

## Contents

Simptoame și sindroame renale .....	1
CS .....	1
CM.....	7
Teste insuficiența renală acută.....	16
CS .....	16
CM.....	22
Boala cronică renală .....	31
CS .....	31
CM.....	37
Test nefropatii glomerulare.....	48
CS .....	48
CM.....	55
Nefropatiile Tubulointerstițiale și Infecțiile Tractului Urinar .....	65
CS .....	65
CM.....	68

## Simptoame și sindroame renale

### CS

1. Indicați care este răspunsul INCORECT referitor la examenul sumar de urina:
  - a. Reprezintă un examen microscopic
  - b. Reprezintă un examen macroscopic
  - c. Reprezintă un examen fizico-chimic
  - d. Se recoltează prima urina de dimineață
  - e. Reprezintă o investigație bacteriologică
2. Care din următoarele afirmații referitor la examenul bacteriologic al urinei este INCORECTĂ?
  - a. Sub 10.000 germeni/l reprezintă o bacteriurie ne semnificativă
  - b. Între 10.000-100.000 germeni/l - suspiciune de infecție
  - c. Peste 100.000 germeni/l – infecție urinară
  - d. Sub 1.000 germeni/l, nu se consideră infecție urinară
  - e. Sub 10.000 de germeni/l reprezintă o bacteriurie semnificativă

3. La examenul microscopic al urinei NU putem determina:
  - a. Celule epiteliale
  - b. Leucocite
  - c. Eritrocite
  - d. Cilindri (hialini, granuloși)
  - e. Turbiditatea
  
4. Alegeți afirmația INCORECTĂ referitor la examenul sumar de urina:
  - a. Reprezintă o investigație simplă, rapidă, ieftină
  - b. Este un test screening obligator la toți pacienții internați indiferent de maladie
  - c. Cel mai corect e colectarea primei urine de dimineața, colectată într-un recipient curat
  - d. În urgențe se poate colecta și pe parcursul zilei
  - e. Se efectuează doar la pacienții cu patologie renală
  
5. Radiografie panoramică a abdomenului este utilă pentru:
  - a. Pentru a determina starea vaselor rinichilor
  - b. Pentru caracterizarea maselor intrarenale, cum ar fi tumori, abcese, chisturi
  - c. Pentru a preciza localizarea rinichilor
  - d. Screening pentru boala polichistică
  - e. Pentru a preciza localizarea calculilor
  
6. Care din următoarele manifestări clinice reprezintă o tulburare de micție de volum?
  - a. Disuria
  - b. Micțiunea rară
  - c. Micțiunea dureroasă
  - d. Polakiuria
  - e. Poliuria
  
7. Polakiuria reprezintă:
  - 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. Incontinență de urină
  - e. Dificultate a actului micțional
  
8. 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. Incontinență de urină
  - e. Dificultate a actului micțional
  
9. Depistarea izolată a cilindrilor hialinici în urină demonstrează:
  - a. Glomerulonefrita cronică
  - b. Pielonefrita cronică
  - c. Amiloidoza renală
  - d. Patologie renală fără specificarea bolii
  - e. Nu are valoare diagnostică
  
10. Care din afirmațiile de mai jos definește incontinența urinară?

- 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. Necesitatea imperativă de urinare
  - e. Dificultate a actului micțional
11. Care din afirmațiile de mai jos definește micțiunea imperioasă?
- 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 pentru micție
  - e. Dificultate a actului micțional
12. Indicați afirmația INCORECTĂ referitor la retenția urinară:
- a. Este definită ca diminuarea incompletă a conținutului vezical cu apariția rezidului vezical
  - b. Poate fi completă sau incompletă
  - c. Poate fi acută sau cronică
  - d. Poate fi cu și fără distensia vezicală
  - e. Poate fi inițială sau terminală
13. Indicați care este afirmația INCORECTĂ referitor la micțiunii rare?
- a. Numărul de micții redus la 1-2/24 ore
  - b. Poate fi însoțită de oligurie
  - c. Poate apărea în megavezica congenitală sau dobândită
  - d. Apare frecvent în insuficiența renală acută
  - e. Frecvent apare la un aport crescut de lichide
14. Incontinența urinară la adulți NU poate fi:
- a. Adevărată
  - b. Falsă
  - c. Inconștientă
  - d. Involuntară
  - e. Fiziologică
15. Cea mai valoroasă metodă de depistare și apreciere a bacteriuriei este:
- a. Examenul microscopic al urinei
  - b. Cultura urinei
  - c. Examenul macroscopic al urinei
  - d. Examenul urinei cu bandelete
  - e. Calorimetria
16. Aprecierea sensibilității florei la preparatele antibacteriene:
- a. Are semnificație clinică importantă în maladiile renale
  - b. Nu are semnificație clinică
  - c. Are semnificație clinică doar în insuficiența renală
  - d. Are semnificație clinică doar în nefrita interstițială
  - e. Are semnificație clinică doar în glomerulonefrită
17. Definiți noțiunea de anurie:
- a. Scăderea diurezei < 100 ml în 24/h sau sub 4ml/h
  - 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 urinare
- e. Dificultate a actului micțional

18. Care din afirmațiile de mai jos definește nicturia:

- a. Volumul diurezei nocturne este egal sau îl depășește pe cel diurn
- b. Scăderea diurezei  $< 100$  ml în 24/h sau sub 4ml/h
- c. Creșterea diurezei peste 2000 ml/24 ore
- d. Emisia involuntara sau inconștientă de urina
- e. Nevoia de a urina imediat ce a apărut senzația de urinare

19. Opsiuria reprezintă:

- a. Eliminarea întârziată de urină de la momentul folosirii lichidelor
- b. Situația când volumul diurezei nocturne este egal sau îl depășește pe cel diurn
- c. Scăderea diurezei  $< 100$  ml în 24/h sau sub 4ml/h
- d. Creșterea diurezei peste 2000 ml/24 ore
- e. Emisia involuntara sau inconștientă de urina

20. Care din afirmațiile de mai jos definește hematuria:

- a. Prezența unui număr mai mare decât limitele normei a eritrocitelor în urina
- b. Prezența de puroi în urină
- c. Prezența de limfă în urină
- d. Prezența de lipide în urină
- e. Prezența proteinelor în urină

21. Definiți piuria:

- a. Prezența unui număr mai mare de eritrocite în urină
- b. Prezența leucocitelor și bacteriilor în urină
- c. Prezența de limfă în urină
- d. Prezența de lipide în urină
- e. Prezența proteinelor în urină

22. Ce reprezintă chiluria?

- a. Prezența unui număr crescut de eritrocite în urină
- b. Prezența de puroi în urină
- c. Prezența de limfă în urină
- d. Prezența de lipide în urină
- e. Prezența proteinelor în urină

23. Prin noțiunea de lipidurie înțelegem:

- a. Prezența unui număr crescut de eritrocite în urină
- b. Prezența de puroi în urină
- c. Prezența de limfă în urină
- d. Prezența de lipide în urină
- e. Prezența proteinelor în urină

24. Prin definiția de proteinurie fiziologică înțelegem:

- a. Excreția unui număr crescut de eritrocite în urină
- b. Excreție urinară de proteine  $>0,1-0,15$  g/24 h
- c. Excreție urinară de proteine  $<0,3-0,15$  g/24 h
- d. Excreție urinară de proteine  $<1,0$  g/24 h

e. Excreție urinară de proteine  $<0,1-0,15$  g/24 h

25. Selectați afirmația INCORECTĂ referitor la proteinuria tranzitorie:

- 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 depășesc 1g/24 ore

26. Selectați metoda care NU poate duce la diferențierea hematuriei din nefropatii 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

27. Selectați afirmația INCORECTĂ referitor edemului renal:

- a. Are tendința spre generalizare (anasarcă)
- b. Temperatura cutanată este normală
- c. Este moale
- d. Este localizat periorbital și gambe
- e. Se însoțește de temperatura locală tegumentară

28. Care din următorii factori cauzează proteinuria în sindromul nefritic acut?

- a. Creșterea fluxului de proteine
- b. Pierderea încărcăturii cationice a membranei bazale glomerulare
- c. Pierderea încărcăturii anionice a membranei bazale glomerulare
- d. Creșterea tensiunii arteriale sistemice
- e. Scăderea presiunii intraglomerulare.

29. Care dintre următoarele reprezintă principala cauză a hipertensiunii arteriale în sindromul nefritic acut?

- a. Creșterea nivelului bradikininei
- b. Expansiunea volumului extracelular de lichid
- c. Scăderea fluxului plasmatic renal
- d. Proteinuria
- e. Edemul cerebral

30. Edemul din sindromul nefritic acut este consecința:

- a. Hipoalbuminemiei
- b. Hipertensiunii arteriale
- c. Retenției de NaCl și apă
- d. Creșterii permeabilității capilare
- e. Hipovolemiei

31. Sindromul nefritic acut este:

- a. Manifestarea clinică a inflamației interstițiului renal.
- b. Manifestarea clinică a inflamației glomerulare acute.
- c. Manifestarea clinică a infecției glomerulare acute.
- d. Manifestarea clinică a infecției și inflamației interstițiului renal.

- e. Manifestarea clinică a infecției pielocaliciale.
32. Pentru precizarea cauzei sindromului nefritic acut "standardul de aur" este:
- Ecografia renală.
  - Scintigrafia renală.
  - Biopsia renală.
  - Arteriografia renală.
  - Tomografia computerizată renală.
33. Sindromul nefritic acut este consecința clinică a:
- Hipertensiunii arteriale maligne
  - Infecției corticalei renale
  - Inflamației glomerulare acute
  - Reacțiilor imune față de cantități mici de antigen la indivizii presensibilizați
  - Afectării renale în diabetul zaharat
34. Care din cele de mai jos NU caracterizează sindromul nefritic acut tipic:
- Debut acut
  - Hematuria macroscopică
  - Edemele
  - Hipotensiunea arterială
  - Hematuria microscopică
35. În sindromul nefritic acut în urina se depistează:
- Cilindri leucocitari
  - Cilindri hialini
  - Cilindri epiteliali
  - Cilindri hematici
  - Depozite de hemoglobina
36. Sindromul nefritic acut corelează morfopatologic clasic cu:
- Glomerulonefrita proliferativă
  - Glomeruloscleroza focală și segmentară cu hialinoză
  - Glomerulonefrita membrano-proliferativă
  - Glomerulopatie cu schimbări minimă
  - Glomerulonefrita membranoasă
37. Sindromul nefrotic pur se caracterizează mai frecvent prin:
- Hematurie macroscopică
  - Hipertensiune arterială
  - Prezența bolii cronice renale
  - Frecvența foarte joasă la copii
  - Edeme
38. Indicați răspunsul INCORECT referitor la sindromul nefrotic impur:
- Hematurie persistentă

- b. Hipertensiune arterială
  - c. Asociere cu boala cronică renală
  - d. Frecvența egală la adulți și copii
  - e. Este prezent doar la maturi
- 

## CM

39. Schimbarea culorii urinei poate fi influențată de:
- a. Caracterul alimentației
  - b. Cantitatea lichidelor consumate
  - c. Patologia sistemului nervos periferic
  - d. Patologia ficatului și căilor biliare
  - e. Fazele somnului
40. Care din manifestările de mai jos fac parte din sindromul nefritic acut tipic?
- a. Hematuria
  - b. Proteinuria
  - c. Azotemia
  - d. Retenția de sare și apă
  - e. Piuria
41. La examenul macroscopic al urinei putem determina:
- a. Turbiditatea
  - b. Culoarea
  - c. Mirosul
  - d. Cilindrii
  - e. pH-ul urinar
42. La examenul fizico-chimic al urinei putem determina:
- a. Densitatea
  - b. Proteinuria
  - c. pH-ul urinar
  - d. Culoarea
  - e. Mirosul
43. La examenul microscopic al urinei se determina:
- a. Celule epiteliale
  - b. Leucocite
  - c. Proteinele
  - d. Cilindri (hialini, granuloși)
  - e. Turbiditatea
44. Indicați care sunt tulburările de micțiune:
- a. Dizuria
  - b. Micțiunea rară
  - c. Micțiunea dureroasă
  - d. Anuria
  - e. Oliguria
45. Tulburările de micțiune sunt:
- a. Polakiuria

- b. Retenția de urină
- c. Incontinența de urină
- d. Poliuria
- e. Oliguria

46. Indicați care sunt tulburările de diureză (în 24 ore):

- a. Polakiuria
- b. Retenția de urina
- c. Incontinenta de urina
- d. Poliuria
- e. Oliguria

