern al brațului
 - fasciculul posterior al deltoidului este adductor, extensor și rotator intern al brațului
 - fasciculul anterior al deltoidului este adductor sub 60° , abductor peste 60° , flexor și rotator intern al brațului
- 108) Care dintre următorii mușchi nu intervin în rotația brațului?**
- infraspinos
 - supraspinos
 - subscapular
- 109) Care mușchi nu face parte din regiunea anterioară a brațului?**
- brahial
 - brahioradial
 - coracobrahial
- 110) Care acțiuni nu sunt realizate de bicepsul brahial?**
- abducția brațului
 - supinația antebrățului
 - rotația externă a brațului
- 111) Care dintre afirmațiile referitoare la inserțiile tricepsului brahial sunt adevărate?**
- capul lung pornește de pe tuberculul infraglenoidal al scapulei
 - capul lateral și medial pornesc de pe olecran
 - capul scurt pornește de pe procesul coracoidian
- 112) Care mușchi nu este flexor principal al antebrățului pe braț?**
- biceps brahial
 - brahioradial
 - brahial
- 113) Care mușchi este uniarticular?**
- biceps brahial
 - triceps brahial
 - coracobrahial
- 114) Care mușchi al antebrățului nu acționează și asupra gâtului mâinii?**
- rotund pronator
 - flexor radial al carpului
 - flexor superficial al degetelor
- 115) Care mușchi este cel mai eficient pronator al antebrățului?**
- rotund pronator

- b. pătrat pronator
 - c. anconeu
- 116) Care mușchi este și pronator și supinator?**
- a. flexor radial al carpului
 - b. brahioradial
 - c. flexor ulnar al carpului
- 117) Care articulație nu aparține gâtului mâinii?**
- a. radiocarpiană
 - b. mediocarpiană
 - c. carpometacarpiană
- 118) La nivelul gâtului mâinii care cuplu de mișcări are amplitudinea cea mai mare?**
- a. flexie-extensie
 - b. abducție-adducție
 - c. rotație internă-rotație externă
- 119) Care mușchi nu se termină pe humerus?**
- a. pectoralul mare
 - b. dorsal mare
 - c. romboid
- 120) Care mușchi nu face parte din grupul micilor pelvitrohanterieni (scurți rotatori externi)?**
- a. piriform
 - b. pectineu
 - c. pătrat femural
- 121) Ce acțiune principală are gluteul mare?**
- a. abducția coapsei
 - b. extensia șoldului
 - c. rotația externă a șoldului
- 122) Care este acțiunea cea mai importantă a gluteului mijlociu și mic la nivelul membrului de sprijin?**
- a. abducția coapsei prin contracția dinamică cu punct fix pe bazin
 - b. abducția bazinului prin contracția dinamică cu punct fix pe coapsă
 - c. abducția bazinului prin contracția dinamică cu punct fix pe coxal
- 123) Referitor la acțiunile mușchiului tensor al fasciei lata care afirmație este falsă?**
- a. nu poate abduce coapsa liberă singur
 - b. dintre flexorii principali ai coapsei este singurul rotator intern
 - c. poate ridica singur hemipelvisul nesprijinit peste orizontală
- 124) Care mușchi nu sunt extensori principali ai articulației coxo-femorale?**
- a. gluteul mare
 - b. porțiunea posterioară a adductorului mare
 - c. ischiogambierii
- 125) Care mușchi nu au ca acțiune și rotația externă a coapsei?**
- a. micii pelvitrohanterieni
 - b. adductorul scurt
 - c. porțiunea posterioară a adductorului mare
- 126) Care dintre mușchii de mai jos are inserția terminală pe micul trohanter al femurului?**
- a. gluteul mare
 - b. iliopsoasul

- c. piriformul
- 127) Care este cel mai eficient și mai important flexor principal al șoldului?**
- iliopsoasul
 - dreptul femoral
 - tensorul fasciei lata
- 128) Care este singurul mușchi din grupul adductorilor care execută mai eficient flexia decât adducția șoldului?**
- gracilis
 - pectineu
 - adductorul scurt
- 129) Care mușchi cu terminația pe piciorul gâștei aparține ischiogambierilor?**
- croitor
 - gracilis
 - semitendinos
- 130) Care este extensorul principal al genunchiului?**
- croitorul
 - gracilisul
 - cvadricepsul femural
- 131) Care dintre mușchi nu are 3 tipuri de fascicule în raport cu acțiunile lor posibile și cu axele de mișcare?**
- deltoidul
 - gluteul mijlociu
 - gluteul mare
- 132) Care afirmație e adevărată?**
- toate cele 3 fascicule ale deltoidului sunt adductoare
 - tricepsul sural este cel mai puternic flexor plantar
 - cel mai bun abductor al șoldului este gluteul mare
- 133) Care mușchi este uniarticular?**
- dreptul femural
 - adductorul mare
 - semimembranosul
- 134) Care afirmații sunt corecte?**
- adductorul scurt este flexor, adductor și rotator intern al coapsei
 - pectineul este extensor, adductor și rotator extern al coapsei
 - adductorul mare este flexor al coapsei prin porțiunea anterioară și extensor prin cea posterioară
- 135) Referitor la acțiunile mușchilor ischiogambieri, care afirmație nu este adevărată?**
- sunt extensorii principali ai șoldului
 - sunt adductori accesorii ai șoldului
 - sunt flexorii principali ai genunchiului
- 136) Cum nu acționează cvadricepsul femural în lanțul triplei extensii?**
- prin contracție dinamică cu punct fix pe gambă
 - extinde coapsa pe gambă
 - extinde gamba pe planta fixată
- 137) Care mușchi nu aparține regiunii anterioare a coapsei?**
- bicepsul femural
 - cvadricepsul femural
 - vastul intermediar
- 138) Ce mușchi alcătuiesc tricepsul coxal?**

- a. gluteul mijlociu alături de cel mic și tensorul fasciei late
 - b. obturatorul extern, gemenii superior și inferior
 - c. oblic extern, gemenii lateral și medial
- 139) Care este acțiunea principală a micilor pelvitohanterieni?**
- a. extensia
 - b. rotația externă
 - c. abducția
- 140) Ce semn apare în paralizia mușchiiului tibial anterior?**
- a. mersul legănat de rață
 - b. semnul Trendelenburg
 - c. mersul stepat
- 141) Cum nu realizează mușchii peronieri eversia?**
- a. ridică marginea externă a piciorului
 - b. coboară marginea internă a piciorului
 - c. ridică marginea internă a piciorului
- 142) Care afirmație este corectă?**
- a. flexorul lung al halucelui aparține regiunii anterioare a gambei
 - b. mușchii regiunii posterioare a gambei sunt flexori plantari și inversori
 - c. mușchii regiunii anterioare a gambei sunt exclusivi inversori
- 143) Paralizia cărui grup de mușchi ai gambei face imposibil mersul taligrad (pe călcâie)?**
- a. anterior
 - b. posterior
 - c. lateral
- 144) Sistemul nervos are două părți importante, cu efecte reciproce:**
- a. creierul și măduva spinării
 - b. sistemul nervos central și sistemul nervos periferic
 - c. sistemul nervos somatic și sistemul nervos vegetativ
- 145) Reflexele medulare monosinaptice:**
- a. nu conțin neuroni intercalari
 - b. conțin un singur neuron intercalar
 - c. conțin mai mulți neuroni intercalari
- 146) Actul reflex medular este:**
- a. reacția de excitare a receptorului motor din coarnul anterior al măduvei
 - b. reacția de răspuns a organismului la acțiunea unui excitant sau stimul cu participarea sistemului nervos
 - c. transmiterea excitației la mușchi
- 147) Arcul reflex este format din:**
- a. organul de simț, centrul nervos, mușchi
 - b. nervi senzitivi și nervi motori
 - c. receptori, nerv senzitiv, centru nervos, nerv motor, efector
- 148) O mișcare reflexă se compune din:**
- a. excitarea nervului senzitiv, excitarea centrului reflex intermediar, excitarea nervului motor și mișcarea reflexă care o însoțește
 - b. mișcare voluntară și mișcare involuntară
 - c. mișcări comandate de sistemul nervos central
- 149) Legea unilateralității se referă la:**
- a. răspuns unilateral la stimul
 - b. răspunsul membrului superior și inferior de aceeași parte
 - c. răspunsul membrului opus stimulului
- 150) Stretch reflexul:**
- a. este un reflex de apărare

b. prozejează mușchiul de scurtări și spasme musculare
c. protejează mușchiul de întinderea exagerată, previne ruptura mușchiului, menține poziția ortostatică

