**Boala cronică renală**

CS

1. CS În câte stadii se clasifică boala cronică renală după clasificarea KDOQI:
	1. 2
	2. 3
	3. 4
	4. 5
	5. 6
2. Care este motivul principal ce nu ne permite să determinăm cu exactitate incidența și prevalența bolii cronice renale în stadiile inițiale?
	1. Lipsa studiilor epidemiologice
	2. Lipsa semnelor și simptomelor la pacienții cu boala cronică renală în stadiile timpurii
	3. Lipsa unei definiții clare a boala cronică renală
	4. Din motivul că boala cronică renală este o boală tranzitorie
	5. Din motivul că determinarea creatininei și ureei serice este o investigație de laborator laborioasă și mult prea scumpă
3. Cel mai nefavorabil factor de progresie a bolii cronice renale este:
	1. Pruritul
	2. Hematuria
	3. Proteinuria
	4. Bacteuria
	5. Uricosuria
4. Prezența cărui semn este cel mai informativ în diferențierea bolii cronice renale cu injuria renală acută?
	1. Anemia
	2. Ambii rinichi de dimensiuni mici
	3. Hipocalciemia
	4. Hipernatriurie
	5. Acidoză metabolică
5. Două cele mai frecvente cauze care duc la instalarea bolii cronice renale terminale sunt:
	1. Alergiile și diabetul
	2. Infecțiile și diabetul
	3. Diabetul și hipertensiunea arterială
	4. Infecțiile și hipertensiunea arterială
	5. Diabetul și obezitatea
6. Cauza exclusiv genetică care duce la instalarea bolii cronice renale terminale este:
	1. Diabetul zaharat
	2. Sindromul Alport
	3. Boala polichistică renală autozomal dominantă
	4. Boala polichistică renală autozomal recesivă
	5. Hipertensiunea arterială
7. Cauza principală de deces la pacienții cu boala cronică renală terminală sunt:
	1. Complicațiile cardiovasculare
	2. Anemia
	3. Insuficiența hepatică
	4. Uremia
	5. Sepsis
8. Ce stadiu de boala cronică renală conform clasificării KDOQI va avea un bărbat cu rata filtrării glomerulare de 23 ml/min/1.73m2:
	1. 1
	2. 2
	3. 3
	4. 4
	5. 5
9. Pacientul cu boala cronică renală stadiul 4 sau 5 poate necesita administrarea de eritropoietină pentru managementul:
	1. Anemiei
	2. Neutropeniei
	3. Pancitopeniei
	4. Trombocitopeniei
	5. Hipoproteinemiei
10. Care categorie de medicamente reduc frecvența complicațiilor cardiace, rezistența vasculară periferică și secreția de renină:
	1. Diuretice
	2. β-blocante
	3. α1-blocante
	4. Blocanții canalelor de calciu
	5. Inhibitorii enzimei de conversie angiontenzinici
11. Proteinuria este un factor de risc pentru progresia boala cronică renală:
	1. Care poate fi modificat
	2. Care nu poate fi modificat
	3. Proteinuria nu este factor de risc pentru boala cronică renală
	4. Proteinuria apare doar în boala cronică renală stadiul 5
	5. Proteinuria are un factor pronostic favorabil
12. Pentru a calcula rata filtrării glomerulare prin diferite formule în practica clinică cotidiană este nevoie de a cunoaște următorul indice biochimic:
	1. Creatinina serică
	2. Ureea serică
	3. Proteina generală
	4. Potasiul seric
	5. Sodiul seric
13. Hiperkaliemia, acidoza, hiperlipidemia, hiperuricemia și malnutriția în boala cronică renală sunt consecința:
	1. Hematuriei
	2. Oliguriei
	3. Uremiei
	4. Hipertensiunii arteriale
	5. Insuficienței hepatice
14. Care din următoarea modificare a membranei semipermiabile pentru dializă va crește viteza de dializă?
	1. Micșorarea dimensiunilor porilor membranari
	2. Creșterea grosimii membranei
	3. Creșterea suprafeței membranei
	4. Aplicarea pe membrană a unei sarcini negative
	5. Scăderea temperaturii a soluției dializatoare
15. La care valori trebuie redusă tensiunea arterială pentru a avea obține efect nefroprotector:
	1. Tensiunea arterială sistolică sub 120 mmHg, în caz dacă este bine tolerată
	2. Tensiunea arterială diastolică peste 90 mmHg
	3. Tensiunea arterială sistolică sub 120 mmHg, chiar dacă nu este bine tolerată
	4. Tensiunea arterială sistolică peste 140 mmHg, dacă este bine tolerată
	5. Tensiunea arterială sistolică sub 90 mmHg
16. Prin ce mecanism se consideră că inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei reduc proteinuria:
	1. Dilatarea arteriolei eferente cu scăderea presiunii intraglomerulare
	2. Scăderea hipertensiunii arteriale sistolice
	3. Scăderea hipertensiunii arteriale diastolice
	4. Micșorarea reabsorției Na în tubii colectori
	5. Inhibarea directă a reninei
17. La un pacient de 30 de ani cu hipoacuzie progresivă și hematurie din copilărie s-a efectuat transplant renal cu 8 ani în urmă ca urmare a boala cronică renală terminală. La examinare se determină hipoacuzie de tonalitate înaltă și lenticonus posterior la ambii ochi. Care este diagnosticul probabil?
	1. Lupusul eritematos sistemic
	2. Sindromul Wolff-Parkinson-White
	3. Sindromul Alport
	4. Boala polichistică renală autozomal dominantă
	5. Granulomatoza Wegener
18. Care dieta se va recomanda pacientului cu hipertensiune arterială și rata filtrării glomerulare <15 ml/min/1.73m2?
	1. Dieta fără particularități
	2. Dietă hipocalorică
	3. Dietă hiposodată
	4. Dietă săracă în grăsimi și hipocalorică
	5. Dietă hiposodată, hipokalemică și hipoproteică
19. Pacienții cu care maladii vor reprezenta majoritatea în departamentul de dializă pe plan mondial?
	1. Bolile polichistice renale
	2. Glomerulonefrita cronică
	3. Hipertensiunea
	4. Diabetul zaharat
	5. Uropatia obstructivă
20. În ce stadiu al bolii cronice renale după KDOQI este necesar de a iniția pregătirea pacientului pentru dializă:
	1. 1
	2. 2
	3. 3
	4. 4
	5. 5
21. Pe ce cale se recomandă de a administra preparatele de fier la pacienții cu boala cronică renală complicată cu anemie fierodeficitară ?
	1. Per os
	2. Intravenos
	3. Intraarterial
	4. Subcutanat
	5. Sublingual
22. Cauza principală a anemiei la pacienții cu boala cronică renală este:
	1. Sinteza unei cantități mici de eritropoietina
	2. Sinteza de anticorpi contra eritropoietinei
	3. Sinteza de anticorpi contra receptorilor eritropoietinei de pe celulele progenitoare a eritrocitelor
	4. Sinteza unei eritropoieină defectă
	5. Răspunsul inadecvat al celulelor progenitoare a eritrocitelor la eritropoietină
23. În ce stadiu a bolii cronice renale după KDOQI trebuie de inițiat tratamentul cu hemodializă cronică:
	1. Stadiul 1 KDOQI
	2. Stadiul 2 KDOQI
	3. Stadiul 3 KDOQI
	4. Stadiul 4 KDOQI
	5. Stadiul 5 KDOQI
24. Care clasificare se utilizează pentru stadializarea boala cronică renală:
	1. NYHA
	2. KDOQI
	3. RIFLE
	4. AKIN
	5. Mogensen
25. Care este cea mai eficientă metodă de substituție a funcției renale
	1. Hemodializa
	2. Dializa peritoneală
	3. Hemoabsorbția
	4. Transplantul renal
	5. Plasmafereza
26. Termenul de uremie desemnează în general:
	1. Concentrația ureei în plasmă
	2. Concentrația ureei în sânge
	3. Creșterea creatininei în sînge
	4. Sindromul clinic care rezultă din pierderea marcată a funcției renale
	5. Creșterea acidului uric în sânge
27. Cauza principală a anemiei la pacienții cu boala cronică renală este:
	1. Diminuarea sintezei de eritropoietină
	2. Prezența inhibitorilor eritropoietinei
	3. Hemoliza
	4. Pierderile sangvine gastro-intestinale
	5. Deficitul de acid folic și de vitamina B12
28. În care maladie apare mai rar anemia renală:
	1. Polichistoza renală
	2. Nefropatia diabetică
	3. Glomerulonefritele
	4. Nefropatiile interstițiale
	5. Pielonefrita cronică
29. Care din următoarea modificare de laborator este cea mai probabilă la un pacient cu IgA nefropatie și dureri osoase?
	1. PTH ↑, calciu ↓, fosfați ↑, calcitriol ↓
	2. PTH ↓, calciu ↑, fosfați ↑, calcitriol ↑
	3. PTH ↑, calciu ↑, fosfați ↓, calcitriol ↓
	4. PTH ↓, calciu ↓, fosfați ↑, calcitriol ↓
	5. Nivel normal de PTH, calciu, fosfațu, calcitriol
30. O femeie de 72 ani recent și-a fracturat capul femural. Acuză dureri articulare în degete, la radiografie se depistează densitate osoasă joasă; suferă de diabet zaharat, iar cu 2 ani în urmă a fost diagnosticată cu boala cronică renală stadiul 5. Fosfații serici sunt marcat crescuți. Care din următoarele cauze provoacă cel mai probabil manifestările osteopatice?
	1. Aldosteronul seric scăzut
	2. PTH seric crescut
	3. Glicemia crescută
	4. Hipertensiunea cronică
	5. Hipovolemia cronică
31. Sub care prag trebuie să scadă numărul de nefroni funcționali pentru ca să apară semne clinice serioase:
	1. 10% - 15%
	2. 20% - 25%
	3. 45% - 50%
	4. 70% - 75%
	5. 90% - 95%
32. Scăderea ratei filtrării glomerulare se consideră fiziologică:
	1. La persoanele în etate
	2. În timpul sarcinii
	3. După efort fizic intens
	4. După consumarea excesivă de lichide
	5. În perioada caniculară
33. Selectați afirmația falsă referitor la hemodializa efectuată la pacienții cu boala cronică renală stadiul 5 KDOQI:
	1. Se efectuează de obicei 3 pe săptămână
	2. Se efectuează, de obicei, în condiții casnice
	3. Este necesar de a avea abord vascular
	4. Pacienții trebuie pregătiți înainte de a iniția hemodializa cronică
	5. Transplantul renal este mai eficient decât hemodializa
34. Selectați afirmația falsă referitor la dializa peritoneală efectuată la pacienții cu boala cronică renală stadiul 5 KDOQI:
	1. Peritoneul are rolul de membrană semipermeabilă
	2. Dializa peritoneală poate fi efectuată în condiții casnice
	3. Dializa peritoneală poate se efectuează doar o dată pe săptămâna
	4. Este metoda de substituție a funcție renale cea mai frecvent utilizată
	5. Transplantul renal este mai eficient decât dializa peritoneală
35. Ce preparate se administrează ca terapie hipolipemiantă în boala cronică renală:
	1. Statine
	2. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
	3. Sartane
	4. Chelatori de fosfor
	5. Laxative
36. Cea mai nocivă toxină în boala cronică renală este:
	1. Guanidina
	2. Creatinina
	3. Bilirubina
	4. Ureea
	5. Cystatina C

