

# Terapii de substituție a funcției renale

CS

- Primul transplant renal efectuat cu succes a fost la:
  - Gemeni monoziagoți
  - Donator cu rinichi cadaveric
  - Donator în moarte cerebrală
  - Gemeni dizigoți
  - De la mamă
- Conform clasificării KDIGO a bolii renale cronice, câte etape ale bolii renale cronice sunt?
  - 1 etapă
  - 2 etape
  - 3 etape
  - 4 etape
  - 5, iar etapa a 3-a împărțită în categoriile G3a și G3b
- Conform clasificării KDIGO a bolii renale cronice, albuminuria este clasificată în câte etape?
  - 3
  - 5
  - 6
  - 2
  - 1
- Conform clasificării KDIGO a bolii renale cronice, indivizii aflați în stadiul G5 A3 sunt clasificați în grupul de:
  - Risc scăzut
  - Risc moderat crescut
  - Risc ridicat
  - Risc foarte mare
  - Niciun risc

- O persoană cu RFGe de 50 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> și albuminuria de 35 mg/mmol corespunde cărei stadiu BCR?
  - CKD G3 A3
  - CKD G4 A2
  - CKD G5 A3
  - CKD G1 A1
  - CKD G1 A3

■ Low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD)  
■ Moderately increased risk  
■ High risk  
■ Very high risk

|   |     |                                  |                                      | Persistent albuminuria categories<br>Description and range |                             |                          |
|---|-----|----------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------|
|   |     |                                  |                                      | A1   | A2                          | A3                       |
| GFR categories<br>Description and range | G1  | Normal or high                   | ≥90 ml/min per 1.73 m <sup>2</sup>   |  |                             |                          |
|   | G2  | Mildly decreased                 | 60–89 ml/min per 1.73 m <sup>2</sup> |  |                             |                          |
|   | G3a | Mildly to moderately decreased   | 45–59 ml/min per 1.73 m <sup>2</sup> |  |                             |                          |
|   | G3b | Moderately to severely decreased | 30–44 ml/min per 1.73 m <sup>2</sup> |  |                             |                          |
|   | G4  | Severely decreased               | 15–29 ml/min per 1.73 m <sup>2</sup> |  |                             |                          |
|   | G5  | Kidney failure                   | <15 ml/min per 1.73 m <sup>2</sup>   |  |                             |                          |
|   |     |                                  |                                      | Normal to mildly increased                                 | Moderately increased        | Severely increased       |
|   |     |                                  |                                      | <30 mg/g<br><3 mg/mmol                                     | 30–300 mg/g<br>3–30 mg/mmol | >300 mg/g<br>>30 mg/mmol |

- Se estimează că în viitor, necesitatea de terapii de substituție renală va:
  - Crește
  - Atinge un platou
  - Scădea lent
  - Va fi stabilă

- E. Scădea exponențial
7. Ce se folosește pentru neutralizarea heparinei cu greutate moleculară mică?
- A. Acid acetilsalicilic
  - B. Warfarina
  - C. Antibiotice
  - D. Protamina
  - E. AINS
8. Care este abordul vascular optim pentru hemodializă în BCR terminală?
- A. Proteză PTFE
  - B. Fistula arterio-venoasă
  - C. Cateter veninos central tunelizat
  - D. Cateterizarea arterei ulnare
  - E. Cateterizarea arterei femurale
9. Cât de mult timp va trebui pacientul să aștepte ca fistula arterio-venoasă să se maturizeze înainte de a putea fi utilizată pentru hemodializă?
- A. Poate fi utilizat a doua zi după operație
  - B. 6-8 săptămâni
  - C. 6-8 luni
  - D. Câțiva ani
  - E. Câteva zile
10. Ce fel de abordul vascular puteți vedea în imagine?
- A. Fistula arterio-venoasă
  - B. Cateter permanent tunelizat
  - C. Cateter venos temporar
  - D. Cateter femural
  - E. Cateter Tenckhoff pentru dializă peritoneală
11. Care dintre următoarele variante de răspuns este considerată o complicație cronică de hemodializă?
- A. Crampe musculare
  - B. Embolie aeriană
  - C. Coagularea sângelui din circuitul extracorporeal
  - D. Hemoliza
  - E. Amiloidoza
12. Toxicitatea cu aluminiu este o complicație cronică a cărei din următoarele proceduri?
- A. Hemodializa
  - B. Dializa peritoneală
  - C. Transplant renal
  - D. Hemosorbție
  - E. Plasmafereza
13. O complicație majoră a dializei peritoneale este:
- A. Hepatita
  - B. Malnutriție
  - C. Intoxicația cu aluminiu
  - D. Amiloidoza
  - E. Peritonita
14. Câte categorii de donatori *non-heart beating* sunt în clasificarea Maastricht?
- A. 1
  - B. 2
  - C. 3



- D. 4
  - E. 5
15. Cele mai bune rezultate în transplantul de rinichi sunt de la:
- A. Donator viu
  - B. Donarea după moartea creierului
  - C. Donatori de tip I Maastricht
  - D. Donatori de tip II Maastricht
  - E. Donatori de tip V Maastricht

## CM

16. Care dintre următoarele funcții sunt efectuate de rinichi?
- A. Elimină excesul de sare, apă și acizi.
  - B. Menține echilibrul electrolic
  - C. Produce eritropoietină.
  - D. Activează vitamina D
  - E. Produce angiotensinogen
17. Care funcții ale rinichilor pot fi înlocuite prin hemodializa?
- A. Producerea de eritropoietină
  - B. Eliminarea excesului de apă
  - C. Eliminarea deșeurilor
  - D. Activarea vitaminei D
  - E. Eliminarea excesului de sare
18. Care din următoarele răspunsuri sunt considerate terapii de substituție renală?
- A. Hemodializa
  - B. Dializa peritoneală
  - C. Transplant renal
  - D. Sistemul de recirculare cu absorbant molecular (MARS - Molecular adsorbent recirculating system)
  - E. Oxigenarea membranelor extracorporeale
19. Hiperkalemia severă urgentă poate fi tratată cu:
- A. Transplant renal
  - B. Hemodializa
  - C. Oxigenarea membranelor extracorporeale
  - D. Administrare intravenoasă de albumine
  - E. Insulină + glucoză
20. Care dintre următoarele variante de răspuns sunt indicații urgente pentru a utiliza o terapie de substituție renală?
- A. Supraîncărcare cu lichid, refractar la terapie medicamentoasă
  - B. Ciroza
  - C. Semne de uremie
  - D. Acidoză metabolică severă
  - E. Infarct hemoragic
21. Care dintre următoarele variante de răspuns sunt indicații urgente pentru terapia de substituție renală în IRA?
- A. Hiperkalemie severă (concentrație plasmatică de potasiu > 6,5 mEq/L) sau creștere rapidă a nivelului de potasiu
  - B. Semne de uremie, cum ar fi pericardita uremică, encefalopatia uremică
  - C. Anumite intoxicații cu alcool și droguri
  - D. Sindrom nefrotic

- E. Proteinurie severă
22. În timpul hemodializei, ce substanțe pot trece prin porii membranei semi-permeabile?
- A. Uree
  - B. Creatinina
  - C. Electroliții
  - D. Albumină
  - E. Anticorpii
23. Ce este necesar pentru o ședință de hemodializă?
- A. Membrana de dializă
  - B. Dializat
  - C. Acces vascular
  - D. Terapia de anticoagulare
  - E. Transfuzie de sânge
24. Care dintre următoarele componente sunt incluse într-un aparat de hemodializă?
- A. Detector de aer
  - B. Pompă de sânge
  - C. Dializor
  - D. Instrument de oxigenare extracorporeală
  - E. Pompa de perfuzie cu eritropoietină
25. Care este dializatul?
- A. O soluție de apă intens purificată
  - B. O soluție care este de obicei obținută într-o stație de epurare
  - C. Sânge artificial
  - D. Sânge de la un donator, cu toate componentele sangvine
  - E. Plasma
26. Anticoagularea în timpul hemodializei poate fi efectuată folosind:
- A. Heparină nefracționată
  - B. Heparină cu greutate moleculară mică
  - C. Aspirină în doze mici
  - D. Warfarina
  - E. Protamina
27. Care dintre următoarele ar putea fi opțiuni pentru abordul vascular în hemodializă?
- A. Fistulele arterio-venoase
  - B. Cateter venos central permanent-tunelizat
  - C. Cateter venos central temporar
  - D. Cateterul Swan-Ganz
  - E. Stent ureteral
28. Ce ar trebui să știe medicul pentru a păstra fistula AV la pacienții cu hemodializă cronică?
- A. Puncția fistulei trebuie efectuată numai de către o persoană instruită
  - B. Nu trebuie pus niciodată un garou sau manșeta tensiometrului pe un braț cu fistulă
  - C. Nu trebuie folosită fistula pentru a recolta sânge
  - D. Trebuie de administrat eritropoietină regulat
  - E. Trebuie diminuat aportul de proteine
29. Când tratați pacienți dializați, trebuie să:
- A. Administrați multe fluide IV pentru a hidrata pacienții
  - B. Administra suplimente de potasiu
  - C. Plasați un cateter urinar

- D. Verificați dacă medicamentul pe care doriți să îl administrați este sigur la pacienții cu BCR terminală
  - E. Evalua periodic statutul hidric al pacientului
30. Care dintre următoarele variante de răspuns sunt considerate complicațiile acute ale hemodializei?
- A. Crampe musculare
  - B. Embolie aeriană
  - C. Coagularea sângelui din circuitul extracorporeal
  - D. Hemoliza
  - E. Amiloidoza
31. Care dintre următoarele variante de răspuns sunt considerate avantajele dializei peritoneale?
- A. Nu este nevoie de abord vascular
  - B. Se efectuează în condiții casnice
  - C. Risc mai mic de transmitere a virusurilor cu transmitere prin sânge
  - D. Se efectuează mai rar decât hemodializa
  - E. Menține funcția renală reziduală
32. Membrana dializei peritoneale este formată din:
- A. Endoteliul capilar
  - B. Matricea extracelulară
  - C. Mezoteliu peritoneal
  - D. Membrana de celuloză
  - E. Membrane sintetice
33. Care dintre următoarele variante de răspuns sunt considerate contraindicații absolute pentru dializa peritoneală?
- A. Hernii inghinale, ombilicale sau diafragmatice
  - B. Abord vascular limitat
  - C. Instabilitate hemodinamică
  - D. Tensiune arterială crescută
  - E. Peritonită
34. Care dintre următoarele variante de răspuns sunt contraindicații absolute pentru dializa peritoneală?
- A. Pacientul sau îngrijitorul nu poate să fie instruit în mod adecvat
  - B. Herniile inghinale, ombilicale sau diafragmatice (în special sunt pleuroperitoneală)
  - C. Ileostomie sau colostomie
  - D. Infecții ale peretelui abdominal sau sepsis intra-abdominal, de ex. boală diverticulară activă
  - E. Cancer de prostată
35. Tipurile de dializă peritoneală (DP) sunt:
- A. DP continuă ambulatorie
  - B. DP automatizată
  - C. DP automatizată ciclică
  - D. DP automatizată intermitentă nocturnă
  - E. DP săptămânală
36. Care dintre următoarele variante de răspuns pot fi considerate complicații ale dializei peritoneale?
- A. Peritonita
  - B. Infecția la locul ieșirii cateterului