47. Indicați care sunt tulburările de diureză:

- a. Opsiuria
- b. Leucocituria
- c. Micțiunea dureroasa
- d. Anuria
- e. Nicturia

48. Care sunt indicațiile pentru ecografia renală?

- a. Pentru a determina dimensiunile rinichilor
- b. Pentru caracterizarea maselor intrarenale de regulă tumori, abcese, chisturi
- c. Pentru a preciza localizarea rinichilor
- d. Screening pentru boala polichistică
- e. Pentru stadializarea BCR

49. Specificați particularitățile durerii în colica renală:

- a. Diminuuă în clinostatism
- b. Diminua în ortostatism
- c. Iradiază spre organele genitale
- d. Iradiază spre flancurile abdomenului
- e. Se accentuează la vibrație

50. Durerea colicativă se dezvoltă mai frecvent în caz de:

- a. Calculi renali
- b. Cheaguri de sânge în tractul urinar
- c. Rinichi polichistic
- d. Glomerulonefrită
- e. Pielonefrita cronică

51. Precizați caracterul durerii în nefropatiile glomerulare acute:

- a. Durere violentă
- b. Durere surdă
- c. Intensitate mica
- d. Intensitate medie
- e. De obicei durere continuă

52. Precizați caracterul durerii în nefropatiile interstițiale:

- a. Durere violentă
- b. Caracter colicativ
- c. Intensitate mica



- d. Intensitate mare
- e. De obicei durere continuă

53. Precizați caracterul durerii în nefropatiile glomerulare cronice:

- a. Durere violentă
- b. De tip jenă lombară
- c. Intensitate mica
- d. Intensitate mare
- e. De obicei bilaterală

54. Indicați care sunt preparatele ce pot ameliora colica reno-ureterală:

- a. Spasmoliticele
- b. Antiinflamatoarele
- c. Diureticele
- d. Antibioticele
- e. Analgezicele

55. Indicați care sunt preparatele INEFICIENTE în ameliorarea colicii reno-ureterale:

- a. Spasmoliticele
- b. Antiinflamatoarele
- c. Antihipertensive
- d. Analgezicele
- e. Antibioticele

56. Indicați afirmațiile corecte ce caracterizează durerea vezicală:

- a. Are localizare supra pubiana
- b. Iradiază spre uretra și perineu
- c. Nu iradiază spre uretra și perineu
- d. Are caracter de jenă dureroasă, arsuri
- e. Nu cedează niciodată după sondaj vezical

57. Care afecțiuni cel mai frecvent provoacă durerea vezicală:

- a. Cistite acute și cronice
- b. Afecțiuni prostatice
- c. Tumori ale vezicii urinare
- d. Retenția acută de urină
- e. Litiaza uretrala

58. Indicați afirmațiile corecte ce caracterizează durerea pelvipericineală:

- a. Are caracter de tensiune
- b. Are caracter de jena dureroasă
- c. Iradiază spre organele genitale externe
- d. Nu iradiază spre organele genitale externe
- e. Este însoțită de tulburări micționale

59. Polakiuria poate fi:

- a. Cu urine clare
- b. Cu urine tulbure
- c. Diurnă
- d. Nocturnă
- e. Polakiuria nu poate fi însoțită de poliurie

60. Indicați care sunt afecțiunile ce pot provoca polakiuria:
- Procese inflamatorii a vezicii urinare
  - Procese tumorale vezicii urinare
  - Anomalia colului vezical
  - Adenom de prostată
  - Insuficiența renală cronică terminală
61. Conform clasificării hematuria poate fi:
- Inițială
  - Totală (completă)
  - Terminală
  - Cronică
  - Fiziologică
62. Care sunt afecțiunile ce provoacă cel mai des disuria?
- Patologia prostatei
  - Afecțiuni a vezicii urinare
  - Patologia sistemului cardio-vascular
  - Afecțiuni ale uretrei
  - Ptoza renală
63. Indicați afecțiunile ce pot provoca micțiunea dureroasă:
- Cistite
  - Uretrite
  - Afecțiuni ale sistemului nervos periferic
  - Afecțiuni de col vezical
  - Afecțiuni neurologice centrale
64. Indicați afirmațiile corecte referitor retenției urinare?
- Este definită ca diminuarea incompletă a conținutului vezical cu apariția rezidului vezical
  - Poate fi completă sau incompletă
  - Poate fi acută sau cronică
  - Cu distensie vezicală
  - Poate fi inițială sau terminală
65. Care sunt cauzele retenției urinare?
- Obstructive
  - Vezica neurogenă
  - Tulburări de reflux sau a actului micțional
  - Anomalia colului vezical
  - Glomerulonefrită cronică
66. Incontinența urinară la adult poate fi:
- Adevărată
  - Ișuria paradoxală
  - Accidentală
  - Involuntară
  - Fiziologică
67. Care din afirmațiile de mai jos caracterizează micțiunea rară?

- a. Numărul de micții redus la 1-2/24 ore
- b. Poate fi însoțită de oligurie
- c. Poate apărea în megavezica congenitală sau dobândită
- d. Apare frecvent în insuficiența renală acută
- e. Frecvent apare la un aport crescut de lichide

68. Poliuria poate fi:

- a. Fiziologică și patologică
- b. Tranzitorie sau permanentă
- c. De cauza renală sau extrarenală
- d. Acută sau cronică
- e. Completă sau incompletă

69. Care sunt cauzele poliuriei tranzitorii?

- a. Fiziologice
- b. Patologice
- c. În urma administrării medicamentelor
- d. După expunerea la frig
- e. Amiloidoza renală

70. Care din afirmațiile de mai jos NU 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. Micții nocturne frecvente
- e. Dificultate a actului micțional

71. Indicați afirmațiile corecte ce caracterizează oliguria:

- a. Reprezintă diureza <500 ml/24ore
- b. Diureza peste 500 ml/24ore
- c. Poate fi fiziologică sau patologică
- d. Apare în urma administrării diureticilor
- e. Diureză mai mică de 50 ml

72. Clasificați anuria:

- a. Parazitară
- b. Virală
- c. Cauza prerenală
- d. Cauza renală
- e. Cauza postrenală

73. Precizați care este etiologia chiluriei:

- a. Parazitară
- b. Neparazitară
- c. Infecțioasă
- d. Idiopatică
- e. Autoimună

74. Conform clasificării din punct de vedere imunochimic proteinuria poate fi:

- a. Selectivă
- b. Neselectivă
- c. Tubulară
- d. Inițială
- e. Terminală

75. Conform mecanismelor de producere, proteinuria poate fi:

- a. Prerenală
- b. Renală
- c. Postrenală
- d. Inițială
- e. Terminală

76. Selectați afirmațiile corecte ce corespund clasificării proteinuriei glomerulare:

- a. Selectivă
- b. Neselectivă
- c. Nefrotică
- d. Subnefrotică
- e. Inițială

77. Selectați afirmațiile corecte despre proteinuria tranzitorie :

- a. Apare în stări febrile
- b. Poate apărea la 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 depășesc 1g/24 ore

78. În care din următoarele situații proteinuria poate apărea mai frecvent?

- a. La prezența sindromului nefrotic
- b. În glomerulonefrite
- c. După un efort fizic intens
- d. În timpul febrei
- e. După examen ultrasonografic

79. Conform clasificării hematuria poate fi:

- a. Microscopică
- b. Macroscopică
- c. Inițială /terminală
- d. Doar microscopică
- e. Fiziologică

80. Macrohematuria poate fi:

- a. Inițială
- b. Terminală
- c. Totală
- d. Cu urină de culoare verde
- e. Cu urină transparentă

81. Precizați care sunt cauzele ce provoacă hematuria:

- a. Boli hematologice
- b. Vasculite sistemice

- c. Boli articulare degenerative
- d. Post medicamentos (AINS)
- e. Hipotensiunea arteriala

82. Precizați care sunt cauzele ce pot provoca hematuria:

- a. Glomerulonefrită
- b. Tumori renale
- c. Polichistoza renală
- d. Anomalii congenitale
- e. Vârsta înaintată

83. Afecțiunile ce provoacă mai frecvent piuria sunt:

- a. Maladii purulente renale
- b. Maladii a vezicii urinare
- c. Boli uretro-prostatice
- d. Hipertensiunea arterială
- e. Hipotensiunea arterială

84. Selectați care sunt caracteristicile edemului renal:

- a. Este moale
- b. Lasă ușor godeu
- c. Nu lasă godeu
- d. Este mai accentuat dimineața
- e. Este mai accentuat seara

85. Anomalii urinare asimptomatice sunt:

- a. Proteinuria
- b. Anuria
- c. Hematuria
- d. Poliuria
- e. Leucocituria

86. Sindromul nefritic acut tipic se caracterizează prin:

- a. Hematurie macroscopică
- b. Edeme
- c. Proteinurie nefrotică
- d. Oligurie
- e. Hipertensiune

87. În forma severă, sindromul nefritic acut se asociază cu:

- a. Inflamația acută a majorității glomerulilor
- b. Aspect histologic de glomerulonefrită proliferativă focală
- c. Afectarea a sub 50% din glomeruli
- d. Aspect histologic de glomerulonefrită proliferativă acută difuză
- e. Proliferare celulară limitată la mezangiu

88. Selectați manifestări ce definesc sindromul nefrotic pur:

- a. Proteinurie peste 3,5 g/ 24h
- b. Lipiduria
- c. Hematuria
- d. Cilindruria cu cilindri granuloși
- e. Osmolaritate urinară < 350 mOsm/L

89. Principalele elemente diagnostice ale sindromului nefrotic pur sunt:
- Proteinurie > 3,5 g/24ore
  - Hipertensiunea arterială
  - Hipoalbuminemia
  - Hiperlipidemia
  - Hipercoagulabilitatea
90. Sindromul nefrotic la adult mai frecvent este provocat de:
- Nefropatia tubulo-interstițială
  - Boala Berger
  - Glomeruloscleroza focală și segmentară
  - Glomerulopatia membranoasă
  - Glomerulonefrita membranoproliferativă
91. Tratamentul proteinuriei în sindromul nefrotic include:
- Blocanții canalului de calciu
  - Diuretice tiazidice
  - Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei
  - Inhibitori anhiotenzinei II
  - Diuretice de ansă
92. Preparatele anticoagulante în sindromul nefrotic sunt indicate în caz de:
- Edemul este generalizat cu anasarcă
  - Sunt semne de tromboză venoasă profundă
  - Sunt semne de tromboză arterială
  - Apare tromboembolismul pulmonar
  - Există semne de insuficiență renală cronică
93. Printre manifestările și complicațiile sindromului nefrotic se numără:
- Erupții hemoragice
  - Hiperlipidemia
  - Tromboză
  - Hipercalcemia
  - Embolismul pulmonar
94. Proteinuria din sindromul nefrotic poate fi consecința:
- Scăderii reabsorbției tubulare de proteine filtrate la nivel glomerular
  - Alterării încărcăturii electronegative a membranei bazale glomerulare
  - Concentrației plasmatice excesive de lanțuri ușoare de imunoglobuline
  - Alterărilor structurale ale membranei bazale glomerulare
  - Modificării arhitecturii podocitelor
95. Mai frecvent, sindromul nefrotic la adulți este determinat de:
- Nefropatia diabetică
  - Glomeruloscleroza focală și segmentală
  - Nefroangioscleroza benignă

- d. Pielonefrita cronică
- e. Glomerulonefrita membranoasă

96. Formarea edemelor în sindromul nefrotic este explicată prin:

- a. Scăderea presiunii oncotice plasmatice
- b. Activarea sistemului renina-angiotensina-aldosteron
- c. Creșterea secreției de vasopresină
- d. Instalarea trombozei de venă renală
- e. Retenția de apă și sare

97. Biopsia renală, în sindromul nefrotic:

- a. Trebuie evitată în caz de tulburări de coagulare grave
- b. Este o metoda valoroasă la adulți cu sindrom nefrotic pentru precizarea diagnosticului, orientarea tratamentului și formularea prognosticului
- c. Este necesară la majoritatea copiilor cu sindrom nefrotic
- d. Nu este necesară la majoritatea copiilor cu sindrom nefrotic
- e. Nu este necesară la adulții cu sindrom nefrotic