CM

1. Pentru a stabili diagnosticul de boala cronică renală este nevoie de una din următoarele circumstanțe:
	1. Scăderea ratei de filtrare glomerulară <60 ml/min/1.73m2
	2. Prezența unei leziuni renale demonstrată prin modificări morfopatologice, imagistice sau de laborator (proteinurie)
	3. Pacientul trebuie să aibă peste 70 de ani
	4. Să se determine ureea serică crescută
	5. Pacientul este supus unei metode cronice de suplinire a funcției renale
2. Boala cronică renală terminală este stabilită atunci când:
	1. Rata filtrării glomerulare este < 15 ml/min/1.73m2
	2. Rata filtrării glomerulare este < 25 ml/min/1.73m2
	3. Rata filtrării glomerulare este < 35 ml/min/1.73m2
	4. Pacientul este supus dializei peritoneale cronice
	5. Pacientul este supus hemodializei cronice
3. Care sunt contraindicațiile pentru a efectua transplant renal:
	1. Hipertensiunea
	2. Infecția HIV
	3. Cancer cu metastaze
	4. Vîrsta >50 ani
	5. Maladii severe care nu se vor îmbunătăți după transplantul renal
4. Într-o sarcină fiziologică, care din următoarele schimbări renale se pot întâlni?
	1. Creșterea rata filtrării glomerulare
	2. Creșterea dimensiunilor renale
	3. Scăderea fluxului sanguin renal
	4. Infecții ale tractului urinar mai rare
	5. Proteinuria până la 500 mg/zi și glicozuria
5. Factorii de risc modificabili pentru progresia bolii cronice de rinichi sunt:
	1. Sexul și greutatea mică la naștere
	2. Factorii genetici
	3. Proteinuria
	4. Hipertensiunea arterială
	5. Glicemia și greutatea corporală
6. Factori de risc nemodificabili în pentru progresia bolii cronice de rinichi sunt:
	1. Sexul
	2. Factorii genetici
	3. Proteinuria
	4. Gicemia
	5. Vârsta
7. Pentru estimarea rata filtrării glomerulare în practica clinică se utilizează:
	1. Formula MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)
	2. Formula Cockcroft-Gault
	3. Formula CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration)
	4. Proba Reberg
	5. Măsurarea eliminării prin urină a inulinei
8. Managementul bolii cronice renale terminale se face prin:
	1. Dializă peritoneală
	2. Hemodializă
	3. Transplant renal
	4. Administrarea de hormoni glucorticoizi
	5. Administrarea de insulină
9. Care sunt caracteristicele bolii cronice renale:
	1. Creșterea creatinei serice
	2. Scăderea ureei serice
	3. Diminuarea potasiului seric
	4. Anemia
	5. Creșterea potasiului seric
10. Pentru managementul anemiei în boala cronică renală se efectuează:
	1. Administrarea Eritropoietinei
	2. Administrarea fierului intravenos
	3. Administrarea inhibitorilor enzimelor de conversie
	4. Administrarea potasiului per os
	5. Administrarea inhibitorilor direcți ai reninei
11. Care sunt semnele hiperkaliemiei pe ECG
	1. Complexul QRS lărgit
	2. Unda T înalte
	3. Creșterea intervalului PR
	4. Tahicardie supraventriculară
	5. Devierea axei cardiace spre stânga
12. Pentru a încetini progresarea bolii cronice renale este important de a:
	1. Controla hipertensiunea arterială
	2. Micșora proteinuria
	3. Reducere aportului alimentar de proteine
	4. Administra soluție fiziologică parenteral
	5. Administra antiinflamatorii nesteroidiene
13. Care din următoarele grupe de medicamente sunt considerate nefroprotectoare:
	1. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
	2. Blocanții receptorilor angiontensinei II
	3. Blocanții canalelor de calciu dihidropiridinici (ca Amlodpina, Nifedipina)
	4. Alfa-blocanți
	5. Blocanții canalele de calciu non-dihidropiridinici (ca verapamil, diltiazem)
14. Care din următoarele medicamente sunt considerate de prima linie pentru controlul hipertensiunii arteriale la pacienții cu boala cronică renală asociată cu proteinurie:
	1. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
	2. Blocanții receptorilor angiontensinei II
	3. Blocanții canalelor de calciu dihidropiridinici (ca Amlodipina, Nifedipina)
	4. Diuretice ca monoterapie
	5. Agoniștii α2 adrenergici – clonidina
15. Din ce cauze inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei sunt considerați nefroprotectori
	1. Reduc presiunea intraglomerulară prin vasoconstricției arteriolei eferente
	2. Reduc proteinuria
	3. Scad valorile tensiunii arteriale
	4. Reduc formarea de citokine, ca TGF-β, care au rol în glomeruloscleroză
	5. Măresc presiunea intraglomerulară
16. Până la ce nivel se recomandă de a reduce aportul de proteine la un pacient cu boala cronică renală?
	1. La 0,8 g/kgc/zi + pierderile urinare
	2. Nu se recomandă de a reduce aportul de proteine la pacienții cu boala cronică renală și malnutriție severă
	3. La 1,5 g/kgc/zi + pierderile urinare
	4. La 2,0 g/kgc/zi + pierderile urinare
	5. La 3,0 g/kgc/zi + pierderile urinare
17. De ce se recomandă de a restricționa aportul de NaCl în boala cronică renală?
	1. Pentru a optimiza efectul anti-proteinuric al inhibitorilor enzimei de conversie a angiontensinei, sartanelor și al blocanților canalelor de calciu non-dihidropiridinici
	2. Pentru a controla tensiunea arterială
	3. Pentru a reduce absorbția de glucoză în tubii proximali
	4. Pentru a optimiza procesul de eritropoieză
	5. Pentru a reduce albuminuria
18. Pentru tratamentul anemiei în boala cronică renală se utilizează:
	1. Darbapoietina-α
	2. C.E.R.A. – Continuous Erythropoietin Receptor Activator
	3. Eritropoietina recombinată umană (rHuEpo)
	4. Chelatorii de fosfor
	5. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
19. Care din următoarele măsuri se recomandă pentru încetinirea progresiei bolii cronice renale:
	1. Controlul tensiunii arteriale
	2. Restricția aportului de NaCl
	3. Abandonarea fumatului
	4. Terapie antiproteinurică
	5. Terapie cu corticosteroizi
20. Care sunt recomandările principale pentru încetinirea progresiei bolii cronice renale:
	1. Controlul tensiunii arteriale
	2. Tratamentul cu inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
	3. Reducerea proteinuriei
	4. Terapie cu alopurinol
	5. Terapie cu antiinflamatoare nesteroidiene
21. Care sunt consecințele metabolice ale uremiei:
	1. Insulinemie bazala crescută cu tendință la hipoglicemie;
	2. Scăderea toleranței la glucoză şi hiperglicemii spontane prin rezistență crescută a țesuturilor la acțiunea insulinei;
	3. Necesitatea dozelor mai mari de insulină
	4. Hiperlipoproteinemie
	5. Creșterea acidului uric în urină
22. Care sunt manifestările respiratorii cele mai frecvente în boala cronică renală sunt:
	1. Dispnee acidotică Kussmaul
	2. Respirație Cheyne-Stokes;
	3. Pleurezie uremică
	4. Pneumonita uremică
	5. Bronhopneumopatia cronica obstructiva
23. Care sunt manifestările cardiovasculare cele mai frecvente în boala cronică renală:
	1. Cardiomiopatia uremică
	2. Tulburările de ritm şi de conducere
	3. Hipertensiunea arterială
	4. Miocardita
	5. Sindromul Wolff–Parkinson–White
24. Care sunt manifestările hematologice cele mai frecvente în boala cronică renală:
	1. Anemie normocromă
	2. Sindrom hemoragipar cauzat de disfuncția trombocitelor
	3. Trombocitopenia în boala cronică renală terminală
	4. Leucopenia
	5. Eozinofilie
25. Care sunt manifestările metabolismului mineral și osos cele mai frecvente în boala cronică renală:
	1. Osteita fibroasă, manifestare a hiperparatiroidismului
	2. Osteomalacia, manifestare a mineralizării defecte
	3. Boala osoasă adinamică, din cauza ciclului funcțional osos scăzut
	4. Osteopenia sau osteoporoza
	5. Cifoza sau lordoza, ca urmare a depozitării ureei în discul intervertebral
26. Care sunt manifestările neurologice cele mai frecvente în boala cronică renală:
	1. Encefalopatia uremică
	2. Neuropatie periferică
	3. Sindromul Ekbom sau sindromul picioarelor neliniștite
	4. Miastenia gravis
	5. Sindromul Lesch–Nyhan
27. Care sunt manifestările gastrointestinale cele mai frecvente în boala cronică renală:
	1. Halena uremică (amoniacală)
	2. Gastrita uremică cu anorexie, dureri epigastrice, vărsături cu miros amoniacal
	3. Ulcer peptic datorită creșterii gastrinemiei
	4. Sindromul Mallory-Weiss
	5. Acalazie
28. Care sunt manifestările dermatologice cele mai frecvente în boala cronică renală:
	1. Prurit uremic
	2. Chiciură uremică
	3. Calficilaxis sau arteriolopatia uremică calcifiantă
	4. Acnee vulgară
	5. Dermatomicoze
29. Care din următoarele puncte sunt caracteristice pentru un pacient cu boala cronică renală la examenul paraclinic:
	1. Creatinina crescută
	2. Ureea crescută
	3. Anemia normocromă
	4. Rata filtrării glomerulare scăzută
	5. Hipokaliemie
30. Care tulburări electrolitice pot fi depistate la un pacient cu boala cronică renală?
	1. Hipo- sau hipernatremie
	2. Hiperkaliemie
	3. Hipokaliemie
	4. Hipocalcemie
	5. Hiperfosfatemie
31. Ce efecte adverse pot avea inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei?
	1. Tuse
	2. Hipotensiune
	3. Hiperkaliemia
	4. Anemia fierodeficitară
	5. Pancitopenie
32. Din ce motiv la pacienții cu boala cronică renală se depistează un nivel scăzut de fier?
	1. Hemoragii oculte gastrointestinale
	2. Hemoragii iatrogene cauzate de dializă
	3. Hemoptizie
	4. Hematurii
	5. Hematemeza
33. Care sunt cauzele mai frecvente ale anemiei la pacienții cu boala cronică renală?
	1. Deficitul de fier
	2. Deficitul de vitamina B12
	3. Deficitul de acid folic
	4. Pierderi cronice a sângelui
	5. Hematuria
34. Pentru corectarea metabolismului mineral la pacienții cu boala cronică renală se utilizează:
	1. Restricția dietetică de fosfați
	2. Chelatori intestinali de fosfați
	3. Dializă adecvată (în stadiul 5 al boala cronică renală)
	4. Analogi de vitamina D (ex. Calcitriol, alfacalcidol)
	5. Darbepoetina-α
35. Care din următoarele preparate sunt chelatori intestinali de fosfați
	1. Sărurile de calciu
	2. Sărurile de aluminiu
	3. Sevelamer
	4. Statinele
	5. Sartanele
36. Care din următoarele puncte se includ în pregătirea pacientului pentru hemodializă cronică:
	1. Crearea abordului vascular
	2. Consiliere psihologică
	3. Modificarea dietei pentru o balanță corectă a proteinelor, caloriilor, vitaminelor și mineralelor
	4. Corecția hiperkaliemiei
	5. Reducerea fosfatemiei
37. Abordul vascular pentru hemodializă se poate face prin:
	1. Fistula arteriovenoasă
	2. Grefă arteriovenoasă
	3. Cateter venos central
	4. Cateter Swan-Ganz
	5. Cateter Foley
38. Se poate stabili diagnosticul de boală cronică renală atunci când se depistează:
	1. Scăderea ratei de filtrare glomerulară (rata filtrării glomerulare) sub 60 ml/min/1.73m2 suprafață corporală, persistentă (mai mult de 3 luni), cu sau fără leziune renală
	2. Prezența unei leziuni renale mai mult de 3 luni demonstrată prin modificări morfopatologice
	3. Prezența markerilor de leziune (albuminurie/proteinurie, sediment urinar patologic sau modificări renale decelabile imagistic).
	4. Scăderea ratei de filtrare glomerulară (rata filtrării glomerulare) sub 90 ml/min/1.73m2 suprafață corporală, persistentă (mai mult de 3 luni), cu sau fără leziune renală
	5. Malformația congenitală fără dereglarea funcției renale
39. Care grupe de pacienți au risc crescut de apariție a bolii cronice renale?
	1. Pacienții cu diabet zaharat
	2. Pacienții hipertensiune arterială
	3. Pacienții cu unele boli sistemice ca LES
	4. Pacienții cu istoric familial de boală renală
	5. Pacienții cu spondilită seronegativă
40. Care sunt metodele de screening la pacienții cu boala cronică renală?
	1. Determinarea ureea şi creatinina serică
	2. Estimarea ratei de filtrare glomerulară
	3. Ultrasonografia renală
	4. Estimarea eritropoietinei serice
	5. Măsurarea tensiunii arteriale
41. Pentru un diagnostic corect al bolii cronice renale este necesar de a:
	1. Identifica nefropatia de bază
	2. Determina stadiul bolii cronice renale după clasificarea KDOQI
	3. Determina hormonilor tiroidieni
	4. Efectua radiografia craniului
	5. Efectua ultrasonografia rinichilor
42. Care din următoarele manifestări se pot întâlni mai frecvent la pacienții cu boala cronică renală stadiul 3 KDOQI:
	1. Hipertensiune renală (de regulă, 50-60%)
	2. Scăderea absorbţiei calciului
	3. Reducerea excreţiei fosfatului
	4. Creşterea parathormonului în ser
	5. Creșterea fierului seric
43. Care din următoarele manifestări se pot întâlni mai frecvent la pacienții cu boala cronică renală stadiul 5 KDOQI nedializați:
	1. Alungirea complexului QRS pe ECG
	2. Undele T înalte pe ECG
	3. Retenţie hidro-salină
	4. Anemia
	5. Paraproteinemia
44. Care sunt obiectivele tratamentului în boala cronică renală:
	1. Încetinirea ratei de progresie a bolii cronice renale;
	2. Profilaxia / terapia complicațiilor;
	3. Pregătirea pacientului pentru terapia de substituție a funcțiilor renale la pacienții cu boala cronică renală stadiul 3 KDOQI
	4. Pregătirea pacientului pentru terapia de substituție a funcțiilor renale la pacienții cu boala cronică renală stadiul 4 KDOQI
	5. Plasarea pacientului cu boala cronică renală stadiul 4 sau 5 KDOQI în lista de așteptare pentru transplant renal
45. Tulburările hematologice tipice din boala cronică renală sunt:
	1. Diateza hemoragica
	2. Anemia microcitara indusă de aluminiu
	3. Leucocitoza
	4. Leucopenia
	5. Anemia normocitară
46. Tratamentul hipervolemiei la pacienții edematoşi cu boala cronică renală se face prin:
	1. Administrarea de diuretice la cei nedializaţi
	2. Restricția aportului de sare şi apă
	3. Creșterea aportului de apă între dialize
	4. Administrarea de diuretice concomitent cu creșterea aportului de apă
	5. La pacienții dializaţi hiperhidrataţi se face ultrafiltrare
47. Complicațiile acute ale hemodializei sunt:
	1. Tromboza fistulei arterio-venoase
	2. Convulsiile
	3. Malnutriția
	4. Crampe musculare
	5. Hipotensiunea arterială
48. Următoarele afirmații în legătură cu dializa peritoneală sunt adevărate:
	1. Poate fi efectuată la domiciliu
	2. Este cea mai răspândită formă de dializă
	3. Se efectuează de 4-6 ori pe zi, în fiecare zi
	4. Este superioară transplantului renal
	5. Metoda nu se utilizează la pacienții cu aderențe abdominale post chirurgicale
49. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
	1. În boala cronică renală rinichii sunt de obicei de dimensiuni normale
	2. În insuficiența renală acută rinichii se pot depista întotdeauna modificări de dimensiuni și structura la examen ultrasonografic
	3. Anemia este frecventă în boala cronică renală
	4. În insuficiența renală acută apar modificări severe de osteodistrofie renală
	5. În boala cronică renală hipertensiunea arterială este frecventă
50. Tratamentul hipertensiunii arteriale din boala cronică renală se recomandă de a se realiza cu:
	1. Blocanții receptorilor a angiontensinei II
	2. Beta-blocante
	3. Blocante ale canalelor de calciu dihidropiridinici
	4. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei II
	5. Dieta normosodată
51. Boala cronică renală cu rinichi de dimensiuni normale sau măriți se poate întâlni în:
	1. Glomerulonefrita cronică
	2. Pielonefrita cronică
	3. Boala polichistică renală
	4. Diabet zaharat
	5. Amiloidoză
52. Alegeți manifestările clinice si biologice declanșate de creșterea ureei sanguine în boala cronică renală:
	1. Anorexia
	2. Deteriorarea funcției trombocitelor
	3. Voma
	4. Hipocalcemia
	5. Diureza crescută
53. Alegeți care din tulburările neuromusculare se pot depista la un pacient cu boala cronică renală stadiul 5 KDOQI dializat:
	1. Miastenia gravis
	2. Letargia
	3. Miocloniile
	4. Crampele musculare
	5. Sindromul picioarelor neliniștite sau sindromul Ekbom (Restless legs syndrome)
54. Corectarea anemiei din boala cronică renală se face prin:
	1. Administrarea orala de eritropoietină recombinată
	2. Corectarea carențelor de fier
	3. Controlul intensiv al glicemiei
	4. Administrarea de eritropoietină subcutanat
	5. Corectarea carențelor de acid folic
55. Care sunt funcțiile rinichiului:
	1. Reglarea volemiei
	2. Inactivarea vitaminei D
	3. Epurarea plasmatică a toxinelor
	4. Reglarea electrolitică
	5. Sinteza eritropoietinei
56. Carența de eritropoietină în boala cronică renală se caracterizează prin:
	1. Anemie normocromă
	2. Anemie hipocromă
	3. Anemie normocitară
	4. Anemie microcitară
	5. Anemie megaloblastică
57. Dializa peritoneală se caracterizează prin:
	1. Necesitatea formării fistulă arterio-venoasa
	2. Trebuie efectuată continuu
	3. Se efectuează doar într-un centru specializat
	4. Este mai bine tolerată hemodinamic
	5. Se poate efectua la pacienții care nu au abord vascular
58. Care sunt regulile de nefroprotecție:
	1. Regim alimentar hiperproteic
	2. Controlul proteinuriei < 0.5g/24h
	3. Controlul presiunii arteriale <130/90 mmHg
	4. Administrarea preparatelor nefroprotectoare
	5. Evitarea medicamentelor nefrotoxice
59. Care sunt contraindicațiile dializei peritoneale:
	1. Abord vascular deficitar
	2. Intervenții chirurgicale abdominale cu aderențe
	3. Condiții de locuit insalubre
	4. Hipoalbuminemie
	5. Boli intestinale inflamatorii cronice
60. Terapiile de substituție a funcției renale cuprind:
	1. Dializa peritoneală
	2. Tratamentul cu eritropoietină recombinată
	3. Hemodializa
	4. Transplantul renal
	5. Tratamentul tulburărilor metabolismului fosfo-calcic
61. Controlul presiunii arteriale și a proteinuriei în boala cronică renală se face:
	1. De preferat prin inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei sau blocanții receptorilor angiontensinei II
	2. Nu se asociază niciodată inhibitorii enzimei de conversie cu blocanții receptorilor angiontensinei II
	3. Se utilizează un diuretic tiazidic dacă rata filtrării glomerulare <30 ml/min/1.73 m2
	4. Se utilizează furosemid dacă rata filtrării glomerulare 15-30 ml/min/1.73 m2
	5. Se asociază un regim alimentar fără sare
62. Proteinuria poate fi considerată fiziologică în următoarele cauze:
	1. Proteinuria ortostatică
	2. Proteinuria în febră
	3. Proteinuria după alergarea unui maraton
	4. Proteinuria din nefropatia IgA
	5. Proteinuria din mielom multiplu
63. Indicații absolute pentru dializă în boala cronică renală sunt:
	1. Hiperhidratare care nu poate fi controlată cu medicamente
	2. Hiperpotasemie care nu poate fi controlată cu medicamente
	3. Semne neurologice ale uremiei
	4. Pericardita uremică
	5. Anemie renală severă