- C. Reducerea fluxului dializatului la drenaj sau/și infuzie
  - D. Embolie aeriană
  - E. Scurgeri de lichid de dializa din cavitatea peritoneală
37. Când se preferă dializa peritoneală în loc de hemodializă?
- A. Pentru a păstra funcția renală reziduală
  - B. Când pacientul este instabil hemodinamic
  - C. Când pacientul are multe comorbidități
  - D. Când pacientul are în antecedente operații chirurgicale abdominale
  - E. Când pacientul are peritonită
38. Care sunt avantajele transplantului renal?
- A. Calitatea vieții pacientului este îmbunătățită
  - B. Supraviețuirea mai bună a pacientului
  - C. Mai ieftin pentru economia statului pe termen lung
  - D. Nu este nevoie de imunosupresie
  - E. Nu este necesară administrarea de eritropoietină
39. Care dintre următoarele enunțuri referitoare la transplantul de rinichi sunt adevărate:
- A. În primele luni după transplantul renal, riscul relativ de deces este mai mare în comparație cu pacienții aflați la hemodializă.
  - B. După primele luni după transplantul renal, riscul relativ de deces este mai mare în comparație cu pacienții aflați la hemodializă.
  - C. Pe termen lung, rata de supraviețuire este mai bună la hemodializă.
  - D. Pe termen lung, rata de supraviețuire este mai bună la transplantat.
  - E. Pe termen lung, rata de supraviețuire la hemodializă este similară cu transplantul de rinichi.
40. O problema globală legată de transplantul de rinichi este:
- A. Imunosupresia
  - B. Furnizarea de organe
  - C. Lipsa de organe disponibile
  - D. Cancer
  - E. Boli infecțioase
41. În evaluarea tipică a primitorului este inclusă:
- A. Grupa sanguină
  - B. Tip HLA
  - C. Analiza generală de sânge
  - D. RMN a întregului corp
  - E. Scanare PET
42. Pentru a verifica compatibilitatea donatorului cu primitorul în transplantul de rinichi, trebuie de luat în considerare:
- A. Tipare HLA
  - B. Anticorpi anti-HLA
  - C. Grupa sanguină
  - D. Radiografia toracelui
  - E. Analiza generală de sânge
43. Care sunt avantajele transplantului donatorului viu?
- A. O mai bună supraviețuire a grefei și a pacientului decât transplantul de la un donator decedat
  - B. Posibilitatea de a face transplanturi preemptiv
  - C. Stresul psihologic pentru donator și familie
  - D. Riscul crescut de complicații chirurgicale majore pentru donator

- E. Riscul crescut a donatorului de a dezvolta boli renale cronice ulterior pe parcursul vieții
44. Rinichiul transplantat este cel mai frecvent implantat:
- A. În fosa iliacă dreaptă
  - B. În locul rinichilor nativi, după ce sunt îndepărtați
  - C. În fosa iliacă stângă
  - D. În abdomen, în apropierea rinichilor nativi
  - E. În spatele rinichiului autohton
45. Atunci când se efectuează un transplant de rinichi, rinichii nativi sunt de obicei:
- A. Extirpați, pentru a face spațiu pentru greafă
  - B. Nu este extirpați
  - C. Extirpați, pentru a trata boli renale cronice
  - D. Extirpați, pentru tratarea anemiei renale
  - E. Extirpați, pentru a trata hiperkalemia
- B
46. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate legate de inducerea imunosupresiei după un transplant de rinichi?
- A. Inițial sunt utilizate medicamente în doze mici
  - B. Inițial sunt utilizate medicamente în doze mai mari
  - C. Cel mai bine este să alegeți medicamente care urmează să fie utilizate ulterior pentru menținerea imunosupresiei
  - D. Nu este necesară inducerea imunosupresiei imediat după operație
  - E. Inducerea imunosupresiei nu este necesară atunci când donatorul este viu și membru de familie
47. Ce este inclus în „terapia triplă” standard a imunosupresiei?
- A. Un inhibitor de calcineurină
  - B. Un antimetabolit, cum ar fi azatioprina sau acidul micofenolic
  - C. Aspirină în doze mici
  - D. Corticosteroizii
  - E. Chelatori de fosfați
48. Care ar putea fi complicații acute după transplantul de rinichi?
- A. Hemoragie
  - B. Limfocel
  - C. Tromboza vasculară
  - D. Rejet cronic
  - E. Diabetul zaharat
49. Ce fel de rejet sunt descrise?
- A. Rejet acut
  - B. Rejet hiperacut
  - C. Rejet cronică
  - B. Funcție întârziată a grefei (delayed graft function)
  - D. Rejet tranzitoriu
50. Care dintre următoarele enunțuri sunt adevărate?
- A. Nefropatia BK este cauzată de poliomavirusul BK
  - B. Nefropatia BK este o infecție virală cronică
  - C. Nefropatia BK este cauzată de *Mycobacterium tuberculosis*
  - D. Nefropatia BK este o infecție virală acută
  - E. Nefropatia BK trebuie tratată cu o doză crescută de imunosupresie
51. Transplantul de rinichi-pancreas este considerat tratamentul optim pentru:

- A. Pacienți diabetici cu boală renală cronică terminală
- B. Pacienții cu pancreatită acută și boală renală cronică terminală
- C. Pacienții cu diabet gestațional și boli renale
- D. Pacienți cu boală polichistică renală
- E. Diabetul de tip 1 și boala renală cronică G5 KDIGO



## Boli genetice renale

### CS

1. Sindromul Alport este cauzat de un defect în care proteina:
  - A. Colagen tip IV
  - B. Aquaporina
  - C. Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPazei
  - D. Tubulina
  - E. Hemoglobina
2. Majoritatea cazurilor de sindrom Alport se datorează:
  - A. Mutațiilor genei PAH pe cromozomul 12, care codifică fenilalanina-hidroxilază
  - B. Deficiența ereditară a enzimei α-galactosidaza
  - C. Mutației ereditare X-linkată în gena COL4A5
  - D. Fumatului
  - E. Mutațiile genelor PKD1 sau PKD2
3. Sindromul Alport are, de obicei, o evoluție clinică mai gravă la:
  - A. Copii
  - B. Femei
  - C. Afectează similar bărbații și femeile în majoritatea cazurilor
  - D. Bărbați
  - E. La purtătoarele de sex feminin
4. Care dintre următoarele variante de răspuns poate fi considerată o tehnică alternativă mai puțin invazivă comparativ cu biopsia renală pentru a evalua pacienții cu suspecție la sindromul Alport?
  - A. Biopsie intraoculară
  - B. Biopsia cohleară
  - C. Biopsia pielii
  - D. Biopsia hepatică
  - E. Biopsia vezicii urinare
5. Pentru a putea observa modificările din membrana glomerulară a subsolului la imunohistochimie, țesutul renal trebuie colorat pentru:
  - A. Lanțul α de colagen tip IV
  - B. IgA
  - C. IgG
  - D. IgM
  - E. IgE
6. Care este tratamentul specific pentru sindromul Alport?
  - A. Administrare intravenoasă de colagen de tip IV
  - B. Injecții intradermice de colagen
  - C. Administrarea orală a aminoacizilor esențiali
  - D. Nu există un tratament specific disponibil
  - E. Metformină *per os*
7. Care dintre următoarele variante de răspuns este opțiunea preferată pentru persoanele care au dezvoltat o boală renală în stadiu final din cauza sindromului Alport?
  - A. Transplant de rinichi
  - B. Hemodializa
  - C. Dializa peritoneală
  - D. Plasmafereza
  - E. Hemodiafiltrația

8. Ce fel de anticorpi se pot dezvolta la <5% din pacienții transplantați cu sindromul Alport?
- A. ANCA (Anticorpi anti-citoplasma neutrofile)
  - B. ANA (Anticorpi anti-nucleari)
  - C. Factorul reumatoid
  - D. Anti-GBM (anticorpi anti-membrană bazală glomerulară)
  - E. Anti-HBs
9. În boala membranelor bazale subțiri, membrana glomerulară:
- A. Este mai subțire decât la indivizii normali, de obicei <200 nm comparativ cu  $\pm 350$  nm
  - B. Are fante mai mari decât la indivizii normali
  - C. Este mai gros decât la indivizii normali
  - D. Are aceeași dimensiune ca la indivizii normali
  - E. Este absentă
10. În boala membranelor bazale subțiri, ce genă este afectată?
- A. COL4A3 sau COL4A4, similar cu sindromul Alport
  - B. PDK1
  - C. PKD2
  - D. Gena PAH pe cromozomul 12, care codifică fenilalanina-hidroxilază
  - E. Gena GLA, care codifică pentru enzima  $\alpha$ -galactosidaza
11. Cel mai frecvent simptom al bolii membranelor bazale subțiri este:
- A. Proteinurie
  - B. Uremie
  - C. Hiperkaliemia
  - D. Creșterea tensiunii arteriale
  - E. Hematurie microscopică
12. Care sunt manifestările extrarenale ale bolii membranelor bazale subțiri?
- A. Chisturi hepatice
  - B. Aneurisme cerebrale
  - C. Pneumonie
  - D. Boala membranelor bazale subțiri nu are manifestări extrarenale.
  - E. Ganglioni limfatici măriți
13. Managementul bolii membranelor bazale subțiri include:
- A. Urmărirea anuală a pacienților cu boala membranelor bazale subțiri necomplicate
  - B. Imunosupresia
  - C. Injecții de colagen pentru corectarea expresiei genei COL4A defecate
  - D. Steroizi
  - E. Medicamente antiinflamatoare nesteroidiene
14. Lenticonusul anterior este considerat un semn patognomonic pentru care dintre următoarele boli?
- A. Boala membranelor bazale subțiri
  - B. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominant (ADPKD)
  - C. Boala Fabry
  - D. Sindromul Gitelman
  - E. Sindromul Alport
15. Boala Fabry este cauzată de o deficiență a cărei enzime:
- A. Xantina oxidaza
  - B. Amilaza

- C. Alanina transaminaza
  - D.  $\alpha$ -galactozidaza A ( $\alpha$ -Gal A)
  - E. Aspartat transaminază
16. Cea mai bună metodă de management a bolii Fabry este:
- A. Terapia de substituție enzimatică, de ex. agalzidază
  - B. Inhibitori ECA
  - C. Blocante ale receptorilor angiotensinei
  - D. Imunosupresie cu terapie biologică
  - E. Steroizi
17. Cel mai mare dezavantaj al terapiei de substituție enzimatică în boala Fabry este:
- A. Reacții adverse severe
  - B. Contraindicații
  - C. Prețul mare
  - D. Necesitate de doze mari
  - E. Incidență ridicată a reacțiilor alergice
18. Câte variante clinice de nefronoftiză au fost descrise în baza vârstei medii de debut a bolii cronice renale, stadiul terminal?
- A. 3 - infantil, juvenil, adolescent
  - B. 1 - infantil
  - C. 2 - adult tânăr, adult
  - D. 5 - infantil, juvenil, adolescent, adult, geriatric
  - E. 4 - infantil, juvenil, adolescent, geriatric
- 