98. Tratamentul edemelor în sindromul nefrotic:

- a. Necesită restricție de sodiu (1-2g/zi)
- b. Necesita doze mari de diuretice de ansă pentru a reduce edemele cât mai rapid
- c. Necesită administrarea, întotdeauna, de albumină desodată pentru a crește presiunea oncotică a plasmei
- d. Trebuie să evite îndepărtarea unei cantități mai mari decât 1 l de lichid pe zi
- e. Necesita administrarea doar a diureticelor antialdosteronici

99. Selectați afirmațiile ce caracterizează sindromul nefritic acut tipic:

- a. Debut acut
- b. Hematurie macroscopică
- c. Edeme
- d. Hipotensiune arterială
- e. Hematurie microscopică

100. Care sunt indicațiile pentru Tomografie Computerizată renală?

- a. Pentru a determina dimensiunile rinichilor
- b. Pentru caracterizarea maselor intrarenale de regulă tumori, abcese, chisturi
- c. Pentru a preciza localizarea rinichilor
- d. Pentru diagnosticul diferențial
- e. Pentru stadializarea BCR

# Teste insuficiența renală acută

## CS

1. Nefropatia interstițială acută care generează insuficiența renală acută, este indusă cel mai frecvent de:
  - a) Analgezice și antiinflamatoare nesteroidiene
  - b) Intoxicația cu insecticide organoclorurate
  - c) Ceaiuri cu plante chineze
  - d) Litiaza renală bilaterală
  - e) Antigene tumorale
2. Insuficiența renală acută de cauza glomerulară se manifestă clinic prin:
  - a) Oliguria cu purpură și febra asociată sindromului de insuficiența renală acută
  - b) Anurie, hiperhidratare, febră, sindrom edematos
  - c) Insuficiența renală acută asociată cu sindrom nefritic
  - d) Tromboză bilaterală de venă renală
  - e) Proteinurie, hematurie, anemie și insuficiență renală
3. Insuficiența renală acută de cauza renală este produsă de:
  - a) Afectarea unuia din segmentele nefronului sau a vaselor
  - b) Anomalii reversibile ale perfuziei renale
  - c) Polichistoza renală autozomal dominantă a adultului
  - d) Consumul de analgezice
  - e) Tratamentul cu hipotensoare (inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei, sartane, blocați de Ca)
4. Manifestările clinice ale insuficienței renale acute din nefropatia interstițială acută sunt:
  - a) Edem, proteinurie, hipertensiunea arterială și insuficiența renală acută
  - b) Durere lombară unilaterală, febra, polakiurie, leucociturie, hematurie, purpură
  - c) Tuse, febra, sindrom hemoragipar
  - d) Febra, rash cutanat, artralgi, eozinofilie, creșterea creatininei serice și diureza deseori conservată
  - e) Epigastralgi, leucocitoza, oprirea tranzitului intestinal, stare generală alterată, creșterea creatininei serice
5. În care dintre următoarele boli, insuficiența renală acută poate să se prezinte cu depozite intratubulare obstructive?
  - a) Diabetul zaharat tip 1
  - b) Sindromul Alport
  - c) Mielomul multiplu
  - d) Hipovolemie
  - e) Lipodistrofia
6. Sindromul hepatorenal este o:
  - a) Formă de insuficiență renală cronică consecutivă cirozei hepatice
  - b) Formă de insuficiență renală cronică prin necroză tubulară acută
  - c) Formă de insuficiență renală acută prerenală
  - d) Intoxicație cu o substanță nefro- si hepatotoxică



- e) Glomerulonefrita la pacienții cu hepatită acută
7. Din punct de vedere anatomopatologic, leziunea principală din insuficiența renală acută ischemică/toxică este:
- Proliferarea extracapilară glomerulară
  - Proliferarea tubulară
  - Vasculita
  - Necroza tubulară acută
  - Infiltratul leucocitar în ansele glomerulare
8. Hiperkaliemia din insuficiența renală acută se tratează cu:
- Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
  - Carbonat de calciu
  - Hemodializă
  - Stoparea administrării de antiacide
  - Nutriție parenterală
9. Hipocalcemia, complicație a insuficienței renale acute, se poate manifesta prin următoarele, cu EXCEPȚIA:
- Parestezii periorale
  - Scurtarea intervalului QT
  - Modificări nespecifice ale undei T
  - Convulsii
  - Confuzie
10. Care manifestare din următoarele sugerează insuficiența renală acută:
- Osteodistrofia renală
  - Neuropatia
  - Creșterea rapidă a ureei și creatininei serice
  - Rinichii mici sau cicatrici renale evidențiabile radiologic
  - Proteinuria nefrotică
11. Alegeți afirmația corectă referitor la funcția renală în insuficiența renală acută :
- Se alterează rapid
  - Se alterează lent
  - Nu are loc alterarea funcției renale
  - Nu este însoțită de alterarea structurilor morfologice ale rinichilor
  - Crește marcat
12. Care este cea mai frecvent întâlnită forma a insuficienței renale acute după clasificarea etiopatogenetică :
- Intrinsecă
  - Prerenală
  - Obstructivă
  - Toxică
  - Infecțioasă
13. Tabloul clinic a insuficienței renale acute include următoarele stadiile, CU EXCEPȚIA:
- De debut
  - De acutizare
  - De restabilire a diurezei

- d) De recuperare(vindecare)
- e) De oligurie

14. Stadiul de debut a insuficienței renale acute durează:

- a) De la câteva ore pînă la 2-3 zile
- b) 3-4 săptămâni
- c) 10-15 zile
- d) 2-3 luni
- e) 20-30 de minute

15. În care stadiu al tabloului clinic al insuficienței renale acute apare sindromul de azotemie?

- a) Stadiul oligoanuric
- b) Stadiul de poliurie
- c) Stadiul de debut
- d) Stadiul de recuperare
- e) Stadiul de acutizare

16. Care indice de laborator este caracteristic pentru începutul stadiului de recuperare al insuficienței renale acute:

- a) Normalizarea azotemiei
- b) Normalizarea hemoglobinei
- c) Normalizarea diurezei
- d) Normalizarea tensiunii arteriale
- e) Ureea crescută

17. Indicați frecvența monitorizării diurezei la pacienți cu insuficiență renală acută în stadiul incipient:

- a) Fiecare 2-3 ore
- b) Fiecare oră
- c) Odată în 24 de ore
- d) Fiecare 4 ore
- e) Fiecare 12 ore

18. Care nivel de potasemie prezintă risc vital pentru pacientul cu insuficiență renală acută:

- a)  $K^+ < 3,5$  mEq/l fără modificări ECG
- b)  $K^+ > 7$  mEq/l asociat cu modificări ECG
- c)  $K^+ 6,5-7$  mEq/l fără modificări ECG
- d)  $K^+ 4$  mEq/l fără modificări ECG
- e)  $K^+ 5$  mEq/l fără modificări ECG

19. Indicați măsura cea mai rapidă de a micșora K seric la pacientul cu insuficiență renală acută:

- a) Insulină + glucoză, gluconatul de calciu
- b) Bicarbonat de sodiu
- c) Hemodializă
- d) Diuretice de ansă
- e) Manitol

20. Tratamentul cel mai eficace al edemului pulmonar acut din cadrul insuficienței renale acute este:

- a) Ultrafiltrarea prin hemodializă de urgență
- b) Oxigenoterapia
- c) Nitroglicerina
- d) Diuretice de ansă
- e) Antibioticoterapia

21. Administrarea substanței de contrast iodate poate provoca insuficiența renală acută prin:

- a) Necroză tubulară acută
- b) Creșterea ratei filtrării glomerulare
- c) Scăderea ratei filtrării glomerulare sub 15 ml/min
- d) Mecanisme autoimune
- e) Hipovolemie

22. Insuficiența renală acută de cauză renală (intrinsecă) prin afectare glomerulară se întâlnește în:

- a) Glomerulonefrita rapid progresivă
- b) Pielonefrită acută
- c) Embolie a arterei renale
- d) Necroza tubulară acută toxică
- e) Nefrita interstițială acută alergică

23. Indicați semnul nespecific pentru insuficiența renală acută:

- a) Debut acut
- b) Oligurie
- c) Micșorarea în volum a rinichilor
- d) Hiperkaliemie
- e) Hipotensiune arterială

24. Care este cea mai frecventă complicație a insuficienței renale acute:

- a) Hipertensiunea arterială
- b) Hipokaliemie
- c) Infecții bacteriene acute
- d) Insuficiența cardiacă congestivă
- e) Hiperparatiroidism secundar

25. Care dintre următoarele antihipertensive ar trebui folosite cu precauție în insuficiența renală acută?

- a) Furosemidul
- b) Blocanții canalelor de calciu
- c) Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
- d)  $\beta$ -blocanții
- e) Clonidina

26. În care dintre următoarele situații este util tratamentul cu plasmafereză în insuficiența renală acută?

- a) Insuficiența renală acută prerenală
- b) Insuficiența renală acută în sepsis
- c) Insuficiența renală acută obstructivă renală
- d) Insuficiența renală acută obstructivă intratubulară
- e) Insuficiența renală acută în vasculite ANCA pozitive

27. În care dintre următoarele situații rabdomioliza are un risc mai mare de a duce la insuficiență renală acută?
- Anemie
  - Hipocalcemie
  - Hiponatremie
  - Alcaloza
  - Hipovolemie
28. Care dintre următoarele medicamente mai frecvent pot duce la nefropatie acută toxică (necroza tubulară acută):
- Digoxina
  - Aminoglicozidele
  - Bifosfonații
  - Diureticele
  - Preparatele de vitamina D
29. În care situație se produce insuficiența renală acută prin mecanism prerenal:
- Embolie pulmonară masivă
  - Veziică neurogenă
  - Fibroză retroperitoneală
  - Sindrom hemolitic-uremic
  - Leptospiroză
30. În azotemia prerenală indusă de pierderi de plasmă (arsuri) se administrează:
- Concentrat eritrocitar
  - Soluții izotone saline
  - Soluții hipotone saline
  - Soluții saline hipertone
  - Diuretice
31. Alegeți cauza de insuficiență renală acută (azotemie prerenală) ireversibilă :
- Debitul cardiac scăzut
  - Vasodilatația sistemică
  - Vasoconstricția renală
  - Mielomul multiplu
  - Necroza corticală renală bilaterală
32. Creșterea ureei serice, scăderea eliminărilor de Na urinar, oliguria, sunt caracteristice pentru care stadiu de insuficiența renală acută?
- Insuficiența renală acută incipientă
  - Faza de recuperare
  - Oligoanurie
  - Restabilirea diurezei
  - Insuficiența renală acută intrinsecă cu diureză păstrată
33. Care formă a insuficienței renale acute cauzate de hipoperfuzie poate fi reversibilă în 1-2 săptămâni, la o terapie adecvată:
- Azotemie extrarenală
  - Insuficiența renală acută intrinsecă cu diureză păstrată
  - Insuficiența renală acută intrinsecă faza poliurică
  - Insuficiența renală acută intrinsecă oligurică

- e) Insuficiența renală acută intrinsecă anurică
34. Care din următoarele complicații a insuficienței renale acute condiționează, în cea mai mare măsură, rata mortalității:
- a) Complicațiile infecțioase
  - b) Tulburările hidro-electrolitice
  - c) Tulburările acido-bazice
  - d) Complicațiile hematologice
  - e) Complicațiile cardio-vasculare
35. Care este cauza insuficienței renale acute cu riscul de mortalitate de peste 80%:
- a) Insuficiența renală acută prin nefrotoxice
  - b) Insuficiența renală acută după arsuri
  - c) Insuficiența renală acută medicale
  - d) Insuficiența renală acută post avort
  - e) Insuficiența renală acută infecțioase
36. Dopamina are efecte favorabile, dacă se administrează în primele 24 de ore după instalarea anuriei, mai ales în:
- a) Insuficiența renală acută după operații pe cord deschis
  - b) Insuficiența renală acută prin nefrotoxice
  - c) Insuficiența renală acută prin arsuri
  - d) Azotemia prerenală
  - e) Insuficiența renală acută post avort
37. Care mecanism stă la baza dezvoltării insuficienței renale acute ischemice:
- a) Hipoperfuzia renală cu scăderea filtrării glomerulare
  - b) Necroza tubulară acută
  - c) Anuria
  - d) Poliurie
  - e) Dereglări hidro-electrolitice
38. Anuria în cadrul insuficienței renale acute se definește prin:
- a) Diureza < 400 ml/24 ore
  - b) Diureza redusă, relatată de către bolnav
  - c) Diureza < 50 ml/24 ore
  - d) Diureza < 500ml/24 ore
  - e) Diureza > 500 ml/24 ore
39. Insuficiența renală acută se definește prin:
- a) Scădere bruscă și importantă a filtrării glomerulare care duce la creșterea creatininei serice
  - b) Creșterea creatininei serice mai mult de 0,5 mg/dl în 24h
  - c) Oliguria
  - d) Creșterea bruscă a ureei peste 100mg/dl în 48h
  - e) Anemie, leucocitoză, uree > 150mg/dl
40. Dilatarea pielocaliceală bilaterală evidențiată prin teste de imagistică, însoțită de creșterea bruscă a creatininei serice, poate fi secundară:
- a) Boalii cronice renale datorate litiazei renale
  - b) Insuficienței hepatice
  - c) Fibrozei retroperitoneale după iradiere
  - d) Infarctului miocardic

e) Insuficienței renale acute obstructive

41. În cadrul insuficienței renale acute obstructive prin cancer de prostată, tratamentul de elecție constă în:

- a) Hemodializa veno-venoasă continuă
- b) Drenaj urinar de urgență prin sonda vezicală sau cateter suprapubian
- c) Ureterostomie
- d) Dializa peritoneală
- e) Reechilibrare hidro-electrolitică și acido-bazică

42. Manitolul de 20% are efect favorabil în insuficiența renală acută, mai ales în:

- a) Insuficiența renală acută prin nefrotoxice
- b) Insuficiența renală acută post avort
- c) Insuficiența renală acută prin arsuri
- d) Insuficiența renală acută postoperatorii
- e) Azotemia prerenală

## CM

43. Etiopatogenetic, insuficiența renală acută se împarte în :

- a) Prerenală
- b) Intrinsecă
- c) Postrenală (obstructivă)
- d) Normovolemică
- e) Postinfecțioasă

44. Necroza tubulară acută, drept cauză a insuficienței renale acute, patogenetic se împarte în :

- a) Ischemică
- b) Toxică
- c) Alergică
- d) Infecțioasă
- e) Infiltrativă

45. Nefrita interstițială acută drept cauză a insuficienței renale acute, etiopatogenetic se împarte în :

- a) Alergică
- b) Infecțioasă
- c) Infiltrativă
- d) Ischemică
- e) Toxică

46. Printre semnele de deshidratare se numără:

- a) Turgorul cutanat redus
- b) Hipotensiunea arterială
- c) Bradicardia
- d) Scăderea debitului urinar
- e) Creșterea presiunii venoase centrale

47. Care dintre următoarele manifestări se pot întâlni în insuficiența renală acută obstructivă?

- a) Durerea lombară sau suprapubiană
- b) Oliguria
- c) Proteinuria masivă

- d) Hipertensiunea arterială severă
- e) Hipofosfatemia marcată

48. Insuficiența renală acută intrinsecă poate să apară în:

- a) Glomerulonefritele acute
- b) Sindromul Fanconi
- c) Nefropatia toxică sau ischemică acută (necroza tubulară acută)
- d) Nefritele interstițiale acute
- e) Glomeruloscleroza segmentală focală

49. Azotemia postrenală poate fi determinată de:

- a) Obstrucția acută a arteriolelor aferente
- b) Obstrucția unui ureter, dacă rinichiul contralateral este funcțional
- c) Obstrucția ambelor uretere
- d) Obstrucția unui ureter, dacă rinichiul contralateral este nefuncțional
- e) Obstrucția colului vezical

50. Obstrucția subvezicală a tractului urinar poate fi produsă de:

- a) Adenomul de prostată
- b) Carcinomul de prostată
- c) Vezica neurogenă
- d) Ligatura accidentală a unui ureter
- e) Hipovolemie

51. Insuficiența renală acută mioglobinurică se poate întâlni după:

- a) Traumatisme extinse
- b) Ischemie musculară (de ex. după obstrucții arteriale la nivelul membrelor)
- c) Hipertensiunea arterială
- d) Mielomul multiplu
- e) Hiperuricozurie

52. Alterarea funcției renale în insuficiența renală acută duce la :

- a) Retenție azotată
- b) Dereglări hidroelectrolitice
- c) Dereglări acido-bazice
- d) Hipovolemie
- e) Hidronefroza

53. Stadiile evolutive ale insuficienței renale acute sunt:

- a) De debut
- b) De oligurie
- c) De restabilire a diurezei
- d) De recuperare (vindecare)
- e) Remisie

54. Indicați fazele stadiului trei al insuficienței renale acute:

- a) Faza diurezei precoce
- b) Faza poliurică
- c) Faza de debut
- d) Faza oligurică
- e) Faza anurică

55. Obiectivele tratamentului insuficienței renale acute sunt:
- Prevenirea și înlăturarea cauzelor care inițiază insuficiența renală acută
  - Restabilirea și îmbunătățirea funcției renale
  - Reechilibrarea acido-bazică și hidro-electrolitică
  - Prevenirea și combaterea complicațiilor
  - Nefrectomie bilaterală
56. Enumerați principiile de terapie în corijarea dereglărilor hemodinamice la pacienți cu insuficiență renală acută prerenală:
- Hemodiluție artificială
  - Ameliorarea reologică sangvină
  - Diureză forțată
  - Antibioticoterapie
  - Tratament de substituție funcției renale
57. Enumerați principiile de tratament la pacienți cu insuficiență renală acută prerenală:
- Restabilirea volumului circulant
  - Tratament de substituție funcției renale
  - Corecția dezechilibrului acido-bazic
  - Stoparea eventualelor hemoragii
  - Antibioticoterapie
58. Tratamentul nespecific al edemului pulmonar acut în insuficiența renală acută include:
- Bronhodilatatoare
  - Menținerea pacientului în poziția șezândă
  - Oxygenoterapia
  - Diuretice de ansă
  - Nitroglicerina
59. Alegeți indicațiile absolute pentru inițierea dializei la pacienți cu insuficiența renală acută:
- Hiperpotasemie  $> 6,5$  mmol/l
  - Acidoză metabolică severă ( $\text{pH} < 7,2$ )
  - Anuria  $> 24$  ore
  - Hemoglobina serică  $< 100$  g/l
  - Diureza  $\leq 500$  ml/24 ore
60. Complicațiile uremiei în insuficiența renală acută sunt:
- Pericardită uremică
  - Encefalopatie uremică
  - Anemie uremică
  - Hipercalcemie
  - Anurie
61. Factorii de risc implicați în apariția insuficienței renale acute secundară administrării substanțelor de contrast iodate sunt:
- Boala cronică renală preexistentă
  - Nefropatia diabetică
  - Cantități excesive de substanță de contrast
  - Hipovolemie
  - Obezitate



62. Selectați cauzele renale (intrinseci) de injurie renală acută (insuficiență renală acută):
- a) Pancreatită acută
  - b) Septicemie cu bacterii gram-negative
  - c) Nefrită interstițială alergică
  - d) Litiază ureterală
  - e) Glomerulonefrită rapid progresivă
63. Indicați manifestările specifice pentru tabloul clinic a insuficienței renale acute:
- a) Oligoanurie
  - b) Debut acut
  - c) Hiperkaliemie
  - d) Hipovolemie
  - e) Paratiroidism secundar
64. În care din următoarele situații inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei ar trebui folosiți cu precauție specială?
- a) Stenoza ureterală unilaterală
  - b) Stenoza unilaterală a arterei renale
  - c) Stenoza unilaterală a arterei renale a unicului rinichi funcțional
  - d) Stenoza bilaterală a arterei renale
  - e) Stenoza pielocaliceală unilaterală
65. Care din următoarele medicamente pot induce vasoconstricția intrarenală, mai ales în condiții de hipovolemie?
- a) Agenții de radiocontrast
  - b) Ciclosporina
  - c) Cefalosporine de generația a IV-a
  - d) Amfotericina
  - e) Spironolactona
66. Insuficiența renală acută ischemică apare, cel mai frecvent, după:
- a) Intervenție chirurgicală cardio-vasculară
  - b) Traumatisme severe
  - c) Hemoragii
  - d) Septicemii
  - e) Administrarea aminoglicozidelor
67. Nefropatia interstițială acută din cadrul insuficienței renale acute este o complicație tipică în tratamentul bolilor:
- a) Limfoproliferative
  - b) Mieloproliferative
  - c) Tromboembolice pulmonare
  - d) Ischemice renale
  - e) Polichistice

68. Care dintre următoarele medicamente trebuie evitate sau folosite cu precauție la pacienții hipovolemici?
- Diureticele
  - Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei II
  - Antiinflamatoarele nesteroidiene
  - Vitaminele din grupul B
  - Antibioticele
69. Care dintre următoarele măsuri terapeutice sunt indicate la pacienții cu insuficiență renală acută în stadiul de oligoanurie:
- Restricția aportului de sare și de apă
  - Restricția de glucide
  - Restricția de proteine
  - Dializa cu ultrafiltrare
  - Doze mari de spironolactona
70. Alegeți indicațiile inițierii hemodializei în insuficiența renală acută:
- Angina pectorală la oligurici
  - Hiperhidratarea la oligurici
  - Deshidratarea extremă
  - Hiperkaliemia 9 mmol/L la oligurici
  - Poliuria care nu poate fi controlată medicamentos
71. Care dintre următoarele categorii de factori etiologici pot duce la insuficiența renală acută prerenală:
- Hipovolemia
  - Sechestrarea lichidelor în spațiul extravascular
  - Scleroza tubilor
  - Scleroza glomerulilor
  - Proliferarea celulelor endoteliale renale
72. Enumerați principiile de tratament la pacienți cu insuficiență renală acută intrinsecă
- Restabilirea volumului circulant
  - Tratament de substituție funcției renale
  - Corecția disechilibrului acido-bazic
  - Diureza forțată
  - Tratamentul patologiei renale cauzale
73. La un pacient cu insuficiență renală acută, proteinuria de peste 2 g/24 ore poate sugera:
- Toxicitate tubulară după administrare de digoxină
  - Glomerulonefrită acută
  - Necroza tubulară acută
  - Mielomul multiplu
  - Toxicitate tubulară după administrarea aminoglicozidelor
74. Elemente clinice care sunt în favoarea diagnosticului de insuficiență renală acută prerenală pot fi:
- Setea
  - Hipertensiunea ortostatică
  - Presiunea venoasă jugulară crescută
  - Vertijul ortostatic
  - Turgorul cutanat scăzut

75. Medicamente responsabile de producerea insuficienței renale acute intrinseci prin necroză tubulară acută sunt:

- a) Cisplatina
- b) Trimetoprim
- c) Peniciline
- d) Acyclovir
- e) Aminoglicozide

76. Următoarele afirmații referitor la complicațiile insuficienței renale acute sunt corecte:

- a) Alcaloza metabolică poate exacerba hiperkalemia
- b) Acidoza metabolică este severă în intoxicația cu etilenglicol
- c) Anemie severă în absența hemoragiei poate sugera microangiopatie trombotică
- d) Infecția poate complica 50-90% dintre cazurile de insuficiență renală acută
- e) Potasiul seric scade cu 2 mmol/l/zi în insuficiența renală acută oligoanurică

77. Indicațiile absolute pentru inițierea dializei în insuficiența renală acută sunt:

- a) Hipocalcemia
- b) Hiponatremia
- c) Semnele sindromului uremic
- d) Hipervolemia severă
- e) Hiperkaliemia rezistentă la măsurile conservative

78. Rabdomioliza în cursul insuficienței renale acute este sugerată de:

- a) Creșterea creatin-kinazei serice (izoenzima MM)
- b) Hipercalcemie
- c) Hiperuricemie
- d) Hiperkaliemie
- e) Hiperfosfatemie

79. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la necroza tubulară acută :

- a) Poate fi determinată de infecții
- b) Este, de obicei, cauza bolii cronice renale
- c) Poate fi determinată de substanțe nefrotoxice
- d) Este, de obicei, cauza insuficienței renale rapid progresive
- e) Este cauza frecventă a insuficienței renale acute

80. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la hiperkaliemia din insuficiența renală acută :

- a) Acidoza metabolică poate exacerba hiperkaliemia prin scăderea fluxului de potasiu din celule
- b) Hiperkaliemia sub 6,0 mmol/l este, în general, asimptomatică
- c) Hiperkaliemia este mai redusă în insuficiența renală acută datorată rabdomiolizei
- d) La pacienții cu hemoliză și sindrom de liză tumorală hiperkaliemia este severă
- e) Apariția modificărilor la ECG se înregistrează în cazurile de hiperkaliemie severă