151) Reflexul Babinski este:

- a. reflex strict patologic
- b. reflex normal care se modifică în condiții patologice
- c. reflex tranzitoriu

152) Stadiul I al dezvoltării copilului este cunoscut sub denumirea de:

- a. stadiul I de flexie/ stadiul mișcărilor dezorganizate
- b. stadiul I de extensie/ stadiul mișcărilor dezorganizate
- c. stadiul I de coordonare

153) În primul stadiu de dezvoltare

a. mișcările sunt fără scop dar sunt voluntare, constiente, fiind subordonate puternic reflexelor tonice primitive de postură

b. mișcările sunt fără scop și fără un efect anumit, fiind subordonate puternic reflexelor tonice primitive de postură

c. mișcările sunt voluntare și cu scop

154) În primul stadiu de dezvoltare persistă tonusul:

- a. de extensie
- b. de flexie
- c. de rostogolire

155) Copilul trebuie să fie capabil să mențină postura păpușii joase la:

- a. 5 luni
- b. 1 lună
- c. 4 luni

156) Reacția pozitivă de sprijin apare la:

- a. 3 luni
- b. 9 luni
- c. 1 lună

157) Pentru a fi posibilă rostogolirea, este necesară dispariția:

- a. tonusului extensorilor
- b. reflexelor tonice cervicale
- c. Reflexelor de postură

158) Reflexul Landau devine patologic peste vârsta de:

- a. 1 an
- b. 6 luni
- c. 1,5 ani

159) Ridicarea în patrupezie este posibilă datorită:

- a. reflexului de pășire
- b. reflexului de extensie încrucișată
- c. reflexului de pregătire pentru săritură

160) Faza de astazie apare la

- a. 24 luni
- b. 1 lună
- c. 8 luni

161) Copilul merge și se oprește singur fără să cadă la:

- a. 15 luni
- b. 10 luni
- c. 12 luni

162) Postura păpușii joase este următoarea:

a. decubit ventral cu sprijin pe coatele extinse, menține capul ridicat

b. decubit ventral cu bazinul pe planul de sprijin, se susține pe antebrațe și coate (chiar dacă pumnii nu se deschid) și își menține capul ridicat.

c. decubit ventral cu bazinul pe planul de sprijin, se susține pe antebrațe și coate și nu își menține capul ridicat.

163) Reacția pozitivă și sprijin este un semn descris de Vojta pentru diagnosticul leziunii

piramidale

- a. la o vârstă mai mare de 4 – 5 luni
- b. la o vârstă mai mică de 3 – 5 luni
- c. la o vârstă mai mare de 4 – 7 luni

164) Sindromul Down este determinat de:

- a. o malformație genetică
- b. atașarea unui cromozom în plus la cromozomul 21
- c. atașarea unui cromozom în plus la cromozomul 12

165) Diagnosticul la naștere al sindromului Down se bazează pe:

- a. aspectul fizic al nou-născutului
- b. cariotipul cromozomial
- c. scorul Apgar

166) Motricitatea copilului cu sindrom Down se testează prin:

- a. mișcări globale
- b. amplitudinea de mișcare
- c. ghemuire, ridicare în ortostatism și mers

167) Un obiectiv general în abordarea kinetică a copilului cu sindrom Down este:

- a. dobândirea de informații tactile și kinestezice și tonifiere musculară
- b. recuperarea deglutiției
- c. reeducarea facială

168) Antrenarea rezistenței se realizează:

- a. pentru a crește abilitatea mușchiului de a lucra în tensiune maximă până la apariția oboselii
- b. pentru a crește abilitatea mușchiului de a se contracta mai puternic
- c. pentru a crește abilitatea mușchiului de a lucra pe perioade tot mai lungi de timp până la apariția oboselii

169) Distrofia musculară Duchene este:

- a. o afecțiune degenerativă a mușchiului și articulațiilor, de cauză genetică, manifestată prin înlocuirea țesutului muscular cu cel conjunctiv sau adipos
- b. o afecțiune cronică a mușchilor gambei, manifestată prin înlocuirea țesutului muscular cu cel conjunctiv sau adipos
- c. o afecțiune genetică a mușchiului, manifestată prin înlocuirea țesutului muscular cu cel conjunctiv sau adipos

170) Distrofia musculară progresivă prezintă 2 semne caracteristice cu rol diagnostic. Acestea sunt:

- a. semnul mersul legănat și „ochii bridăți”
- b. semnul Gower și „alunecă printre”
- c. semnul Gower și semnul „smochinei”

171) Cea mai frecventă formă de distrofie musculară progresivă este:

- a. Distrofia Emery-Dreifuss
- b. Distrofia musculară Duchenne/ Becker
- c. Distrofia centurilor

172) Mijloacele kinetice utilizate în DMP sunt:

- a. stretching, posturări, exerciții respiratorii și de tonifiere musculară
- b. gimnastica Burger, exercițiile Kegel
- c. exerciții de tonifiere și relaxare

173) În distrofia musculară progresivă, cele mai predispușe zone ale corpului pentru contracturi sunt:

- a. șold, genunchi, gleznă, umeri, pumn, degete
- b. strict la nivelul șoldului și gezei
- c. la nivelul membrului superior

174) Spina bifida este:

- a. o anomalie congenitală a coloanei vertebrale în care discurile vertebrale ale coloanei nu se închid peste măduva spinării
- b. o anomalie congenitală a coloanei vertebrale în care arcurile vertebrale posterioare

ale coloanei nu se închid peste măduva spinării

c. o anomalie congenitală a coloanei vertebrale în care arcurile vertebrale anterioare ale coloanei nu se închid peste măduva spinării

175) Forma invalidantă de spina bifida este:

- a. spina bifida oculta
- b. spina bifida aperta meningocele
- c. spina bifida mielomeningocele

176) Malformația Arnold Chiari poate determina:

a. dificultăți la mers, tulburări de statică vertebrală, debilitate mintală

b. epilepsie, scolioză, picior strâmb congenital

c. dificultăți în alimentație, deglutiție, respirație; înneclare; rigiditatea membrelor, hidrocefalie

177) Hidrocefalia este:

a. acumularea de lichid în ventriculii cerebrali cu presarea consecutivă a creierului de craniu și creșterea în volum a acestuia

b. acumularea de lichid între creier și craniu și creșterea în volum a acestuia

c. acumularea de lichid la nivelul creierului și coloanei vertebrale și creșterea în volum a acestora

178) Copilul cu spina bifida la nivelul coloanei toracale:

- a. copilul nu va sta singur în ortostatism
- b. pentru ortostatism va avea nevoie de atele și cârje, scaun cu roțile pentru deplasare
- c. pentru ortostatism, copilul va avea nevoie de hamuri

179) Evaluarea contracturilor și diformităților se va efectua prin:

- a. goniometrie și testare musculară
- b. mobilizări active și pasive
- c. observație și mobilizare pasivă pe toată amplitudinea de mișcare

180) Paralizia cerebrală:

a. reprezintă tulburări de echilibru și coordonare datorate unor leziuni ale creierului imatur, aflat în plin proces de dezvoltare

b. reprezintă tulburări de mișcare și postură datorate unor leziuni progresive sau acute ale creierului, aflat în plin proces de dezvoltare

c. reprezintă tulburări de mișcare și postură datorate unor leziuni sau defect neprogresiv al creierului imatur, aflat în plin proces de dezvoltare

181) Comportamentul motor dezordonat al bolnavului hemiparetic spastic este rezultatul următoarelor abateri de la comportamentul motor voluntar normal:

a. abolirea reflexelor osteotendinoase și creșterea forței mușchilor antagoniști

b. scăderea forței de contracție musculară voluntară, în special în grupele musculare antagoniste mușchilor spastici, dar și la aceștia din urmă

c. abolirea reflexului medular de întindere la grupele musculare flexoare ale membrului superior și extensoare ale membrului inferior

182) La membrul superior, cel mai desea, contractura musculară se manifestă la:

a. adductorul mare, lung și scurt, pectineu, pectoral, flexorul radial, biceps femural și brahial

b. marele dorsal, rotundul mare, pectoralul, bicepsul brahial, brahialul anterior, brahioradialul, rotundul pronator, patratul pronator, flexorul radial al carpului, palmarul lung, flexorul ulnar al carpului

c. biceps brahial, oblici abdominali, cvadriiceps, psoasiliac, triceps sural, flexorii degetelor, flexorii palmari, deltoidul, fesierul mijlociu și mic

183) La membrul inferior, cel mai desea, contractura musculară se manifestă la:

a. adductorii coapsei: mare, lung și scurt, pectineul, ischiogambierii, semitendinosul, semimembranosul și bicepsul femural, dreptul intern, tricepsul sural, gemenii și solearul

b. biceps brahial, oblici abdominali, cvadriiceps, psoasiliac, triceps sural, flexorii degetelor, flexorii palmari, deltoidul, fesierul mijlociu și mic

c. marele dorsal, rotundul mare, pectoralul, brahialul anterior, brahioradialul, rotundul pronator, patratul pronator, flexorul radial al carpului, palmarul lung,

184) Mijloacele și tehnicile utilizate în tratamentul kinetic al ESI sunt:

- a. telescopare, posturare, exerciții cu rezistență, metode de reeducare neuromotorie
- b. tehnici de relaxare, de stimulare a echilibrului, reeducarea mersului, metode de reeducare neuromotorie și facilitare neuromusculară, tehnici kinetice și akinetice
- c. tehnici de stimulare a echilibrului, metode de reeducare neuromotorie și facilitare neuromusculară, tehnici akinetice

185) Metodele de reeducare neuromotorie sunt:

- a. metoda Bobath, Vojta, Le Metayer, Margaret Rood, Brungstrom
- b. metoda Kabat și FNP
- c. metoda Schrot, Klapp

186) Metodele de facilitare neuromusculară sunt:

- a. metoda Bobath, Vojta, Le Metayer, Margaret Rood, Brungstrom
- b. metoda Schrot, Klapp
- c. metoda Kabat și FNP

187) Plexul brahial este localizat:

- a. în triunghiul lateroanterior al gâtului, între SCM și trapez
- b. în triunghiul posterior al gâtului, între SCM și pectoral
- c. în triunghiul posterior al gâtului, între SCM și trapez

188) Plexul brahial se formează din rădăcini nervoase cu originea în:

- a. C4 – T1
- b. C5 – T1
- c. C2 – C8

189) În paralizia Erb, care este paralizia de tip superior, aspectul MS este următorul:

- a. umăr retrodus de partea afectată, RI a antebrațului, cot extins, pronația antebrațului, cap flectat spre partea afectată, torticolis
- b. umăr căzut de partea afectată, RE a brațului, cot flectat, supinația antebrațului, cap rotat spre partea afectată, torticolis
- c. umăr căzut de partea afectată, RI a brațului, cot extins, pronația antebrațului, cap rotat spre partea afectată, torticolis

190) În paralizia Klumpke, este caracteristică:

- a. mâna în gheară completă
- b. mâna “bacșicșul chelnerului”
- c. mâna “smochină”

191) Testul Spurling este pozitiv dacă:

- a) durerea nu iradiază în braț
- b) durerea iradiază în braț
- c) durerea iradiază în omoplat

192) Modificările caracteristice luxației congenitale de șold:

- a) cotil hiperplazic, articulație laxă, spasticitatea iliopsoasului și a rotatorilor externi, pliuri fesiere inegale, cap femural anteverșart și deplasat în jos
- b) cotil aplazic, articulație laxă, rețracția iliopsoasului și a rotatorilor externi, membre inegale, pliuri fesiere inegale, cap femural anteverșart și deplasat în sus
- c) cotil aplazic, redoare articulară coxo-femurală, rețracția mușchiului tensor fascia lata și dreptului femural, membre inegale, cap femural anteverșart și deplasat în sus

193) Kinetoterpia luxației congenitale de șold implică

- a) imobilizare în hamuri Pavlik/ perne Freika/ atele Rosen, terapia reflexă Vojta, tehnici FNP, stretching, hidrokinetoterapie, înot
- b) terapia NDT Bobath, exerciții cu rezistență, stratching
- c) imobilizare precoce în hamuri Pavlik, manipulări articulare, tonifiere musculară

194) Acondroplazia constă în:

- a) redori congenitale articulare multiple
- b) închiderea precoce a cartilajelor de creștere
- c) subluxația sau luxația completă a capului radial

195) Culoarea sângelui arterial este:

- a. roșu aprins

- b. albastru violet
 - c. brun-roșcat
- 196) Combinația dintre CO₂ și hemoglobină duce la compusul:**
- a. carbhemoglobina
 - b. oxihemoglobina
 - c. methemoglobina
- 197) Reacția sângelui este:**
- a. acidă
 - b. alcalină
 - c. ușor alcalină
- 198) Leucocitele au funcția de:**
- a. transport al substanțelor nutritive
 - b. imunitate
 - c. excreție
- 199) În ventriculul stâng își are originea:**
- a. artera pulmonară
 - b. artera aortă
 - c. venele pulmonare
- 200) Miocardul este un mușchi:**
- a. scheletic sau striat
 - b. neted
 - c. structura intermediară între cea a mușchilor netezi și striati
- 201) În sistola atrială:**
- a. se umplu atriile cu sânge
 - b. se umplu ventriculii cu sânge
 - c. sângele este expulzat în artera aortă și pulmonară
- 202) Creșterea debitului cardiac în efort ($DC = VS \times FC$), la oamenii obișnuiți se face prin:**
- a. creșterea frecvenței cardiace (FC)
 - b. creșterea volumului sistolic (VS)
 - c. ambele
- 203) Circulația sângelui prin artere se face datorită:**
- a. mișcărilor active
 - b. reacției elastice a pereților arteriali
 - c. existenței unor valvule pe traiectul lor
- 204) Centrul nervos de reglare cardioaccelerator și vasoconstrictor are ca și transmițător nervos:**
- a. nervul vag
 - b. nervi simpatici (apartin S.N. vegetativ simpatic)
 - c. nervi parasimpatici
- 205) Acetilcolina are efect de:**
- a. creștere a tensiunii arteriale
 - b. scăderea tensiunii arteriale
 - c. scăderea debitului cardiac
- 206) Respirația externă se realizează prin:**
- a. inspirație și expirație
 - b. schimb de gaze pulmonar
 - c. schimb de gaze tisular
- 207) Inspirația și expirația se realizează cu ajutorul:**
- a. mușchilor inspiratori și expiratori accesori
 - b. mușchilor intercostali
 - c. alveolelor pulmonare
- 208) Schimburile gazoase la nivelul plămânilor se realizează la nivelul:**
- a. endoteliului alveolar și capilar
 - b. traheii
 - c. foselor nazale