## CM

19. Care dintre următoarele sunt bolile monogenice ale rinichilor?
- A. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)
  - B. Nefropatie IgA
  - C. Nefropatie membranoasă
  - D. Glomerulonefrita poststreptococică
  - E. Sindromul Alport
20. Clasic, sindromul Alport se manifestă printr-o triadă care include:
- A. Istoric familial de nefropatie progresivă
  - B. Surditate senzorială
  - C. Glomerulonefrita rapid progresivă
  - D. Anomalii oculare
  - E. Chisturi multiple în rinichi și ficat
21. Care este patogeneza sindromului Alport?
- A. Sinteza defectuoasă a membranei bazale în glomerul, cohlee și ochi
  - B. Formarea chisturilor în cortexul renal, ochi și cohlee
  - C. Leziunea tubilor renali
  - D. Scăderea metabolismului aminoacidului fenilalanină
  - E. Defectul lanțului  $\alpha$  de colagen tip IV
22. Care sunt manifestările oculare în sindromul Alport?
- A. Conjunctivită
  - B. Uveita
  - C. Lenticonus anterior
  - D. Keratoconjunctivita sicca
  - E. Modificări ale retinei

CE

23. Puteți suspecta sindromul Alport în care din următoarele cazuri:
- A. Un istoric familial al sindromului Alport
  - B. Istoric familial de boală renală cronică progresivă
  - C. Un pacient cu lenticonus anterior
  - D. Un pacient cu ageneză unilaterală a rinichilor
  - E. Istoric familial de calculi renali
24. Printre investigațiile care pot ajuta la diagnosticarea sindromului Alport se numără:
- A. Testare moleculară next-generation pentru detectarea mutației în gena COL4
  - B. Biopsia renală
  - C. Biopsia pielii
  - D. Biopsia hepatică
  - E. Test genetic pentru mutațiile țintite
25. La un pacient cu sindrom Alport și proteinurie, opțiunile de tratament includ:
- A. Inhibitorii ECA
  - B. Blocante ale receptorilor angiotensinei
  - C. Glucocorticosteroizii
  - D.  $\beta$ -blocante
  - E. Imunosupresia
26. Pentru ce inhibitorii ECA și blocanții receptorilor de angiotensină sunt utilizați la pacienții cu sindrom Alport:
- A. Pentru a trata hipertensiunea arterială, care este un factor de risc independent pentru boli renale cronice
  - B. Pentru reglarea expresiei genei COL4A
  - C. Pentru a reduce proteinuria
  - D. Pentru a trata surditatea senzorială
  - E. Pentru a opri progresia lenticonusului anterior
27. Ce opțiuni sunt disponibile pentru a diminua efectele manifestărilor extrarenale în sindromul Alport?
- A. Aparatură auditivă
  - B. Managementul chirurgical al lenticonusului anterior, de exemplu "clear lens phacoemulsification".
  - C. Aparatură de oxigen
  - D. Dispozitive ajutătoare de mers
  - E. Stenturi ureterice
28. Boala membranelor bazale subțiri a fost cunoscută anterior drept „hematurie familială benignă”, deoarece:
- A. De obicei se prezintă clinic doar cu hematurie microscopică și funcție normală a rinichilor
  - B. Este o afecțiune autozomal dominantă
  - C. Este o maladie ereditară
  - D. Se prezintă cu mai multe tumori benigne în rinichi care pot duce la hematurie
  - E. Este cauzată de un virus care este transmis pe verticală, adică de la mamă la copil
29. Boala membranelor bazale subțiri este:
- A. O boală foarte rară, cu mai puțin de 1000 de oameni la nivel global
  - B. Prezentă în 75% din studiile post mortem, conform unor cercetări
  - C. Diagnosticat clinic la mai puțin de 1% din populația generală
  - D. Poate fi diagnosticat numai după moarte

- E. Cea mai frecventă cauză a sindromului nefrotic
30. Care dintre următoarele sunt posibilele manifestări clinice ale bolii membranelor bazale subțiri?
- A. Hematurie microscopică
  - B. Hematurie macroscopică
  - C. Chisturi hepatice
  - D. Insuficiența cardiacă
  - E. Insuficiență oculară
31. Hematuria de origine glomerulară poate fi suspectată atunci când:
- A. Eritrocitele din urină sunt deformate
  - B. Sunt prezente cilindri hematici
  - C. Este prezentă anemia
  - D. Este prezentă și bacteriurie
  - E. Ph-ul urinar este acid
32. Diagnosticul bolii membranelor bazale subțiri este de obicei dedus din:
- A. Manifestarea clinică și evoluția benignă
  - B. Istoricul familial pozitiv al hematuriei
  - C. Istoricul familial negativ al hematuriei
  - D. Istoricul familial negativ al bolii cronice renale
  - E. Boală renală severă de la naștere
33. În ce cazuri este necesară biopsia renală atunci când se suspectează boala membranelor bazale subțiri?
- A. Când pacientul este considerat donator de rinichi
  - B. Când un pacient planifica de a crea o familie cu o altă persoană cu hematurie izolată?
  - C. Când manifestările clinice sunt neconcludente, adică sindromul nefritic
  - D. Când boala membranelor bazale subțiri suspectată este asociată cu proteinurie
  - E. Când funcția renală este normală
34. Ce se poate observa la examenul microscopic la un pacient cu boala membranelor bazale subțiri?
- A. Imunofluorescența convențională este de obicei normală
  - B. Microscopia optică este de obicei normală
  - C. La microscopie electronică – subțierea membranei bazale glomerulare
  - D. Formarea glomerulilor cu „semilună” (*crescent*)
  - E. Depuneri imune subepiteliale la imunofluorescență
35. Care dintre următoarele variante de răspuns ne pot ajuta la diferențierea dintre boala membranelor bazale subțiri și sindromul Alport?
- A. Prezența hipertensiunii arteriale
  - B. Insuficiență renală care evoluează rapid
  - C. Surditate și lenticonus anterior
  - D. Hematuria
  - E. Istoric heredocolateral de BCR terminală
36. Care dintre următoarele manifestări pot fi găsite și în boala membranelor bazale subțiri și sindromul Alport?
- A. Hematuria
  - B. Proteinurie
  - C. Tensiune arterială crescută
  - D. Istoric de boală renală în stadiu final în familie
  - E. Surditate

37. Care dintre următoarele manifestări pot fi întâlnite în sindromul Alport, dar nu în boala membranelor bazale subțiri?
- A. Surditate
  - B. Lenticonus anterior
  - C. Disfuncție renală severă
  - D. Hematuria
  - E. Proteinurie
38. Care dintre propozițiile următoare sunt adevărate?
- A. Boala membranelor bazale subțiri este o boală benignă
  - B. Boala membranelor bazale subțiri va duce inevitabil la boala renală în stadiu final
  - C. Sindromul Alport poate duce la boala renală în stadiu final
  - D. Lenticonus anterior este un semn patognomonic pentru boala membranelor bazale subțiri
  - E. Surditatea este o manifestare tipică a bolii membranelor bazale subțiri
39. Care dintre următoarele boli ereditare pot fi X-linkate?
- A. Boala Fabry
  - B. Sindromul Alport
  - C. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominant (ADPKD)
  - D. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal recesivă (ARPKD)
  - E. Talasemie
40. Care dintre următoarele manifestări cutanate pot fi prezente în boala Fabry?
- A. Telangiectazii pe urechi
  - B. Fenomenul Raynaud
  - C. Angiokeratoame extinse
  - D. Papule Gottron
  - E. Rash malar
41. Ce teste pot fi de ajutor în diagnosticul bolii Fabry?
- A. Analiza genetică mutațională a genei GLA
  - B. Biopsia rinichiului afectat cu evidența intracelulară de incluziuni Gb3
  - C. Ecocardiografia
  - D. RMN al creierului
  - E. Spirometrie
42. Ce este inclus în tratamentul nespecific al bolii Fabry?
- A. Inhibitorii ECA
  - B. Blocanții receptorilor angiotensinei
  - C. Dializă
  - D. Transplantul renal
  - E. Imunosupresia
43. Care dintre următoarele sunt caracteristice pentru sindroamele Bartter și Gitelman?
- A. Hipopotasemia
  - B. Alcaloză metabolică
  - C. Hiperreninemia
  - D. Chisturi hepatice
  - E. Chisturi renale
44. Care dintre enunțuri următoare sunt adevărate cu privire la sindromul Bartter și Gitelman?
- A. Sindromul Gitelman este o boală mult mai frecventă decât sindromul Bartter
  - B. Sindromul Barter este o boală mult mai frecventă decât sindromul Gitelman
  - C. Sindromul Barter este, de obicei, o afecțiune mai puțin severă

- D. Sunt foarte simplu de diagnosticat
  - E. Nu există un tratament specific
45. Care din următoarele variante de răspuns se includ în tratamentul sindromului Bartter și Gitelman:
- A. Suplimente de sodiu, potasiu și magneziu
  - B. AINS și medicamente care blochează pompa  $\text{Na}^+/\text{K}^+$  în tubul convolut distal
  - C. Inhibitori ai angiotensinei
  - D. Transplant de rinichi
  - E. Imunosupresia
46. Care dintre următoarele enunțuri sunt adevărate în ceea ce privește boala von Hippel-Lindau?
- A. Este un sindrom genetic autozomal dominant
  - B. Se manifestă printr-o varietate de tumori benigne și maligne
  - C. Sunt descrise două tipuri în dependență de probabilitatea dezvoltării feocromocitomului
  - D. Poate duce la boala cronică renală terminală datorită formării de chisturi renale multiple
  - E. Manifestările inițiale apar numai în copilăria
47. Nefronoftiza trebuie să fie diferențiată de:
- A. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)
  - B. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal recesivă (ARPKD)
  - C. Boala Fabry
  - D. Boala Alport
  - E. Boala membranelor bazale subțiri
48. Transplantul renal în nefronoftiza este:
- A. De preferat, deoarece rezultatul este excelent
  - B. Nu este de preferat, deoarece nefronoftiza este o boală sistemică
  - C. Nu este de preferat, deoarece nefronoftiza este o boală autoimună
  - D. De preferat, deoarece recurența leziunii tubulare nu apare la rinichiul transplantat
  - E. Nu este de preferat, deoarece există o recurență a nefronoftizei pe rinichiul transplantat
49. Care dintre următoarele tehnologii pot fi de ajutor în viitor pentru tratarea bolilor renale ereditare?
- A. Terapia genică
  - B. Editarea genelor, de ex. CRISPR-Cas9
  - C. Silențierea genelor
  - D. Gena virală
  - E. Rezonanța magnetică a moleculelor de apă din urină
50. În cazul carcinomului cu celule renale în boala von Hippel-Lindau, care dintre următoarele sunt metode de tratament preferate?
- A. Hemodializa
  - B. Dializa peritoneală
  - C. Nefrectomie parțială
  - D. Nefrectomie totală, dacă nu este posibilă o nefrectomie parțială
  - E. Terapie medicamentoasă
- 
51. Care dintre următoarele manifestări renale pot fi găsite la pacienții cu scleroza tuberoasă?