81. Alegeți măsurile terapeutice considerate a fi utile în insuficiența renală acută:

- a) Nu există măsuri profilactice specifice

- b) Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei trebuie utilizați cu precauție la pacienții cu boala reno-vasculară
- c) Diureza alcalină forțată poate agrava leziunile renale datorate metotrexatului
- d) Este indicată restricția aportului de proteine, dar cu utilizarea proteinelor cu valoare biologică mare
- e) Aportul caloric trebuie redus în paralel cu creșterea azotemiei

82. Alegeți indicatorii cu prognostic rezervat din insuficiența renală acută:

- a) Oliguria (sub 400 ml/24 ore) la prezentare
- b) Vârsta înaintată
- c) Insuficiențele poliorganice
- d) Prezența unor deteriorări subclinice ale funcției renale
- e) Creatinina serică sub 70,3 mmol/l la prezentare

83. În insuficiența renală acută postrenală se indică următoarele explorări imagistice:

- a) Ecografia renourinară
- b) Ultrasonografia Doppler
- c) Scintigrafia dinamică renală
- d) Puncția-biopsia renală
- e) Tomografia computerizată abdominală

84. Următoarele anomalii biologice pot fi întâlnite în insuficiența renală acută:

- a) Retenție azotată
- b) Hiponatremie
- c) Hiperkaliemie
- d) Acidoza metabolică
- e) Hiperfosfatemie

85. Cauzele insuficienței renale acute prerenale sunt:

- a) Hemoragii
- b) Tratamentul cu aminoglicozide
- c) Exces de antihipertensive
- d) Vome
- e) Tratament diuretic excesiv

86. Indicați cauzele care provoacă scăderea ratei filtrării glomerulare în insuficiența renală acută:

- a) Scăderea nivelului de Na la nivelul *maculei densa*
- b) Ischemia joncțiunii cortico-medulare
- c) Scăderea eliminării reninei
- d) Majorarea fluxului sangvin renal
- e) Depleție energetică celulară cu creșterea consecutivă a adenozei și inhibarea reacției feedback tubulo-glomerular

87. Care sunt situațiile în care apar edemele generalizate în contextul oliguriei din insuficiența renală acută:

- a) Exces de aport lichidian perfuzabil
- b) Insuficiența renală acută dezvoltată pe fundal de glomerulonefrită cronică
- c) Insuficiența renală acută dezvoltată pe fundal de pielonefrită cronică
- d) Insuficiența renală acută toxică
- e) Hiperproducție de apă endogenă > 400ml/zi

88. Insuficiența renală acută cu diureză păstrată se dezvoltă în următoarele cazuri:
- Insuficiența renală acută pe fundal de glomerulonefrită acută
  - Insuficiența renală acută din pielonefrita acută
  - Insuficiența renală acută pe fundal obstructiv
  - Insuficiența renală acută prin nefrotoxice
  - Insuficiența renală acută postoperatorie
89. Care funcții renale se recuperează cel mai greu după insuficiența renală acută:
- Funcția de concentrare a urinei
  - Funcția de acidifiere a urinei
  - Rata filtrării glomerulare
  - Secreția de eritropoietină
  - Secreția de renină
90. Care din medicamentele de mai jos, în condiții de hipoperfuzie renală cronică, pot provoca insuficiența renală acută:
- Gentamicina
  - Substanțe de contrast iodate
  - Indometacina
  - Cisplatina
  - Penicilina
91. Factorii predispozanți pentru dezvoltarea insuficienței renale acute sunt:
- Hipotensiune
  - Boli aterosclerotice
  - Utilizarea necontrolată a antiinflamatoarelor nesteroidiene
  - Bolile renale preexistente
  - Consum excesiv de legume
92. Alegeți complicațiile cardiovasculare datorate sindromului uremic din cadrul insuficienței renale acute:
- Hipertensiunea arterială severă
  - Pericardită uremică
  - Aritmiile cardiace
  - Anemie renală
  - Hipotensiune arterială
93. Alegeți manife respiratorii datorate sindromului uremic din cadrul insuficienței renale acute:
- Respirație Kussmaul
  - Edem pulmonar acut
  - Dispnee
  - Hemoptizii
  - Bronhopneumopatia cronică obstructivă
94. Indicații pentru inițierea dializei de urgență în insuficiența renală acută sunt:
- Edem pulmonar acut rezistent la tratamentul medicamentos, encefalopatie uremică
  - Hiperkalemia  $> 6,5\text{mmol/l}$  sau evidentă pe ECG, acidoza metabolică severă, uree  $> 40\text{ mmol/l}$
  - Hiperhidratare cu volum circulant redus

- d) Hipernatriemie cu deshidratare
- e) Insuficiență cardiacă congestivă severă

95. Cele mai importante cauze ale insuficienței renale acute funcționale sunt:

- a) Deshidratarea extracelulară prin pierderi lichidiene
- b) Perturbări ale hemodinamicii renale prin medicamente de tip inhibitorii enzimelor de conversie a angiotensinei, sartane, antiinflamatoarele nesteroidiene
- c) Politraumatismul
- d) Tratamentul cu rifampicină la persoane alergice
- e) Intoxicația cu ciuperci

96. În stadiul de oligoanurie a insuficienței renale acute principiile de tratament includ:

- a) Forțarea diurezei
- b) Reglarea homeostaziei
- c) Antibioticoterapie
- d) Tratament simptomatic
- e) Tratament imunosupresiv

97. Care funcții renale se recuperează cel mai rapid după insuficiența renală acută:

- a) Funcția de concentrare a urinei
- b) Funcția de acidifiere a urinei
- c) Rata filtrării glomerulare
- d) Secreția de eritropoietină
- e) Secreția de renină

# Boala cronică renală

## CS

1. În câte stadii se clasifică boala cronică renală după clasificarea KDOQI:
  - a. 2
  - b. 3
  - c. 4
  - d. 5
  - e. 6
2. Care este motivul principal ce **NU** ne permite să determinăm cu exactitate incidența și prevalența bolii cronice renale în stadiile inițiale?
  - a. Lipsa studiilor epidemiologice
  - b. Lipsa semnelor și simptomelor la pacienții cu boala cronică renală în stadiile timpurii
  - c. Lipsa unei definiții clare a boala cronică renală
  - d. Din motivul că boala cronică renală este o boală tranzitorie
  - e. 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:
  - a. Pruritul
  - b. Hematuria
  - c. Proteinuria
  - d. Bacteriuria
  - e. Uricosuria
4. Prezența cărui semn este cel mai informativ în diferențierea bolii cronice renale cu injuria renală acută?
  - a. Proteinuria
  - b. Ambii rinichi de dimensiuni mici
  - c. Hipocalciemia
  - d. Hipernatriurie
  - e. Hematuria
5. Două cele mai frecvente cauze care duc la dezvoltarea bolii cronice renale terminale sunt:
  - a. Alergiile și diabetul
  - b. Infecțiile și diabetul
  - c. Diabetul și hipertensiunea arterială
  - d. Infecțiile și hipertensiunea arterială
  - e. Nefrolitiaza și hipertensiunea arterială
6. Cauza exclusiv genetică care duce la dezvoltarea bolii cronice renale terminale este:
  - a. Diabetul zaharat
  - b. Pielonefrita cronică

- c. Boala polichistică renală autozomal dominantă
  - d. Chisturile renale simple
  - e. Hipertensiunea arterială
7. Cauza principală de deces la pacienții cu boala cronică renală terminală sunt:
- a. Complicațiile cardiovasculare
  - b. Anemia
  - c. Insuficiența hepatică
  - d. Uremia
  - e. Sepsis
8. Ce stadiu de boala cronică renală conform clasificării KDOQI va avea un bărbat cu rata filtrării glomerulare de 23 ml/min/1.73m<sup>2</sup>:
- a. 1
  - b. 2
  - c. 3
  - d. 4
  - e. 5
9. Pacientul cu boala cronică renală stadiul 4 sau 5 poate necesita administrarea de eritropoietină pentru managementul:
- a. Anemiei
  - b. Neutropeniei
  - c. Pancitopeniei
  - d. Trombocitopeniei
  - e. Hipoproteinemiei
10. Care categorie de medicamente reduc frecvența complicațiilor cardiace, rezistența vasculară periferică și secreția de renină:
- a. Diuretice
  - b.  $\beta$ -blocante
  - c.  $\alpha_1$ -blocante
  - d. Blocanții canalelor de calciu
  - e. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
11. Proteinuria este un factor de risc pentru progresia boala cronică renală:
- a. Care poate fi modificat
  - b. Care nu poate fi modificat
  - c. Proteinuria nu este factor de risc pentru boala cronică renală
  - d. Proteinuria apare doar în boala cronică renală stadiul 5
  - e. 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:
- a. Creatinina serică



- b. Ureea serică
- c. Proteina generală
- d. Potasiul seric
- e. Sodiul seric

13. Hiperkaliemia, acidoza, hiperlipidemia, hiperuricemia și malnutriția în boala cronică renală sunt consecința:

- a. Hematuriei
- b. Oliguriei
- c. Uremiei
- d. Hipertensiunii arteriale
- e. Insuficienței hepatice

14. La pacienții cu boala cronică renală avansată, în hemoleucograma, cel mai des se determină:

- a. Anemie normocromă normocitară
- b. Anemia macrocitară
- c. Anemia normocromă microcitară
- d. Anemia hipocromă microcitară
- e. Nivelul hemoglobinei în limitele normei

15. 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

16. 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

17. Rata filtrării glomerulară poate fi calculată după clearance-ul?

- a. Potasiului
- b. Colesterolului
- c. Glucozei
- d. Creatinină
- e. Bilirubinei

18. Care dieta se va recomanda pacientului cu hipertensiune arterială și rata filtrării glomerulare  $<15 \text{ ml/min/1.73m}^2$ ?
- Dieta fără particularități
  - Dieta hipocalorică
  - Dieta hiposodată
  - Dieta săracă în grăsimi și hipocalorică
  - Dieta hiposodată, hipokalemică și hipoproteică
19. Pacienții cu care maladii vor reprezenta majoritatea în departamentul de dializă pe plan mondial?
- Bolile polichistice renale
  - Glomerulonefrita cronică
  - Hipertensiunea
  - Diabetul zaharat
  - Uropatia obstructivă
20. În ce stadiu al bolii cronice renale după KDOQI este necesar de a iniția pregătirea pacientului pentru dializă:
- 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
21. Pe ce cale se recomandă de a administra preparatele de fier la pacienții cu boala cronică renală complicată cu anemie fierodeficitară ?
- Per os
  - Intravenos
  - Intraarterial
  - Subcutanat
  - Sublingual
22. Cauza principală a anemiei la pacienții cu boala cronică renală este:
- Sinteza unei cantități mici de eritropoietina
  - Sinteza de anticorpi contra eritropoietinei
  - Sinteza de anticorpi contra receptorilor eritropoietinei de pe celulele progenitoare a eritrocitelor
  - Sinteza unei eritropoietină defectă
  - 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:
- Stadiul 1 KDOQI
  - Stadiul 2 KDOQI
  - Stadiul 3 KDOQI

- d. Stadiul 4 KDOQI
- e. Stadiul 5 KDOQI

24. Care clasificare se utilizează pentru stadializarea boala cronică renală:

- a. NYHA
- b. KDOQI
- c. RIFLE
- d. AKIN
- e. Mogensen

25. Care este cea mai eficientă metodă de substituție a funcției renale

- a. Hemodializa
- b. Dializa peritoneală
- c. Hemoabsorbția
- d. Transplantul renal
- e. Plasmafereza

26. 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 pierderea marcată a funcției renale
- e. Creșterea acidului uric în sânge

27. Cauza principală a anemiei la pacienții cu boala cronică renală 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

28. Afectarea funcțiilor de excreție, reabsorbție și secreție a rinichilor în cadrul bolii cronice renale duce la:

- a. Hiperpotasemia
- b. Hipopotasemie
- c. Hipofosfatemie
- d. Hiperglicemia
- e. Deshidratare