**Teste insuficiența renală acută**

**CS**

1. Nefropatia interstițială acută care generează insuficiența renală acută, este indusă cel mai frecvent de:
	1. Analgezice și antiinflamatoare nesteroidiene
	2. Intoxicația cu insecticide organoclorurate
	3. Ceaiuri cu plante chineze
	4. Litiaza renală bilaterală
	5. Antigene tumorale
2. Insuficiența renală acută de cauza glomerulară se manifestă clinic prin:
	1. Oliguria cu purpură și febra asociată sindromului de insuficiența renală acută
	2. Anurie, hiperhidratare, febră, sindrom edematos
	3. Insuficiența renală acută asociată cu sindrom glomerular
	4. Tromboză bilaterală de venă renală
	5. Proteinurie, hematurie, anemie și insuficiență renală
3. Insuficiența renală acută organică este produsă de:
	1. Afectarea unuia din segmentele nefronului sau a vaselor
	2. Anomalii reversibile ale perfuziei renale
	3. Polichistoza renală autozomal dominantă a adultului
	4. Consumul de analgezice
	5. Tratamentul cu hipotensoare (inhibitorii enzimei de conversei a angiotensinei, sartane, blocanți de Ca)
4. Manifestările clinice ale insuficienței renale acute din nefropatia interstițială acută clinic sunt:
	1. Edem, proteinurie, hipertensiunea arterială și insuficiența renală acută
	2. Durere lombară unilaterală, febra, polakiurie, leucociturie, hematurie, purpură
	3. Tuse, febra, sindrom hemoragipar
	4. Febra, rash cutanat, artralgii, eozinofilie, creșterea creatininei serice și diureza deseori conservată
	5. Epigastralgii, leucocitoza, oprirea tranzitului intestinal, stare generală alterată, creșterea creatininei serice
5. Care semne clinice lipsesc de cele mai deseori din evoluție insuficienței renale acute prin necroza tubulară acută:
	1. Oligoanurie, febra, creșterea creatininei serice
	2. Hipertensiune, albuminurie sau hematurie
	3. Durere musculară, creșterea creatinin-fosfokinazei
	4. Cele legate de o patologie cauzală
	5. Deshidratare, vărsaturi, febra
6. În care dintre următoarele boli, insuficiența renală acută poate să se prezinte cu depozite intratubulare obstructive?
	1. Diabetul zaharat tip 1
	2. Sindromul Alport
	3. Melanomul
	4. Hipovolemie
	5. Lipodistrofia
7. Sindromul hepatorenal este o:
	1. Formă de insuficiență renală cronică consecutivă cirozei hepatice
	2. Formă de insuficiență renală cronică prin necroză tubulară acută
	3. Formă de insuficiență renală acută prerenală
	4. Intoxicație cu o substanță nefro- si hepatotoxică
	5. Glomerulonefrita la pacienții cu hepatită acută
8. Din punct de vedere anatomopatologic, leziunea principală din insuficiența renală acută ischemică/toxică este:
	1. Proliferarea extracapilară glomerulară
	2. Proliferarea tubulară
	3. Vasculita
	4. Necroza tubulară acută
	5. Infiltratul leucocitar în ansele glomerulare
9. Hiperkaliemia din insuficiența renală acută se tratează cu:
	1. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
	2. Carbonat de calciu
	3. Hemodializă
	4. Stoparea administrării de antiacide
	5. Nutriție parenterală
10. Hipocalcemia, complicație a insuficienței renale acute, se poate manifesta prin următoarele, cu EXCEPȚIA:
	1. Parestezii periorale
	2. Scurtarea intervalului QT
	3. Modificări nespecifice ale undei T
	4. Convulsii
	5. Confuzie
11. Care din următoarea manifestare sugerează insuficiența renală acută:
	1. Osteodistrofia renală
	2. Neuropatia
	3. Creșterea rapidă a ureei și creatininei serice
	4. Rinichii mici sau cicatrici renale evidențiabile radiologic
	5. Proteinuria nefrotică
12. Alegeți afirmațiile corecte referitor la funcția renală în insuficiența renală acută :
	1. Se alterează rapid
	2. Se alterează lent
	3. Nu are loc alterarea funcției renale
	4. Nu este însoțită de alterarea structurilor morfologice ale rinichilor
	5. Crește marcat
13. Care este cea mai frecvent întâlnită forma a insuficiența renală acută după clasificarea etiopatogenetică :
	1. Intrinsecă
	2. Prerenală
	3. Obstructivă
	4. Toxică
	5. Infecțioasă
14. Tabloul clinic a insuficienței renale acute include următoarele stadiile, CU EXCEPȚIA:
	1. De debut
	2. De acutizare
	3. De restabilire a diurezei
	4. De recuperare(vindecare)
	5. De oligurie
15. Stadiul de debut a insuficienței renale acută durează:
	1. De la câteva ore pînă la 2-3 zile
	2. 3-4 săptămâni
	3. 10-15 zile
	4. 2-3 luni
	5. 20-30 de minute
16. În care stadiu al tabloului clinic al insuficienței renale acute apare sindromul de azotemie?
	1. Stadiul oligoanuric
	2. Stadiul de poliurie
	3. Stadiul de debut
	4. Stadiul de recuperare
	5. Stadiul de acutizare
17. Care indice de laborator este caracteristic pentru începutul stadiului de recuperare al insuficienței renale acute:
	1. Normalizarea azotemiei
	2. Normalizarea hemoglobinei
	3. Normalizarea diurezei
	4. Normalizarea tensiunii arteriale
	5. Ureea crescută
18. Indicați frecvența monitorizării diurezei la pacienți cu insuficiență renală acută în stadiul incipient:
	1. Fiecare 2-3 ore
	2. Fiecare oră
	3. Odată în 24 de ore
	4. Fiecare 4 ore
	5. Fiecare 12 ore
19. Care nivel de potasemia prezintă risc vital pentru pacientul cu insuficiență renală acută:
	1. <3,5 mEq/l fără modificări ECG
	2. >7 mEq/l asociat cu modificări ECG
	3. 6,5-7 mEq/l fără modificări ECG
	4. 4 mEq/l fără modificări ECG
	5. 5 mEq/l fără modificări ECG
20. Indicați măsura cea mai rapidă de a micșora K seric la pacientul cu insuficiență renală acută:
	1. Insulină + glucoză, gluconatul de calciu
	2. Bicarbonat de sodiu
	3. Hemodializă
	4. Diuretice de ansă
	5. Manitol
21. Tratamentul cel mai eficace al edemului pulmonar acut din cadrul insuficiențe renale acute este:
	1. Ultrafiltrarea prin hemodializă de urgență
	2. Oxigenoterapia
	3. Nitroglicerina
	4. Diuretice de ansă
	5. Antibioticoterapia
22. Administrarea substanței de contrast iodate poate provoca insuficiența renală acută prin:
	1. Necroză tubulară acută
	2. Creșterea ratei filtrării glomerulare
	3. Scăderea ratei filtrării glomerulare sub 15 ml/min
	4. Mecanisme autoimune
	5. Hipovolemie
23. Insuficiența renală acută de cauză renală (intrinsecă) prin afectare glomerulară se întâlnește în:
	1. Glomerulonefrita rapid progresivă
	2. Pielonefrită acută
	3. Embolie a arterei renale
	4. Necroza tubulară acută toxică
	5. Nefrita interstițială acută alergică
24. Indicați semnul nespecific pentru insuficiența renală acută:
	1. Debut acut
	2. Oligurie
	3. Micșorarea în volum a rinichilor
	4. Hiperkaliemie
	5. Hipotensiune arterială
25. Care este cea mai frecventă complicație a insuficiențe renale acute:
	1. Hipertensiunea arterială
	2. Hipokaliemie
	3. Infecții bacteriene acute
	4. Insuficiența cardiacă congestivă
	5. Hiperparatiroidism secundar
26. Care dintre următoarele antihipertensive ar trebui folosite cu precauție în insuficiența renală acută?
	1. Furosemidul
	2. Blocanții canalelor de calciu
	3. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
	4. β-blocanții
	5. Clonidina
27. În care dintre următoarele situații este util tratamentul cu plasmafereză în insuficiența renală acută?
	1. Insuficiența renală acută prerenală
	2. Insuficiența renală acută în sepsis
	3. Insuficiența renală acută obstructivă renală
	4. Insuficiența renală acută obstructivă intratubulară
	5. Insuficiența renală acută în vasculite ANCA pozitive
28. În care dintre următoarele situații rabdomioliza are un risc mai mare de a duce la insuficiență renală acută?
	1. Anemie
	2. Hipocalcemie
	3. Hiponatremie
	4. Alcaloza
	5. Hipovolemie
29. Care dintre următoarele medicamente mai frecvent pot duce la nefropatie acută toxică (necroza tubulară acută):
	1. Digoxina
	2. Aminoglicozidele
	3. Bifosfonații
	4. Diureticele
	5. Preparatele de vitamina D
30. Sub aspect anatomopatologic, leziunea principală din insuficiența renală acută ischemică/toxică este:
	1. Proliferarea extracapilară glomerulară
	2. Proliferarea tubulară
	3. Vasculita
	4. Necroza tubulară acută
	5. Infiltratul leucocitar în ansele glomerulare
31. În care din următoarea situație se produce insuficiența renală acută prin mecanism prerenal:
	1. Embolie pulmonară masivă
	2. Vezică neurogenă
	3. Fibroză retroperitoneală
	4. Sindrom hemolitic-uremic
	5. Leptospiroză
32. Care din următoarea manifestare sugerează insuficiența renală acută:
	1. Osteodistrofie renală
	2. Neuropatie
	3. Creșterea rapidă a ureei și creatininei serice
	4. Rinichii mici sau cicatrici renale evidențiabile radiologic
	5. Proteinurie nefrotică
33. În azotemia prerenală indusă de pierderi de plasmă (arsuri) se administrează:
	1. Concentrat eritrocitar
	2. Soluții izotone saline
	3. Soluții hipotone saline
	4. Soluții saline hipertone
	5. Diuretice
34. Alegeți cauza de insuficiență renală acută (azotemie prerenală) ireversibilă:
	1. Debitul cardiac scăzut
	2. Vasodilatația sistemică
	3. Vasoconstricția renală
	4. Mielomul multiplu
	5. Necroza corticală renală bilaterală
35. Creșterea ureei serice, scăderea eliminărilor de Na urinar, oliguria, sunt caracteristice pentru care stadiu de insuficiența renală acută?
	1. Insuficiența renală acută incipientă
	2. Faza de recuperare
	3. Oligurie
	4. Restabilirea diurezei
	5. Insuficiența renală acută intrinsecă cu diureză păstrată
36. Care din următoarea formă a insuficienței renale acute cauzate de hipoperfuzie poate fi reversibilă în 1-2 săptămâni, la o terapie adecvată:
	1. Azotemie extrarenală
	2. Insuficiența renală acută intrinsecă cu diureză păstrată
	3. Insuficiența renală acută incipientă
	4. Insuficiența renală acută intrinsecă oligurică
	5. Insuficiența renală acută intrinsecă anurică
37. Care din următoarele complicații a insuficienței renale acute condiționează, în cea mai mare măsură, rata mortalității:
	1. Complicațiile infecțioase
	2. Tulburările hidro-electrolitice
	3. Tulburările acido-bazice
	4. Complicațiile hematologice
	5. Complicațiile cardio-vasculare
38. Care este cauza insuficienței renale acute cu riscul de mortalitate de peste 80%:
	1. Insuficiența renală acută prin nefrotoxice
	2. Insuficiența renală acută după arsuri
	3. Insuficiența renală acută medicale
	4. Insuficiența renală acută post avort
	5. Insuficiența renală acută infecțioase
39. Dopamina are efecte favorabile, dacă se administrează în primele 24 de ore după instalarea anuriei, mai ales în:
	1. Insuficiența renală acută după operații pe cord deschis
	2. Insuficiența renală acută prin nefrotoxice
	3. Insuficiența renală acută prin arsuri
	4. Azotemia prerenală
	5. Insuficiența renală acută post avort
40. Care mecanism stă la baza dezvoltării insuficienței renale acute ischemice:
	1. Hipoperfuzia renală cu scăderea filtrării glomerulare
	2. Necroza tubulară acută
	3. Anuria
	4. Poliurie
	5. Dereglări hidro-electrolitice
41. Anuria în cadrul insuficienței renale acute se definește prin:
	1. Diureza < 400 ml/24 ore
	2. Diureza redusa, relatată de către bolnav
	3. Diureza <100 ml/24 ore
	4. Diureza < 500ml/24 ore
	5. Diureza >500 ml/24 ore
42. Insuficiența renală acută se definește prin:
	1. Scădere bruscă și importantă a filtrării glomerulare care duce la creșterea creatininei serice
	2. Creșterea creatininei serice mai mult de 0,5 mg/dl în 24h
	3. Oliguria
	4. Creșterea bruscă a ureei peste 100mg/dl în 48h
	5. Anemie, leucocitoză, uree > 150mg/dl
43. Dilatarea pielocaliceală bilaterală evidențiabilă prin teste de imagistică, însoțită de creșterea bruscă a creatininei serice, poate fi secundară:
	1. Boala cronică renală datorată litiazei renale
	2. Insuficiență hepatică
	3. Fibrozei retroperitoneale după iradiere
	4. Infarctului miocardic
	5. Insuficienței renale acute obstructive
44. În cadrul insuficienței renale acute obstructive prin cancer de prostată, tratamentul de elecție constă în:
	1. Hemodializa veno-venoasă continuă
	2. Drenaj urinar de urgență prin sonda vezicală sau cateter suprapubian
	3. Ureterostomie
	4. Dializa peritoneală
	5. Reechilibrare hidro-electrolitică și acido-bazică
45. Manitolul de 20% are efect favorabil în insuficiența renală acută, mai ales în:
	1. Insuficiența renală acută prin nefrotoxice
	2. Insuficiența renală acută post avort
	3. Insuficiența renală acută prin arsuri
	4. Insuficiența renală acută postoperatorii
	5. Azotemia prerenală

**CM**

1. Etiopatogenetic, insuficiența renală acută se împarte în :
	1. Prerenală
	2. Intrinsecă
	3. Postrenală (obstructivă)
	4. Normovolemică
	5. Postinfecțioasă
2. Necroza tubulară acută, drept cauză a insuficienței renale acute, patogenetic se împarte în :
	1. Ischemică
	2. Toxică
	3. Alergică
	4. Infecțioasă
	5. Infiltrativă
3. Nefrita interstițială acută drept cauză a insuficienței renale acute, etiopatogenetic se împarte în :
	1. Alergică
	2. Infecțioasă
	3. Infiltrativă
	4. Ischemică
	5. Toxică
4. Printre semnele de deshidratare se numără:
	1. Turgorul cutanat redus
	2. Hipotensiunea arterială
	3. Bradicardia
	4. Scăderea debitului urinar
	5. Creșterea presiunii venoase centrale
5. Care dintre următoarele manifestări se pot întâlni în insuficiența renală acută obstructivă?
	1. Durerea lombară sau suprapubiană
	2. Oliguria
	3. Proteinuria masivă
	4. Hipertensiunea arterială severă
	5. Hipofosfatemia marcată
6. Insuficiența renală acută intrinsecă poate să apară în:
	1. Glomerulonefritele acute
	2. Sindromul Fanconi
	3. Nefropatia toxică sau ischemică acută (necroza tubulară acută)
	4. Nefritele interstițiale acute
	5. Glomeruloscleroza segmentală focală
7. Azotemia postrenală poate fi determinată de:
	1. Obstrucția acută a arteriolelor aferente
	2. Obstrucția unui ureter, dacă rinichiul contralateral este funcțional
	3. Obstrucția ambelor uretere
	4. Obstrucția unui ureter, dacă rinichiul contralateral este nefuncțional
	5. Obstrucția colului vezical
8. Obstrucția subvezicală a tractului urinar poate fi produsă de:
	1. Adenomul de prostată
	2. Carcinomul de prostată
	3. Vezica neurogenă
	4. Ligatura accidentală a unui ureter
	5. Hipovolemie
9. Insuficiența renală acută mioglobinurică se poate întâlni după:
	1. Traumatisme extinse
	2. Ischemie musculară (de ex. după obstrucții arteriale la nivelul membrelor)
	3. Hipertensiunea arterială
	4. Mielomul multiplu
	5. Hiperuricozurie
10. Alterarea funcției renale în insuficiența renală acută duce la :
	1. Retenție azotată
	2. Dereglări hidroelectrolitice
	3. Dereglări acido-bazice
	4. Hipovolemie
	5. Hidronefroza
11. Stadiile evolutive ale insuficienței renale acute sunt:
	1. De debut
	2. De oligurie
	3. De restabilire a diurezei
	4. De recuperare(vindecare)
	5. Cronicizare
12. Indicați fazele stadiului trei al insuficienței renale acute:
	1. Faza diurezei precoce
	2. Faza poliurică
	3. Faza de debut
	4. Faza oligurică
	5. Faza anurică
13. Obiectivele tratamentului insuficienței renale acute sunt:
	1. Prevenirea și înlăturarea cauzelor care inițiază insuficiența renală acută
	2. Restabilirea și îmbunătățirea funcției renale
	3. Reechilibrarea acido-bazică și hidro-electrolitică
	4. Prevenirea și combaterea complicațiilor
	5. Nefrectomie bilaterală
14. Enumerați principiile de terapie în corijarea dereglărilor hemodinamice la pacienți cu insuficiență renală acută:
	1. Hemodiluție artificială
	2. Ameliorarea reologică sangvină
	3. Diureză forțată
	4. Antibioticoterapie
	5. Tratament de substituție funcției renale
15. Tratamentul nespecific al edemului pulmonar acut în insuficiența renală acută include:
	1. Bronhodilatatoare
	2. Menținerea pacientului în poziția șezândă
	3. Oxigenoterapia
	4. Diuretice de ansă
	5. Nitroglicerina
16. Alegeți indicațiile absolute pentru inițierea dializei la pacienți cu insuficiența renală acută:
	1. Hiperpotasemie > 6,5 mmol/l
	2. Acidoză metabolică severă (pH < 7,2)
	3. Anuria > 24 ore
	4. Hemoglobina serică < 100 g/l
	5. Diureza ≤ 500 ml/24 ore
17. Complicațiile uremiei în insuficiența renală acută sunt:
	1. Pericardită uremică
	2. Encefalopatie uremică
	3. Anemie uremică
	4. Hipercalcemie
	5. Anurie
18. Factorii de risc implicați în apariția insuficienței renale acute secundară administrării substanțelor de contrast iodate sunt:
	1. Boala cronică renală preexistentă
	2. Nefropatia diabetică
	3. Cantități excesive de substanță de contrast
	4. Hipovolemie
	5. Obezitate
19. Selectați cauzele renale (intrinseci) de injurie renală acută (insuficiență renală acută):
	1. Pancreatită acută
	2. Septicemie cu bacterii gram-negative
	3. Nefrită interstițială alergică
	4. Litiază ureterală
	5. Glomerulonefrită rapid progresivă
20. Indicați manifestările specifice pentru tabloul clinic a insuficienței renale acute:
	1. Oligoanurie
	2. Debut acut
	3. Hiperkaliemie
	4. Hipovolemie
	5. Paratiroidism secundar
21. În care din următoarele situații inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei ar trebui folosiți cu precauție specială?
	1. Stenoza ureterală unilaterală
	2. Stenoza unilaterală a arterei renale
	3. Stenoza unilaterală a arterei renale a unicului rinichi funcțional
	4. Stenoza bilaterală arterei renale
	5. Stenoza pielocaliceală unilaterală
22. Care din următoarele medicamente pot induce vasoconstricția intrarenală, mai ales in condiții de hipovolemie?
	1. Agenții de radiocontrast
	2. Ciclosporina
	3. Cefalosporine de generația a IV-a
	4. Amfotericina
	5. Spironolactona
23. Insuficiența renală acută ischemică apare, cel mai frecvent, după:
	1. Intervenție chirurgicală cardio-vasculară
	2. Traumatisme severe
	3. Hemoragii
	4. Septicemii
	5. Administrarea aminoglicozidelor
24. Nefropatia interstițială acută din cadrul insuficienței renale acute este o complicație tipică în tratamentul bolilor:
	1. Limfoproliferative
	2. Mieloproliferative
	3. Tromboembolice pulmonare
	4. Ischemice renale
	5. Polichistice
25. Care dintre următoarele medicamente trebuie evitate sau folosite cu precauție la pacienții hipovolemici?
	1. Diureticele
	2. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei II
	3. Antiinflamatoarele nesteroidiene
	4. Vitaminele din grupul B
	5. Antibioticele
26. Care dintre următoarele măsuri terapeutice sunt indicate la pacienții cu insuficiență renală acută în stadiul de oligoanurie:
	1. Restricția aportului de sare și de apă
	2. Restricția de glucide
	3. Restricția de proteine
	4. Dializa cu ultrafiltrare
	5. Doze mari de spironolactona
27. Alegeți indicațiile inițierii dializei în insuficiența renală acută:
	1. Angina pectorală la oligurici
	2. Hiperhidratarea la oligurici
	3. Deshidratarea extremă
	4. Hiperkaliemia severă la oligurici
	5. Poliuria care nu poate fi controlată medicamentos
28. Care dintre următoarele categorii de factori etiologici pot duce la insuficiența renală acută prerenală:
	1. Hipovolemia
	2. Sechestrarea lichidelor în spațiul extravascular
	3. Scleroza tubilor
	4. Scleroza glomerulilor
	5. Proliferarea celulelor endoteliale renale
29. Insuficiența renală acută intrinsecă poate să apară în:
	1. Glomerulonefritele acute
	2. Sindromul Fanconi
	3. Nefropatia toxică sau ischemică acută (necroza tubulară acută)
	4. Nefritele interstițiale acute
	5. Glomeruloscleroza segmentală focală
30. La un pacient cu insuficiență renală acută, proteinuria de peste 2 g/24 ore poate sugera:
	1. Toxicitate tubulară după administrare de digoxină
	2. Glomerulonefrită acută
	3. Necroza tubulară acută
	4. Mielomul multiplu
	5. Toxicitate tubulară după administrarea aminoglicozidelor
31. Elemente clinice care sunt în favoarea diagnosticului de insuficiența renală acută prerenală pot fi:
	1. Setea
	2. Hipertensiunea ortostatică
	3. Presiunea venoasă jugulară crescută
	4. Vertijul ortostatic
	5. Turgorul cutanat scăzut
32. Medicamente responsabile de producerea insuficienței renale acute intrinseci prin necroză tubulară acută sunt:
	1. Cisplatina
	2. Trimetoprim
	3. Peniciline
	4. Acyclovir
	5. Aminoglicozide
33. Următoarele afirmații referitor la complicațiile insuficiențe renale acute sunt corecte:
	1. Alcaloza metabolică poate exacerba hiperkalemia
	2. Acidoza metabolică este severă în intoxicația cu etilenglicol
	3. Anemie severă în absența hemoragiei poate sugera microangiopatie trombotică
	4. Infecția poate complica 50-90% dintre cazurile de insuficiență renală acută
	5. Potasiul seric crește cu 2 mmol/l/zi în insuficiența renală acută oligoanurică
34. Indicațiile absolute pentru inițierea dializei în insuficiența renală acută sunt:
	1. Hipocalcemia
	2. Hiponatremia
	3. Semnele sindromului uremic
	4. Hipervolemia severă
	5. Hiperkaliemia rezistentă la măsurile conservative
35. Rabdomioliza în cursul insuficiențe renale acute este sugerată de:
	1. Creșterea creatin-kinazei serice (izoenzima MM)
	2. Hipercalcemie
	3. Hiperuricemie
	4. Hiperkaliemie
	5. Hiperfosfatemie
36. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la necroza tubulară acută :
	1. Poate fi determinată de infecții
	2. Este, de obicei, cauza bolii cronice renale
	3. Poate fi determinată de substanțe nefrotoxice
	4. Este, de obicei, cauza insuficienței renale rapid progresive
	5. Este cauza frecventă a insuficienței renale acute
37. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la hiperkaliemia din insuficiența renală acută :
	1. Acidoza metabolică poate exacerba hiperkaliemia prin scăderea fluxului de potasiu din celule
	2. Hiperkaliemia sub 6,0 mmol/l este, în general, asimptomatică
	3. Hiperkaliemia este mai redusă în insuficiența renală acută datorată rabdomiolizei
	4. La pacienții cu hemoliză și sindrom de liză tumorală hiperkaliemia este severă
	5. Apariția modificărilor la ECG se înregistrează în cazurile de hiperkaliemie severă
38. Alegeți măsurile terapeutice considerate a fi utile în insuficiența renală acută:
	1. Nu există măsuri profilactice specifice
	2. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei trebuie utilizați cu precauție la pacienții cu boala reno-vasculară
	3. Diureza alcalină forțată poate agrava leziunile renale datorate metotrexatului
	4. Este indicată restricția aportului de proteine la aproximativ 0,6 g / kg / zi, dar cu utilizarea proteinelor cu valoare biologică mare
	5. Aportul caloric trebuie redus în paralel cu creșterea azotemiei
39. Alegeți indicatorii cu prognostic rezervat din insuficiența renală acută:
	1. Oliguria (sub 400 ml/24 ore) la prezentare
	2. Vârsta înaintată
	3. Insuficiențele poliorganice
	4. Prezența unor deteriorări subclinice ale funcției renale
	5. Creatinina serică sub 70,3 mmol/l la prezentare
40. În insuficiența renală acută postrenală se indică următoarele explorări imagistice:
	1. Ecografia renourinară
	2. Ultrasonografia Doppler
	3. Urografia intravenoasă
	4. Puncția-biopsia renală
	5. Tomografia computerizată abdominală
41. Următoarele anomalii biologice pot fi întâlnite în insuficiența renală acută:
	1. Retenție azotată
	2. Hiponatremie
	3. Hiperkaliemie
	4. Acidoza metabolică
	5. Hipokaliemie
42. Cauzele insuficienței renale acute prerenale sunt:
	1. Hemoragii
	2. Tratament cu aminoglicozide
	3. Exces de antihipertensive
	4. Vome
	5. Tratament diuretic excesiv
43. Indicați cauzele care provoacă scăderea ratei filtrării glomerulare în insuficiența renală acută:
	1. Scăderea nivelului de Na la nivelul *maculei densa*
	2. Ischemia joncțiunii cortico-medulare
	3. Scăderea eliminării reninei
	4. Majorarea fluxului sangvin renal
	5. Depleție energetică celulară cu creșterea consecutivă a adenozinei și inhibarea reacției feedback tubulo-glomerular
44. Care sunt situațiile în care apar edemele generalizate în contextul oliguriei din insuficiența renală acută:
	1. Exces de aport lichidian perfuzabil
	2. Insuficiența renală acută dezvoltată pe fundal de glomerulonefrită cronică
	3. Insuficiența renală acută dezvoltată pe fundal de pielonefrită cronică
	4. Insuficiența renală acută toxică
	5. Hiperproducție de apă endogenă > 400ml/zi
45. Insuficiența renală acută cu diureză păstrată se dezvoltă în următoarele cazuri:
	1. Insuficiența renală acută pe fundal de glomerulonefrită acută
	2. Insuficiența renală acută din pielonefrita acută
	3. Insuficiența renală acută pe fundal obstructiv
	4. Insuficiența renală acută prin nefrotoxice
	5. Insuficiența renală acută postoperatorie
46. Care funcții renale se recuperează cel mai greu după insuficiența renală acută:
	1. Funcția de concentrare a urinei
	2. Funcția de acidifiere a urinei
	3. Rata filtrării glomerulare
	4. Secreția de eritropoietină
	5. Secreția de renină
47. Care din medicamentele de mai jos, în condiții de hipoperfuzie renală cronică, pot provoca insuficiența renală acută:
	1. Gentamicina
	2. Substanțe de contrast iodate
	3. Indometacina
	4. Cisplatina
	5. Penicilina
48. Factorii predispozanţi pentru dezvoltarea insuficienței renale acute sunt:
	1. Hipotensiune
	2. Boli aterosclerotice
	3. Utilizarea necontrolată a antiinflamatoarelor nesteroidiene
	4. Bolile renale preexistente
	5. Consum excesiv de legume