- A. Angiomiolipom
- B. Chisturi benigne
- C. Carcinomul cu celule renale
- D. Boli glomerulare
- E. Nefronoftiza



# Boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)

CS

1. Care dintre următoarele este cea mai frecventă boală genetică renală la nivel global?
  - A. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)
  - B. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal recesivă (ARPKD)
  - C. Sindromul Alport
  - D. Boala Fabry
  - E. Boala Fanconi
2. Care dintre următoarele boli genetice renale este responsabilă pentru până la 10% pacienți cu boală renală în stadiu final?
  - A. Sindromul Alport
  - B. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal recesivă (ARPKD)
  - C. Diabet zaharat tip 2
  - D. Nefroftizis
  - E. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)
3. Care dintre următoarele propoziții referitoare la boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD) este adevărată?
  - A. ADPKD este indus de fumat în timpul sarcinii
  - B. ADPKD este o boală ereditară X-linkată
  - C. Cele mai multe cazuri de ADPKD sunt cauzate de mutații a două gene: PKD1 sau PKD2
  - D. ADPKD este o boală neereditară
  - E. ADPKD este o boală congenitală
4. Unde se formează chisturi renale în boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
  - A. În glomeruli
  - B. În tuburile contorte distale și/sau tuburile colectoare
  - C. În pelvis renal
  - D. În caliciul renal
  - E. În uretere
5. În etapele finale ale bolii polichistice renale cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD), cum sunt dimensiunile rinichilor?
  - A. Pot fi de 20 de ori mai mare decât în mod normal
  - B. Mărimea rinichiului nu se modifică pe parcursul bolii
  - C. Mai mici decât un rinichi sănătos, din cauza fibrozei
  - D. Un pic mărit decât un rinichi sănătos, datorită compensării nefronilor funcționali
  - E. Mărimea poate varia de la pacient la altul, unii au dimensiuni mai mici, în timp ce alți pacienți pot avea rinichi măriți
6. La pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD), care este compoziția obișnuită a calculilor renali?
  - A. Acid uric sau oxalat de calciu
  - B. Struvită
  - C. Cistina
  - D. Colagen
  - E. Fibrina

7. Care este metoda de elecție pentru a diagnostica calculi urinari la pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
  - A. Ecografie
  - B. CT cu substanță de contrast
  - C. RMN cu substanță - gadolinu
  - D. Scintigrafia
  - E. Radiografie abdominală plană
8. De ce ecografia nu este metoda de elecție în detectarea calculilor renali la pacienții cu boală polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
  - A. Chisturile mari pot bloca vizualizarea sistemului colector
  - B. Este invazivă
  - C. Este foarte scumpă
  - D. Este nevoie de mult timp pentru a efectua procedura
  - E. Pacienții au nevoie de un radio preparat special
9. De ce diagnosticul de infecție a tractului urinar la pacienții cu boală polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD) nu poate fi făcut numai după o analiză generală urinară?
  - A. Deoarece deseori la pacienții cu ADPKD se depistează piuria sterilă
  - B. Deoarece analiza generală de urină oferă doar o examinare fizică a urinei
  - C. Deoarece analiza generală de urină oferă doar examinarea chimică a urinei
  - D. Deoarece analiza generală de urină oferă doar examinarea macroscopică a urinei
  - E. Deoarece pacienții cu ADPKD nu prezintă niciun simptom al infecției tractului urinar
10. Ce ar trebui să suspectați când un pacient cu boală polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD) prezintă dureri în zona lombară, febră și cultură urinei negativă?
  - A. Cistita
  - B. Pielonefrita acută
  - C. Infecția chistului
  - D. Infecția inferioară a tractului urinar
  - E. Uretrita
11. Care dintre următoarele manifestări se va dezvolta aproape la toți pacienții cu ADPKD?
  - A. Hipertensiune arterială
  - B. Cancer renal
  - C. Anevrism cerebral
  - D. Diverticul meningeal
  - E. Chisturi de pancreas
12. La pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD), densitatea urinei este de obicei:
  - A. Scăzută, datorită defectelor de concentrare
  - B. Înaltă, datorită excreției acidului uric
  - C. Normală
  - D. Variată, în funcție de prezența comorbidităților
  - E. Scăzută, datorită creșterii ratei de filtrare glomerulară
13. Care este nivelul de proteinurie la pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
  - A. Proteinuria de nivel nefrotic
  - B. Proteinurie ușoară
  - C. De obicei >3,5 g/24 ore

- D. Proteinuria nu este niciodată prezentă la pacienții cu ADPKD
  - E. Proteinurie cu lanțuri ușoare monoclonale
14. Cea mai frecventă manifestare extrarenală la pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD) este:
- A. Aneurisme cerebrale
  - B. Aritmii cardiace
  - C. Chisturi în pancreas
  - D. Chisturi în vezica seminală
  - E. Chisturi hepatice multiple
15. Care test este de elecție pentru a evalua anomaliile cardiace la pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. RMN cardiac
  - B. CT toracic
  - C. Radiografie cutiei toracice
  - D. Ecocardiografia
  - E. Scanare DXA (absorbțimetrie cu fascicul dual de raze X)
16. O diferență între boala chistică renală localizată și boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD):
- A. Boala chistică localizată este bilaterală, în timp ce ADPKD este unilaterală
  - B. Boala chistică localizată este unilaterală, în timp ce ADPKD bilaterală
  - C. Boala chistică localizată duce la boala cronică renală în stadiul terminal, în timp ce pacienții cu ADPKD nu vor ajunge niciodată la boala cronică renală în stadiul terminal
  - D. Boala chistică localizată este o boală ereditară
  - E. Boala chistică localizată este o boală sistemică
17. Care este ținta tensiunii arteriale la pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. <140/90 mmHg
  - B. <130/80 mmHg
  - C. <160/90 mmHg
  - D. <150/70 mmHg
  - E. <90/60 mmHg
18. Care este medicamentul de elecție pentru tratamentul hipertensiunii la pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. Telmisartan
  - B. Furosemid
  - C. Aspirină în doze mici
  - D. Manitol
  - E. Labetalol
19. Care este medicamentul de elecție pentru tratamentul hipertensiunii la pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. Clonidina
  - B. Nifedipina
  - C. Ramipril
  - D. Propranolol
  - E. Indapamida
20. Care este acțiunea Tolvaptanului, un medicament nou și specific pentru boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. Antagonistul vasopresinei

- B. Analog de somatostatină
  - C. Inhibitor ECA
  - D.  $\beta$ -blocant
  - E. Diuretic osmotic
21. Care dintre următoarele medicamente este considerat tratamentul specific pentru boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. Inhibitori ECA, de ex. enalapril, ramipril
  - B. Blocant al receptorilor angiotensinei, de ex. valsartan
  - C. Aspirină în doze mici
  - D. Tolvaptanul
  - E. AINS
22. Care dintre următoarele este considerată cea mai gravă complicație a bolii polichistice renale cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. Infecția tractului urinar inferior
  - B. Nefrolitiază
  - C. Aneurism cerebral rupt
  - D. Infecția chistului
  - E. Anemia
23. Atunci când se efectuează un transplant de rinichi, se recomandă:
- A. Efectuarea nefrectomiei unilaterale a rinichiului polichistic la toți pacienții înainte de transplant
  - B. Efectuarea nefrectomiei bilaterale a rinichilor polichistici la toți pacienții înainte de transplant
  - C. Evitarea nefrectomiei ori de câte ori este posibil
  - D. Efectuarea nefrectomiei unilaterale pentru a face spațiu pentru greafă
  - E. Efectuarea nefrectomiei în caz de hipertensiune arterială controlată
24. În imagine puteți vedea un rinichi macroscopic și o secțiune transversală, ce diagnostice suspectați?
- A. Nefropatie IgA
  - B. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
  - C. Pielonefrită
  - D. Sindromul Alport
  - E. Boala membranelor bazale subțiri
25. Care dintre următoarele afirmații despre boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD) și aneurismul intracranian este adevărată?
- A. Toți pacienții cu ADPKD trebuie evaluați pentru aneurisme intracraniene
  - B. Majoritatea aneurismelor intracraniene se rup
  - C. Riscul de ruptură a aneurismului intracranian depinde de mărimea și locația sa
  - D. Angiografia cu rezonanță magnetică pentru screeningul aneurismelor intracraniene este contraindicată în BCR avansată, deoarece necesită administrarea de gadolinium
  - E. Niciunul dintre răspunsuri nu este adevărat



26. Care dintre următoarele boli ereditare este cea mai frecventă cauză a bolii cronice de rinichi, stadiul terminal la nivel global?
- A. Sindromul Alport
  - B. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal recesivă (ARPKD)
  - C. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)
  - D. Sindromul Bartter
  - E. Boala membranelor bazale subțiri
- 

## CM

27. În majoritatea cazurilor de boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD), în care gene se pot depista mutații?
- A. PKD1
  - B. PKD2
  - C. COL4A
  - D. Gena GLA, care codifică enzima  $\alpha$ -GAL
  - E. Gena PAH, care codifică enzima fenilalanină hidroxilază
28. Care sunt manifestările extrarenale ale bolii polichistice renale cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. Polichistoza ficatului
  - B. Aneurisme cerebrale
  - C. Chisturi în pancreas
  - D. Dureri în articulațiile mici
  - E. Pneumonie
29. Care dintre următoarele variante de răspuns se includ în manifestările renale în bolii polichistice renale cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. Durere în regiunea lombară, care poate fi cauzată de hemoragie unui chist, infecție urinară sau calculi renali
  - B. Nefrolitiază
  - C. Hematuria
  - D. Infecții ale tractului urinar
  - E. Sindrom nefrotic
30. Hematuria în boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD) poate fi cauzată de:
- A. Un chist rupt
  - B. Nefrolitiază
  - C. Infecții ale tractului urinar
  - D. Hipertensiune
  - E. Cancer renal
31. Care dintre următoarele bacterii sunt cele mai deseori cauza infecțiilor tractului urinar la pacienții cu boală polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. *Escherichia coli*
  - B. *Klebsiella*
  - C. *Mycobacterium*
  - D. *Proteus*
  - E. *Catarhalis Moraxella*
32. Care dintre următoarele se poate prezenta clinic ca o infecție a tractului urinar la pacienții cu boală polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. Cistita