- 209) Oxigenul este transportat de la plămâni la țesuturi sub formă de:**
- oxihemoglobină
 - carbooxihemoglobină
 - carbaminohemoglobină
- 210) Primul sistem inhibitor al centrului inspirator este:**
- centrul expirator prin inhibiție intermitentă
 - oxigenul
 - nervii vagi
- 211) Proteinele contractile ale fibrei musculare sunt:**
- albumina
 - globulinele
 - actina și miozina
- 212) Contractia tetanică se produce prin:**
- aplicarea unor excitații repetate cu stimuli supraliminali, la care, intervalul de timp dintre aplicarea lor este mai mic decât timpul total de contracție
 - aplicarea unor excitații repetate cu stimuli supraliminali, la care, intervalul de timp dintre aplicarea lor este egal cu timpul total de contracție
 - aplicarea unor excitații repetate cu stimuli supraliminali, la care, intervalul de timp dintre aplicarea lor este mai mare decât timpul total de contracție
- 213) Depolarizarea membranei celulei musculare înseamnă:**
- ioni pozitivi la exterior și ioni negativi în interiorul membranei celulare
 - ioni negativi la exterior și ioni pozitivi în interiorul membranei celulare
 - exces de ioni pozitivi atât la exterior cât și în interiorul membranei
- 214) În etapa anaerobă a contracției musculare, sursa principală de energie este:**
- ATP-ul și creatinfosfatul
 - glucoza
 - amino-acizii
- 215) În condiții anaerobe, în urma contracției musculare se produce:**
- glucoza
 - amidon
 - acid lactic
- 216) Contractia musculară în urma căreia crește tensiunea internă a fibrei musculare se numește:**
- izotonică
 - izometrică
 - izokinetică
- 217) Contractia musculară care duce la realizarea unui lucru mecanicește:**
- izometrică
 - izotonică
 - izokinetică
- 218) Prin axonii mielinizați excitația circulă:**
- săltător
 - din aproape în aproape
 - nu circulă
- 219) Calciul și anodul:**
- măresc rezistența electrică a membranei celulare (hipoexcitabilitate)
 - reduc rezistența electrică a membranei celulare (hiperexcitabilitate)
 - nu modifică rezistența electrică a membranei celulare
- 220) Fasciculul spinotalamic ventral (anterior) conduce:**
- sensibilitatea proprioceptivă conștientă
 - sensibilitatea proprioceptivă inconștientă
 - sensibilitatea tactilă (atingere ușoară)
- 221) Fasciculi Goll și Burdach conduc:**
- sensibilitatea interoceptivă
 - sensibilitatea termică și dureroasă
 - sensibilitatea proprioceptivă conștientă și inconștientă

- 222) În scolioze gibozitatea (privind din spate):**
- apare pe partea concavității
 - este determinată de rotirea apofizelor spinosae ale vertebrelor făcând parte din segmentul torsional spre convexitate
 - este determinată de tracțiunea posterioară a coastelor din partea convexității determinate de rotirea vertebrelor cu spinosaele spre concavitare
- 223) Nereductibilitatea scoliozei la aplecarea înainte a trunchiului din ortostatism înseamnă că avem de-a face cu o:**
- scolioză funcțională
 - scolioză structurală întreținută de rotația vertebrală
 - cifoza Scheuermann
- 224) Reeducarea posturală a deviațiilor coloanei vertebrale începe cu:**
- căutarea de defecte în atitudine și mișcare
 - învățarea corecțiilor
 - conștientizarea asupra propriului corp
- 225) Atitudinea lordotică se accentuează:**
- în poziția stând cu brațele sus
 - se accentuează în așezat pe scăunel
 - se accentuează în poziția stând cu trunchiul îndoit
- 226) Pentru corectarea capului și gâtului în flexie se urmărește:**
- tonifierea excentrică în zona lungă a musculaturii posterioare cervicale
 - tonifierea concentrică în poziția medie a musculaturii posterioare (extensoare) a gâtului și toracelui
 - stretchingul musculaturii extensoare a gâtului
- 227) Următorii mușchi intervin în inspirul liniștit:**
- intercostali interni, scaleni, SCM
 - intercostali externi, scalenii, diafragma
 - diaphragma anterior, intercostali externi, romboizi
- 228) În inspirul liniștit, mărirea diametrului antero-posterior se realizează prin contracția:**
- scalenilor care ridică primele 5 coaste și sternul este astfel împins înainte
 - intercostalii interni ridică sternul, care este astfel împins înainte
 - intercostalii externi ridică ultimele coaste și le pivotază spre exterior, mărind astfel diametrul transversal al cutiei toracice
- 229) Scopul final al kinetoterapiei în deficiențele fizice funcționale este:**
- de a realiza o (re)educare posturală prin crearea reflexului de atitudine corporală perfecționată și rectificată
 - de a realiza o tonifiere globală a musculaturii corpului
 - de a realiza un corp suplu și echilibrat
- 230) Cunoașterea propriului corp se realizează:**
- dezvoltând simțul proprioceptiv prin diverse stimulări, alternând contracțiile cu relaxarea, încercând de a simți greutatea unui membru, de a simți zonele de sprijin în poziția culcat, etc.
 - prin vizualizarea lui în oglindă
 - prin vizionarea unor filme, fotografii, etc.
- 231) Principalul mușchi al presei abdominale este:**
- dreptul abdominal
 - oblicul intern și extern abdominal
 - transversul abdominal
- 232) Diametrul longitudinal al cutiei toracice este mărit prin contracția:**
- diafragmului
 - oblicilor abdominali
 - transversului abdominal
- 233) Poziția de reeducare a respirației diafragmatice este:**
- decubit dorsal cu ambele MS sus
 - decubit lateral cu genunchii flectați