Răspuns corect: ABCD

1. Alegeți complicațiile cardiovasculare datorate sindromului uremic din cadrul insuficienței renale acute:
	1. Hipertensiunea arterială severă
	2. Pericardită uremică
	3. Aritmiile cardiace
	4. Anemie renală
	5. Hipotensiune arterială
2. Alegeți complicațiile respiratorii datorate sindromului uremic din cadrul insuficienței renale acute:
	1. Respirație Kussmaul
	2. Edem pulmonar acut
	3. Dispnee
	4. Hemoptizii
	5. Bronhopneumopatia cronică obstructivă
3. Indicații pentru inițierea dializei de urgență în insuficiența renală acută sunt:
	1. Edem pulmonar acut rezistent la tratamentul medicamentos, encefalopatie uremică
	2. Hiperkalemia > 6,5mmol/l sau evidentă pe ECG, acidoza metabolică severă, uree > 40 mmol/l
	3. Hiperhidratare cu volum circulant redus
	4. Hipernatriemie cu deshidratare
	5. Insuficiență cardiacă congestivă severă
4. Principalele cauze ale insuficienței renale acute obstructive sunt:
	1. Adenomul periuretral (de prostată)
	2. Cancerul de prostată
	3. Litiaza urinară
	4. Fibroza retroperitoneală
	5. Polichistoza renală autozomal dominantă a adultului
5. Cele mai importante cauze ale insuficienței renale acute funcționale sunt:
	1. Deshidratarea extracelulară prin pierderi lichidiene
	2. Perturbări ale hemodinamicii renale prin medicamente de tip inhibitorii enzimelor de conversie a angiotensinei, sartane, antiinflamatoarele nesteroidiene
	3. Politraumatismul
	4. Tratamentul cu rifampicină la persoane alergice
	5. Intoxicația cu ciuperci
6. În stadiul de oligoanurie a insuficienței renale acute principiile de tratament includ:
	1. Forțarea diurezei
	2. Reglarea homeostaziei
	3. Antibioticoterapie
	4. Tratament simptomatic
	5. Tratament imunosupresiv

**NEFROPATIILE TUBULOINTERSTIȚIALE ȘI INFECȚIILE TRACTULUI URINAR**

**CS**

1. În nefropatiile tubulo-interstițiale sunt afectate preponderent:
	1. Țesutul interstițial
	2. Tubii renali
	3. Glomerulii renali
	4. Țesutul interstițial și capilarele peritubulare
	5. Țesutul interstițial și tubii subiacenți
2. Care dintre căile de propagare enumerate este modalitatea cea mai frecventă de infectare a parenchimului renal?
	1. Calea hematogenă
	2. Calea ascendentă
	3. Calea limfatică
	4. Prin continuitate
	5. Calea descendentă
3. Care NU este circumstanța care favorizează recurența infecțiilor tractului urinar?
	1. Activitatea sexuală
	2. Sexul feminin
	3. Dereglări de pasaj urinar
	4. Litiaza renală
	5. Igiena intimă riguroasă
4. Care dintre următoarele situații reprezintă factori predispozanți extraurinari ai pielonefritei cronice:
	1. Refluxul vezico-ureteral
	2. Litiaza renală și urinară
	3. Anomalii intrarenale congenitale
	4. Diabetul zaharat
	5. Golirea incompletă a vezicii urinare
5. Cel mai frecvent factor ce predispune la dezvoltarea pielonefritei la gravide este:
	1. Compresia ureterală de către uterul mărit
	2. Scăderea reactivității organismului
	3. Dilatarea ureterală din contul schimbărilor hormonale
	4. Anemia gestaţională
	5. Anomalii de dezvoltare a rinichilor
6. Pielonefrita cronică mai frecvent este cauzată de:
	1. *Escherichia coli*
	2. Streptococul beta-hemolitic
	3. *Mycoplasma*
	4. *Proteus mirabilis*
	5. Bacilul piocianic (*Pseudomonas aeruginosa*)
7. Agentul cel mai frecvent implicat în etiologia pielonefritei acute și pielonefritei cronice în acutizare este:
	1. *Proteus*
	2. *Enterobacter*
	3. *Serratia*
	4. *Staphylococcus aureus*
	5. *Escherichia coli*
8. Următorii factori contribuie la eliminarea rapidă a bacteriilor localizate la nivelul tractului urinar inferior, CU EXCEPȚIA:
	1. Fluxul urinar normal
	2. Proprietățile antibacteriene ale urinei
	3. Proprietățile antibacteriene ale secrețiilor prostatice
	4. Staza urinară
	5. Polimorfonuclearele din peretele vezical
9. Care este tabloul clinic caracteristic pielonefritei acute:
	1. Debut insidios
	2. Febră, frisoane, lombalgii
	3. Edeme palpebrale
	4. Nicturie
	5. Manevra Giordano negativă
10. Care dintre următoarele semne și simptome NU este caracteristic în pielonefrita cronică în acutizare:
	1. Febră
	2. Greață
	3. Bradicardie
	4. Sensibilitate la palparea unghiurilor costo-vertebrale
	5. Diaree
11. Care test ne permite aprecierea funcției de filtrare a rinichilor:
	1. Testul Neciporenco
	2. Testul Zimnițki
	3. Testul Reberg
	4. Proba cu trei pahare
	5. Pierderea nictimerală de proteine
12. Proteinuria în pielonefritele acute este:
	1. ≤1g/l
	2. masivă
	3. ≥2 g/l
	4. ≥3 g/l
	5. 2-3 g/l
13. Selectați afirmația corectă referitor la urografia intravenoasă:
	1. Oferă date generale despre structura rinichilor, bazinetului, ureterelor, vezicii urinare
	2. Nu oferă date despre funcția renală
	3. Este obligatorie pentru stabilirea diagnosticului de pielonefrită cronică
	4. Nu este contraindicată în boala cronică renală stadiul 4-5 KDOQI
	5. Nu este contraindicată în caz de alergie la iod
14. Cantitatea microorganismelor depistate într-un ml de urină NU depinde de:
	1. Frecvența micțiunilor
	2. Diureză
	3. pH-ul urinei
	4. Viteza multiplicării microorganismelor
	5. Leucociturie
15. Aprecierea sensibilității florei la preparatele antibacteriene:
	1. Are o semnificație clinică majoră
	2. Nu are o semnificație clinică importantă
	3. Are o semnificație clinică importantă numai în pielonefrită
	4. Are o semnificație clinică importantă numai în nefrită interstițială
	5. Are o semnificație clinică importantă numai în glomerulonefrită
16. În cazul pielonefritei cronice, la examen histopatologic, permanent se depistează:
	1. Atrofia epiteliului canalicular
	2. Infiltrat limfohistiocitar al interstițiului
	3. Afectarea vaselor renale
	4. Glomerulonefrită invazivă
	5. Scleroză periglomerulară
17. La o gravidă este prezentă bacteriurie ≥105 U/ml. În acest caz se indică:
	1. Tratament antibacterian, indiferent de tabloul clinic
	2. Tratament antibacterian numai în cazul prezenţei disuriei
	3. Tratament antibacterian numai în cazul prezenţei leucocituriei
	4. Tratament balneo-sanatorial
	5. În absența tabloului clinic nu este indicat careva tratament
18. Selectați afirmația corectă referitor la creșterea stabilă a tensiunii arteriale la un bolnav cu pielonefrită cronică:
	1. Poate avea loc
	2. Nu se întâlnește
	3. Se întâlnește numai în cazul dereglării funcției renale
	4. Are loc numai în cazul duratei bolii mai mari de 3 ani
	5. Are loc numai în cazul duratei bolii mai mari de 5 ani
19. Afirmația ”existența mai multor abcese renale cu tendință de confluare şi de formare a cavității comune” descrie :
	1. Abcesul renal cortico-medular
	2. Necroza papilară acută
	3. Carbunculul renal
	4. Pionefroza
	5. Perinefrita
20. Pacientă, 40 ani, diagnosticată cu pielonefrită cronică de mai mulți ani. La următoarea acutizare au apărut lombalgii, subfebrilitate, disurie; proteinurie 0,066 g/l, leucociturie 40-50 c/v, bacteriurie. Urocultura a determinat *E. coli* în titru 107 b/ml. Funcția renală păstrată. Care medicament este cel mai util în acest caz :
	1. Ampicilina
	2. Eritromicina
	3. Cefalosporine
	4. Co-trimoxazolul
	5. Ciprofloxacina
21. Măsura de tratament obligatorie în nefrita interstițială acută postmedicamentoasă:
	1. Anularea medicamentului care a provocat reacția alergică
	2. Administrare de antiinflamatoare nesteroidiene
	3. Transfuzie de sânge
	4. Citostatice
	5. Tratament antibacterian
22. Durata tratamentului cu antibiotice în pielonefrita acută necomplicată la femeile fără date clinice de calculi renali sau boli urologice asociate este de :
	1. 3 zile
	2. 7 zile
	3. 14 zile
	4. 21 zile
	5. 6 săptămâni

**CM**

1. Selectați care dintre următoarele afecțiuni renale sunt incluse în grupul nefropatiilor tubulointerstițiale:
	1. Nefropatia tubulointerstițială prin agresiune medicamentoasă cronică
	2. Nefropatia tubulointerstițială prin hipersensibilitate la medicamente
	3. Pielonefrita cronică
	4. Nefrite tubulointerstițiale asociate cu boli imunologice
	5. Sindromul Goodpasture
2. Care sunt indicațiile pentru tratament chirurgical în pielonefrita cronică în acutizare:
	1. Pionefroză
	2. Paranefrită
	3. Abces renal
	4. Carbuncul renal
	5. Chist renal neinfectat
3. Şocul bacterian din pielonefrita acută se caracterizează prin:
	1. Prăbuşirea tensiunii arteriale
	2. Scăderea diurezei
	3. Acidoză metabolică
	4. Alcaloză metabolică
	5. Hipertensiune arterială
4. Care dintre următoarele afecțiuni fac parte din grupul nefropatiilor tubulointerstițiale:
	1. Nefropatia tubulointerstițială acută medicamentoasă
	2. Nefropatia de reflux
	3. Necroza tubulară acută toxică
	4. Nefropatia cu leziuni minime
	5. Nefropatia obstructivă
5. Care dintre următoarele afecțiuni fac parte din grupul nefropatiilor tubulointerstițiale:
	1. IgE nefropatia
	2. Pielonefrita cronică
	3. Pielonefrita acută
	4. Tuberculoza renală
	5. Sindromul Goodpasture
6. Afecțiuni asociate frecvent cu nefropatii tubulointerstițiale cronice sunt:
	1. Hepatită cronică virală
	2. Diabetul zaharat
	3. Amigdalita cronică decompensată
	4. Refluxul vezico-ureteral
	5. Vasculitele sistemice
7. Caracteristicile afectării interstițiale, care permit, de altfel, și diagnosticul diferențial cu glomerulonefritele sunt:
	1. Absența proteinuriei semnificative
	2. Absența hipoproteinemiei
	3. Hipertensiunea arterială severă
	4. Absența edemelor
	5. Prezența piuriei sterile și a cilindrilor leucocitari
8. Elemente sugestive pentru prezența nefropatii interstițiale sunt:
	1. Absența retenției hidrosaline
	2. Prezența hipertensiunii arteriale
	3. Absența proteinuriei
	4. Proteinurie marcată (peste 3 g/zi)
	5. Hematurie marcată
9. Elemente sugestive în favoarea diagnosticului de nefropatii interstițiale cronică sunt:
	1. Debut insidios
	2. Evoluție fulminantă
	3. Valori modeste ale proteinuriei (sub 1-2 g/zi)
	4. Absența hipertensiunii arteriale severe
	5. Edeme marcate
10. Formele etiologice ale nefropatii interstițiale sunt:
	1. Infecțioase
	2. Alergice
	3. Medicamentoase
	4. Asociate cu boli imunologice
	5. Vasculare
11. Din grupul infecțiilor urinare joase fac parte:
	1. Pielonefrita acută
	2. Pielonefrita cronică
	3. Prostatita
	4. Cistita
	5. Uretrita
12. Din grupul infecțiilor urinare înalte fac parte:
	1. Uretrita
	2. Pielonefrita acută
	3. Pielonefrita cronică
	4. Carbuncul renal
	5. Pionefroza
13. Din grupul infecțiilor urinare înalte NU fac parte:
	1. Uretrita
	2. Pielonefrita acută
	3. Pielonefrita cronică
	4. Urolitiaza
	5. Glomerulonefrita
14. Factorii favorizanți generali ai infecției de tract urinar sunt:
	1. Diabetul zaharat
	2. Sexul masculin
	3. Refluxul vezico-ureteral
	4. Litiaza renală
	5. Vârstele extreme (copii, vârstnici)
15. Factorii favorizanți locali (reno-urinari) ai infecției de tract urinar sunt:
	1. Litiaza renală
	2. Diabetul zaharat
	3. Refluxul vezico-ureteral
	4. Sexul feminin
	5. Sarcina
16. Care dintre persoanele de mai jos prezintă riscuri crescute de infecții de tract urinar:
	1. Gravidele
	2. Transplantații renal
	3. Pacienții cu litiază renală
	4. Bărbații sub 20 de ani
	5. Pacienții cu diabet zaharat

1. Dintre circumstanțele care favorizează infecțiile tractului urinar fac parte:
	1. Sarcina
	2. Sexul masculin
	3. Refluxul vezico-ureteral
	4. Disfuncția neurogenă a vezicii urinare
	5. Cateterele uretrale permanente

1. „Vârstele de risc” pentru pielonefrita cronică sunt:
	1. Copii în primii 2-3 ani de viață (malformații congenitale)
	2. Persoanele de sex feminin în perioada vieții sexuale active
	3. Bărbați în perioada vieții sexuale active
	4. Femei după menopauză,
	5. Bărbați cu adenom de prostată
2. Predispoziția pentru infecțiile tractului urinar superior în timpul sarcinii rezultă din:
	1. Reducerea tonusului ureteral
	2. Creșterea tonusului ureteral
	3. Scăderea peristaltismului ureteral
	4. Bacteriuria asimptomatică
	5. Toxemia gravidică

 Modificările tractului urinar în timpul sarcinii sunt:

* 1. Estrogenii favorizează refluxul vezico-ureteral
	2. Progesteronul inhibă peristaltismul căilor urinare
	3. Prin dextrapoziție uterină apare compresia ureterului drept
	4. Întinderea ureterelor favorizează refluxul vezicoureteral bilateral
	5. Progesteronul favorizează stagnarea urinei
1. Etiologia pielonefritei acute poate fi:
	1. bacteriană Gram-negativă (*Escherichia coli, Proteus spp., Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter, Citrobacter* etc.)
	2. bacteriană Gram-negativă (*Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Enterococcus spp.*).
	3. fungică
	4. virală
	5. chlamidiană şi mycoplasmică
2. Bacterii gram-negative care pot cauza pielonefrită acută sau acutizări ale pielonefritei cronice:
	1. *E. coli*
	2. *Stafilococcus aureus*
	3. *Enterococcus saprophyticus*
	4. *Pseudomonas aeruginosa*
	5. *Enterobacter*
3. Germenii incriminați cel mai des în infecțiile urinare sunt:
	1. *Pseudomonas aeruginosa*
	2. *E. coli*
	3. *Chlamydia trachomatis*
	4. *Proteus*
	5. *Streptococcus saprophyticus*
4. Care sunt componentele de virulență și uropatogenitate ale *E.coli*:
	1. Antigenul O
	2. Antigenul K
	3. Antigenul H
	4. Hemolizinele
	5. Ureaza
5. Care sunt componentele de virulență și uropatogenitate ale tulpinilor de *E. coli*:
	1. Hemolizinele
	2. Aerobactina
	3. Ureaza
	4. Proteaza
	5. Adezinele
6. Care sunt factorii de virulență bacteriană care influențează infecția tractului urinar:
	1. Fimbriile
	2. Pilii P
	3. Producerea de hemolizine
	4. Producerea de kinaze
	5. Rezistența la acțiunea bactericidă a serului uman

1. Care sunt factorii care favorizează menținerea microorganismului patogen în căile urinare:
	1. Prezența de protoplaști și L-forme
	2. Fenomenul adeziunii bacteriene
	3. Obstrucția căilor urinare
	4. Sinteza anticorpilor urinari
	5. Poliuria
2. Care sunt factorii de apărare ai tractului urinar:
	1. Flora periureterală saprofită
	2. Fluxul urinar
	3. pH-ul bazic vaginal
	4. Valvele vezico-ureterale
	5. Activitatea sexuală
3. Care sindroame clinice pot fi prezente în pielonefrită cronică:
	1. Urinar
	2. Algic
	3. Toxico-infecțios
	4. Nefrotic
	5. Nefritic
4. Care dintre semnele clinice enumerate mai jos se întâlnesc în pielonefrita cronică în acutizare:
	1. Febra
	2. Tahicardia
	3. Disuria și polakiuria
	4. Adenopatia inghinală
	5. Sensibilitate la palparea unghiului costovertebral

1. Tabloul clinic în pielonefrita acută poate include:
	1. Febră
	2. Macrohematurie
	3. Disurie
	4. Dureri lombare
	5. Sindrom nefrotic
2. Enumerați acuzele posibile prezentate de bolnavii cu pielonefrită cronică în acutizare:
	1. Febră
	2. Slăbiciune generală
	3. Diminuarea ponderii
	4. Durere lombară
	5. Disurie
3. Triada clinică clasică pentru pielonefrita acută sau pielonefrita cronică în acutizare include:
	1. Febră
	2. Polidipsie
	3. Lombalgii
	4. Piurie
	5. Urină hipercromă
4. Care dintre semnele clinice enumerate mai jos se întâlnesc pielonefrita cronică în acutizare:
	1. Febra
	2. Tahicardia
	3. Disuria si polakiuria
	4. Adenopatia inghinală
	5. Sensibilitate la palparea unghiului costovertebral

1. Ce modificări în examenul sumar de urină se întâlnesc în pielonefrită cronică:
	1. Cilindri hialini
	2. Bacteriurie
	3. Leucociturie
	4. Eritrocite dismorfe
	5. Proteinurie >3 g/l
2. Sindromul urinar în pielonefrită cronică în acutizare se poate manifesta prin:
	1. Cristalurie
	2. Cilindrurie leucocitară
	3. Leucociturie și bacteriurie
	4. Proteinurie > 3g/l
	5. Uneori microhematurie
3. Pentru confirmarea diagnosticului de pielonefrită cronică este necesar de efectuat:
	1. Examenul sumar de urină
	2. Examen ultrasonografic al rinichilor
	3. Urografia intravenoasă
	4. Cistografia
	5. Biopsia renală
4. Din punct de vedere microbiologic, există infecție a tractului urinar atunci când se determină:
	1. ≥100.000 bacterii/ml la pacienți asimptomatici
	2. 100-10.000 bacterii/ml la pacienți asimptomatici
	3. Orice recoltare pozitivă obținută prin aspirație suprapubiană
	4. ≥1000 microorganisme/ml, la o pacientă gravidă
	5. Specii multiple de microorganisme, indiferent de titru
5. Urocultura este considerată pozitivă, dacă germenul detectat este în cantitate:
	1. ≥ 106 (indiferent de agentul patogen şi de existența simptomatologiei clinice)
	2. ≥ 105 (indiferent de agentul patogen şi de existența simptomatologiei clinice)
	3. ≤ 104 (indiferent de agentul patogen şi de existența simptomatologiei clinice)
	4. ≥ 104 şi triada clinică prezentă
	5. ≥ 103 și manifestările clinice complete la pacienții cu infecție urinară complicată (diabet zaharat, sarcină, obstrucție infrarenală etc.)
6. Termenul bacteriurie asimptomatică presupune:
	1. Titrul diagnostic în urocultură
	2. Urocultură negativă
	3. Prezența clinicii de infecție urinară
	4. Lipsa simptomelor clinice de infecție urinară
	5. Bacteriuria ≤103 bacterii/ml
7. Piuria sterilă poate indica:
	1. Infecții cu agenți bacterieni neobișnuiți
	2. Nefropatie diabetică
	3. Infecția cu *Mycobacterium tuberculosis*
	4. Infecții cu fungi
	5. Amiloidoză renală
8. Proteinuria în nefropatii interstițiale este:
	1. De tip proteinurie tubulară
	2. De tip β2-microglobulină
	3. Constituită din proteine cu greutate moleculară mare
	4. Constituită din proteine cu greutate moleculară mică
	5. Este tot timpul prezentă
9. Care sunt semnele ultrasonografice caracteristice pielonefritei cronice:
	1. Dilatarea calicelor și bazinetului
	2. Deformarea calicelor și bazinetului
	3. Modificarea structurii parenchimului renal
	4. Îngroșarea peretelui vascular
	5. Îngustarea peretelui vascular
10. În pielonefrita cronică în acutizare, la ecografia renală se pot determina:
	1. Dimensiunile renale normale sau micșorate
	2. Micșorarea indicelui parenchimatos
	3. Micșorarea ecogenităţii parenchimului
	4. Dilatarea pielocaliceală, deformarea sistemului calice-bazinet
	5. Bloc renal (calculi, cheaguri de sânge, tumoare, strictură, etc)
11. Care afirmații sunt adevărate pentru scintigrafia renală dinamică:
	1. Se poate efectua în azotemie
	2. Mai puține reacții adverse decât urografia intravenoasă
	3. Determină dereglările funcționale precoce
	4. Nu este necesară o pregătire specială pentru investigație
	5. Nu este contraindicată în caz de alergie la iod și sarcină
12. Care afirmații despre scintigrafia renală dinamică sunt adevărate:
	1. Se poate efectua în azotemie
	2. Este pe larg utilizată în diagnosticul pielonefritelor
	3. Determină dereglările funcționale precoce
	4. Nu este necesară pregătire specială pentru investigație
	5. Este contraindicată în caz de alergie la iod și sarcină
13. În pielonefrita acută, examenul cito-bacteriologic se realizează:
	1. Înaintea inițierii antibioterapiei
	2. La 48 ore după inițierea antibioterapiei
	3. La 48 ore după oprirea tratamentului
	4. La 1 lună după oprirea tratamentului
	5. La 3 luni după oprirea tratamentului
14. Diagnosticul diferențial al pielonefritei acute care se manifestă cu sindrom algic abdominal și febril, dar fără sindrom de cisitită, se realizează cu:
	1. Sarcina ectopică
	2. Apendicita acută
	3. Apoplexia ovariană
	4. Infecțiile urinare joase
	5. Diverticulită
15. Care sunt măsuri generale în tratamentul pielonefritei cronice:
	1. Repaos la pat în perioada febrilă
	2. Hidratare adecvată
	3. Reglarea tranzitului intestinal
	4. Regim igieno-dietetic
	5. Glucocorticosteroizi
16. Tratamentul medicamentos al pielonefritei cronice include:
	1. Regim la pat în toate cazurile
	2. Antibioticoterapie
	3. Corticosteroizi
	4. Fitoterapie
	5. Uroseptice
17. Regimul hidric în pielonefrita cronică în acutizare:
	1. Se restricționează
	2. Se suplimentează (diureza+500ml)
	3. Nu se modifică
	4. Depinde de gradul hipertensiunii arteriale
	5. Depinde de temperatura corporală
18. Care sunt indicații pentru spitalizarea pacienților cu pielonefrită acută:
	1. Vârsta ≤60 ani
	2. Sarcina
	3. Nefropatia obstructivă
	4. Diabetul zaharat
	5. Vomă incoercibilă
19. Care afirmații sunt FALSE cu privire la tratamentul etiologic al pielonefritei acute și al pielonefritei cronice în acutizare:
	1. Se începe înaintea recoltării uroculturii
	2. Se așteaptă rezultatele uroculturii
	3. Inițial empiric
	4. Terapia parenterală este mai efectivă
	5. În toate cazurile se preferă monoterapia antibacteriană
20. Care afirmații sunt adevărate cu referință la tratamentul etiologic al pielonefritei acute și al pielonefritei cronice în acutizare:
	1. Se începe după recoltarea uroculturii
	2. Se așteaptă rezultatele uroculturii
	3. Inițial empiric
	4. Terapia parenterală este mai efectivă
	5. În toate cazurile se preferă biterapia
21. Care antibiotice sunt utilizate mai frecvent în tratamentul pielonefritei cronice:
	1. Penicilinele semisintetice
	2. Cefalosporinele
	3. Fluorchinolonele
	4. Aminoglicozidele
	5. Carbapenemele
22. Preparate contraindicate în tratamentul pielonefritei la gravide sunt:
	1. Fluorchinolonele
	2. Cefalosporinele
	3. Penicilinele semisintetice
	4. Tetraciclinele
	5. Imipenem
23. Care sunt preparatele de elecție în tratamentul infecțiilor urinare la gravide :
	1. Tetracicline
	2. Peniciline semisintetice
	3. Derivați de nitrofuran
	4. Fluorchinolonele
	5. Cefalosporinele
24. În tratamentul pielonefritei cronice, acutizare ușoară, sunt adevărate afirmațiile:
	1. Durata tratamentului 5 zile
	2. Durata tratamentului 7-10 zile
	3. Monoterapie antimicrobiană, administrare perorală sau parenterală
	4. Mono sau biterapie antimicrobiană, administrare perorală sau parenterală
	5. Nu necesită tratament simptomatic
25. Profilaxia recidivelor pielonefritei cronice presupune:
	1. Sanarea focarelor cronice de infecție
	2. Profilaxia constipațiilor
	3. Dieta hipoproteică
	4. Restricția de lichide
	5. Igiena intimă riguroasă
26. Măsurile igieno-dietetice de profilaxie a infecțiilor tractului urinar sunt:
	1. Reglarea tranzitului intestinal
	2. Aportul hidric adecvat
	3. Igiena zonei perianale și periuretrale
	4. Micțiuni rare
	5. Antibiotic conform antibiogramei
27. Profilaxia infecțiilor tractului urinar include:
	1. Tratamentul bacteriuriei asimptomatice
	2. Tratamentul refluxului vezico-ureteral
	3. Utilizarea contraceptivelor orale
	4. Micțiunea postcoitală este recomandată
	5. Golirea vezicii urinare la necesitate
28. Factorii de prognostic nefavorabil în pielonefrită acută sunt:
	1. Agentul patogen *Proteus*
	2. Agentul patogen *E. coli*
	3. Infectarea pe cale urinară ascendentă
	4. Ocluzia acută a căilor urinare
	5. Hiperuricemia
29. Factorii de prognostic nefavorabil în pielonefrita acută sunt:
	1. Agentul patogen *Proteus*
	2. Agentul patogen stafilococul plasmocoagulant
	3. Infectarea pe cale urinară ascendentă
	4. Ocluzia acută a căilor urinare rezolvată
	5. Imunosupresie
30. Sunt indicații pentru tratament chirurgical în pielonefrita acută:
	1. Paranefrita
	2. Abcesul renal
	3. Dereglările de pasaj urinar
	4. Rinichiul ratatinat
	5. Rinichi dublu
31. Care sunt indicațiile pentru tratamentul chirurgical în pielonefrita cronică în remisiune:
	1. Corecția malformațiilor congenitale ce dereglează pasajul urinar
	2. Corecția complicațiilor postchirurgicale ce afectează pasajul urinar
	3. Abcesul renal
	4. Paranefrita
	5. Carbuncul renal
32. Care sunt complicațiile severe posibile ale pielonefritei cronice bilaterale includ:
	1. Hipertensiunea arteriala
	2. Ratatinarea rinichiului
	3. Boala cronică renală
	4. Tuberculoza renală
	5. Amiloidoza renală
33. Complicații acute ale pielonefritei acute pot fi:
	1. Șocul toxicoseptic
	2. Necroza papilară acută
	3. Hipertensiunea arterială secundară
	4. Carbunculul renal
	5. Abcesul perinefretic
34. Din grupul complicațiilor acute ale pielonefritei acute fac parte:
	1. Pielonefrita emfizematoasă
	2. Nefroscleroza secundară
	3. Insuficiența renală acută
	4. Chisturi renale
	5. Hipertensiunea arterială
35. Care dintre următoarele sunt complicații posibile ale pielonefritei cronice:
	1. Tromboza arterelor și venelor renale
	2. Boala cronică renală
	3. Hipertensiunea arterială
	4. Nefroscleroză secundară
	5. Insuficiența renală acută
36. Pentru pielonefrita acută apostematoasă (abcese renale corticale) sunt adevărate afirmațiile:
	1. Prezența focarelor mici multiple purulente plasate în stratul renal cortical
	2. Prezența focarelor mici multiple purulente plasate în stratul renal medular
	3. Mai frecvent este cauzată de o septicopiemie enterococică
	4. Mai frecvent este cauzată de o septicopiemie stafilococică
	5. Mai frecvent este cauzată de o septicopiemie streptococică
37. Enumerați afirmațiile corecte despre pielonefrita acută la pacienții imunosupresați:
	1. Incidența crescută a germenilor patogeni polirezistenţi
	2. Frecvent implicați agenți bacterieni comensuali
	3. Scade riscul dezvoltării și al recidivării
	4. Fluorchinolonele, cefalosporinele de generaţia III-IV, aminopenicilinele protejate şi carbapenemele sunt antibioticele de prima linie
	5. Fluorchinolonele, cefalosporinele de generația II, aminoglicozide sunt de primă linie
38. Care sunt afirmațiile adevărate în pielonefrita acută obstructivă:
	1. Este o urgență medico-chirurgicală
	2. Necesită spitalizare
	3. Hidronefroza este întotdeauna prezentă
	4. Indispensabilă - nefrostomie percutanată
	5. Înlăturarea obstacolului în regim de urgență
39. În pielonefrita acută, la examenul obiectiv se poate determina:
	1. Sensibilitate la palparea lojelor renale
	2. Punctele costomusculare dureroase
	3. Punctele costovertebrale nedureroase
	4. Manevra Giordano pozitivă
	5. Durere întotdeauna bilaterală
40. În caz de pielonefrită acută, la examenul clinic durerea poate lipsi mai frecvent la următoarele categorii de pacienți:
	1. Copii
	2. Gravide
	3. Diabetici
	4. Etilici denutriți
	5. Transplantați
41. Care dintre următoarele criterii, caracteristice pielonefritei cronice, permit diferențierea ei de glomerulonefrita cronică:
	1. Febra cu frisoane
	2. Asimetria afectării renale
	3. Simetria afectării renale
	4. Proteinuria marcată
	5. Leucocituria marcată
42. Tratamentul patogenetic în pielonefrita cronică în acutizare include:
	1. Antiinflamatoare nesteroidiene
	2. Antispastice
	3. Antibiotice
	4. Antiagregante
	5. Fitoterapie
43. O leucociturie aseptică poate fi sugestivă pentru:
	1. Infecție a tractului urinar decapitată prin antibioterapie prealabilă
	2. Vaginită
	3. Tuberculoză uro-genitală
	4. Hidronefroză
	5. Chist renal supurat

**Simptoame și sindroame renale**

**CS**

1. Indicați care este răspunsul greșit referitor examenului sumar de urina:
	1. Reprezintă un examen microscopic
	2. Reprezintă un examen macroscopic
	3. Reprezintă un examen fizico-chimic
	4. Se recoltează prima urina de dimineață
	5. Reprezintă o investigație costisitoare