- B. Pielonefrita acută
  - C. Infecția unui chist
  - D. Abces renal
  - E. Vaginita
33. De ce este importantă diagnosticarea hipertensiunii arteriale la pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. Hipertensiunea arterială este un factor de risc independent în evoluția BCR
  - B. Hipertensiunea arterială necontrolată crește morbiditatea și mortalitatea
  - C. Hipertensiunea arterială este un factor de risc important în evoluția bolilor cardiovasculare
  - D. Hipertensiunea arterială poate scădea riscul de infecții ale tractului urinar
  - E. Hipertensiunea arterială va scădea riscul de nefrolitiază
34. Care dintre următoarele propoziții sunt adevărate cu privire la carcinomul cu celule renale și ADPKD?
- A. Unele studii au arătat că carcinomul cu celule renale este mai frecvent la pacienții cu ADPKD în comparație cu populația generală
  - B. Este dificil de diagnosticat carcinomul cu celule renale la pacienții cu ADPKD
  - C. Un diagnostic cert al carcinomului cu celule renale poate fi făcut după biopsie și examenul citologic
  - D. O ecografie a rinichiului este „standardul de aur” în diagnosticarea carcinomului cu celule renale la pacienții cu ADPKD
  - E. Screeningul carcinomului cu celule renale trebuie efectuat la toți pacienții cu ADPKD
35. Care dintre următoarele propoziții sunt adevărate cu privire la boala polichistică a ficatului în ADPKD?
- A. Este cea mai frecventă manifestare extrarenală
  - B. Este asociată cu genotipurile PKD1 și PKD2
  - C. Frecvența chisturilor hepatice crește odată cu vârsta
  - D. Chisturile hepatice sunt întotdeauna simptomatice
  - E. Chisturile hepatice sunt rareori observate la pacienții cu ADPKD
36. În ce cazuri trebuie să evaluați anevrismul cerebral la pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. La toți pacienții cu ADPKD
  - B. Pacienți cu risc crescut și cu o ruptură anterioară
  - C. Ocupație cu risc crescut (de exemplu, pilot de avion)
  - D. Screeningul pentru anevrismul cerebral nu este niciodată necesar
  - E. Un istoric familial pozitiv de ruptură de anevrism cerebral
37. Care dintre următoarele metode sunt de preferat pentru screeningul anevrismelor cerebrale?
- A. Angiografie CT
  - B. RMN cu substanță de contrast
  - C. Ecografia arterelor cerebrale
  - D. Scintigrafia
  - E. Tomografia cu emisie de pozitroni
38. Cele mai frecvente anomalii cardiace la pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD) sunt:
- A. Prolaps de valva mitrală
  - B. Regurgitare aortică
  - C. Cardiomiopatia

- D. Sindromul Wolff-Parkinson-White
  - E. Aritmie sinusală
39. Pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD) pot dezvolta chisturi în următoarele organe:
- A. Rinichi
  - B. Ficat
  - C. Pancreas
  - D. Vezicule seminale
  - E. Plămâni
40. Diagnosticul de boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD) se face în baza:
- A. Tabloului clinic
  - B. Imagistica rinichilor
  - C. Anamneza heredocolaterală
  - D. Testare genetică
  - E. Analize specifice de sânge
41. Care dintre următoarele propoziții sunt adevărate cu privire la diagnosticul de boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. Testarea genetică se face la fiecare pacient cu suspjecție de ADPKD
  - B. Diagnosticul de ADPKD se bazează în principal pe examenul imagistic al rinichilor
  - C. Ultrasonografia este metoda imagistică cea mai frecvent utilizată
  - D. Testarea genetică este ieftină, deoarece există o singură mutație în ADPKD
  - E. Testarea genetică este efectuată, de obicei, numai în scopuri de cercetare
42. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD) trebuie diferențiat de care boli:
- A. Chisturi renale simple multiple
  - B. Boala chistică renală localizată
  - C. Boala chistică renală neereditară
  - D. Boala polichistică renală cu transmitere autozomal recesivă
  - E. Nefropatie IgA
43. Care dintre următoarele afirmații caracterizează chisturile renale simple?
- A. Chisturile renale simple sunt mai rare la pacienții <30 de ani
  - B. Chisturile renale simple vor duce inevitabil la boala cronică renală stadiul terminal
  - C. Este rar ca pacienții cu vârsta cuprinsă între 30-59 de ani să aibă cel puțin două chisturi în fiecare rinichi
  - D. Chisturile renale simple se pot manifesta clinic cu sindrom nefrotic
  - E. Chisturile renale simple sunt principala cauză a bolii cronice renale la nivel global
44. Boala chistică renală neereditară se distinge de boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD) prin:
- A. Nu există antecedente familiale în boala chistică renală neereditară
  - B. Rinichii au dimensiuni mici sau normale în boala chistică renală neereditară
  - C. Boala chistică renală neereditară este o boală genetică
  - D. Boala chistică renală neereditară are mai multe manifestări extrarenale
  - E. La ecografie, conturul rinichilor la pacienții cu boala chistică renală neereditară este neted, în timp ce la pacienții cu ADPKD, rinichii au contur chistic
45. La pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD), se recomandă:
- A. De a crește aportul de sodiu, >4 grame pe zi

- B. De a reduce aportul de sodiu, <2 grame pe zi
  - C. De a reduce aportul de sodiu, deoarece aportul scăzut de sodiu a fost asociat cu un risc mai scăzut de progresie a BCR
  - D. De a reduce aportul de sodiu, deoarece aportul scăzut de sodiu a fost asociat cu un risc mai mic de creștere în dimensiuni a rinichilor
  - E. De a reduce aportul de sodiu, pentru a scădea riscul de nefrolitiază  
BCD
46. La pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD), se recomandă:
- A. Creșterea aportului de lichide, dacă RFG >30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>
  - B. Creșterea aportului de lichide, dacă RFG <30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>
  - C. Creșterea aportului de lichide, dacă funcția renală este păstrată, deoarece consumul ridicat de lichide inhibă creșterea chistului
  - D. Creșterea aportului de lichide în boala cronică renală stadiul terminal
  - E. Creșterea aportului de lichide și sodiu
47. Când ar fi indicat să se efectueze o nefrectomie unilaterală sau bilaterală la pacienții cu boală polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. Atunci când sunt infecții recurente
  - B. Atunci când se suspectă o malignitate
  - C. Atunci când pacientul are o hemoragie renală necontrolată la pacienții care au o contraindicație sau eșec a embolizării arteriale
  - D. Atunci când se dezvoltă hernia ventrală datorită dimensiunilor masive ale rinichilor
  - E. Nefrectomia unilaterală sau bilaterală trebuie efectuată la toți pacienții
48. Care dintre următoarele propoziții sunt adevărate cu privire la hemodializă și boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. Supraviețuirea pacienților cu ADPKD la hemodializă este mai bună în comparație cu alți pacienți
  - B. Există o incidență mai mică a bolii coronariene la pacienții cu ADPKD în comparație cu alți pacienți aflați la hemodializă
  - C. Supraviețuirea pacienților hemodializați cu ADPKD este mai mică în comparație cu alți pacienți
  - D. Accesul vascular pentru hemodializă este mai dificil la pacienții cu ADPKD
  - E. Hemodializa este o contraindicație la pacienții cu ADPKD
49. Care dintre următorii factori de risc pot influența evoluția bolii renale la pacienții cu boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD)?
- A. Factorii genetici, adică pacienții cu mutații din gena PKD2 dezvoltă mai puține chisturi și progresează mai lent
  - B. Mărimea rinichilor
  - C. Hipertensiunea arterială
  - D. Debut precoce al simptomelor
  - E. Sexul feminin
50. Tratamentul unei hemoragii chistice în boala polichistică renală cu transmitere autozomal dominantă (ADPKD) include:
- A. Repaus la pat
  - B. Analgezice, dacă este prezentă durerea
  - C. Creșterea aportului de lichide pentru a preveni blocarea căilor urinare cu cheaguri
  - D. Heparină cu greutate moleculară mică



E. Inhibitori ECA

## Nefropatia diabetică

### CS

1. Pacienții cu care maladii vor reprezenta majoritatea în departamentul de dializă pe plan mondial?
  - A. Boala polichistică renală
  - B. Glomerulonefrita cronică
  - C. Hipertensiunea
  - D. Diabetul zaharat
  - E. Uropatia obstructivă
2. Cel mai nefavorabil factor de progresie a nefropatiei diabetice este:
  - A. Pruritul
  - B. Hematuria
  - C. Proteinuria
  - D. Bacteriuria
  - E. Uricosuria
3. Care clasificare se utilizează pentru stadializarea nefropatiei diabetice:
  - A. NYHA
  - B. KDOQI
  - C. RIFLE
  - D. AKIN
  - E. Mogensen
4. Două cele mai frecvente cauze care duc la instalarea bolii cronice renale terminale sunt:
  - A. Alergiile și diabetul
  - B. Infecțiile și diabetul
  - C. Diabetul și hipertensiunea arterială
  - D. Infecțiile și hipertensiunea arterială
  - E. Diabetul și obezitatea
5. Care categorie de medicamente reduc frecvența complicațiilor cardiace, rezistența vasculară periferică și secreția de angiotensina II:
  - A. Diuretice
  - B.  $\beta$ -blocante
  - C.  $\alpha_1$ -blocante
  - D. Blocanții canalelor de calciu
  - E. Inhibitorii enzimei de conversie angiotensinici
6. Pacientul cu nefropatie diabetică poate necesita administrarea de eritropoietină pentru managementul:
  - A. Anemiei
  - B. Neutropeniei
  - C. Pancitopeniei
  - D. Trombocitopeniei
  - E. Hipoproteinemiei
7. Proteinuria este un factor de risc pentru progresia nefropatiei diabetice:
  - A. Care poate fi modificat
  - B. Care nu poate fi modificat
  - C. Proteinuria nu este factor de risc
  - D. Proteinuria apare doar în stadiul terminal

- E. Proteinuria are un factor pronostic favorabil
8. La care valori trebuie redusă tensiunea arterială pentru a obține efect nefroprotector:
    - A. Tensiunea arterială sistolică sub 120 mmHg, în caz dacă este bine tolerată
    - B. Tensiunea arterială diastolică peste 90 mmHg
    - C. Tensiunea arterială sistolică sub 120 mmHg, chiar dacă nu este bine tolerată
    - D. Tensiunea arterială sistolică peste 140 mmHg, dacă este bine tolerată
    - E. Tensiunea arterială sistolică sub 90 mmHg
  9. Prin ce mecanism se consideră că inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei reduc proteinuria:
    - A. Dilatarea arteriolei eferente cu scăderea presiunii intraglomerulare
    - B. Scăderea hipertensiunii arteriale sistolice
    - C. Scăderea hipertensiunii arteriale diastolice
    - D. Micșorarea reabsorbției Na în tubii colectori
    - E. Inhibarea directă a reninei
  10. Termenul de uremie desemnează în general:
    - A. Concentrația ureei în plasmă
    - B. Concentrația ureei în sânge
    - C. Creșterea creatininei în sânge
    - D. Sindromul clinic care rezultă din scăderea marcată a funcției renale
    - E. Creșterea acidului uric în sânge
  11. Cauza principală a anemiei la pacienții cu nefropatia diabetică este:
    - A. Diminuarea sintezei de eritropoietină
    - B. Prezența inhibitorilor eritropoietinei
    - C. Hemoliza
    - D. Pierderile sangvine gastro-intestinale
    - E. Deficitul de acid folic și de vitamina B12
  12. Ce preparate se administrează ca terapie hipolipemiantă în nefropatia diabetică:
    - A. Statine
    - B. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
    - C. Sartane
    - D. Chelatori de fosfor
    - E. Laxative
  13. Care dintre următoarele situații reprezintă factori predispozanți extraurinari ai pielonefritei cronice:
    - A. Hipertensiunea
    - B. Pancreatita acută
    - C. Sexul masculin
    - D. Diabetul zaharat
    - E. Vârsta tânără
  14. Care din afirmațiile de mai jos definește poliuria:
    - A. Creșterea anormală a numărului de micții timp de 24 ore
    - B. Creșterea diurezei peste 2000 ml/24 ore
    - C. Emisia involuntară sau inconștientă de urină
    - D. Nevoia de a urina imediat ce a apărut senzația de a urina
    - E. Dificultate a actului micțional
  15. Depistarea izolată a cilindrilor hialinici în urina pacientului diabetic demonstrează:
    - A. Glomerulonefrita cronică
    - B. Pielonefrita cronică
    - C. Amiloidoza renală