29. Hiperpotasemia severă, cu schimbări pe ECG, se tratează prin:

- a. Enalapril
- b. Dietă
- c. Captopril
- d. Eritropoietină
- e. Hemodializă

30. Furosemid se poate de administrat la care dintre pacienții cu boala cronică renală:
- Pacienții deshidratați
  - Pacienții cu anurie
  - Pacienții cu diureză restantă, >500 ml/zi
  - Pacienții hipovolemici
  - Pacienții cu hipersensibilitate la furosemid
31. Dereglarea metabolismului fosfocalcic la pacienții cu boala cronică renală se datorează:
- Pierderea proteinelor serice în urină
  - Hidroxilarea insuficientă a vitaminei D<sub>3</sub>
  - Hiperparatiroidismului primar
  - Osteodistrofiei renale
  - Hiperpotasemiei
32. Scăderea ratei filtrării glomerulare se consideră fiziologică:
- La persoanele în etate
  - În timpul sarcinii
  - După efort fizic intens
  - După consumarea excesivă de lichide
  - În perioada caniculară
33. Selectați afirmația FALSĂ referitor la hemodializa efectuată la pacienții cu boala cronică renală stadiul 5 KDOQI:
- Se efectuează de obicei 3 pe săptămână
  - Se efectuează, de obicei, în condiții casnice
  - Este necesar de a avea abord vascular
  - Pacienții trebuie pregătiți înainte de a iniția hemodializa cronică
  - Transplantul renal este mai eficient decât hemodializa
34. La ce valori ai ratei filtrării glomerulare trebuie inițiate metodele de substituție renale:
- <60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
  - >120 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
  - <15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
  - <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
  - >15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>
35. Ce preparate se administrează ca terapie hipolipemiantă în boala cronică renală:
- Statine
  - Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
  - Sartane
  - Chelatori de fosfor
  - Laxative

36. Cea mai nocivă toxină în boala cronică renală este:

- a. Guanidina
- b. Creatinina
- c. Bilirubina
- d. Ureea
- e. Cystatina C

## CM

---

37. Pentru a stabili diagnosticul de boala cronică renală este nevoie de una din următoarele circumstanțe:

- a. Scăderea ratei de filtrare glomerulară  $<60 \text{ ml/min/1.73m}^2$
- b. Prezența unei leziuni renale demonstrată prin modificări morfopatologice, imagistice sau de laborator (proteinurie)
- c. Pacientul trebuie să aibă peste 70 de ani
- d. Să se determine ureea serică crescută
- e. Pacientul este supus unei metode cronice de suplinire a funcției renale

38. Boala cronică renală terminală este stabilită atunci când:

- a. Rata filtrării glomerulare este  $< 15 \text{ ml/min/1.73 m}^2$
- b. Rata filtrării glomerulare este  $20\text{-}25 \text{ ml/min/1.73 m}^2$
- c. Rata filtrării glomerulare este  $30\text{-}35 \text{ ml/min/1.73 m}^2$
- d. Pacientul este supus dializei peritoneale cronice
- e. Pacientul este supus hemodializei cronice

39. Care sunt contraindicațiile pentru a efectua transplant renal:

- a. Hipertensiunea
- b. Infecția HIV
- c. Cancer cu metastaze
- d. Vârsta  $>50$  ani
- e. Maladii severe care nu se vor îmbunătăți după transplantul renal

40. Într-o sarcină fiziologică, care din următoarele schimbări renale se pot întâlni?

- a. Creșterea rata filtrării glomerulare
- b. Creșterea dimensiunilor renale
- c. Scăderea fluxului sanguin renal
- d. Infecții ale tractului urinar mai rare
- e. Proteinuria până la  $500 \text{ mg/zi}$  și glicozuria

41. Factorii de risc modificabili pentru progresia bolii cronice de rinichi sunt:

- a. Sexul și greutatea mică la naștere
- b. Factorii genetici

- c. Proteinuria
- d. Hipertensiunea arterială
- e. Glicemia și greutatea corporală

42. Factori de risc nemodificabili în progresia bolii cronice de rinichi sunt:

- a. Sexul
- b. Factorii genetici
- c. Proteinuria
- d. Glicemia
- e. Vârsta

43. Pentru estimarea rata filtrării glomerulare în practica clinică se utilizează:

- a. Formula MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)
- b. Formula Cockcroft-Gault
- c. Formula CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration)
- d. Estimarea indexului masei corporale
- e. Măsurarea eliminării prin urină a inulinei

44. Managementul bolii cronice renale terminale se face prin:

- a. Dializă peritoneală
- b. Hemodializă
- c. Transplant renal
- d. Administrarea de hormoni glucorticoizi
- e. Administrarea de insulină

45. Care sunt caracteristicile bolii cronice renale:

- a. Creșterea creatinei serice
- b. Scăderea ureei serice
- c. Diminuarea potasiului seric
- d. Anemia
- e. Creșterea potasiului seric

46. Pentru managementul anemiei în boala cronică renală 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

47. Care sunt semnele hiperkaliemiei pe ECG

- a. Complexul QRS lărgit
- b. Unda T înaltă
- c. Creșterea intervalului PR

- d. Tahicardie supraventriculară
  - e. Devierea axei cardiace spre stânga
48. Pentru a încetini progresarea bolii cronice renale 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
49. Care din următoarele grupe de medicamente sunt considerate nefroprotectoare:
- a. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
  - b. Blocanții receptorilor angiotensinei II
  - c. Blocanții canalelor de calciu dihidropiridinici (ca Amlodipina, Nifedipina)
  - d. Alfa-blocanți
  - e. Blocanții canalele de calciu non-dihidropiridinici (ca verapamil, diltiazem)
50. Care din următoarele medicamente sunt considerate de prima linie pentru controlul hipertensiunii arteriale la pacienții cu boala cronică renală asociată cu proteinurie:
- a. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
  - b. Blocanții receptorilor angiotensinei II
  - c. Blocanții canalelor de calciu dihidropiridinici (ca Amlodipina, Nifedipina)
  - d. Diuretice ca monoterapie
  - e. Agoniștii  $\alpha_2$  adrenergici – clonidina
51. Din ce cauze inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei sunt considerați nefroprotectori
- a. Reduc presiunea intraglomerulară prin vasoconstricției arteriolei eferente
  - b. Reduc proteinuria
  - c. Scad valorile tensiunii arteriale
  - d. Reduc hematuria
  - e. Măresc presiunea intraglomerulară
52. Până la ce nivel se recomandă de a reduce aportul de proteine la un pacient cu boala cronică renală?
- 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
53. De ce se recomandă de a restricționa aportul de NaCl în boala cronică renală?

- a. Pentru a optimiza efectul anti-proteinuric al inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei, sartanelor și al blocanților 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

54. Pentru tratamentul anemiei în boala cronică renală se utilizează:

- a. Darbapoietina- $\alpha$
- b. C.E.R.A. – Continuous Erythropoietin Receptor Activator
- c. Eritropoietina recombinată umană (rHuEpo)
- d. Chelatorii de fosfor
- e. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei

55. Care din următoarele măsuri se recomandă pentru încetinirea progresiei bolii cronice renale:

- a. Controlul tensiunii arteriale
- b. Restricția aportului de NaCl
- c. Abandonarea fumatului
- d. Terapie antiinflamatorie
- e. Terapie cu corticosteroizi

56. Care sunt recomandările principale pentru încetinirea progresiei bolii cronice renale:

- a. Controlul tensiunii arteriale
- b. Tratamentul cu inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
- c. Reducerea proteinuriei
- d. Terapie cu allopurinol
- e. Terapie cu antiinflamatoare nesteroidiene

57. Care sunt consecințele metabolice ale uremiei:

- a. Insulinemie bazala crescută cu tendință la hipoglicemie;
- b. Scăderea toleranței la glucoză și hiperglicemii spontane prin rezistență crescută a țesuturilor la acțiunea insulinei;
- c. Necesitatea dozelor mai mari de insulină
- d. Hiperlipoproteinemie
- e. Creșterea acidului uric în urină

58. Care sunt manifestările respiratorii cele mai frecvente în boala cronică renală sunt:

- a. Dispnee acidotică Kussmaul
- b. Respirație Cheyne-Stokes;
- c. Pleurezie uremică
- d. Bronhospasm
- e. Bronhopneumopatia cronică obstructivă



59. Care sunt manifestările cardiovasculare cele mai frecvente în boala cronică renală:
- Cardiomiopatia uremică
  - Tulburările de ritm și de conducere
  - Hipertensiunea arterială
  - Miocardita
  - Sindromul Wolff–Parkinson–White
60. Care sunt manifestările hematologice cele mai frecvente în boala cronică renală:
- Anemie normocromă
  - Sindrom hemoragipar cauzat de disfuncția trombocitelor
  - Trombocitopenia în boala cronică renală terminală
  - Leucopenia
  - Eozinofilie
61. Care sunt manifestările metabolismului mineral și osos cele mai frecvente în boala cronică renală:
- Osteita fibroasă, manifestare a hiperparatiroidismului
  - Osteomalacia, manifestare a mineralizării defecte
  - Osteogeneza imperfectă
  - Osteopenia sau osteoporoza
  - Cifoza sau lordoza, ca urmare a depozitării ureei în discurile intervertebrale
62. Care sunt manifestările neurologice cele mai frecvente în boala cronică renală:
- Encefalopatia uremică
  - Neuropatie periferică
  - Sindromul Ekbom sau sindromul picioarelor neliniștite
  - Miastenia gravis
  - Sindromul Guillain-Barré
63. Care sunt manifestările gastrointestinale cele mai frecvente în boala cronică renală:
- Halena uremică (amoniacală)
  - Gastrita uremică cu anorexie, dureri epigastrice, vărsături cu miros amoniacal
  - Ulcer peptic datorită creșterii gastrinemiei
  - Sindromul Mallory-Weiss
  - Acalazie
64. Care sunt manifestările dermatologice cele mai frecvente în boala cronică renală:
- Prurit uremic
  - Chiciură uremică
  - Calciolaxia sau arterioloopatia uremică calcifiantă
  - Acnee vulgară
  - Dermatomicoze
65. Care din următoarele puncte sunt caracteristice pentru un pacient cu boala cronică renală la examenul paraclinic:

- a. Creatinina crescută
- b. Ureea crescută
- c. Anemia normocromă
- d. Rata filtrării glomerulare crescută
- e. Hipokaliemie

66. Care tulburări electrolitice pot fi depistate la un pacient cu boala cronică renală?

- a. Hipo- sau hipernatremie
- b. Hiperkaliemie
- c. Hipokaliemie
- d. Hipofosfatemie
- e. Hiperfosfatemie

67. Ce efecte adverse pot avea inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei?

- a. Tuse
- b. Hipotensiune
- c. Hiperkaliemia
- d. Anemia fierodeficitară
- e. Pancitopenie

68. Din ce motiv la pacienții cu boala cronică renală se depistează un nivel scăzut de fier?

- a. Hemoragii oculte gastrointestinale
- b. Hemoragii iatrogene cauzate de dializă
- c. Hemoptizie
- d. Hematurii
- e. Hematemeza

69. Care sunt cauzele mai frecvente ale anemiei la pacienții cu boala cronică renală?

- a. Deficitul de fier
- b. Deficitul de vitamina B<sub>12</sub>
- c. Deficitul de acid folic
- d. Proteinurie
- e. Hematuria

70. Pentru corectarea metabolismului mineral la pacienții cu boala cronică renală se utilizează:

- a. Restricția dietetică de fosfați
- b. Chelatori intestinali de fosfați
- c. Antihipertensive
- d. Analogi de vitamina D (ex. Calcitriol, alfacalcidol)
- e. Darbepoetina- $\alpha$

71. Care din următoarele preparate sunt chelatori intestinali de fosfați

- a. Sărurile de calciu
- b. Sărurile de aluminiu

- c. Sevelamer
- d. Statinele
- e. Sartanele

72. Care din următoarele puncte se includ în pregătirea pacientului pentru hemodializă cronică:

- a. Crearea abordului vascular
- b. Consiliere psihologică
- c. Modificarea dietei pentru o balanță corectă a proteinelor, caloriilor, vitaminelor și mineralelor
- d. Corecția hiperkaliemiei
- e. Reducerea fosfatemiei

73. Abordul vascular pentru hemodializă se poate face prin:

- a. Fistula arteriovenoasă
- b. Grefă arteriovenoasă
- c. Cateter venos central
- d. Cateter Nelaton
- e. Cateter Foley

74. Se poate stabili diagnosticul de boală cronică renală atunci când se depistează:

- a. Scăderea ratei de filtrare glomerulară (rata filtrării glomerulare) sub 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup> suprafață corporală, persistentă (mai mult de 3 luni), cu sau fără leziune renală
- b. Prezența unei leziuni renale mai mult de 3 luni demonstrată prin modificări morfopatologice
- c. Prezența markerilor de leziune (albuminurie/proteinurie, sediment urinar patologic sau modificări renale decelabile imagistic).
- d. Scăderea ratei de filtrare glomerulară (rata filtrării glomerulare) sub 90 ml/min/1.73m<sup>2</sup> suprafață corporală, persistentă (mai mult de 3 luni), cu sau fără leziune renală
- e. Malformația congenitală fără dereglarea funcției renale