1. Care din următoarele afirmații referitor la examenul bacteriologic al urinei este incorectă?
	1. Sub 10.000 germeni/l reprezintă o bacteriurie nesemnificativa
	2. Între 10.000-100.000 germeni/l - suspiciune de infecție
	3. Peste 100.000 germeni/l – infecție urinară
	4. Sub 1.000 germeni/l, nu se consideră infecție urinară
	5. Sub 10.000 de germeni/l reprezintă o bacteriurie semnificativa
2. La examenul microscopic al urinei NU putem determina:
	1. Celule epiteliale
	2. Leucocite
	3. Eritrocite
	4. Cilindri (hialini, granuloși)
	5. Turbiditatea
3. Alegeți afirmația falsă referitor examenul sumar de urina:
	1. Reprezintă o investigație simplă, rapidă, ieftină
	2. Este un test screening obligator la toți pacienții internați indiferent de maladie
	3. Cel mai corect e colectarea primei urine de dimineața, colectată într-un recipient curat
	4. În urgențe se poate colecta și pe parcursul zilei
	5. Se efectuează doar la pacienții cu patologie renală
4. Ecografia renală este mai puțin utilă:
	1. Pentru a determina dimensiunile rinichilor
	2. Pentru caracterizarea maselor intrarenale, cum ar fi tumori, abcese, chisturi
	3. Pentru a preciza localizarea rinichilor
	4. Screening pentru boala polichistică
	5. Pentru stadializarea bolii cronice renale
5. Indicați care este NU tulburarea de micțiune:
	1. Disuria
	2. Micțiunea rară
	3. Micțiunea dureroasă
	4. Polakiuria
	5. Poliuria
6. Polakiuria reprezintă:
	1. Creșterea anormală a numărului de micții timp de 24 ore
	2. Creșterea diurezei peste 2000 ml/24 ore
	3. Emisia involuntară sau inconștientă de urină
	4. Nevoia de a urina imediat ce a apărut senzația de a urina
	5. Dificultate a actului micțional
7. Care din afirmațiile de mai jos definește poliuria:
	1. Creșterea anormală a numărului de micții timp de 24 ore
	2. Creșterea diurezei peste 2000 ml/24 ore
	3. Emisia involuntara sau inconștienta de urina
	4. Nevoia de a urina imediat ce a apărut senzația de a urina
	5. Dificultate a actului micțional
8. Depistarea izolata a cilindrilor hialinici în urină demonstrează:
	1. Glomerulonefrita cronică
	2. Pielonefrita cronică
	3. Amiloidoza renală
	4. Patologie renala fără specificarea bolii
	5. Nu are valoare diagnostică
9. Care din afirmațiile de mai jos definește incontinența urinară?
	1. Creșterea anormală a numărului de micții timp de 24 ore
	2. Creșterea diurezei peste 2000 ml/24 ore
	3. Emisia involuntară sau inconștientă de urină
	4. Nevoia de a urina imediat ce a apărut senzația de a urina
	5. Dificultate a actului micțional
10. Care din afirmațiile de mai jos definește micțiunea imperioasa?
	1. Creșterea anormala a numărului de micții timp de 24 ore
	2. Creșterea diurezei peste 2000 ml/24 ore
	3. Emisia involuntara sau inconștientă de urina
	4. Nevoia de a urina imediat ce a apărut senzația de urinare
	5. Dificultate a actului micțional
11. Indicați afirmația falsă referitor retenției urinare:
	1. Este definită ca diminuarea incompletă a conținutului vezical cu apariția reziduului vezical
	2. Poate fi completă sau incompletă
	3. Poate fi acută sau cronică
	4. Cu și fără distensia vezicală
	5. Poate fi inițială sau terminală
12. Indicați care este afirmația falsă referitor micțiunii rare?
	1. Numărul de micții redus la 1-2/24 ore
	2. Poate fi însoțita de oligurie
	3. Poate apărea în megavezica congenital sau dobândita
	4. Apare frecvent în insuficiența renală acută
	5. Frecvent apare la un aport crescut de lichide
13. Incontinența urinară prezentă numai la copii poate fi:
	1. Adevărata
	2. Falsă
	3. Inconștientă
	4. Involuntară
	5. Fiziologică
14. Cea mai valoroasa metodă de depistare și apreciere a bacteriuriei este:
	1. Examenul microscopic al urinei
	2. Cultura urinei
	3. Examenul macroscopic al urinei
	4. Examenul urinei cu bandelete
	5. Calorimetria
15. Aprecierea sensibilității florei la preparatele antibacteriene:
	1. Are semnificație clinică importantă
	2. Nu are semnificație clinică
	3. Are semnificație clinică doar în pielonefrită
	4. Are semnificație clinică doar în nefrita interstițială
	5. Are semnificație clinică doar în glomerulonefrită
16. Definiți anuria:
	1. Scăderea diurezei < 100 ml în 24/h sau sub 4ml/h
	2. Creșterea diurezei peste 2000 ml/24 ore
	3. Emisia involuntara sau inconștientă de urina
	4. Nevoia de a urina imediat ce a apărut senzația de a urina
	5. Dificultate a actului micțional
17. Care din afirmațiile de mai jos definește nicturia:
	1. Volumul diurezei nocturne este egal sau îl depășește pe cel diurn
	2. Scăderea diurezei < 100 ml în 24/h sau sub 4ml/h
	3. Creșterea diurezei peste 2000 ml/24 ore
	4. Emisia involuntara sau inconștientă de urina
	5. Nevoia de a urina imediat ce a apărut senzația de a urina
18. Opsiuria reprezintă:
	1. Eliminarea întârziată de urină față de momentul ingestiei lichidelor
	2. Situația când volumul diurezei nocturne este egal sau îl depășește pe cel diurn
	3. Scăderea diurezei < 100 ml în 24/h sau sub 4ml/h
	4. Creșterea diurezei peste 2000 ml/24 ore
	5. Emisia involuntara sau inconștientă de urina
19. Care din afirmațiile de mai jos definește hematuria:
	1. Excreția unui număr anormal de eritrocite în urină care provin deasupra sfincterului striat
	2. Prezența de puroi în urină
	3. Prezența de limfă în urină
	4. Prezența de lipide în urină
	5. Prezența proteinelor în urină
20. Definiți piuria:
	1. Reprezintă excreția unui număr anormal de eritrocite în urină
	2. Prezența leucocitelor și bacteriilor în urină
	3. Prezența de limfă în urină
	4. Prezența de lipide în urină
	5. Prezenta proteinelor în urină
21. Ce reprezintă chiluria?
	1. Reprezintă excreția unui număr anormal de eritrocite în urină
	2. Prezența de puroi în urină
	3. Prezența de limfă în urină
	4. Prezența de lipide în urină
	5. Prezenta proteinelor în urină
22. Prin noțiunea de lipidurie înțelegem:
	1. Reprezintă excreția unui număr anormal de eritrocite în urină
	2. Prezența de puroi în urină
	3. Prezența de limfă în urină
	4. Prezența de lipide în urină
	5. Prezenta proteinelor în urină
23. Prin definiția de proteinurie fiziologică înțelegem:
	1. Reprezintă excreția unui număr anormal de eritrocite în urină
	2. Prezența de puroi în urină
	3. Prezența de limfă în urină
	4. Prezența de lipide în urină
	5. Excreție urinară de proteine <0,1-0,15 g/24 h
24. Selectați afirmația falsă referitor proteinuriei tranzitorii:
	1. Apare în stări febrile
	2. Apare după expunerea la temperaturi crescute sau scăzute
	3. Dispare odată cu înlăturarea factorului cauzal
	4. Nu dispare la înlăturarea factorului cauzal
	5. Valorile proteinuriei de obicei nu depășește 1g/24 ore
25. Selectați metodele care NU POT duce la diferențierea hematuriei din nefropatii cu hematuria din patologiile urologice:
	1. Proba cu 3 pahare
	2. Microscopia sedimentului urinar
	3. Cistoscopia
	4. Ultrasonografia rinichilor și vezicii urinare
	5. Renografia radioizotopica
26. Selectați afirmația falsă referitor edemului renal:
	1. Are tendința spre generalizare (anasarcă)
	2. Temperatura cutanată este normală
	3. Este moale
	4. Este localizat periorbital, gambe
	5. Se însoțește de temperatura cutanată crescută
27. Care din următorii factori cauzează proteinuria în sindromul nefritic acut?
	1. Creșterea afluxului de proteine
	2. Pierderea încărcăturii cationice
	3. Pierderea încărcăturii anionice
	4. Creșterea tensiunii arteriale sistemice
	5. Scăderea presiunii intraglomerulare.
28. Care dintre următoarele reprezintă principala cauză a hipertensiunii arteriale în sindromul nefritic acut?
	1. Creșterea nivelului bradikininei
	2. Expansiunea volumului extracelular
	3. Scăderea fluxului plasmatic renal
	4. Proteinuria
	5. Edemul cerebral
29. Edemul din sindromul nefritic acut este consecința:
	1. Hipoalbuminemiei
	2. Hipertensiunii arteriale
	3. Retenția de NaCl și apă
	4. Creșterii permeabilității capilare
	5. Hipovolemiei
30. Sindromul nefritic acut este:
	1. Manifestarea clinică a inflamației interstițiului renal.
	2. Manifestarea clinică a inflamației glomerulare acute.
	3. Manifestarea clinică a infecției glomerulare acute.
	4. Manifestarea clinică a infecției şi inflamației interstițiului renal.
	5. Manifestarea clinică a infecției pielocaliciale.
31. Pentru precizarea cauzei sindromului nefritic acut "metoda de aur" este:
	1. Ecografia renală.
	2. Scintigrafia renală.
	3. Biopsia renală.
	4. Arteriografia renală.
	5. Tomografia computerizată renală.
32. Sindromul nefritic acut este consecința clinică a:
	1. Hipertensiunii arteriale maligne
	2. Infecției corticalei renale
	3. Inflamației glomerulare acute
	4. Reacțiilor imune față de cantități mici de antigen la indivizii presensibilizaţi
	5. Afectării renale în diabetul zaharat
33. Care din cele de mai jos NU caracterizează sindromul nefritic acut tipic:
	1. Debut acut
	2. Hematurie macroscopică
	3. Edeme
	4. Hipotensiune arteriala
	5. Hematurie microscopica
34. În sindromul nefritic acut în urina se depistează:
	1. Cilindri leucocitari
	2. Cilindri hialini
	3. Cilindri epiteliali
	4. Cilindri hematici
	5. Depozite de hemoglobina
35. Sindromul nefritic acut se corelează morfopatologic clasic cu:
	1. Glomerulonefrită proliferativă
	2. Glomeruloscleroza focală şi segmentară cu hialinoză
	3. Glomerulonefrită membrano-proliferativă
	4. Glomerulonefrită cu anticorpi anti-membrana bazală glomerulară
	5. Glomerulonefrită membranoasă
36. Sindromul nefrotic pur se caracterizează mai frecvent prin:
	1. Hematuriei macroscopice
	2. Hipertensiunii arteriale
	3. Prezența bolii cronice renale
	4. Frecvența foarte joasă la copii
	5. Edeme
37. Indicați răspunsul incorect referitor la sindromului nefrotic impur :
	1. Hematurie persistenta
	2. Hipertensiunea arterială
	3. Posibil asociat cu boala cronică renală
	4. Frecvența egală la adulți și copii
	5. Este prezent doar la maturi

CM

1. Schimbarea culorii urinei poate fi influențată de:
	1. Caracterul alimentației
	2. Cantitatea lichidelor consumate
	3. Patologia renală
	4. Patologia ficatului și căilor biliare
	5. Fazele somnului
2. Care din manifestările de mai jos fac parte din sindromul nefritic acut tipic?
	1. Hematuria
	2. Proteinuria
	3. Azotemia
	4. Retenție de sare şi apa
	5. Piuria
3. La examenul macroscopic al urinei putem determina:
	1. Turbiditatea
	2. Culoarea
	3. Mirosul
	4. Densitatea
	5. pH-ul urinar
4. La examenul fizico-chimic al urinei putem determina:
	1. Densitatea
	2. Proteinuria
	3. pH-ul urinar
	4. Culoarea
	5. Mirosul
5. La examenul microscopic al urinei se determina:
	1. Celule epiteliale
	2. Leucocite
	3. Hematii
	4. Cilindri (hialini, granuloși)
	5. Turbiditatea
6. Indicați care sunt tulburările de micțiune:
	1. Disuria
	2. Micțiunea rară
	3. Micțiunea dureroasă
	4. Anuria
	5. Oliguria
7. Tulburările de micțiune sunt:
	1. Polakiuria
	2. Retenția de urină
	3. Incontinența de urină
	4. Poliuria
	5. Oliguria
8. Indicați care sunt tulburările de diureză:
	1. Polakiuria
	2. Retenția de urina
	3. Incontinenta de urina
	4. Poliuria
	5. Oliguria
9. Indicați care sunt tulburările de diureză:
	1. Opsiuria
	2. Micțiunea rara
	3. Micțiunea dureroasa
	4. Anuria
	5. Nicturia
10. Care sunt indicațiile ecografiei renale?
	1. Pentru a determina dimensiunile rinichilor
	2. Pentru caracterizarea maselor intrarenale de regulă tumori, abcese, chisturi
	3. Pentru a preciza localizarea rinichilor
	4. Screening pentru boala polichistică
	5. Pentru stadializarea BCR
11. Specificați particularitățile durerii în colica renală:
	1. Diminuă în clinostatism
	2. Diminua în ortostatism
	3. Iradiază spre organele genitale
	4. Iradiază spre flancurile abdomenului
	5. Se accentuează în trepidații
12. Durerea colicativă se dezvoltă mai frecvent în caz de:
	1. Calculi renali
	2. Cheaguri de sânge în tractul urinar
	3. Rinichi polichistic
	4. Glomerulonefrită
	5. Tuberculoza renala
13. Precizați caracterul durerii în caz de colica reno-ureterală:
	1. Durere violentă
	2. Caracter de torsiune
	3. Intensitate mica
	4. Intensitate mare
	5. De obicei durere continuă
14. Precizați care poate fi durata colicii reno-ureterale:
	1. Minute
	2. Ore
	3. Câteva zile
	4. 2-3 săptămâni
	5. Luna
15. Precizați caracterul debutului colicii reno-ureterale:
	1. Brusc
	2. Insidios
	3. Apare la zdruncinături (trepidații)
	4. Apare la administrarea diureticilor
	5. Apare la un aport scăzut de lichide
16. Indicați care sunt preparatele ce pot ameliora colica reno-ureterală:
	1. Spasmoliticele
	2. Antiinflamatoarele
	3. Diureticele
	4. Antibioticele
	5. Analgezicele
17. Indicați care sunt preparatele ineficiente în ameliorarea colicii reno-ureterale:
	1. Spasmoliticele
	2. Antiinflamatoarele
	3. Antipireticele
	4. Analgezicele
	5. Antibioticele
18. Indicați afirmațiile corecte ce caracterizează durerea vezicală:
	1. Are localizare supra pubiana
	2. Iradiază spre uretra si perineu
	3. Nu iradiază spre uretra și perineu
	4. Are caracter de jenă dureroasă, arsuri
	5. Nu cedează niciodată după sondaj vezical
19. Care afecțiuni cel mai frecvent provoacă durerea vezicala:
	1. Cistite acute si cronice
	2. Afecțiuni prostatice
	3. Tumori a vezicii urinare
	4. Retenție acută de urină
	5. Litiaza uretrala
20. Indicați afirmațiile corecte ce caracterizează durerea pelviperineală:
	1. Are caracter de tensiune/înțepătura
	2. Are caracter de jena dureroasă/arsuri
	3. Iradiază spre organele genitale externe
	4. Nu iradiază spre organele genitale externe
	5. Este însoțită de tulburări micționale
21. Polakiuria poate fi:
	1. Cu urine clare
	2. Cu urine tulbure
	3. Diurnă
	4. Nocturnă
	5. Polakiuria nu poate fi însoțită de poliurie
22. Indicați care sunt afecțiunile ce pot provoacă polakiuria:
	1. Procese inflamatorii a vezicii urinare
	2. Procese tumorale
	3. Disectazia colului vezical
	4. Adenom de prostată
	5. Insuficiența renală cronică terminală
23. Conform clasificării hematuria poate fi:
	1. Inițială
	2. Totală (completă)
	3. Terminală
	4. Cronică
	5. Doar inițială
24. Care sunt afecțiunile ce provoacă cel mai des disuria?
	1. Patologia prostatei
	2. Afecțiuni a vezicii urinare
	3. Patologia genitală feminină
	4. Afecțiuni ale uretrei
	5. Ptoza renală
25. Indicați afecțiunile ce pot provoacă micțiunea dureroasă:
	1. Cistite
	2. Uretrite
	3. Pericistite
	4. Afecțiuni de col vezical
	5. Afecțiuni neurologice centrale
26. Indicați afirmațiile corecte referitor retenției urinare?
	1. Este definită ca diminuarea incompleta a conținutului vezical cu apariția reziduului vezical
	2. Poate fi completă sau incompletă
	3. Poate fi acută sau cronică
	4. Cu distensie vezicală
	5. Poate fi inițială sau terminală
27. Care sunt cauzele retenției urinare?
	1. Obstructive
	2. Vezica neurogenă
	3. Tulburări de reflux sau a actului micțional
	4. Disectazia colului vezical
	5. Nu apare în afecțiuni prostatice
28. Incontinența urinară la adult poate fi:
	1. Adevărată
	2. Ișuria paradoxală
	3. Accidentală
	4. Involuntară
	5. Fiziologică
29. Care din afirmațiile de mai jos caracterizează micțiunea rară?
	1. Numărul de micții redus la 1-2/24 ore
	2. Poate fi însoțită de oligurie
	3. Poate apărea în megavezica congenital sau dobândită
	4. Apare frecvent în insuficiența renală acută
	5. Frecvent apare la un aport crescut de lichide
30. Poliuria poate fi:
	1. Fiziologică și patologică
	2. Tranzitorie sau permanentă
	3. Cauza renală sau extrarenală
	4. Acută sau cronică
	5. Completă sau incompletă
31. Care sunt cauzele poliuriei tranzitorie?
	1. Fiziologice
	2. Patologice
	3. În urma administrării medicamentelor
	4. După expunerea la frig
	5. Amiloidoza renala
32. Care din afirmațiile de mai jos NU definește poliuria:
	1. Creșterea anormala a numărului de micții timp de 24 ore
	2. Creșterea diurezei peste 2000 ml/24 ore
	3. Emisia involuntară sau inconștientă de urină
	4. Nevoia de a urina imediat ce a apărut senzația de a urină
	5. Dificultate a actului micțional
33. Indicați afirmațiile corecte ce caracterizează oliguria:
	1. Reprezintă diureza <500 ml/24ore
	2. Diureza peste 500 ml/24ore
	3. Poate fi fiziologică sau patologică
	4. Apare în urma administrării diureticelor
	5. Ca efect al vasoconstricției după expunerea la frig
34. Clasificați anuria:
	1. Parazitară
	2. Neparazitară
	3. Cauza prerenală
	4. Cauza renală
	5. Cauza postrenală
35. Precizați care este etiologia chiluriei:
	1. Parazitară
	2. Neparazitară
	3. Infecțioasă
	4. Idiopatică
	5. Autoimună
36. Conform clasificării din punct de vedere imunochimic proteinuria poate fi:
	1. Selectivă
	2. Neselectivă
	3. Tubulară
	4. Inițială
	5. Terminală
37. Conform mecanismelor de producere, proteinuria poate fi:
	1. Prerenală
	2. Renală
	3. Postrenală
	4. Inițială
	5. Terminală
38. Selectați afirmațiile corecte ce corespund clasificării proteinuriei glomerulare:
	1. Selectivă
	2. Neselectivă
	3. Nefrotică
	4. Subnefrotică
	5. Inițială
39. Selectați afirmațiile corecte despre proteinuria tranzitorie :
	1. Stări febrile
	2. Expunere la temperaturi crescute sau scăzute
	3. Dispare odată cu înlăturarea factorului cauzal
	4. Nu dispare la înlăturarea factorului cauzal
	5. Valorile proteinuriei de obicei nu depășește 1g/24 ore
40. Proteinuria poate apărea mai frecvent în care din următoarele situații:
	1. La prezența sindromului nefrotic
	2. În glomerulonefrite
	3. După un efort fizic intens
	4. În timpul febrei
	5. După examen ultrasonografic
41. Conform clasificării hematuria poate fi:
	1. Microscopică
	2. Macroscopică
	3. Inițială /terminală
	4. Totală
	5. Doar macroscopica
42. Macrohematuria poate fi:
	1. Inițială
	2. Terminală
	3. Totală
	4. Cu urină de culoare verde
	5. Cu urină transparentă
43. Precizați care sunt cauzele ce provoacă hematuria:
	1. Boli hematologice
	2. Vasculite sistemice
	3. Boli de colagen
	4. Post medicamentos
	5. Hipotensiunea arteriala
44. Precizați care sunt cauzele ce pot provoca hematuria:
	1. Glomerulonefrită
	2. Tumori renale
	3. Polichistoza renală
	4. Anomalii congenitale
	5. Vârsta înaintată
45. Afecțiunile ce provoacă mai frecvent piuria sunt:
	1. Maladii purulente renale
	2. Maladii a vezicii urinare
	3. Boli uretro-prostatice
	4. Hipertensiunea arterială
	5. Tuberculoza renală
46. Selectați care sunt caracteristicile edemului renal:
	1. Este moale
	2. Lasă ușor godeu
	3. Nu lasă godeu
	4. Este mai accentuat dimineața
	5. Este mai accentuat seara
47. Anomalii urinare izolate sunt:
	1. Proteinuria
	2. Anuria
	3. Hematuria
	4. Poliuria
	5. Leucocituria
48. Sindromul nefritic acut tipic se caracterizează prin:
	1. Hematurie macroscopică
	2. Edeme
	3. Proteinurie nefrotică
	4. Oligurie
	5. Hipertensiune
49. Precizați care din afirmațiile referitoare la sindromul nefritic acut sunt corecte:
	1. Fluxul sanguin renal scade ca rezultat al obstrucției spațiului de filtrare al capsulei Bowman
	2. Rata filtrării glomerulare este compromisă datorită vasoconstricţiei intrarenale
	3. Examenul urinei evidențiază mai frecvent proteinurie nefrotică ( >3,5 g/24 ore)
	4. Hematuria este mai frecvent macroscopică
	5. Examenul urinei evidențiază în mod caracteristic cilindri hematici şi hematii deformate
50. În forma severă, sindromul nefritic acut se asociază cu:
	1. Inflamația acută a majorității glomerulilor
	2. Aspect histologic de glomerulonefrită proliferativă focală
	3. Afectarea a sub 50% din glomeruli
	4. Aspect histologic de glomerulonefrită proliferativă acută difuză
	5. Proliferare celulară limitată la mezangiu
51. Selectați elementele urinare ce definesc sindromul nefrotic pur:
	1. Proteinurie peste 3,5 g/ 24h
	2. Lipiduria
	3. Hematuria
	4. Cilindruria cu cilindri granuloși
	5. Osmolaritate urinară < 350 mOsm/L
52. Principalele elemente diagnostice ale sindromului nefrotic pur sunt:
	1. Proteinurie > 3,5 g/24ore
	2. Hipertensiunea arterială
	3. Hipoalbuminemia
	4. Hiperlipidemia
	5. Hipercoagulabilitatea
53. Sindromul nefrotic la adult cel mai frecvent este provocat de:
	1. Boala cu leziuni minime
	2. Boala Berger
	3. Glomeruloscleroza focală şi segmentară
	4. Glomerulopatia membranoasă
	5. Glomerulonefrita membranoproliferativă
54. Tratamentul proteinuriei în sindromul nefrotic include:
	1. Tratament imunosupresiv
	2. Dieta cu 2-3 mg/Kg/zi proteine
	3. Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei
	4. Dieta hipolipidică
	5. Diuretice de ansă
55. Preparatele anticoagulante în sindromul nefrotic sunt indicate în caz de:
	1. Edemul este generalizat cu anasarcă
	2. Sunt semne de tromboză venoasă profundă
	3. Sunt semne de tromboză arterială
	4. Apare tromboembolismul pulmonar
	5. Există semne de insuficiență renală cronică
56. Printre manifestările și complicațiile sindromului nefrotic se numără:
	1. Diateza hemoragică
	2. Hiperlipidemia
	3. Deficitul de antitrombina III
	4. Hipercalcemia
	5. Embolismul pulmonar
57. Proteinuria din sindromul nefrotic poate fi consecința:
	1. Scăderii reabsorbţiei tubulare de proteine filtrate la nivel glomerular
	2. Alterării încărcăturii electronegative a membranei bazale glomerulare
	3. Concentrației plasmatice excesive de lanțuri ușoare de imunoglobuline
	4. Alterărilor structurale ale membranei bazale glomerulare
	5. Modificării arhitecturii podocitelor
58. Frecvent, sindromul nefrotic la adulți este determinat de:
	1. Nefropatia diabetică
	2. Glomeruloscleroza focală şi segmentală
	3. Nefroangioscleroza benignă
	4. Pielonefrita cronică
	5. Glomerulonefrita membranoasă
59. Formarea edemelor în sindromul nefrotic este explicată prin:
	1. Scăderea presiunii oncotice plasmatice
	2. Activarea sistemului renina-angiotensina-aldosteron
	3. Creșterea secreției de vasopresină
	4. Instalarea trombozei de venă renală
	5. În unele cazuri retenția primară de apă şi sare
60. Biopsia renală, în sindromul nefrotic:
	1. Trebuie evitată în caz de tulburări de coagulare grave
	2. Este o metoda valoroasă la adulți cu sindrom nefrotic pentru precizarea diagnosticului, orientarea tratamentului şi formularea prognosticului
	3. Este necesară la majoritatea copiilor cu sindrom nefrotic
	4. Nu este necesară la majoritatea copiilor cu sindrom nefrotic
	5. Nu este necesară la adulții cu sindrom nefrotic
61. Tratamentul edemelor în sindromul nefrotic:
	1. Necesită restricție moderată de sodiu (1-2g/zi)
	2. Necesita doze mari de diuretice de ansă pentru a reduce edemele cât mai rapid
	3. Necesită administrarea, întotdeauna, de albumină desodată pentru a crește presiunea oncotică a plasmei
	4. Trebuie sa evite îndepărtarea unei cantități mai mari decât 1 l de lichid pe zi
	5. Necesita administrarea doar a diureticelor antialdosteronici
62. Selectați afirmațiile ce caracterizează sindromul nefritic acut tipic:
	1. Debut acut
	2. Hematurie macroscopică
	3. Edeme
	4. Hipotensiune arteriala
	5. Hematurie microscopica