- D. Patologie renală fără specificarea bolii
  - E. Nu are valoare diagnostică
16. Selectați afirmația falsă referitor proteinuriei tranzitorii:
- A. Apare în stări febrile
  - B. Apare după expunerea la temperaturi crescute sau scăzute
  - C. Dispare odată cu înlăturarea factorului cauzal
  - D. Nu dispare la înlăturarea factorului cauzal
  - E. Valorile proteinuriei de obicei nu depășește 1g/24 ore
17. Selectați metodele care NU POT duce la diferențierea hematuriei din nefropatia diabetică cu hematuria din patologii urologice:
- A. Proba cu 3 pahare
  - B. Microscopia sedimentului urinar
  - C. Cistoscopia
  - D. Ultrasonografia rinichilor și vezicii urinare
  - E. Renografia radioizotopica
18. Selectați afirmația falsă referitor edemului renal:
- A. Are tendința spre generalizare (anasarcă)
  - B. Temperatura cutanată este normală
  - C. Este moale
  - D. Este localizat periorbital, gambe
  - E. Se însoțește de temperatura cutanată crescută
19. Care din următoarele grupe de medicamente au efect nefroprotector (antiproteinuric) important în nefropatia diabetică?
- A. Blocanții receptorilor de angiotensină
  - B. Diureticele de ansă
  - C. Antiagregantele
  - D. Antibioticele
  - E. Ketoanalogi
20. Care grup de diuretice este cel mai indicat în tratamentul simptomatic al edemelor în nefropatia diabetică?
- A. Diureticele economisitoare de K
  - B. Diureticele tiazidice
  - C. Diureticele de ansă
  - D. Grupul diureticelor nu are nici o importanță în eficacitatea tratamentului
  - E. Diureticele osmotice
- 

## CM

21. Frecvent, sindromul nefrotic la adulți este determinat de:
- A. Nefropatia diabetică
  - B. Glomeruloscleroza focală și segmentală
  - C. Nefroangioscleroza benignă
  - D. Pielonefrita cronică
  - E. Glomerulonefrita membranoasă
22. Factorii de risc implicați în apariția injuriei renale acute secundară administrării substanțelor de contrast iodate sunt:
- A. Boala cronică renală preexistentă
  - B. Nefropatia diabetică
  - C. Cantități excesive de substanță de contrast
  - D. Hipovolemie

- E. Obezitate
23. Proteinuria în nefropatia diabetică este:
- A. Proteine Bence-Jones
  - B. În stadiile avansate – macroalbuminurie
  - C. Constituită din proteine cu greutate moleculară mare
  - D. În stadiile avansate – microalbuminurie
  - E. Este tot timpul prezentă
24. Care afirmații sunt FALSE cu privire la tratamentul etiologic al pielonefritei acute la pacient diabetic:
- A. Se începe înaintea recoltării uroculturii
  - B. Se așteaptă rezultatele uroculturii
  - C. Inițial empiric
  - D. Terapia parenterală este mai efectivă
  - E. În toate cazurile se preferă monoterapia antibacteriană
25. Care grupe de pacienți au risc crescut de apariție a bolii cronice renale?
- A. Pacienții cu diabet zaharat
  - B. Pacienții hipertensiune arterială
  - C. Pacienții cu unele boli sistemice ca LES
  - D. Pacienții cu istoric familial de boală renală
  - E. Pacienții cu spondilită seronegativă
26. Afecțiuni asociate frecvent cu nefropatii tubulointerstițiale cronice sunt:
- A. Hepatită cronică virală
  - B. Diabetul zaharat
  - C. Amigdalita cronică decompensată
  - D. Refluxul vezico-ureteral
  - E. Vasculitele sistemice
27. Factorii favorizanți generali ai infecției de tract urinar sunt:
- A. Diabetul zaharat
  - B. Sexul masculin
  - C. Refluxul vezico-ureteral
  - D. Litiata renală
  - E. Vârstele extreme (copii, vârstnici)
28. Factorii favorizanți locali (reno-urinari) ai infecției de tract urinar sunt:
- A. Litiata renală
  - B. Diabetul zaharat
  - C. Refluxul vezico-ureteral
  - D. Sexul feminin
  - E. Sarcina
29. Care dintre persoanele de mai jos prezintă riscuri crescute de infecții tractului urinar:
- A. Gravidele
  - B. Transplantații renal
  - C. Pacienții cu litiază renală
  - D. Bărbații sub 20 de ani
  - E. Pacienții cu diabet zaharat
30. Formarea edemelor în sindromul nefrotic este explicată prin:
- A. Scăderea presiunii oncotice plasmatică
  - B. Activarea sistemului renina-angiotensina-aldosteron
  - C. Creșterea secreției de vasopresină
  - D. Instalarea trombozei de venă renală

- E. În unele cazuri retenția primară de apă și sare
31. Verigile patogenetice de bază, ce duc la proteinurie în rinichiul diabetic sunt:
- A. Micșorarea sarcinii negative a membranei bazale glomerulare
  - B. Alterarea membranei bazale glomerulare de către fermenții lizozomali
  - C. Hipertensiune glomerulară
  - D. Reducerea presiunii oncotice a plasmei
  - E. Hipoperfuzia glomerulilor renali
32. Afectarea renală în diabetul zaharat se poate manifesta prin:
- A. Sindrom nefritic acut
  - B. Sindrom nefrotic
  - C. Anomalii urinare asimptomatice
  - D. Sindrom rapid progresiv
  - E. Lipsa căroră modificări
33. Care simptome sunt caracteristice pentru nefropatia diabetică?
- A. Hipertensiunea arterială
  - B. Dureri în regiunea lombară
  - C. Modificarea analizei de urină
  - D. Edeme
  - E. Tenesme vezicale
34. Dereglările hemodinamice din cadrul nefropatiei diabetice sunt condiționate de:
- A. Hipervolemie
  - B. Retenția de sodiu și apă
  - C. Hiperreninemie
  - D. Creșterea concentrației de prostaglandine
  - E. Spasm vascular
35. Rolul de bază în patogenia hipertensiunii arteriale din cadrul rinichiului diabetic îl joacă:
- A. Retenția de sodiu și apă
  - B. Creșterea volumului sangvin circulant și a volumului-bătaie
  - C. Constricția arterelor renale (mecanism vasorenal)
  - D. Hipercatecolaminemie
  - E. Creșterea nivelului de cortizol în sânge
36. Care din următoarele cauze pot provoca nefropatiile glomerulare secundare?
- A. Hepatita virală B
  - B. Diabetul zaharat
  - C. Lupus sistemic eritematos
  - D. Depozitarea mezangială de IgA
  - E. Streptococul  $\beta$ -hemolitic
37. Care din medicamentele antihipertensive au și un efect antiproteinuric, util în tratamentul nefropatiei diabetice?
- A. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
  - B. Diureticele de ansă
  - C. Antihipertensivele centrale
  - D. Blocanții receptorilor de angiotensină
  - E.  $\beta$ -blocantele
38. Factorii de risc modificabili pentru progresia nefropatiei diabetice sunt:
- A. Sexul și greutatea
  - B. Factorii genetici
  - C. Proteinuria
  - D. Hipertensiunea arterială

- E. Glicemia și greutatea corporală
39. Factori de risc nemodificabili în pentru progresia nefropatiei diabetice sunt:
- A. Sexul
  - B. Factorii genetici
  - C. Proteinuria
  - D. Glicemia
  - E. Vârsta
40. Care sunt caracteristicile nefropatiei diabetice decompensate:
- A. Creșterea creatininei serice
  - B. Scăderea ureei serice
  - C. Diminuarea potasiului seric
  - D. Anemia
  - E. Creșterea potasiului seric
41. Pentru managementul anemiei în nefropatia diabetică se efectuează:
- A. Administrarea eritropoietinei
  - B. Administrarea fierului intravenos
  - C. Administrarea inhibitorilor enzimelor de conversie
  - D. Administrarea potasiului per os
  - E. Administrarea inhibitorilor direcți ai reninei
42. Care sunt semnele hiperkaliemiei pe ECG
- A. Complexul QRS lărgit
  - B. Unda T înalte
  - C. Creșterea intervalului PR
  - D. Tahicardie supraventriculară
  - E. Devierea axei cardiace spre stânga
43. Pentru a încetini progresarea nefropatiei diabetice este important de a:
- A. Controla hipertensiunea arterială
  - B. Micșora proteinuria
  - C. Reducere aportului alimentar de proteine
  - D. Administra soluție fiziologică parenteral
  - E. Administra antiinflamatorii nesteroidiene
44. Care din următoarele medicamente sunt considerate de prima linie pentru controlul hipertensiunii arteriale la pacienții cu nefropatie diabetică:
- A. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
  - B. Blocanții receptorilor angiotensinei
  - C. Blocanții canalelor de calciu dihidropiridinici (ca Amlodipina, Nifedipina)
  - D. Diuretice ca monoterapie
  - E. Agoniștii  $\alpha_2$  adrenergici – clonidina
45. Din ce cauze inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei sunt considerați nefroprotectori
- A. Reduc presiunea intraglomerulară prin vasodilatația arteriolei eferente
  - B. Reduc proteinuria
  - C. Scad valorile tensiunii arteriale
  - D. Reduc formarea de citokine, ca TGF- $\beta$ , care au rol în glomeruloscleroză
  - E. Măresc presiunea intraglomerulară
46. Până la ce nivel se recomandă de a reduce aportul de proteine la un pacient cu rinichi diabetic?
- A. La 0,8 g/kgc/zi + pierderile urinare

- B. Nu se recomandă de a reduce aportul de proteine la pacienții cu boala cronică renală și malnutriție severă
  - C. La 1,5 g/kgc/zi + pierderile urinare
  - D. La 2,0 g/kgc/zi + pierderile urinare
  - E. La 3,0 g/kgc/zi + pierderile urinare
47. De ce se recomandă de a restricționa aportul de NaCl în nefropatia diabetică?
- A. Pentru a optimiza efectul anti-proteinuric al inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei, sartanelor și al blocaților canalelor de calciu non-dihidropiridinici
  - B. Pentru a controla tensiunea arterială
  - C. Pentru a reduce absorbția de glucoză în tubii proximali
  - D. Pentru a optimiza procesul de eritropoieză
  - E. Pentru a reduce albuminuria
48. Care sunt recomandările principale pentru încetinirea progresiei nefropatiei diabetice:
- A. Controlul tensiunii arteriale
  - B. Tratamentul cu inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
  - C. Reducerea proteinuriei
  - D. Controlul glicemiei
  - E. Terapie cu antiinflamatoare nesteroidiene
49. Care din următoarele enunțuri sunt adevărate cu referire la inhibitorii SGLT2 la pacienții diabetici?
- A. A fost demonstrat că au un efect cardioprotectiv
  - B. A fost demonstrat că au un efect nefroprotectiv
  - C. Inhibitorii SGLT2 cresc excreția glucozei în urină
  - D. Inhibitorii SGLT2 sunt contraindicate în diabet zaharat
  - E. Inhibitorii SGLT2 duc la o pierdere ponderală ușoară
- 
50. Care sunt motivele creșterii incidenței nefropatiei diabetice?
- A. Incidență crescută a diabetului zaharat tip 2
  - B. Speranța de viață îmbunătățită pentru acești pacienți
  - C. Acces mai bun la metode de substituție a funcției renale la pacienții cu boli renale în stadiu final
  - D. Creșterea exponențială a populației globale
  - E. Medicamente antidiabetice mai puțin eficiente
51. Care dintre următorii factori de risc pot înrăutăți progresia nefropatiei diabetice în diabetul zaharat tip 1 și 2?
- A. Hiperglicemia necontrolată
  - B. Hipertensiunea arterială
  - C. Sexul feminin
  - D. Niveluri scăzute de acid uric în ser
  - E. Anemia
52. Care dintre următorii factori de risc pot duce la evoluția nefropatiei diabetice în diabetul zaharat tip 1 și 2?
- A. Fumatul
  - B. Genul masculin
  - C. Factorii socio-economici, în special. sărăcie
  - D. Controlul glicemic strict
  - E. Presiunea arterială normală
53. Care sunt primele semne în nefropatia diabetică?