- c. decubit dorsal cu genunchii flectați, o mână așezată pe abdomen și cealaltă pe torace
- 234) Privind în pan frontal, în cazul unei coloane normale, firul cu plumb trece prin:**
- protuberanța occipitală externă, pliul subfesier
 - ureche, acromion, C7, pliul interfesier, maleolele interne
 - protuberanța occipitală externă, C7, pliul interfesier, maleolele interne
- 235) Care sunt cele mai rigide segmente asupra cărora se aplică asuplizarea la un spate scoliotic:**
- unghiul ilio-lombar concav
 - complexul costo-rahidian toracic concav
 - articulația scapulo-humerală concavă
- 236) Care este “idealul” educării posturale a scolioticului, cifoticului, cifo-lodoticului:**
- să mențină un săculeț de nisip cu o încărcătură egală cu IMC
 - să învețe corecțiile cât mai repede
 - să realizeze automatizarea posturii corecte în actele și gesturile vieții curente
- 237) Tonifierea musculară în scolioză se face prin:**
- contracții izometrice și contracții izotonice de mică amplitudine cu încărcătură mică
 - contracții izometrice și contracții izotonice de mare amplitudine cu încărcătură mică
 - contracții izometrice și contracții izotonice de mică amplitudine cu încărcătură maximală și repetări multe
- 238) Încărcătura maximală în corecție este:**
- încărcătura maximă ce poate fi menținută pe parcursul a 10 contracții
 - încărcătura maximă ce poate fi menținută timp de 10 secunde
 - încărcătura maximă ce poate fi menținută timp de 10 secunde în poziție de corecție perfectă
- 239) Vorbim de o scolioză dezechilibrată:**
- când avem o curbura scoliotică principală și una de compensație
 - când firul cu plumb așezat în C7 cade lateral față de linia interfesieră
 - când firul cu plumb trece prin pliul interfesier
- 240) Diferențierea dintre o atitudine scoliotică (scolioză funcțională) și o scolioză structurală se face prin următoarea probă funcțională:**
- stând, trunchiul îndoit, brațele și capul atârână liber
 - așezat cu trunchiul îndoit înainte între picioare, palmele pe sol
 - stând cu trunchiul îndoit lateral de partea devierii
- 241) Care sunt vertebrele cel mai înclinate (în plan frontal) și cel mai rotate (în plan transversal) într-o scolioză structurală:**
- vertebrele care limitează curbura sunt cele mai rotate și cele mai înclinate
 - vertebrele care limitează curbura sunt cele mai rotate și vertebra vârf este cea mai înclinată
 - vertebrele care limitează curbura sunt cele mai înclinate și vertebra vârf este cea mai rotată
- 242) Coloana vertebrală permite mișcări în:**
- un plan
 - trei planuri
 - două planuri
- 243) Accentuarea lordozei lombare este însoțită de:**
- rotația externă a coapselor
 - anteversia bazinului
 - bascularea posterioară a bazinului
- 244) Anteversia bazinului este datorată acțiunii cuplului de mușchi sinergici:**
- abdominali - psoas-iliac
 - lombari - psoasiliac
 - ischiogambieri, fesieri - lombari
- 245) Diminuarea lordozei lombare este realizată prin:**
- anteversia bazinului

- b. extensia bazinului pe coapse
- c. înclinarea laterală a bazinului

246) Reducerea lordozei lombare se realizează prin contracția simultană și sinergică a cuplului de mușchi:

- a. abdominali - psoasiliac
- b. abdominali - fesieri, ischiogambieri
- c. lombari - fesieri, ischiogambieri

247) Pentru a corecta hipercifoza toracală este necesară contracția celor două chingi (lanțuri) musculare posterioare, care se încrucișează la acest nivel:

- a. dorsalul cu paravertebrali toracali
- b. romboizii, trapezul mijlociu cu abdominalii
- c. extensorii toracali cu adductorii omoplaților

248) Spatele rotund se corectează și prin întinderea mușchilor situați pe fața anterioară a corpului

- a. pectorali, intercostali
- b. deltoizii
- c. abdominali

249) Pentru ca marele dințat să fie un mușchi corector al cifozei dorsale și totodată un mușchi inspirator, este necesar:

- a. să se facă o expirație forțată, cu cifoizarea spatelui
- b. să se facă contracția pectoralilor
- c. să se facă adducția omoplaților și inspirație forțată

250) În respirația diafragmatică, urmată de cea costală inferioară:

- a. diafragma se contractă, mușchii abdominali se relaxează, apoi diafragma se relaxează
- b. mușchii abdominali se contractă, diafragma coboară, apoi diafragma ia punct fix pe centrul frenic, depărtând coastele
- c. diafragma coboară, mușchii abdominali se relaxează, apoi ultimii se contractă ușor, permițând diafragmei să-și inverseze punctele de inserție și să deparțeze ușor coastele

251) Care este principala tehnică de creștere a amplitudinii de mișcare

- a. contracția concentrică în zona lungă
- b. contracția excentrică în zona lungă
- c. stretchingul

252) Capul și gâtul înclinate înainte, precum și omoplații desprinși sunt caracteristice:

- a. atitudinii total scoliotice
- b. atitudinii plan-rigide
- c. atitudinii total cifotice

253) Atitudinea total lordotică se caracterizează prin:

- a. înclinarea înapoi a bazinului, abdomenul proeminent și genunchii în hiperextensie
- b. înclinarea înainte a bazinului, abdomenul supt și genunchii în flexie
- c. înclinarea înainte a bazinului, abdomenul proeminent și genunchii în hiperextensie

254) Exercițiul clasic de reeducare posturală vizează:

- a. tonifierea musculaturii posturale și a dreptilor abdominali prin contracții izotonice
- b. tonifierea musculaturii MI prin contracții izotonice și a musculaturii posturale prin contracții izotonice excentrice
- c. tonifierea transversului abdominal și adductorilor omoplaților, prin contracții izometrice și a mușchilor posturali prin contracții tonice posturale

255) Din punct de vedere biomecanic postura ortostatică corectă a corpului:

- a. necesită un consum energetic și nervos mai mare decât poziția ortostatică „relaxată”
- b. consumă cu 22% mai multă energie decât metabolismul de reaps
- c. se caracterizează printr-un echilibru stabil

256) Atitudinea astenică sau „relaxată”:

- a. prezintă capul în extensie, torace bombat, abdomen flasc, exagerarea cifozei și

lodozei

b. capul aplecat înainte, toracele este plat, abdomenul este flasc și proeminent, hiper-cifoasă și hiper-lordoasă

c. se mai numește și atitudinea hiperotonă a vîrstnicului

257) Copilul cu vârsta între 6-10 ani are un echilibru mai slab în ortostatism:

a. pentru că are un „simț muscular” bine dezvoltat

b. pentru că propriocepția este insuficient dezvoltată

c. pentru că CGG al corpului este mai jos iar baza de susținere a corpului este mai redusă

258) Datorită sedentarismului și a poziției prelungite în așezat sunt influențate toate structurile, active și pasive ale coloanei vertebrale la școlarul mic și anume:

a. discurile intervertebrale se tasează și musculatura paravertebrală se atrofiază

b. coloana vertebrală devine hiperlaxă

c. musculatura paravertebrală se scurtează

259) Lanțul muscular care asigură postura antigravitațională:

a. se află în partea anterioară a corpului

b. este alcătuit din mușchii planului posterior al corpului

c. este alcătuită din mușchi flexori

260) Solicitarea prin stimulare manuală a unor contracții maxime repetate:

a. este o tehnică de creștere a forței musculare care utilizează exerciții cu caracter funcțional

b. este o tehnică de creștere a forței musculare inspirată din tehnicile de facilitare neuro-musculară

c. este o tehnică de creștere a rezistenței musculare

261) O coloană vertebrală elastică și o musculatură puternică înseamnă:

a. curburi sagitale accentuate și o coloană puternică

b. săgeată cervicală cât mai mică iar lombară cât mai mare

c. săgeata cervicală și săgeata lombară sunt mai mici de 3 cm

262) Mușchiul scurtat, care suferă de fenomenul de *tight weakness* este:

a. puternic dacă este testat în poziție scurtă și slab dacă este testat în poziție lungă

b. slab în poziție scurtă și puternic în poziție lungă

c. slab și în poziție scurtă și lungă

263) Corectarea unei hiperlordoze lombare din poziția decubit dorsal acceptând agravarea cifozei dorsale și a lordozei cervicale este:

a. a doua etapă a reeducării posturale a unui pacient cu lordoasă

b. prima etapă a reeducării posturale a unei persoane cu cifo-lordoasă

c. nu se acceptă acest lucru

264) Respirația completă, care cuprinde toate cele trei tipuri respiratorii:

a. este cel mai corect mod de a respira și nu se poate face decât conștient

b. se poate învăța și se poate automatiza

c. se execută mai mult de 3-5 respirații ample complete la o ședință.