**Teste nefropatii glomerulare**

CS

1. Glomerulonefrita acută este o patologie renală cu afectarea preponderentă a:
	1. Interstițiului
	2. Tubilor
	3. Glomerulelor
	4. Întreg sistemului reno-urinar
	5. Arteriolelor eferente
2. Glomerulonefrita acută reprezintă afectarea glomerulelor renali predominant prin următorul mecanism:
	1. Complecși imuni
	2. Autoimun
	3. Bacterial
	4. Viral
	5. Toxic direct
3. Factorul etiologic de bază al glomerulonefritei acute este:
	1. *Escherichia coli*
	2. Pneumococul
	3. *Stafilococul auriu*
	4. *Streptococul* β-hemolitic grup A
	5. *Klebsiella*
4. Peste cît timp după suportarea infecției streptococice se dezvoltă glomerulonefrita acută?
	1. 2-3 zile
	2. 4-6 zile
	3. 1-2 săptămîni
	4. 1 lună
	5. 1,5-2 luni
5. Cauza de bază a edemelor în glomerulonefrita acută este:
	1. Majorarea secreției de vasopresină
	2. Creșterea activității sistemului renină-angiotensină-aldosteron
	3. Creșterea activității sistemului calicreinic
	4. Reducerea presiunii oncotice a plasmei
	5. Retenția primară a sodiului, ca rezultat al modificărilor inflamatorii în glomeruli
6. Cauza de bază a hipertensiunii arteriale din cadrul glomerulonefritei acute este:
	1. Hipersimpaticotonia
	2. Retenția acută a sodiului și a apei, care duce la creșterea volumului sangvin circulant și a volumului-bătaie
	3. Hiperaldosteronism
	4. Hipercorticism
	5. Scăderea activității mecanismelor depresorii
7. Durerea în regiunea lombară în cadrul glomerulonefritei acute este provocată de:
	1. Inflamație bacteriană
	2. Proteinurie
	3. Hiperstenurie
	4. Tumefiere renală, ca rezultat al inflamației imune
	5. Hematurie
8. Veriga patogenetică de bază a glomerulonefritei rapid progresive este:
	1. Antigenul este reprezentat de structurile streptococului
	2. Antigenul este prezentat pe membrana bazală glomerulară
	3. Activarea sistemului complementului
	4. Activarea mediatorilor inflamatori
	5. Afectarea membranei bazale glomerulare de către fermenții lizozomali
9. Semnul morfologic de bază al glomerulonefritei rapid progresive este:
	1. Proliferarea mezangiului
	2. Depozite de complecși antigen exogen – anticorp
	3. Proliferare endocapilară
	4. Proliferare extracapilară cu formarea “semilunelor” în capsula glomerulară
	5. Edem interstițial, fibroză
10. Semnul morfologic al glomerulonefritei mezangioproliferative este:
	1. Proliferare endocapilară
	2. Proliferare extracapilară
	3. Îngroșarea membranei bazale
	4. Proliferare mezangială
	5. Neovascularizare glomerulară
11. Cel mai important indicator al nefropatiei IgA este:
	1. Proteinuria
	2. Cilindruria
	3. Macrohematuria recidivantă
	4. Limfocituria
	5. Hipostenuria
12. Care grup de preparate contribuie la micșorarea hipertensiunii intraglomerulare în glomerulonefrită cronică?
	1. α-adrenoblocanți
	2. β-adrenoblocanți
	3. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
	4. Antagoniștii canalelor de calciu
	5. Antiagregantele
13. Ce grup de medicamente reprezintă tratamentul de bază, destinat pentru cuparea edemelor în glomerulonefrita acută?
	1. Antagoniștii aldosteronului
	2. Antiagregantele
	3. Natriureticele
	4. Inhibitorii de carboanhidrază
	5. Anticoagulantele
14. Nefroza lipoidă (glomerulonefrita cu modificări minimale) se manifestă prin:
	1. Sindrom hipertensiv
	2. Hematurie recidivantă
	3. Sindrom nefrotic
	4. Sindrom nefritic
	5. Leucociturie
15. În hematuria provocată de boala Berger, în imunogramă, cea mai frecventă modificare este:
	1. Hipocomplementemie
	2. Creșterea titrului IgG
	3. Creșterea titrului IgM
	4. Creșterea titrului IgA
	5. Creșterea titrului IgD
16. Care dintre modificările urinare următoare sunt caracteristice pentru glomerulonefrita acută?
	1. Izostenurie
	2. Hematurie
	3. Cilindri leucocitari
	4. Leucociturie neutrofila
	5. Limfociturie
17. În care variantă morfologică a glomerulonefritei cronice nu se observă modificarea structurii glomerulilor la microscopia optică?
	1. Mezangioproliferativă
	2. Mezangiocapilară
	3. Membranoasă
	4. Cu modificări minimale
	5. Glomeruloscleroza focal-segmentară
18. Care din următoarele grupe de medicamente au efect nefroprotector (antiproteinuric)?
	1. Blocanții receptorilor de angiotensină
	2. Diureticele de ansă
	3. Antiagregantele
	4. Antibioticele
	5. Ketoanalogi
19. Care dintre următoarele nefropatii glomerulare este proliferativă?
	1. Cu leziuni glomerulare minime (LGM)
	2. Hialinoza segmentară și focala (HSF)
	3. Nefropatia cu Ig A
	4. Glomerulonefrita extramembranoasa (GEM)
	5. Glomeruloscleroza focal-segmentară
20. La tratamentul etiologic al glomerulonefritei acute se referă:
	1. Prednizolon
	2. Antibiotice
	3. Citostatice
	4. Diuretice
	5. Antihipertensive
21. Terapia patogenetică în glomerulonefrită acută:
	1. Este indicată în toate cazurile
	2. Nu este indicată
	3. Este indicată, în dependență de debutul bolii
	4. Este indicată, în dependență de gradul proteinuriei
	5. Este indicată, dacă este crescut nivelul creatininei
22. Care din următoarele grupe de medicamente au efect nefroprotector (antiproteinuric)?
	1. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
	2. Diureticele de ansă
	3. Antiagregantele
	4. Antibioticele
	5. Ketoanalogi
23. Din punct de vedere etiologic, glomerulonefrita cronică este o maladie:
	1. Poststreptococică
	2. Exclusiv alergică
	3. Exclusiv inflamatorie
	4. Polietiologică
	5. Neoplastică
24. Care măsuri dietetice sunt indicate în glomerulonefrită, însoțită de Hipertensiunea arterială și edeme?
	1. Limitarea consumului de sare pînă la 1,5 g/zi
	2. Majorarea consumului de sare
	3. Creșterea cantității de lichid consumat
	4. Creșterea consumului de produse bogate în calorii
	5. Limitarea consumului produselor bogate în glucide
25. Durata tratamentului în glomerulonefrită cronică constituie:
	1. Cîteva săptămîni
	2. 2-3 luni
	3. 6 luni
	4. De la 6 luni pînă la 2 ani
	5. Toată durata vieții
26. Numiți forma morfologică a nefritei, în care tratamentul cu prednizolonă are o perspectivă minimală?
	1. Cu modificări minimale
	2. Mezangioproliferativă
	3. Fibroplastică
	4. Mezangiomembranoasă
	5. Membranoasă
27. Care este doza inițială adecvată de prednizolonă la 1 kg greutate corporală, utilizată în tratamentul bolnavilor cu glomerulonefrită cronică?
	1. 0,3 – 0,4 mg
	2. 0,5 – 0,6 mg
	3. 0,7 – 0,8 mg
	4. 1 mg
	5. 2 mg
28. La femeile tinere, glomerulonefrita, de cele mai dese ori, poate fi o manifestare a:
	1. Dermatomiozitei
	2. Lupus eritmatos sistemic
	3. Sclerodermiei sistemice
	4. Poliarteriitei nodoase
	5. Polimialgiei reumatismale
29. Indicații pentru prescrierea glucocorticoizilor în glomerulonefrită cronică sunt:
	1. Sindromul nefrotic
	2. Sindromul urinar
	3. Hipertensiunea arterială
	4. Insuficiență renală
	5. În calitate de tratament profilactic
30. În glomerulonefrita acută, este adevărat:
	1. În perioada inițială majoritatea bolnavilor dezvoltă hipotensiune arterială
	2. Administrarea de indometacină este obligatorie
	3. Cea mai frecventă formă a bolii este cea nefrotic
	4. Poate fi prezent sindromul nefrotic
	5. Se asociază permanent cu dureri lombare
31. La indicarea indometacinei pentru tratamentul glomerulonefritei cronice, se așteaptă un efect pozitiv în evoluția:
	1. Hematuriei
	2. Proteinuriei
	3. Sindromului nefrotic
	4. Hipertensiunea arterială
	5. Edemelor periferice
32. Femeia gravidă s-a îmbolnăvit de glomerulonefrită acută. Abordarea terapeutică:
	1. Inițierea tratamentului cu prednizolonă
	2. Întreruperea cît mai rapidă a sarcinii
	3. Inițierea tratamentului cu antibiotice
	4. Tratament simptomatic
	5. Glomerulonefrita acută în sarcină nu necesită careva intervenție terapeutică
33. La o persoană de 35 de ani, a doua zi după suportarea anginei, au apărut edeme, macrohematurie, a crescut TA. Diagnosticul cel mai probabil este:
	1. Glomerulonefrită acută
	2. Pielonefrită acută
	3. Glomerulonefrită cronică, acutizare
	4. Nefrită apostematoasă
	5. Amiloidoză renală
34. Proteinuria, Hipertensiunea arterială, în combinație cu eritrociturie și edeme, este caracteristică pentru:
	1. Glomerulonefrită acută
	2. Pielonefrită
	3. Nefrolitiază
	4. Cistită
	5. Amioidoză renală
35. Insuficiența renală în glomerlonefrita subacută se dezvoltă:
	1. Peste 3-5 săptămâni de la debutul bolii
	2. Peste 1 an de la debutul bolii
	3. Peste 3 ani de la debutul bolii
	4. Din primele zile ale bolii
	5. Perioada apariției depinde de gradul Hipertensiunea arterială
36. Persistența îndelungată a sindromului urinar în cadrul glomerulonefritei acute ne vorbește, în primul rând, despre:
	1. Tendința de trecere a glomerulonefritei acute în cea cronică
	2. Păstrarea funcției renale
	3. Dezvoltarea sindromului nefrotic
	4. Dezvoltarea insuficienței renale cronice
	5. Este o situație normală
37. Care grupă de vârstă este mai predispusă spre a dezvolta glomerulonefrita acută?
	1. Pînă la 2 ani
	2. De la 2 pînă la 40 de ani
	3. Perioada climacterică
	4. Perioada de menopauză
	5. Perioada pubertară
38. Din nefropatiile glomerulare acute primitive fac parte:
	1. Glomerulonefrita poststreptococică
	2. Glomerulonefrita in poliarteriita nodoasa
	3. Glomerulonefrita din LES
	4. Glomerulonefrita din infecție cu citomegalovirus
	5. Glomerulonefrita cu depozite mezangiale de IgA
39. Antibioticul de elecție în tratamentul glomerulonefritei acute poststreptococice este:
	1. Eritromicina
	2. Cefazolina
	3. Imipenem
	4. Penicilina
	5. Gentamicina
40. Care grup de diuretice este cel mai indicat în tratamentul simptomatic al edemelor în glomerulonefrită acută?
	1. Diureticele economisitoare de K
	2. Diureticele tiazidice
	3. Diureticele de ansă
	4. Grupul diureticelor nu are nici o importanță în eficacitatea tratamentului
	5. Diureticele osmotice
41. Plasmafereza în tratamentul patogenetic al glomerulonefritei subacute este eficace:
	1. Doar în varianta pauciimună
	2. Doar în varianta cu anticorpi anti MBG
	3. Doar în varianta cu afectarea prin complecși imuni
	4. În toate variantele glomerulonefritei subacute
	5. Doar în tratamentul glomerulonefritei subacute la gravide
42. Tabloul cel mai caracteristic, depistat la biopsie renală în glomerulonefrită acută, este:
	1. Glomerulonefrită mezangioproliferativă
	2. Edem interstițial
	3. Modificări fibro-celulare
	4. Proliferarea focală a celulelor endoteliale
	5. Glomerulonefrită proliferativă endocapilară
43. Boala Berger reprezintă:
	1. O variantă a amiloidozei familiale
	2. O varietate a afectării medicamentoase renale
	3. Afectare renală în vasculită sistemică
	4. Glomerulonefrită cu depozite de IgA în glomeruli
	5. Boală metabolică ereditară cu afectare renală
44. Pentru faza acută a glomerulonefritei acute este caracteristic:
	1. Tahicardie
	2. Bradicardie
	3. Extrasistolie
	4. Bloc atrio-ventricular
	5. Fibrilație atrială
45. Titrul ASLO în glomerulonefrită acută este crescut maximal:
	1. În primele 3 săptămâni ale bolii
	2. În primele 6 luni ale bolii
	3. În primul an de boală
	4. În primii doi ani de boală
	5. În primii trei ani de boală
46. Care dintre următoarele pot fi complicații ale glomerulonefritei acute?
	1. Edem interstițial pulmonar
	2. Edem pulmonar alveolar
	3. Eclampsie
	4. Insuficiență renală acută
	5. Amiloidoză renală
47. Care patologii glomerulare se includ în noțiunea de “glomerulopatie”?
	1. Toate patologiile care afectează cumva glomerulul renal
	2. Doar patologiile care nu prezintă leziuni proliferative celulare la biopsie
	3. Doar patologiile care prezintă leziuni proliferative celulare la biopsie
	4. Afectarea glomerulară de cauză infecțioasă
	5. Afectarea glomerulară de cauză autoimună
48. Care patologii glomerulare se includ în noțiunea de “glomerulonefrită”?
	1. Toate patologiile care afectează cumva glomerulul renal
	2. Doar patologiile care nu prezintă leziuni proliferative celulare la biopsie
	3. Doar patologiile care prezintă leziuni proliferative celulare la biopsie
	4. Afectarea glomerulară de cauză infecțioasă
	5. Afectarea glomerulară de cauză autoimună
49. Proliferarea epitelială sub formă de “semilune”, depistată la puncția-biopsie renală, este un semn patognomonic pentru:
	1. Glomerulonefrita acută poststreptococică
	2. Glomerulonefrita rapid progresivă
	3. Glomerulonefrita mezangioproliferativă
	4. Glomeruloscleroza focal-segmentară
	5. Glomerulopatia cu leziuni minime
50. Care din următoarele grupe de medicamente au efect nefroprotector (antiproteinuric)?
	1. Blocanții canalelor de calciu (dihidropiridine)
	2. Diureticele de ansa
	3. Antiagregantele
	4. Antibioticele
	5. Ketoanalogi