- A. Hipertrofie renală
  - B. Hiperfiltrare renală
  - C. Viteza crescută de filtrare glomerulară
  - D. Scăderea dimensiunii rinichilor
  - E. Proteineurie severă
54. Ce induce hiperglicemia în rinichi?
- A. Stimulează producția de matrice celulară mesangială și creșterea celulelor, ceea ce duce la mărirea timpurie a glomerulelor.
  - B. Produsul final de glicare avansat se acumulează în rinichi
  - C. Stimulează producția de eritropoietină
  - D. Stimulează producția de auto-anticorpi
  - E. Inhibă producerea reninei în rinichi
55. Care dintre următoarele propoziții sunt adevărate cu privire la sistemul renină-angiotensină (SRA) în nefropatia diabetică?
- A. Se activează SRA renală locală, care duce la creșterea celulară și acumularea matricei celulară mezangială
  - B. Nu există niciun beneficiu în inhibarea SRA cu medicamente
  - C. Angiotensina II generează specii oxidative reactive și NADPH oxidază în mușchiul neted vascular și rinichiul.
  - D. Activarea SRA duce la scăderea scăderii angiotensinei
  - E. Există un beneficiu în inhibarea SRA
56. Care dintre următoarele căi sunt induse de hiperglicemie, în rinichi?
- A. Promovează excreția de potasiu
  - B. Stimulează producția de matrice celulară mezangială și creșterea celulelor, ceea ce duce la mărirea timpurie a glomerulelor
  - C. Crește expresia TGF- $\beta$  glomerulară
  - D. Duce la activarea căilor proteinelor kinazei C și hexosaminei
  - E. Promovează secreția de cilindri urinari
57. Care dintre următoarele metode sunt incluse în prevenirea primară a nefropatiei diabetice?
- A. Îmbunătățirea controlului glicemic
  - B. Controlul tensiunii arteriale
  - C. Încurajarea pierderii în greutate
  - D. Încurajarea exercițiilor fizice
  - E. Încurajarea aportului crescut de sodiu
58. În care dintre următoarele situații poate fi argumentată efectuarea biopsiei renale la un pacient cu diabet zaharat?
- A. Deteriorarea rapidă a RFG, în ciuda tensiunii arteriale bune și a controlului glicemic
  - B. Simptome sau semne sugestive ale unei boli de sistem
  - C. Debut rapid, cu creșterea rapidă a proteinuria
  - D. Semne și simptome sugestive pentru nefropatie diabetică
  - E. Diabet zaharat în anamneză de mai mulți cu modificări specifice ale retinei
59. De ce este recomandat să se înceapă tratarea tensiunii arteriale prin blocarea sistemului renină-angiotensină aldosteron (SRAA) la pacienții cu nefropatie diabetică?
- A. Blocarea SRAA reduce riscul de progresie a microalbuminuriei
  - B. Blocarea SRAA reduce riscul de infarct miocardic
  - C. Blocarea SRAA crește rata filtrării glomerulare
  - D. Blocarea SRAA reduce riscul de evenimente cardiovasculare



- E. Blocarea SRAA reduce hiperkalemia
60. De ce se recomandă scăderea aportului de sodiu la pacienții cu nefropatie diabetică?
- A. Dietă hiposodată îmbunătățește efectele renoprotectoare ale blocaților receptorilor de angiotensină
  - B. S-a dovedit că o dietă hiposodată scade tensiunea arterială
  - C. Dietă hiposodată poate reduce nivelul colesterolului seric
  - D. Dietă hiposodată îmbunătățește rata de filtrare glomerulară pe termen scurt
  - E. Dietă hiposodată ajută la controlul glicemic

## Afectarea renală în boli sistemice

### CS

1. Ce complicație renală poate apărea în evoluția severă și pe termen lung a artritei reumatoide?
  - A. Pielonefrita
  - B. Amiloidoza renală
  - C. Nefrolitiază
  - D. Hidronefroză
  - E. Uretrita
2. Implicarea renală în artrita reumatoidă se poate manifesta astfel:
  - A. Glomerulonefrita
  - B. Pielonefrita
  - C. Rinichul polichistic
  - D. Nefropatie urică
  - E. Nefroptoza
3. Modificarea caracteristică a rinichilor în artrita reumatoidă este:
  - A. Bacteriurie
  - B. Leucocituriei
  - C. Proteinurie
  - D. Nodulii reumatoizi
  - E. Hidronefroza
4. Utilizarea cărui medicament în tratamentul artritei reumatoide ar putea dăuna rinichilor?
  - A. Metotrexatul
  - B. Prednison
  - C. AINS
  - D. Acid folic
  - E. Hidroxiclorochina
5. Care din următoarele boli reumatice sunt asociate direct cu implicarea renală:
  - A. Osteoporoza
  - B. Osteoartrita
  - C. Lupusul eritematos sistemic
  - D. Diabetul zaharat
  - E. Glomerulonefrita acută post-streptococică
6. Principalul semn urinar în nefrita lupusului, conform criteriilor de diagnostic ACR/EULAR din 2018, este:
  - A. Niveluri ridicate de creatinină serică
  - B. Leucocituriei
  - C. Proteinurie > 0,5 g/24 ore
  - D. Uraturia
  - E. Bacteriurie
7. Selectați doza adecvată de corticosteroizi pentru un pacient cu nefrită lupus severă:
  - A. 0,1–0,5 mg/kg/zi
  - B. 0,75 mg/kg/zi
  - C. 1,0-2,0 mg/kg/zi
  - D. 3,0-4,0 mg/kg/zi
  - E. > 4 mg/kg/zi
8. Care dintre următoarele NU reprezintă o anomalie imunologică în nefrita lupică?

- A. Limfopenie
  - B. Titru crescut de anticorpi anti-ADN dublu catenar
  - C. Anticorpi antinucleari
  - D. Complexele imune circulante crescute
  - E. Anticorpi anti-Sm
9. Puls-terapia în nefrita lupică include:
- A. Prednison până la 1 mg/kg/zi
  - B. Metilprednizolon 500-1000 mg/zi
  - C. Azatioprina 100-150 mg/zi
  - D. Micofenolat mofetil 150 mg/zi
  - E. Metotrexat 15 mg/săptămână
10. Puls-terapia în nefrita lupică include:
- A. Prednison până la 1 mg/kg/zi
  - B. Azatioprina 100-150 mg/zi
  - C. Micofenolat mofetil 150 mg/zi
  - D. Metotrexat 15 mg/săptămână
  - E. Ciclofosamidă 0,5-1g / m<sup>2</sup>
11. Terapia pulsului combinat în nefrita lupică include:
- A. Prednison 30 mg/zi + Metotrexat 15 mg/săptămână
  - B. Metilprednizolon 20 mg/zi + Azatioprina 100 mg/zi
  - C. Prednison 60 mg/zi + Micofenolat mofetil 150 mg/zi
  - D. Metilprednizolonă 1000 mg/zi + Ciclofosamidă 0,5-1 g/m<sup>2</sup>
  - E. Metilprednizolonă 32 mg/zi + Plaquenil 200 mg/zi.
12. Ce medicamente citostatice sunt mai frecvent utilizate în nefrită lupică pentru a induce remisie?
- A. Metotrexatul
  - B. Azatioprine
  - C. Vincristine
  - D. Ciclofosfamida
  - E. Hidroxiclorochina
13. Tratatamentul cu glucocorticoizi în nefrita lupică pentru menținerea remisiunii include:
- A. Doze de 1-2 mg/kg/zi împărțite în mai multe administrări
  - B. Doză unică de întreținere dimineată până la 10 mg/zi de prednison
  - C. Prednison 1 mg/kg/zi + vincristină
  - D. Puls-terapie cu metilprednizolonă combinată cu ciclofosamidă
  - E. Metotrexat 15 mg/săptămână
14. Tratatamentul nefritelor lupice cu medicament citostatic are ca scop:
- A. Realizarea remisiunii
  - B. Menținerea remisiunii
  - C. Scăderea riscului de progresie a bolii renale cronice
  - D. Toate menționate mai sus
  - E. Nici un răspuns menționat mai sus
15. Implicarea renală în scleroza sistemică se manifestă clinic prin:
- A. Hipertensiune arterială malignă
  - B. Calculi renali
  - C. Pielonefrita acută
  - D. Rinichul polichistic
  - E. Nefroptoza
16. Care dintre următoarele este semnul hematologic al crizei renale a sclerodermiei?