265) Torticolisul este:

a. înclinarea capului și gâtului spre partea bolnavă și răsucirea lui spre partea bolnavă

b. înclinarea capului și gâtului spre partea sănătoasă și răsucirea lui spre partea bolnavă

c. înclinarea capului și gâtului spre partea bolnavă și răsucirea lui de partea opusă

266) Mușchiul alungit, care suferă de fenomenul de *stretch weakness* apare la:

a. un mușchi care a fost subsolicitat și menținut în poziție scurtată

b. un mușchi menținut alungit care și-a redus capacitatea de contracție

c. un mușchi care a fost suprasolicitat prin contracții excentrice

267) Avem următorul exercițiu: *Culcat dorsal, cu genunchii flectați; gâtul este întins în ax, bărbia în unghi drept cu gâtul, se caută aplatizarea coloanei cervicale, umerii se mențin în contact cu solul. Obiectivele exercițiului și regiunea coloanei vertebrale cărora i se adresează sunt:*

a. reeducarea posturală și se adresează regiunii cervicale

b. tonifierea musculaturii anterioare a gâtului și se adresează regiunii cervicale

c. reeducarea respiratorie toracală înaltă și se adresează toracelui

268) Avem următorul exercițiu: DD, genunchii flectați, picioarele pe sol: se ridică capul, trunchiul, până când mâinile ajung la genunchi; revenire PI. Obiectivul exercițiului și regiunea căreia i se adresează sunt:

- a. creșterea amplitudinii de mișcare a membrelor inferioare
- b. creșterea forței musculare a abdominalilor
- c. creșterea rezistenței musculare a membrelor superioare

269) Avem următorul exercițiu: DD, genunchii flectați, tălpile pe sol, antebrățele în pronație: T1- se aplatizează lordoza cervicală și lombară, se supinează antebrățele și se adduc scapulele; T3 - se relaxează. Obiectivul exercițiului și regiunea coloanei vertebrale căreia i se adresează sunt:

- a. creșterea forței musculare și se adresează regiunii toracale
- b. reeducarea posturală a întregii coloane
- c. reeducarea respiratorie și se adresează toracelui

270) Avem următorul exercițiu: Decubit lateral: T1 - abducția MI opus (heterolateral) (fără RE din sold) la 45° T2 - menținere; T3 - revenire lentă în PI. Obiectivul exercițiului și regiunea coloanei vertebrale căreia i se adresează sunt:

- a. creșterea forței musculare a fesierului mijlociu
- b. creșterea forței musculare a adductorului MI
- c. asuplizarea articulației coxo-femorale

271) Reeducarea posturală a deviațiilor funcționale la copii se face de preferință prin:

- a. îndoiri ale trunchiului în partea opusă deviației celei mai accentuate
- b. întinderi axiale cu corecția tuturor curburilor
- c. aplicarea manuală a corecției de către kinetoterapeut pe deviația principală pe mișcările respiratorii

272) Căile respiratorii sunt formate din:

- a. faringe, laringe, trahee, bronhii
- b. cavitatea nazală, laringe, trahee, bronhii
- c. cavitatea nazală, faringe, laringe, trahee, bronhii

273) Câte perechi de coaste conține scheletul trunchiului?

- a. 14
- b. 11
- c. 12

274) Structurile sistemului toracopulmonar care îi asigură cinetica sunt:

- a. căile aeriene (sau respiratorii) superioare și căile aeriene (sau respiratorii) inferioare
- b. musculatura și țesutul interstițial pulmonar
- c. plămâni

275) Structurile care asigură schimbul gazos sunt:

- a. căile aeriene (sau respiratorii) superioare și căile aeriene (sau respiratorii) inferioare
- b. musculatura și țesutul interstițial pulmonar
- c. plămâni

276) Con tracția mușchilor inspiratori modifică:

- a. diametrul cranio-caudal (vertical), sagital (transversal lateral), antero-posterior
- b. diametrul cranio-caudal (vertical), sagital (transversal lateral)
- c. diametrul sagital (transversal lateral), antero-posterior

278) Mușchii inspirului liniștit sunt:

- a. diafragmul, intercostalii interni, scalenii
- b. diafragmul, intercostalii externi, scalenii
- c. scalenii, intercostalii externi

279) Transversul abdominal este:

- a. mușchi expirator
- b. mușchi inspirator
- c. mușchi inspirator și expirator în același timp

280) Creșterea costului ventilator de câteva ori în sindromul obstructiv se traduce sub

raport clinic:

- a. febră, cefalee
- b. dispnee
- c. tuse, expectorație

281) Care dintre următoarele mecanisme de producere ale disfuncției ventilatorii obstructive sunt ireversibile:

- a. tulburări ale aparatului mucociliar
- b. hipertrofia și hiperplazia celulelor secretoare
- c. bronhospasmul

282) Concluziile terapeutice și de recuperare care trebuie luate în considerare în corelație directă cu perturbarea volumelor pulmonare (unul dintre procesele fiziopatologice determinate de sindromul obstructiv) sunt:

- a. mărirea diametrului bronșic, prin țintirea mecanismelor reversibile
- b. mărirea diametrului bronșic, prin țintirea mecanismelor ireversibile
- c. creșterea obstrucției dinamice din expir

283) Principalele modalități terapeutice-recuperatorii prin care se reușește evacuarea secrețiilor bronșice, cu obiectivul de dezobstrucție a căilor respiratorii la pacientul cu disfuncție ventilatorie obstructivă sunt:

- a. posturarea relaxantă, educarea tusei
- b. aerosoli, educarea tusei, drenaj bronhic
- c. exerciții respiratorii abdominale

284) Concluziile terapeutice și de recuperare care trebuie luate în considerare în corelație directă cu perturbarea travaliului ventilator (unul dintre procesele fiziopatologice determinate de sindromul obstructiv) sunt:

- a. creșterea rezistențelor dinamice la flux
- b. creșterea complianței pulmonare și a ampliației toracice
- c. oxigenoterapie

285) Respirația abdominală se învață în diferite posturi ale pacientului obstructiv pulmonar, ordinea corectă a acestora fiind:

- a. decubit dorsal, șezând, ortostatism, mers
- b. șezând, ortostatism, mers, decubit dorsal
- c. decubit dorsal, ortostatism, mers, șezând

286) Programul de recuperare la pacientul cu disfuncție respiratorie restrictivă include:

- a. dezobstrucția bronșică
- b. reducerea rezistenței la flux în căile aeriene
- c. tratarea cauzei supraîncărcării mecanice a STP

287) Disfuncția respiratorie restrictivă se definește ca fiind:

- a. creșterea rezistenței din căile aeriene la trecerea coloanei de aer
- b. existența unui corp străin intrabronhic
- c. afectarea ampliației maxime a sistemului toracopulmonar

288) Caracteristicile disfuncției ventilatorii mixte:

- a. CV normală, scade VEMS, scade VEMS/CV, scade Vmx. ind., crește CPT
- b. scăderea CV, scăderea VEMS, scăderea VEMS/CV%, scăderea Vmaxind, scăderea CPT
- c. scade CV, scade VEMS, normal sau crește VEMS/CV%, scade Vmx. ind, scade CPT

289) Caracteristicile disfuncției ventilatorii obstructive sunt:

- a. scade CV, scade VEMS, scade VEMS/CV%, scade Vmx.ind., scade CPT
- b. CV normală, scade VEMS, scade VEMS/CV, scade Vmx. ind., crește CPT
- c. scade CV, scade VEMS, normal sau crește VEMS/CV%, scade Vmx.ind, scade CPT

290) Caracteristicile disfuncției ventilatorii restrictive sunt:

- a. scade CV, scade VEMS, scade VEMS/CV%, scade Vmx.ind., scade CPT
- b. CV normală, scade VEMS, scade VEMS/CV, scade Vmx. ind., crește CPT
- c. scade CV, scade VEMS, normal sau crește VEMS/CV%, scade Vmx. ind, scade CPT

291) Se cunoaște faptul că agravarea DVR se traduce prin instalarea hipoventilației alveolare, a insuficienței pulmonare globale. La început, desaturarea apare doar în efort, apoi și în repaus. Care dintre afirmațiile de mai jos este falsă?