**CM**

1. Despre tendința de trecere a nefritei acute în nefrită cronică ne vorbește:
	1. Persistența sindromului urinar
	2. Reducerea funcției renale
	3. Apariția sindromului nefrotic
	4. Macrohematuria
	5. Hipertensiune din primele zile ale bolii
2. Modificările urinare clasice, caracteristice glomerulonefritei acute, sunt:
	1. Hiperstenurie
	2. Hematurie
	3. Proteinurie subnefrotică
	4. Cilindrurie
	5. Bacteriurie
3. Principiile de tratament al glomerulonefritei acute includ:
	1. Regim la pat, limitarea consumului de sodiu și lichide
	2. Tratamentul factorului etiologic (infecția streptococică)
	3. Terapia simptomatică a edemelor și hipertensiunii arteriale
	4. În toate cazurile – tratament patogenetic cu prednizolonă
	5. Tratament antirecidivant cu medicamente nefroprotectoare
4. Manifestările clinice mai frecvente ale glomerulonefritei rapid progresive sunt:
	1. Debut fulminant cu edeme refractare, oligurie
	2. Hipertensiune arterială malignă
	3. În debutul bolii, posibil insuficiență renală acută, cu trecere treptată în boală cronică renală
	4. Hipertensiunea, de obicei, nu este caracteristică
	5. Debutul acut cu oligurie sau anurie, dar pronostic bun de însănătoșire
5. Verigile patogenetice de bază, ce duc la proteinurie glomerulară sunt:
	1. Micșorarea sarcinii negative a membranei bazale glomerulare
	2. Alterarea membranei bazale glomerulare de către fermenții lizozomali
	3. Hipertensiune glomerulară
	4. Reducerea presiunii oncotice a plasmei
	5. Hipoperfuzia glomerulilor renali
6. Anticoagulantele în tratamentul glomerulonefritei exercită efectul lor pozitiv prin:
	1. Inhibă hipercoagularea intraglomerulară
	2. Restabilesc sarcina negativă a membranei bazale glomerulare
	3. Efect diuretic, natriuretic
	4. Restabilesc numărul trombocitelor, trombocitoza fiind toxică pentru glomerulul renal
	5. Reduc hipercomplementemia, prevenind afectarea imună a glomerulului
7. În hematuria provocată de boala Berger, în imunogramă se pot întâlni următoarele modificări:
	1. Hipocomplementemie
	2. Creșterea titrului IgG
	3. Creșterea titrului IgM
	4. Creșterea titrului IgA
	5. Creșterea titrului IgE
8. Particularități ale glomerulonefritei cronice cu modificări minimale sunt următoarele:
	1. Se manifestă prin sindrom nefrotic
	2. Lipsa modificărilor în glomeruli la microscopie optică
	3. Efect bun de la terapia corticosteroidă
	4. Mai frecvent se întîlnește la copii
	5. Evoluția nefavorabilă a bolii
9. Forme neproliferative de glomerulonefrită sunt:
	1. Nefropatia membranoasă
	2. Glomerulonefrita cu modificări minimale
	3. Glomeruloscleroza focal-segmentară
	4. Nefropatia cu IgA
	5. Glomerulonefrita membranoproliferativă
10. Triada clasică a simptomelor glomerulonefritei acute include:
	1. Edeme
	2. Dispnee
	3. Hipertensiune arterială
	4. Hematurie
	5. Palpitații
11. Care modificări imunologice pot fi observate în glomerulonefrita poststreptococică?
	1. Titru înalt de anticorpi contra antigenului streptococului
	2. Creșterea titrului autoanticorpilor renali
	3. Prezența anticorpilor antinucleari
	4. Hipocomplementemie
	5. Hipercomplementemie
12. Care dintre următoarele pot fi complicații ale glomerulonefritei acute?
	1. Oligoanurie în faza acută a bolii, cu dezvoltarea insuficienței renale acute
	2. Hemoragie renală masivă
	3. Eclampsie
	4. Sindrom tromboembolic
	5. Insuficiență ventriculară stînga
13. Care este scopul administrării anticoagulantelor și dezagregantelor în glomerulonefrită cronică?
	1. Profilaxia trombozei coronariene
	2. Profilaxia sindromului tromboembolic
	3. Acțiunea asupra proceselor locale ale coagulării intravasculare intraglomerulare
	4. Profilaxia trombozei arterei renale
	5. Majorarea perfuziei glomerulilor ischemiați
14. Care variantă a glomerulonefritei cronice se manifestă frecvent prin sindrom nefrotic?
	1. Mezangioproliferativă
	2. Mezangiocapilară
	3. Membranoasă
	4. Cu modificări minimale
	5. Fibroplastică
15. Care dintre următoarele criterii permit diferențierea glomerulonefritei cronice de cea acută?
	1. Prezența manifestărilor dizurice
	2. Hipertrofia marcată a ventriculului stîng
	3. Reducerea dimensiunilor renale
	4. Leucociturie marcată
	5. Micșorarea tensiunii arteriale
16. Care dintre următoarele criterii, caracteristice glomerulonefritei cronice, permit diferențierea ei de pielonefrită cronică?
	1. Febră cu frisoane
	2. Asimetria afectării renale
	3. Simetria afectării renale
	4. Proteinurie marcată în combinație cu hematurie și cilindrurie
	5. Leucociturie marcată, bacteriurie
17. Indicații pentru prescrierea corticosteroizilor în glomerulonefrită cronică sunt:
	1. Activitatea înaltă a procesului
	2. Sindrom nefrotic fără hipertensiune și hematurie
	3. Proteinurie izolată
	4. Hematurie izolată
	5. Sindrom hipertensiv
18. Indicații pentru prescrierea citostaticelor în glomerulonefrită cronică sunt:
	1. Forme steroidrezistente ale sindromului nefrotic
	2. Formele active ale nefritei
	3. Hematurie marcată
	4. Proteinurie izolată
	5. Insuficiență renală terminală
19. Sindromul glomerulonefritei rapid progresive se caracterizează prin:
	1. Insuficiență renală rapid progresivă
	2. Insuficiență renală lent progresivă
	3. Leucociturie
	4. Hematurie microscopică
	5. Uneori hematurie macroscopică
20. Sindromul glomerulonefritei rapid progresive mai frecvent este caracterizat prin:
	1. Proteinurie glomerulară, de obicei, moderată
	2. Proteinurie, de obicei, masivă
	3. Hematurie microscopică masivă
	4. Insuficiență renală rapid progresivă
	5. Insuficiență renală lent progresivă
21. Nefropatiile glomerulare proliferative sunt:
	1. Nefropatia cu Ig A
	2. Nefropatia din lupus eritematos sistemic
	3. Glomerulonefrita membranoproliferativă
	4. Glomerulonefrita membranoasă
	5. Nefropatia din vasculite ANCA
22. Indicații pentru prescrierea citostaticelor în glomerulonefrită cronică sunt:
	1. Forme steroiddependente ale sindromului nefrotic
	2. Formele active ale nefritei
	3. Hematurie marcată
	4. Proteinurie izolată
	5. Insuficiență renală terminală
23. La bolnavii care primesc tratament cu citostatice în glomerulonefrită cronică, este necesar de a supraveghea:
	1. Creatinina serică
	2. Leucocitele sângelui periferic
	3. Colesterolul
	4. ECG
	5. Starea mediilor transparente oculare
24. Corticosteroizii, în tratamentul glomerulonefritei cronice, influențează asupra următoarelor verigi patogenetice:
	1. Inhibă sinteza anticorpilor
	2. Inhibă procesele inflamatorii
	3. Blochează activarea complementului
	4. Reduc permeabilitatea membranei bazale glomerulare
	5. Reduc hipercoagularea
25. În tratamentul glomerulonefritei cronice se folosesc:
	1. Glucocorticosteroizi
	2. Heparină
	3. Antiagregante
	4. Penicilina
	5. Citostatice
26. Glomerulonefrita se poate manifesta prin:
	1. Sindrom nefritic acut
	2. Sindrom nefrotic
	3. Anomalii urinare asimptomatice
	4. Sindrom nefritic cronic
	5. Lipsa cărora modificări
27. Care dintre afirmațiile de mai jos, referitoare la glomerulonefrită acută poststreptococică, este corectă?
	1. Hipertensiunea nu este caracteristică în debutul bolii
	2. Encefalopatia este mai frecventă la copii
	3. Evoluția atipică a bolii se întâlnește mai des la bătrâni
	4. La bătrâni, în tabloul clinic pot predomina simptomele insuficienței cardiace congestive
	5. Sindromul nefrotic se întâlnește frecvent
28. Care factori sunt factori de pronostic nefavorabil în evoluția glomerulonefritei rapid progresive?
	1. Semilune în mai mult de 60% din glomeruli
	2. Proteinurie marcată
	3. Fibroză interstițială pronunțată și atrofia tubilor
	4. Glomeruloscleroză și semilune fibroase
	5. Poliurie
29. Care afirmații, referitoare la nefrita IgA sunt corecte?
	1. La majoritatea bolnavilor se dezvoltă sindrom nefrotic
	2. Cea mai frecventă manifestare clinică este hematuria asimptomatică
	3. Mai frecvent se îmbolnăvesc bărbații și copiii
	4. Există o legătură strânsă cu infecțiile respiratorii
	5. Patognomonică este prezența depozitelor de IgA în mezangiul glomerular
30. Care manifestări NU SUNT caracteristice pentru glomerulonefrită acută?
	1. Dureri persistente în regiunea lombară
	2. Febră cu frisoane
	3. Macrohematurie
	4. Alergie la medicamente
	5. Evoluție ciclică
31. În care din următoarele maladii se asociază cu glomerulonefrită?
	1. Lupus eritematos sistemic
	2. Vasculită hemoragică
	3. Endocardită infecțioasă
	4. Mielom multiplu
	5. Angină streptococică
32. Care simptome sunt caracteristice pentru glomerulonefrite?
	1. Hipertensiunea arterială
	2. Dureri în regiunea lombară
	3. Modificarea urinei
	4. Edeme
	5. Dizurie
33. În tratamentul patogenetic al glomerulonefritei cronice se utilizează:
	1. Glucocorticoizi
	2. Antiinflamatoarele nesteroidiene
	3. Citostatice
	4. Anticoagulante
	5. Antibiotice
34. Indicații pentru puls-terapia în nefrologie cu metilprednizolonă sunt:
	1. Gradul înalt de activitate a procesului nefritic
	2. Nefrita rapid progresivă
	3. Criza de rejet a transplantului
	4. Hipertensiunea arterială severă din cadrul glomerulonefritei cronice
	5. Anuria mai mult de 48 ore
35. Surse ale producerii citokinelor inflamatorii în cadrul glomerulonefritelor sunt:
	1. Celulele mezangiale
	2. Leucocitele mononucleare
	3. Trombocitele
	4. Leucocitele polinucleare
	5. Celulele măduvei osoase
36. Care dintre următorii factori exercită o acțiune toxică nemijlocită asupra tubilor și interstițiului renal în cadrul glomerulonefritei?
	1. Proteinuria
	2. Eritrocituria
	3. Transferinuria
	4. Hipoperfuzia cu sânge a tubilor renali
	5. Infecția căilor urinare
37. Dereglările hemodinamice din cadrul glomerulonefritei acute sunt condiționate de:
	1. Hipervolemie
	2. Retenția de sodiu și apă
	3. Hiperreninemie
	4. Creșterea concentrației de prostaglandine
	5. Spasm vascular
38. Rolul de bază în patogenia hipertensiunii arteriale din cadrul glomerulonefritei acute îl joacă:
	1. Retenția de sodiu și apă
	2. Creșterea volumului sangvin circulant și a volumului-bătaie
	3. Constricția arterelor renale (mecanism vasorenal)
	4. Hipercatecolaminemie
	5. Creșterea nivelului de cortizol în sânge
39. În tratamentul glomerulonefritei cronice:
	1. Din toți hormonii steroizi, preferabilă este metilprednizolona
	2. Citostaticele se utilizează în toate cazurile
	3. Citostaticele deseori înrăutățesc funcția renală
	4. Metodele extracorporale de detoxifiere joacă un rol adjuvant
	5. Corticosteroizii se utilizează în toate cazurile
40. Care manifestări caracteristice ale glomerulonefritei cronice permit diferențierea acesteia de Hipertensiunea arterială esențială?
	1. Creșterea TA, care precedă apariția sindromului urinar
	2. Sindromul urinar, care precedă apariția tensiunii arteriale
	3. Dezvoltarea frecventă a complicațiilor vasculare (ictus, infarct)
	4. Crize hipertensive rare
	5. Modificări pronunțate ale fundului ocular
41. Din punct de vedere evolutiv, patologiile glomerulare se clasifică în următoarele grupuri:
	1. Primitive
	2. Acute
	3. Rapid progresive
	4. Idiopatice
	5. Cronice
42. Care din următoarele cauze pot provoca nefropatiile glomerulare acute secundare?
	1. Hepatita virală B
	2. Malaria
	3. Toxoplasmoza
	4. Depozitarea mezangială de IgA
	5. Streptococul β-hemolitic
43. Glomerulonefrita acută poststreptococică:
	1. Se dezvoltă mai des la bărbați
	2. Se dezvoltă mai des la femei
	3. Nu există prevalență de gen
	4. Este cea mai frecventă formă de glomerulonefrită acută postinfecțioasă
	5. Agentul patogen este *Streptococcus pneumoniae*
44. Care sunt indicațiile pentru efectuarea puncției-biopsie renale în cadrul glomerulonefritei acute poststreptococice?
	1. Glomerulonefrită acută cu oligurie sau anurie
	2. Persistența hipertensiunii arteriale peste 4 săptămânii
	3. Glomerulonefrită acută primar depistată
	4. Persistența sindromului nefrotic peste 4 săptămâni
	5. Toate cazurile de glomerulonefrită acută la copii
45. Din punct de vedere patogenetic, există următoarele grupuri de glomerulonefrită rapid progresivă (GNRP):
	1. cu anticorpi anti mezangiu
	2. cu anticorpi anti membrană bazală glomerulară
	3. prin complecși imuni
	4. cu anticorpi anti podocitari
	5. pauciimună
46. Ce trăsături imunologice sunt mai caracteristice pentru glomerulonefrita subacută?
	1. Hipocomplementemie
	2. Complement seric normal
	3. Hipercomplementemie
	4. Prezența anticorpilor anti membrano-glomerulară
	5. Nivelul IgA, IgG rămâne, de obicei, normal
47. În tratamentul patogenetic imunosupresor al glomerulonefritei cronice se folosesc:
	1. Prednizolona
	2. Ciclofosfamida
	3. Metilprednizolona
	4. Atorvastatina
	5. Azatioprina
48. Dieta în tratamentul glomerulonefritele cronice cu sindrom nefrotic impur trebuie să fie:
	1. Hiposodată
	2. Hipolipidică
	3. Hipoglucidică
	4. Hiperproteică
	5. Hipercalorică
49. Clasificarea morfopatologică a nefropatiilor glomerulare primitive include următoarele forme:
	1. Glomerulopatia cu leziuni minime
	2. Glomeruloscleroza focal-segmentară
	3. Glomerulopatia membranoasă
	4. Glomerulopatia tubulo-interstițială
	5. Glomerulopatia membrano-proliferativă
50. Manifestările clinice ale *facies nephritica* sunt:
	1. Edem facial
	2. Acrocianoză
	3. Erupții hemoragice pe față
	4. Paliditatea pielii
	5. Turgescența venelor jugulare
51. Din punct de vedere etiologic, nefropatiile glomerulare se clasifică în:
	1. Nefropatii glomerulare acute
	2. Nefropatii glomerulare rapid progresive
	3. Nefropatii glomerulare secundare
	4. Nefropatii glomerulare cronice
	5. Nefropatii glomerulare idiopatice
52. Modalitățile evolutive ale glomerulonefritei acute poststreptococice sunt:
	1. Vindecare
	2. Cronicizare
	3. Evoluție rapid progresivă
	4. Dezvoltarea septicemiei
	5. Dezvoltarea endocarditei poststreptococice
53. Care din medicamentele antihipertensive au și un efect antiproteinuric, util în tratamentul glomerulonefritelor cronice?
	1. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
	2. Diureticele de ansă
	3. Antihipertensivele centrale
	4. Blocanții receptorilor de angiotensină
	5. β-blocantele