- A. Trombocitopenia
  - B. Proteinurie
  - C. Leucocituriei
  - D. Trombocitoza
  - E. Oligurie sau anurie progresivă
17. Manifestările renale găsite în poliangiita microscopică sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:
- A. Glomerulonefrita rapid progresivă
  - B. Hematuria
  - C. Scăderea RFG estimate
  - D. Purpura palpabilă
  - E. Proteinurie
18. Care dintre următoarele vasculite este asociată cu IgA-nefropatie?
- A. Poliarterita nodosa (PAN)
  - B. Arterita Takayasu (TA)
  - C. Granulomatoza cu poliangiita (Wegener)
  - D. Vasculită IgA (purpura Henoch-Schönlein)
  - E. Vasculita crioglobulinemică asociată cu hepatita virală C
19. Care dintre următoarele semne NU sunt semne ale unei implicări renale în vasculita asociată cu ANCA:
- A. Edem
  - B. Oliguria
  - C. Livedo reticularis
  - D. Insuficiență renală
  - E. Hematuria
20. Care dintre următoarele mecanisme patogenetice NU este caracteristic pentru glomerulonefrită în poliarterita nodosa?
- A. Glomerulonefrită segmentară sau difuză proliferativă
  - B. Dezvoltarea unui proces inflamator cronic în peretele vasului
  - C. Necroza fibrinoidă a arterelor interlobulare și arcuite
  - D. Formarea granulomului
  - E. Glomerulonefrita necrotizantă cu proliferare extra-capilară
21. Care este cea mai caracteristică afectare renală în vasculita IgA (Henoch - Schönlein)?
- A. Nefropatia IgA (anticorpi IgA anti- $\alpha$  galactozil).
  - B. Formarea granulomului
  - C. Necroza fibrinoidă a arterelor interlobulare și arcuate
  - D. Nefrite tubulo-interstițiale
  - E. Pionefroza
22. Care dintre următoarele caracterizează sindromul Goodpasture?
- A. Necroza fibrinoidă a arterelor interlobulare și arcuite
  - B. Implicarea glomerulară mediată de anticorpi anti-GBM
  - C. Nefropatia IgA
  - D. Glomerulonefrita pauci-imună
  - E. Nefrite tubulo-interstițiale
23. La femeile tinere, glomerulonefrita este cea mai frecventă manifestare a:
- A. Dermatomiozitei
  - B. Lupusului eritematos sistemic
  - C. Sclerozei sistemice
  - D. Purpurei Henoch-Schönlein
  - E. Polimialgiei reumatice

24. Sindromul Goodpasture se poate manifesta cu următoarele semne, CU EXCEPȚIA:
- A. Episoade recurente de hemoptizie
  - B. Insuficiență renală progresivă
  - C. Proteinurie
  - D. Piurie
  - E. Infiltrații pulmonare bazale
25. Care dintre următoarele este caracteristica sindromului Goodpasture?
- A. Anticorpi ANA
  - B. Anticorpi anti-GBM
  - C. Anticorpi ANCA
  - D. Anti-ADN dublu catenar
  - E. Anti-U1-RNP
26. Nefrita lupică s-ar putea manifesta cu următoarele:
- A. Sindromul nefritic acut
  - B. Sindrom nefrotic
  - C. Hematuria
  - D. Toate răspunsurile sunt corecte
  - E. Nici un răspuns nu este corect
27. Care dintre următoarele afecțiuni ar putea fi asociate cu nefropatia glomerulară?
- A. Osteoporoza
  - B. Fibromialgia
  - C. Lupusul eritematos sistemic
  - D. Mielom multiplu
  - E. Gută
28. Se suspectează vasculită la un pacient cu glomerulonefrită atunci când se prezintă următoarele cu:
- A. Purpura palpabilă
  - B. Hemoragie pulmonară
  - C. Afectarea organelor ORL
  - D. Toate cele de mai sus
  - E. Nici una dintre cele de mai sus

---

## CM

29. Tulburările renale legate de artrita reumatoidă și complicațiile ei sunt?
- A. Nefropatie membranoasă
  - B. Pielonefrita
  - C. Glomerulonefrită mezangială focală
  - D. Amiloidoza
  - E. Sinovită inflamatorie persistentă
30. Utilizarea căror medicamente în tratamentul artritei reumatoide poate dăuna rinichilor?
- A. AINS
  - B. Metotrexatul
  - C. Prednison
  - D. Săruri de aur
  - E. D-penicilamina
31. Bolile reumatice care ar putea provoca leziuni renale sunt:
- A. Artrita reumatoida
  - B. Osteoartrita

- C. Lupusul eritematos sistemic
  - D. Vasculita sistemică
  - E. Osteoporoza
32. Insuficiența renală în spondilita anchilozantă se poate prezenta cu:
- A. Pielonefrita cronică
  - B. Injurie renală acută
  - C. Nefropatia IgA
  - D. Sindromul Fanconi
  - E. Amiloidoza renală
33. Selectați manifestarea extra-renală a nefritei lupice:
- A. Proteinurie
  - B. Hematuria
  - C. Rash malar
  - D. Sindrom nefrotic
  - E. Leziuni ale mucoasei
34. Ce tip de insuficiență renală sunt incluse în clasificarea ISN / RPS -2003 a nefritelor lupice?
- A. Nefrită mezangială minimă
  - B. Nefrită mezangială proliferativă
  - C. Glomerulonefrita anti-GBM
  - D. Nefrită avansată sclerotică (> 90% glomeruli sclerotici)
  - E. Necroza fibrinoidă a arterelor interlobulare și arcuate
35. Care dintre următoarele anomalii imunologice pot fi observate în nefrita lupică?
- A. Limfopenie
  - B. Titru crescut de anticorpi anti-ADN dublu catenar
  - C. Anticorpi antinucleari
  - D. VSH crescut
  - E. Trombocitopenia
36. Tratamentul nefritei lupice include următoarele medicamente:
- A. Prednison
  - B. Ciclofosfamida
  - C. Micofenolat mofetil
  - D. Azatioprina
  - E. Febuxostat
37. Ce medicamente citostatice sunt mai frecvent utilizate în nefrita lupică pentru menținerea remisiunii?
- A. Metotrexat
  - B. Azatioprina
  - C. Micofenolat mofetil
  - D. Ciclofosfamida
  - E. Hidroxiclorochina
38. Medicamentele imunosupresoare recomandate în tratamentul nefritei lupice sunt:
- A. Ciclofosfamida
  - B. D-penicilamina
  - C. Azatioprina
  - D. Micofenolat mofetil
  - E. Vincristina
39. Tratamentul de menținere remisiunii nefritei lupice include:
- A. Prednisolon 70-80 mg/zi

- B. Prednisolon 5-10 mg/zi
  - C. Azatioprina 150 mg/zi
  - D. Metotrexat 15 mg/săptămână
  - E. Ciclofosamidă 1 gram i.v. o dată la 2-3 luni
40. Care dintre următoarele semne și simptome pot apărea în cazul afectării renale în scleroza sistemică?
- A. Hidronefroză
  - B. Proteinurie
  - C. Leucociturie marcată
  - D. Hipertensiune arterială
  - E. Oligurie sau anurie progresivă
41. Care dintre următoarele se consideră factori de risc pentru criza renală din sclerodermie?
- A. Leucocituria
  - B. Utilizarea corticosteroizilor
  - C. Boala difuză a pielii
  - D. Prezența anticorpilor anti-ARN polimerază
  - E. Sclerodermie limitată cutanată
42. Care dintre următoarele manifestări se pot depista nefrita din poliangiita microscopică?
- A. Test pozitiv pentru MPO-ANCA
  - B. Oligurie
  - C. Multiplexul motonevritic
  - D. Proteinurie
  - E. Hematuria
43. Care dintre următoarele manifestări clinice se găsesc în sindromul Goodpasture (sindromul anti-membrană bazală glomerulară)?
- A. Microhematuria
  - B. Proteineuria subnefrotică
  - C. Multiplexul mononevritic
  - D. Hipertensiune arterială
  - E. Insuficiență renală progresivă
44. În tratamentul glomerulonefritei secundare sunt utilizate:
- A. Metilprednisolon
  - B. Amoxicilină
  - C. D-penicilamina
  - D. Ciclofosfamida
  - E. Azathioprine
45. Care dintre următoarele sunt afirmații corecte în legătură cu nefropatia IgA?
- A. Sindromul nefrotic se dezvoltă la majoritatea pacienților
  - B. Hematuria asimptomatică este un semn frecvent
  - C. Copiii <10 ani sunt mai frecvent afectați
  - D. Se găsesc depozite de IgA în mezangiul glomerular
  - E. Relația de timp cu infecțiile cu streptococi
46. Ce anticorpi pot fi găsiți la pacienții cu glomerulonefrită progresivă rapid datorită vasculitelor vaselor mici?
- A. ANCA-MPO
  - B. ANCA-PR3
  - C. Factorul reumatoid
  - D. Anticorpi Anti-Receptor Fosfolipaza A2 (anti-PLA2R)

- E. Anticorp anti-HBs
47. La un pacient cu vasculită ANCA asociată, care dintre următoarele investigații trebuie efectuate?
- A. Testarea tipului de ANCA
  - B. Analiza generală a urinei
  - C. Serologie autoimună, de exemplu anti-GBM, anti-ADN dublu catenar
  - D. CT toracic
  - E. Absorbtiometrie cu raze X cu energie dublă (DXA)
48. Ce boală se poate manifesta cu criza renală din sclerodermie?
- A. Lupusul eritematos sistemic
  - B. Scleroza sistemică
  - C. Scleroză multiplă
  - D. Artrita reumatoidă
  - E. Vasculita asociată ANCA
49. Ce propoziții sunt adevărate cu privire la criza renală din sclerodermie?
- A. Un sindrom de injurie renală acută cu creșterea tensiunii arteriale
  - B. Progresia spre boala renală stadiu final (până la 50%)
  - C. Este o complicație a artritei reumatoide
  - D. Inhibitorii ECA sunt elementul principal al terapiei
  - E. Biopsia rinichilor este necesară pentru a evalua informațiile despre prognostic
- 
50. Care dintre următoarele cauze pot duce la amiloidoză renală?
- A. Artrita reumatoidă
  - B. Boala cronică inflamatorie, cum ar fi artrita reumatoidă, artrita psoriazică
  - C. Infecții cronice, cum ar fi TBC, osteomielită
  - D. Maligne, cum ar fi carcinomul cu celule renale, limfom
  - E. Infecții acute, cum ar fi infecții acute ale tractului urinar, pneumonie
51. Care dintre următoarele teste trebuie efectuate la intervale regulate la un pacient cu lupus eritematos sistemic?
- A. Analiza generală de urină cu examinarea sedimentului urinar (pentru depistarea hematuriei și cilindrilor eritrocitari)
  - B. Estimarea proteinuriei
  - C. Creatinină serică și calcularea rata filtrării glomerulare
  - D. RMN al rinichilor cu contrast
  - E. CT cu faza urografică
52. De ce este importantă efectuarea unei biopsii renale la pacienții cu nefrita lopică?
- A. Tratamentul este ghidat de subtipul histologic
  - B. Biopsia renală este ieftină și nu este nevoie de costuri suplimentare
  - C. Prezentarea clinică poate să nu reflecte cu exactitate severitatea histologică
  - D. Biopsia renală ne poate ajuta în evaluarea implicării extrarenale în lupus
  - E. Biopsia renală este ușor de efectuat și interpretat, nu este nevoie de personal calificat
53. Care dintre următoarele teste imunologice pot fi găsite la un pacient cu nefrită lopică?
- A. Anticorpi antinucleari
  - B. Anti-ADN dublu catenari
  - C. C3 și C4 scăzute
  - D. Creșterea proteinei C-reactive
  - E. ANCA



54. Care dintre următoarele faze de tratament este inclus în managementul vasculitei ANCA asociate cu implicare renală?
- A. Inducerea remisiunii
  - B. Menținerea remisiunii
  - C. Tratamentul recidivelor
  - D. Inducerea recidivelor
  - E. Tratamentul acut
55. Ce artere sunt afectate cel mai adesea în poliarterita nodosa?
- A. Arterele renale
  - B. Aortă
  - C. Arterele interlobare
  - D. Arterele arcuate
  - E. Capilarele glomerulare
56. Care dintre următoarele organe pot fi afectate în vasculita IgA (purpura Henoch-Schönlein)?
- A. Pielea
  - B. Articulațiile
  - C. Rinichii
  - D. Plămâni
  - E. Sistemul nervos central