75. 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 injurie renală acută
- e. Pacienții cu spondilită seronegativă

76. Care sunt metodele de screening la pacienții cu boala cronică renală?

- a. Determinarea ureea și creatinina serică
- b. Estimarea ratei de filtrare glomerulară
- c. Ultrasonografia renală
- d. Estimarea eritropoietinei serice

e. Măsurarea hemoglobinei A1C

77. Pentru un diagnostic corect al bolii cronice renale este necesar de a:

- a. Identifica nefropatia de bază
- b. Determina stadiul bolii cronice renale după clasificarea KDOQI
- c. Determina hormonilor tiroidieni
- d. Efectua radiografia craniului
- e. Efectua ultrasonografia rinichilor

78. Care din următoarele manifestări se pot întâlni mai frecvent la pacienții cu boala cronică renală stadiul 3 KDOQI:

- a. Hipertensiune renală (de regulă, 50-60%)
- b. Scăderea absorbției calciului
- c. Reducerea excreției fosfatului
- d. Scăderea parathormonului în ser
- e. Creșterea fierului seric

79. Care din următoarele manifestări se pot întâlni mai frecvent la pacienții cu boala cronică renală stadiul 5 KDOQI nedializați:

- a. Alungirea complexului QRS pe ECG
- b. Undele T înalte pe ECG
- c. Retenție hidro-salină
- d. Eritrocitoza
- e. Paraproteinemia

80. Care sunt obiectivele tratamentului în boala cronică renală:

- a. Încetinirea ratei de progresie a bolii cronice renale;
- b. Profilaxia / terapia complicațiilor;
- c. Pregătirea pacientului pentru terapia de substituție a funcțiilor renale la pacienții cu boala cronică renală stadiul 3 KDOQI
- d. Pregătirea pacientului pentru terapia de substituție a funcțiilor renale la pacienții cu boala cronică renală stadiul 2 KDOQI
- e. Plasarea pacientului cu boala cronică renală stadiul 4 sau 5 KDOQI în lista de așteptare pentru transplant renal

81. Tulburările hematologice tipice din boala cronică renală sunt:

- a. Diateza hemoragica
- b. Anemia microcitara indusă de aluminiu
- c. Leucocitoza
- d. Leucopenia
- e. Anemia normocitară

82. Tratamentul hipervolemiei la pacienții edematoși cu boala cronică renală se face prin:

- a. Administrarea de diuretice la cei nedializați

- b. Restricția aportului de sare și apă
- c. Creșterea aportului de apă între dialize
- d. Administrarea de diuretice concomitent cu creșterea aportului de apă
- e. La pacienții dializați hiperhidratați se face ultrafiltrare

83. Complicațiile acute ale hemodializei sunt:

- a. Tromboza fistulei arterio-venoase
- b. Convulsiile
- c. Malnutriția
- d. Crampe musculare
- e. Hipotensiunea arterială

84. Următoarele afirmații în legătură cu dializa peritoneală sunt adevărate:

- a. Poate fi efectuată la domiciliu
- b. Este cea mai răspândită formă de dializă
- c. Se efectuează de 4-6 ori pe zi, în fiecare zi
- d. Este superioară transplantului renal
- e. Metoda nu se utilizează la pacienții cu aderențe abdominale post chirurgicale

85. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:

- a. În boala cronică renală rinichii sunt de obicei de dimensiuni normale
- b. În insuficiența renală acută rinichii se pot depista întotdeauna modificări de dimensiuni și structura la examen ultrasonografic
- c. Anemia este frecventă în boala cronică renală
- d. În insuficiența renală acută apar modificări severe de osteodistrofie renală
- e. În boala cronică renală hipertensiunea arterială este frecventă

86. Tratamentul hipertensiunii arteriale din boala cronică renală se recomandă de a se realiza cu:

- a. Blocanții receptorilor a angiotensinei II
- b. Beta-blocante
- c. Blocante ale canalelor de calciu dihidropiridinici
- d. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei II
- e. Dieta normosodată

87. Boala cronică renală cu rinichi de dimensiuni normale sau măriți se poate întâlni în:

- a. Glomerulonefrita cronică
- b. Pielonefrita cronică
- c. Boala polichistică renală
- d. Diabet zaharat
- e. Amiloidoză

88. Alegeți manifestările clinice și biologice declanșate de creșterea ureei sanguine în boala cronică renală:

- a. Anorexia

- b. Deteriorarea funcției trombocitelor
- c. Voma
- d. Hipocalcemia
- e. Diureza crescută

89. Alegeți care din tulburările neuromusculare se pot depista la un pacient cu boala cronică renală stadiul 5 KDOQI dializat:

- a. Miastenia gravis
- b. Letargia
- c. Miocloniile
- d. Crampele musculare
- e. Sindromul picioarelor neliniștite sau sindromul Ekbom (Restless legs syndrome)

90. Corectarea anemiei din boala cronică renală se face prin:

- a. Administrarea orală de eritropoietină recombinată
- b. Corectarea carențelor de fier
- c. Controlul intensiv al glicemiei
- d. Administrarea de eritropoietină subcutanat
- e. Corectarea carențelor de acid folic

91. Care sunt funcțiile rinichiului:

- a. Reglarea volemiei
- b. Inactivarea vitaminei D
- c. Epurarea plasmatică a toxinelor
- d. Reglarea electrolitică
- e. Sinteza eritrocitelor

92. Carența de eritropoietină în boala cronică renală se caracterizează prin:

- a. Anemie normocromă
- b. Anemie hipocromă
- c. Anemie normocitară
- d. Anemie microcitară
- e. Anemie megaloblastică

93. Dializa peritoneală se caracterizează prin:

- a. Necesitatea formării fistulă arterio-venoasă
- b. Trebuie efectuată continuu
- c. Se efectuează doar într-un centru specializat
- d. Este mai bine tolerată hemodinamic
- e. Se poate efectua la pacienții care nu au abord vascular

94. Care sunt regulile de nefroprotecție:

- a. Regim alimentar hiperproteic
- b. Controlul proteinuriei < 0.5g/24h

- c. Controlul presiunii arteriale <math><130/90\text{ mmHg}</math>
- d. Administrarea preparatelor antiinflamatoare nesteroidiene
- e. Evitarea medicamentelor nefrotoxice

95. Pentru tratamentul hipertensiunii arteriale în boala renală cronică se utilizează:

- a. Blocanți ai receptorilor de angiotensină
- b. Inhibitori ai enzimei de conversie
- c. Imunomodulatoare
- d. Diuretice
- e. Corticosteroizi

96. Terapiile de substituție a funcției renale cuprind:

- a. Dializa peritoneală
- b. Tratamentul cu eritropoietină recombinată
- c. Hemodializa
- d. Transplantul renal
- e. Tratamentul tulburărilor metabolismului fosfo-calcic

97. Controlul presiunii arteriale și a proteinuriei în boala cronică renală se face:

- a. De preferat prin inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei sau blocanții receptorilor angiotensinei II
- b. Nu se asociază niciodată inhibitorii enzimei de conversie cu blocanții receptorilor angiotensinei II
- c. Se utilizează un diuretic tiazidic dacă rata filtrării glomerulare <math><30\text{ ml/min/1.73 m}^2</math>
- d. Se utilizează furosemid dacă rata filtrării glomerulare <math>15\text{-}30\text{ ml/min/1.73 m}^2</math>
- e. Se asociază un regim alimentar fără sare

98. Proteinuria poate fi considerată fiziologică în următoarele cauze:

- a. Proteinuria ortostatică
- b. Proteinuria în febră
- c. Proteinuria după alergarea unui maraton
- d. Proteinuria din nefropatiile glomerulare
- e. Proteinuria din mielom multiplu

99. Indicații absolute pentru dializă în boala cronică renală sunt:

- a. Hiperhidratare care nu poate fi controlată cu medicamente
- b. Hiperpotasemie care nu poate fi controlată cu medicamente
- c. Semne neurologice ale uremiei
- d. Enterocolita uremică
- e. Anemie renală severă

# Test nefropatii glomerulare

## CS

1. Glomerulonefrita acută este o patologie renală cu afectarea preponderentă a:
  - a. Interstițiului
  - b. Tubilor
  - c. Glomerulelor
  - d. Întreg sistemului reno-urinar
  - e. Arteriolelor eferente
2. Glomerulonefrita acută reprezintă afectarea glomerulilor renali predominant prin următorul mecanism:
  - a. Complexe imune
  - b. Autoimun
  - c. Bacterial
  - d. Viral
  - e. Toxic direct
3. Factorul etiologic de bază al glomerulonefritei acute este:
  - a. *Escherichia coli*
  - b. Pneumococul
  - c. *Stafilococul auriu*
  - d. *Streptococul*  $\beta$ -hemolitic grup A
  - e. *Klebsiella*
4. Peste cât timp după suportarea infecției streptococice se dezvoltă glomerulonefrita acută?
  - a. 2-3 zile
  - b. 4-6 zile
  - c. 1-2 săptămâni
  - d. 1 lună
  - e. 1,5-2 luni
5. Cauza de bază a edemelor în glomerulonefrita acută este:
  - a. Majorarea secreției de vasopresină
  - b. Creșterea activității sistemului renină-angiotensină-aldosteron
  - c. Creșterea activității sistemului caliceinic
  - d. Reducerea presiunii oncotice a plasmiei
  - e. Retenția primară a sodiului, ca rezultat al modificărilor inflamatorii în glomeruli
6. Cauza de bază a hipertensiunii arteriale din cadrul glomerulonefritei acute este:
  - a. Hipersimpaticotonia
  - b. Retenția acută a sodiului și a apei, cu creșterea volumului sangvin circulant
  - c. Hiperaldosteronism
  - d. Hiperkorticism
  - e. Scăderea activității mecanismelor depresorii



7. Durerea în regiunea lombară în cadrul glomerulonefritei acute este provocată de:
- Inflamație bacteriană
  - Proteinurie
  - Hiperstenurie
  - Extensia capsulei renale
  - Hematurie
8. Veriga patogenetică de bază a glomerulonefritei rapid progresive este:
- Antigenul este reprezentat de structurile streptococului
  - Antigenul este prezentat pe membrana bazală glomerulară
  - Activarea sistemului complementului
  - Activarea mediatorilor inflamatori
  - Afectarea membranei bazale glomerulare de către fermenții lizozomali
9. Semnul morfologic de bază al glomerulonefritei rapid progresive este:
- Proliferarea mezangiului
  - Depozite de complexe antigen exogen – anticorp
  - Proliferare endocapilară
  - Proliferare extracapilară cu formarea “semilunelor” în capsula glomerulară
  - Edem interstițial, fibroză
10. Semnul morfologic al glomerulonefritei mezangioproliferative este:
- Proliferare endocapilară
  - Proliferare extracapilară
  - Îngroșarea membranei bazale
  - Proliferare mezangială
  - Neovascularizare glomerulară
11. Cel mai important indicator al nefropatiei IgA este:
- Proteinuria
  - Cilindruria
  - Macrohematuria recidivantă
  - Limfocituria
  - Hipostenuria
12. Care grup de preparate contribuie la micșorarea hipertensiunii intraglomerulare în glomerulonefrită cronică?
- $\alpha$ -adrenoblocanți
  - $\beta$ -adrenoblocanți
  - Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
  - Antagoniștii canalelor de calciu
  - Antiagregantele
13. Ce grup de medicamente reprezintă tratamentul de bază, destinat pentru cuparea edemelor în glomerulonefrita acută?
- Antagoniștii aldosteronului