Hipoventilația alveolară este determinată de:

- a. scăderea stimulilor ventilatori
- b. accelerarea respirației cu creșterea cantității de aer ce ventilează plămânii și scăderea CO₂ în sânge
- c. imposibilitatea mobilizării sistemului de către o musculatură respiratorie deficientă și creșterea importanță a travaliului ventilator

292) Valorile normale pentru (FR) frecvența respiratorie /minut la adult sunt :

- a. 30-50 respirații /min cu o medie de 40 respirații /min
- b. 12-20 respirații/min cu o medie de 18 respirații /min
- c. 16-22 respirații/min cu o medie de 19 respirații /min

293) Ciclul cardiac:

- a. este formată dintr-o succesiune de contracții și sistole
- b. sistola ventriculară reprezintă cea mai mare parte a ciclului
- c. este formată dintr-o succesiune de sistole și diastole

294) Circulația pulmonară:

- a. pornește din ventricolul stâng al inimii
- b. conține vena cavă superioară și vena cavă inferioară
- c. sângele oxigenat este transportat de cele patru vene pulmonare

295) Circulația sistemică:

- a. pornește din ventricolul stâng al inimii
- b. sângele oxigenat este transportat de arterele pulmonare
- c. sângele oxigenat este transportat de cele patru vene pulmonare

296) Valorile normale pentru (FC) frecvența cardiacă de repaus /minut la adult sunt:

- a. 100-170 bătăi /min cu o medie de 140 bătăi /min
- b. 75-120 bătăi/min cu o medie de 100 bătăi /min
- c. 60-110 bătăi/min cu o medie de 80 bătăi /min

297) Valorile normale ale TA la adulți sunt:

- a) 76-122/46-84 mmHg cu o medie de 99/65 mmHg
- b. 100-140/60-90 mmHg cu o medie de 120/80 mmHg
- c. 99-137/51-71 mmHg cu o medie de 118/61 mmHg

298) Tensiunea arterială este determinată de:

- a. forța de contracție a inimii și elasticitatea pereților arteriali
- b. alimentație și factorii de risc
- c. vârstă și sex

299) Forma medie a HTA presupune valori ale TA diastolice peste:

- a. 95 mmHg
- b. 100 mmHg
- c. 110 mmHg

300) Care dintre afirmațiile de mai jos este falsă?

Frecvența cardiacă maximă teoretică pentru bărbați se calculează după formula:

- a. 220 - vârsta
- b. 250 - vârsta
- c. 200 - vârsta

301) Obiectivele terapeutice ale pacienților coronarieni se pot realiza prin:

- a. antrenament fizic
- b. drenajul de postură
- c. reeducarea tusei

302) Metodele antrenamentului la efort pentru pacienții cu afecțiuni cardiopulmonare utilizează:

- a. electroterapia
- b. mersul; urcatul scării și pantelor; pedalaj la cicloergometru
- c. terapia ocupațională

303) Obiective de tratament kinetic în reumatologie. Indicați obiectivele corecte în tratamentul kinetic al bolilor reumatice degenerative:

- a. reducerea durerii prin relaxare la nivelul sistemului nervos central, local și prevenirea contracturilor, retracturilor
- b. promovarea echilibrului la nivelul aparatului acustico-vestibular
- c. combaterea și tratamentul kinetic în osteoporoză

304) Obiective de tratament kinetic în reumatologie. Indicați obiectivele corecte în tratamentul kinetic al bolilor reumatice inflamatorii, faza inflamatorie (acută):

- a. promovarea tratamentului kinetic prin anakinezie – posturări -
- b. exerciții de mobilitate și forță
- c. hidrokinetoterapie, temperatură 36-37°C

305) Afecțiuni reumatice ale coloanei vertebrale forme degenerative. Indicați tratamentul kinetic corect în formele de discopatie lombară:

- a. reeducarea respirației
- b. posturi antalgice
- c. metoda Mc. Kenzee

306) Afecțiuni reumatice ale coloanei vertebrale forme discale degenerative. Indicați tratamentul kinetic corect:

- a. tratamentul cartilajului articular
- b. tratamentul obezității
- c. program kinetic pentru discul intervertebral (metode și tehnici)

307) Afecțiuni reumatice ale coloanei vertebrale forme inflamatorii (spondilita anchilozantă stadiul funcțional III, faza de acalmie). Indicați tratamentul kinetic corect:

- a. promovarea tehnicilor și metodelor kinetice
- b. exerciții de creștere a forței musculare
- c. exerciții de mobilizare a coloanei vertebrale lombare

308) Afecțiuni reumatice ale coloanei vertebrale forme inflamatorii (poliartrita reumatoidă). Indicați tratamentul kinetic corect pentru stadiul funcțional III, faza cronică:

- a. tehnici și metode de mișcare la nivelul întregii coloane vertebrale
- b. tehnici și metode pentru articulația mâinii și cotului
- c. tehnici și metode de adaptare la efort

309) Afecțiuni reumatice degenerative la nivelul umărului. Indicați tratamentul kinetic corect în capsulita retractilă:

- a. metoda Codman, metoda Kabat
- b. metoda Klapp
- c. metoda Bobath

310) Afecțiuni reumatice abarticulare – umărul reumatic, fazele dureroase. Indicați tratamentul kinetic corect:

- a. imobilizarea articulațiilor dureroase și tratamentul kinetic pentru articulațiile nedureroase
- b. tehnici kinetice pentru prehensiune
- c. înot terapeutic

311) Afecțiuni reumatice degenerative. Cotul reumatic. Olecranalgia. Tratament kinetic:

- a. afecțiune de inserție a tricepsului brahial. Exerciții de forță
- b. afecțiune de inserție pentru mușchii pronatori și supinatori. ADL-uri
- c. afecțiune a cartilajului articular. Exerciții de asuplizare

312) Afecțiuni reumatice degenerative. Cotul reumatic. Indicați tratamentul kinetic în epicondilită:

- a. crioterapie
- b. promovarea tehnicilor și metodelor de asuplizare musculare și articulare
- c. posturări și imobilizări

313) Afecțiuni reumatice inflamatorii ale cotului (poliartrita reumatoidă) faza inflamatorie. Indicați tratamentul kinetic corect:

- a. dezvoltarea mobilității

- b. crioterapie și posturare în atele amovibile
 - c. exerciții de promovare a mobilității în pronație și supinație
- 314) Afecțiuni reumatice degenerative ale șoldului. Indicați structura anatomică cea mai afectată, coxartroză stadiul III:**
- a. cartilajul articular
 - b. tendoane
 - c. capsula articulară
- 315) Afecțiuni reumatice degenerative ale șoldului. Coxartroza primitivă stadiul II/III. Indicați tratamentul kinetic corect:**
- a. tratament kinetic preoperatoriu
 - b. ADL-uri
 - c. înot terapeutic
- 316) Afecțiuni reumatice degenerative ale șoldului. Coxartroza secundară, stadiul I. Indicați tratamentul kinetic corect:**
- a. jogging
 - b. înot terapeutic
 - c. exerciții kinetice analitice și sintetice pentru prevenirea mersului deformat
- 317) Indicați tratamentul kinetic corect în coxartroza de stadiul III/IV:**
- a. bicicleta ergometrică + exerciții compensatoare
 - b. metoda Bobath
 - c. metoda Kabat
- 318) Indicați tratamentul kinetic corect în gonartroză stadiul I:**
- a. anakinezie
 - b. tonizarea ischiogambierilor pentru mobilitate
 - c. pedalaj pe bicicleta ergometrică + exerciții compensatorii
- 319) Indicați tratamentul kinetic corect în gonartroză în gonartroza generată de rupturi de menisc:**
- a. chirurgie și tratament kinetic recuperatoriu
 - b. tratament kinetic conservativ
 - c. anakinezie
- 320) Indicați tratamentul kinetic corect pentru piciorul plat:**
- a. purtarea talonetelor
 - b. tratament chirurgical urmat de tratament kinetic recuperator
 - c. mers cu cârja canadiană
- 321) Indicați tratamentul kinetic corect al tipurilor de prehensiune:**
- a. mobilizări, posturări
 - b. ADL-uri specifice pentru fiecare tip de prehensiune
 - c. hidrokinetoterapie, înot terapeutic
- 322) Indicați tratamentul kinetic corect în afecțiuni ale inimii determinate de afecțiuni reumatice inflamatorii (spondilita anchilozantă și poliartrita reumatoidă):**
- a. hidrokinetoterapie
 - b. tratamentul afecțiunilor glandulare
 - c. adaptarea treptată la efort
- 323) Parametrii care caracterizează mișcarea sunt:**
- a. distanța și deplasarea
 - b. traiectoria și viteza
 - c. axa de rotație
- 324) Unitatea de măsură a accelerației este:**
- a. m/s
 - b. km/h
 - c. m/s^2
- 325) Inerția este definită de:**
- a. interacțiunea dintre un corp și mediu
 - b. cantitatea de materie conținută de un corp
 - c. proprietatea unui corp de a tinde să-și mențină starea de repaus sau de mișcare

326) Principiul fundamental al dinamicii este exprimat prin formula:

- a. $m = V \cdot \rho$
- b. $F = m \cdot a$
- c. $p = F \cdot t$

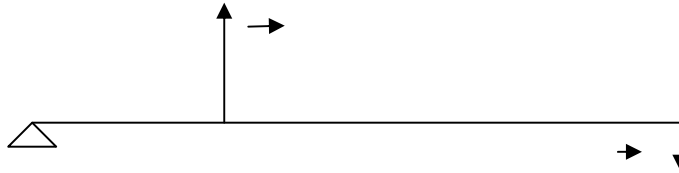
327) Forța are ca unitate de măsură în sistemul internațional:

- a. m/s
- b. N
- c. kg

328) Pentru ca frecarea articulațiilor să fie mică, Fra trebuie să fie față de suprafața articulară:

- a. perpendiculară
- b. oblică
- c. paralelă

329) Pârghia din figura alăturată este de ordinul:



- a. I
- b. II
- c. III ;

330) În corpul omului, mușchiul care execută forța F din figura anterioară, poate fi:

- a. biceps
- b. triceps sural
- c. extensori cervicali

331) Pârghia este în echilibru când:

- a. $F \cdot a > R \cdot b$
- b. $F \cdot a < R \cdot b$
- c. $F \cdot a = R \cdot b$

(a, b reprezintă brațul forței, respectiv al rezistenței)

332) În stațiunea unipodală, menținerea echilibrului corpului este realizată de mușchii:

- a. abductorii șoldului
- b. flexorii brațelor
- c. rotatorii interni ai șoldului

333) Echilibrul este stabil când CG se află față de punctul de sprijin:

- a. deasupra punctului de sprijin
- b. sub punctul de sprijin
- c. coincide cu punctul de sprijin

BIBLIOGRAFIE

1. Albu I., (1996) – “*Anatomia Omului*”, Ed. Medicală, București
2. Apostol I. (2007) – “*Medicină fizică și recuperare*”, Ed. “Gr. T. Popa” – U.M.F. Iași
3. Baciuc, C. (1977) – “*Anatomia funcțională și biomecanica aparatului locomotor*”, Ed. Sport-Turism, București
4. Bucur Angela (2007) – „*Elemente de bază în fiziologia generală*”, Ed. Universității din Oradea
5. Chiriac, Mircea (2000) - “*Testarea manual a forței musculare*”, Ed. Universității din Oradea
6. Cordun, Mariana (1999) - “*Kinetologie medicală*”, Ed. Medicală, București
7. Denischi A. (1989) – “*Biomecanica*, Ed. Acad. Bucuresti
8. Flora, Dorina (2002) – “*Tehnici de bază în kinetoterapie*”, Ed. Universității din Oradea
9. Harrison (2005) – „*Principiile medicinei interne – ediția a IV-a*”, Ed. Teora, București
10. Hăulică I., (1989) - „*Fiziologie umană*”, Ed. Medicală, București
11. Ianc, D., (2009) – “*Biomecanică aplicată în activități motrice*”, Ed. Univ. din Oradea
12. Ispas A.T. (2006) – „*Anatomia și fiziologia omului*”, Editura Didactică și Pedagogică, București
13. Lozincă I. – „*Kinetoterapia în afecțiuni cardiovasculare*” http://www.slideshare.net/b_raluca25/kinetoterapiainafectiunilecardiovasculare
14. Lozincă I. (2002) – „*Elemente de patologie a aparatului respirator și recuperarea prin kinetoterapie*”, Ed. Universității din Oradea <http://www.scribd.com/doc/27373442/Kinetoterapia-Respirator#scribd>
15. Lozincă I. (2015) – „*Kinetoterapia în afecțiuni cardiorespiratorii*”, Note de curs
16. Marcu, Vasile și colab., (2006) – “*Kinetoterapie/Physiotherapy*”, Ed. Universității din Oradea
17. Marcu, Vasile, Matei, Corina și colab. (2009) – “*Facilitarea neuroproprioceptivă în asistența kinețică*”, Ed. Universității din Oradea
18. Nițescu V., (1995) – “*Anatomie funcțională*”, Ed. Didactică și Pedagogică, București
19. Papilian, V., (2001) – “*Anatomia omului*”, Ed. BICC ALL, București
20. Pasztai, Z., (2004) – „*Kinetoterapie în neuropediatrie*”, Ed. Arionda
21. Pasztai, Z., (2001) – „*Kinetoterapia în recuperarea funcțională a aparatului locomotor*”, Ed. Universității din Oradea
22. Poienariu, D., Petrescu, P. și colaboratorii (1981) – „*Traumatologie și recuperare funcțională la sportivi*”, Ed. Flacăra- Timișoara
23. Popescu, M., Trandafir, T., (1998) – „*Artrologie și biomecanică*”, Ed. Scaiul, București
24. Robănescu, N. (2001) – „*Reeducare neuro-motorie*”, Ed. Medicală, București
25. Saragea M., (1981) – „*Fiziopatologie*”, Ed. Academiei R.S.R., București
26. Sbenge T. (1999) – „*Bazele teoretice și practice ale kinetoterapiei*”, Ed. Medicală, București
27. Sbenge T. (2002) – „*Kinesiologie Știința Mișcării*”, Ed. Medicală București
28. Sbenge, T., (1981) – „*Recuperarea medicală a sechelelor posttraumatice ale membrilor*”, Ed. Medicală, București
29. Sbenge, T. (1987) – „*Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare*”, Ed. Medicală, București
30. Tache S. (1996) – „*Fiziologia aparatului respirator*”, Ed. Dacia, Cluj – Napoca
31. Tarcău, E., (2014) – „*Kinetoterapia în traumatologia sportivă*”, Note de curs
32. Zdrengea D. și Branea I (1995) – „*Recuperarea bolnavilor cardiovasculari*”, Ed. Clusium, Cluj – Napoca

Decan
prof.univ.dr. Alexandru Ilieș

Director departament
prof.univ.dr. Gheorghe Dumitrescu