- b. Antiagregantele
  - c. Natriureticele
  - d. Inhibitorii de carboanhidrază
  - e. Anticoagulantele
14. Nefroza lipoidă (glomerulonefrita cu modificări minimale) se manifestă prin:
- a. Sindrom hipertensiv
  - b. Hematurie recidivantă
  - c. Sindrom nefrotic
  - d. Sindrom nefritic
  - e. Leucociturie
15. În hematuria provocată de boala Berger, în imunogramă, cea mai frecventă modificare este:
- a. Hipocomplementemie
  - b. Creșterea titrului IgG
  - c. Creșterea titrului IgM
  - d. Creșterea titrului IgA
  - e. Creșterea titrului IgD
16. Care dintre modificările urinare este caracteristică pentru glomerulonefrita acută?
- a. Izostenurie
  - b. Hematurie
  - c. Cilindri leucocitari
  - d. Leucociturie neutrofila
  - e. Limfociturie
17. În care variantă morfologică a glomerulonefritei cronice NU se observă modificarea structurii glomerulilor la microscopia optică?
- a. Mezangioproliferativă
  - b. Mezangiocapilară
  - c. Membranoasă
  - d. Cu modificări minimale
  - e. Glomeruloscleroza focal-segmentară
18. Care din următoarele grupe de medicamente au efect nefroprotector (antiproteinuric)?
- a. Blocanții receptorilor de angiotensină
  - b. Diureticele de ansă
  - c. Antiagregantele
  - d. Antibioticele
  - e. Ketoanalogi
19. Care dintre următoarele nefropatii glomerulare este proliferativă?
- a. Cu leziuni glomerulare minime (LGM)
  - b. Hialinoza segmentară și focală (HSF)
  - c. Nefropatia cu Ig A
  - d. Glomerulonefrita extramembranoasă (GEM)
  - e. Glomeruloscleroza focal-segmentară
20. La tratamentul etiologic al glomerulonefritei acute poststreptococice se referă:
- a. Prednisolon

- b. Antibiotice
  - c. Citostatice
  - d. Diuretice
  - e. Antihipertensive
21. Terapia patogenetică în glomerulonefrită acută poststreptococică:
- a. Este indicată în toate cazurile
  - b. Nu este indicată
  - c. Este indicată, în dependență de debutul bolii
  - d. Este indicată, în dependență de gradul proteinuriei
  - e. Este indicată, dacă este crescut nivelul creatininei
22. Care din următoarele grupe de medicamente au efect nefroprotector (antiproteinuric)?
- a. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
  - b. Diureticele de ansă
  - c. Antiagregantele
  - d. Antibioticele
  - e. Ketoanalogi
23. Din punct de vedere etiologic, glomerulonefrita cronică este o maladie:
- a. Poststreptococică
  - b. Exclusiv alergică
  - c. Exclusiv inflamatorie
  - d. Polietiologică
  - e. Neoplastică
24. Care măsuri dietetice sunt indicate în glomerulonefrită, însoțită de hipertensiunea arterială și edeme?
- a. Limitarea consumului de sare pînă la 1,5 g/zi
  - b. Majorarea consumului de sare
  - c. Creșterea cantității de lichid consumat
  - d. Creșterea consumului de produse bogate în calorii
  - e. Limitarea consumului produselor bogate în glucide
25. Durata tratamentului în glomerulonefrită cronică constituie:
- a. Cîteva săptămîni
  - b. 2-3 luni
  - c. 6 luni
  - d. De la 6 luni pînă la 2 ani
  - e. Toată durata vieții
26. Numiți forma morfologică a glomerulonefritei, în care tratamentul cu prednisolon are o perspectivă minimală?
- a. Cu modificări minimale
  - b. Mezangioproliferativă
  - c. Fibroplastică
  - d. Mezangiomembranoasă

e. Membranoasă

27. Care este doza inițială adecvată de prednisolon la 1 kg greutate corporală, utilizată în tratamentul bolnavilor cu glomerulonefrită cronică?

- a. 0,3 – 0,4 mg
- b. 0,5 – 0,6 mg
- c. 0,7 – 0,8 mg
- d. 1 mg
- e. 2 mg

28. La femeile tinere, glomerulonefrita, de cele mai dese ori, poate fi întâlnită în cadrul:

- a. Dermatomiozitei
- b. Lupus eritmatos sistemic
- c. Sclerodermiei sistemice
- d. Poliarteriitei nodoase
- e. Polimialgiei reumatismale

29. Indicații pentru prescrierea glucocorticoizilor în glomerulonefrită cronică sunt:

- a. Sindromul nefrotic
- b. Sindromul urinar
- c. Hipertensiunea arterială
- d. Insuficiență renală
- e. În calitate de tratament profilactic

30. În glomerulonefrita acută, este adevărat:

- a. În perioada inițială majoritatea bolnavilor dezvoltă hipotensiune arterială
- b. Administrarea de indometacină este obligatorie
- c. Cea mai frecventă formă a bolii este cea de tip nefrotic
- d. Poate fi prezent sindromul nefrotic
- e. Se asociază permanent cu dureri lombare

31. La indicarea indometacinei pentru tratamentul glomerulonefritei cronice, se așteaptă un efect pozitiv în evoluția:

- a. Hematuriei
- b. Proteinuriei
- c. Sindromului nefrotic
- d. Hipertensiunea arterială
- e. Edemelor periferice

32. Care este valoarea "țintă" a TA în tratamentul glomerulonefritei cronice?

- a.  $\leq 160/80$  mm Hg;
- b.  $< 130/80$  mm Hg;
- c.  $< 110/70$  mm Hg;
- d.  $\leq 120/80$  mm Hg;
- e.  $< 120/60$  mm Hg;

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:
- Glomerulonefrită acută
  - Pielonefrită acută
  - Glomerulonefrită cronică, acutizare
  - Nefrită apostematoasă
  - Amiloidoză renală
34. Proteinuria, Hipertensiunea arterială, în combinație cu eritrociturie și edeme, este caracteristică pentru:
- Glomerulonefrită acută
  - Pielonefrită
  - Nefrolitiază
  - Cistită
  - Amioidoză renală
35. Insuficiența renală în glomerulonefrita subacută se dezvoltă:
- Peste 3-5 săptămâni de la debutul bolii
  - Peste 1 an de la debutul bolii
  - Peste 3 ani de la debutul bolii
  - Din primele zile ale bolii
  - Perioada apariției depinde de gradul Hipertensiunea arterială
36. Persistența îndelungată a sindromului urinar în cadrul glomerulonefritei acute ne vorbește, în primul rând, despre:
- Tendința de trecere a glomerulonefritei acute în cea cronică
  - Păstrarea funcției renale
  - Dezvoltarea sindromului nefrotic
  - Dezvoltarea insuficienței renale cronice
  - Este o situație normală
37. Care grupă de vârstă este mai predispusă spre a dezvolta glomerulonefrita acută?
- Pînă la 2 ani
  - De la 2 pînă la 40 de ani
  - Perioada climacterică
  - Perioada de menopauză
  - Perioada pubertară
38. Din nefropatiile glomerulare acute primitive fac parte:
- Glomerulonefrita poststreptococică
  - Glomerulonefrita în poliarteriita nodoasă
  - Glomerulonefrita din LES
  - Glomerulonefrita din infecție cu citomegalovirus
  - Glomerulonefrita cu depozite mezangiale de IgA
39. Antibioticul de elecție în tratamentul glomerulonefritei acute poststreptococice este:

- a. Eritromicina
  - b. Cefazolina
  - c. Imipenem
  - d. Penicilina
  - e. Gentamicina
40. Care grup de diuretice este cel mai indicat în tratamentul simptomatic al edemelor în glomerulonefrită acută?
- 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
41. Plasmafereza în tratamentul patogenetic al glomerulonefritei subacute este eficace:
- a. În varianta pauciimună
  - b. În varianta cu anticorpi anti MBG
  - c. În varianta cu afectarea prin complecși imuni
  - d. În toate variantele glomerulonefritei subacute
  - e. În tratamentul glomerulonefritei subacute la gravide
42. Tabloul cel mai caracteristic, depistat la biopsie renală în glomerulonefrită acută, este:
- a. Glomerulonefrită mezangioproliferativă
  - b. Edem interstițial
  - c. Modificări fibro-celulare
  - d. Proliferarea focală a celulelor endoteliale
  - e. Glomerulonefrită proliferativă endocapilară
43. Boala Berger reprezintă:
- a. O variantă a amiloidozei familiale
  - b. O varietate a afectării medicamentoase renale
  - c. Afectare renală în vasculită sistemică
  - d. Glomerulonefrită cu depozite de IgA în glomeruli
  - e. Boală metabolică ereditară cu afectare renală
44. Pentru faza acută a glomerulonefritei acute este caracteristic:
- a. Tahicardie
  - b. Bradicardie
  - c. Extrasistolie
  - d. Bloc atrio-ventricular
  - e. Fibrilație atrială
45. Titrul ASLO în glomerulonefrită acută este crescut maximal:
- a. În primele 3 săptămâni ale bolii
  - b. În primele 6 luni ale bolii
  - c. În primul an de boală

- d. În primii doi ani de boală
  - e. În primii trei ani de boală
46. Care patologii glomerulare se includ în noțiunea de “glomerulopatie”?
- a. Toate patologiile care afectează cumva glomerulul renal
  - b. Patologiile care nu prezintă leziuni proliferative celulare la biopsie
  - c. Patologiile care prezintă leziuni proliferative celulare la biopsie
  - d. Afectarea glomerulară de cauză infecțioasă
  - e. Afectarea glomerulară de cauză autoimună
47. Care patologii glomerulare se includ în noțiunea de “glomerulonefrită”?
- a. Toate patologiile care afectează cumva glomerulul renal
  - b. Patologiile care nu prezintă leziuni proliferative celulare la biopsie
  - c. Patologiile care prezintă leziuni proliferative celulare la biopsie
  - d. Afectarea glomerulară de cauză infecțioasă
  - e. Afectarea glomerulară de cauză autoimună
48. Proliferarea epitelială sub formă de “semilune”, depistată la puncția-biopsie renală, este un semn patognomonic pentru:
- a. Glomerulonefrita acută poststreptococică
  - b. Glomerulonefrita rapid progresivă
  - c. Glomerulonefrita mezangioproliferativă
  - d. Glomeruloscleroza focal-segmentară
  - e. Glomerulopatia cu leziuni minime
49. Care din următoarele grupe de medicamente are efect nefroprotector (antiproteinuric)?
- a. Blocanții canalelor de calciu (nedihidropiridine)
  - b. Diureticele de ansa
  - c. Antiagregantele
  - d. Antibioticele
  - e. Ketoanalogi

## CM

50. Despre tendința de trecere a glomerulonefritei acute în nefrită cronică ne vorbește:
- a. Persistența sindromului urinar
  - b. Reducerea funcției renale
  - c. Apariția sindromului nefrotic
  - d. Macrohematuria
  - e. Hipertensiune din primele zile ale bolii
51. Modificările urinare clasice, caracteristice glomerulonefritei acute, sunt:
- a. Hiperstenurie
  - b. Hematurie
  - c. Proteinurie subnefrotică
  - d. Cilindrurie

- e. Bacteriurie
52. Principiile de tratament al glomerulonefritei acute poststreptococice includ:
- a. Regim la pat, limitarea consumului de sodiu și lichide
  - b. Tratamentul factorului etiologic (infecția streptococică)
  - c. Terapia simptomatică a edemelor și hipertensiunii arteriale
  - d. În toate cazurile – tratament patogenetic cu prednisolon
  - e. Tratament antirecidivant cu medicamente nefroprotectoare
53. Manifestările clinice mai frecvente ale glomerulonefritei rapid progresive sunt:
- a. Debut fulminant cu edeme refractare, oligurie
  - b. Hipertensiune arterială malignă
  - c. În debutul bolii, posibil insuficiență renală acută, cu trecere treptată în boală cronică renală
  - d. Hipertensiunea, de obicei, nu este caracteristică
  - e. Debutul acut cu oligurie sau anurie, dar pronostic bun de însănătoșire
54. Verigile patogenetice de bază, ce duc la proteinurie glomerulară 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 plasmii
  - e. Hipoperfuzia glomerulilor renali
55. Anticoagulantele în tratamentul glomerulonefritei exercită efectul lor pozitiv prin:
- a. Inhibarea hipercoagulării intraglomerulare
  - b. Restabilirea sarcinii negative a membranei bazale glomerulare
  - c. Efect diuretic, natriuretic
  - d. Restabilesc numărul trombocitelor, trombocitoza fiind toxică pentru glomerulul renal
  - e. Reduc hipercomplementemia, prevenind afectarea imună a glomerulului
56. În hematuria provocată de boala Berger, în imunogramă se pot întâlni următoarele modificări:
- a. Hipocomplementemie
  - b. Creșterea titrului IgG
  - c. Creșterea titrului IgM
  - d. Creșterea titrului IgA
  - e. Creșterea titrului IgE
57. Particularități ale glomerulonefritei cronice cu modificări minimale sunt următoarele:
- a. Se manifestă prin sindrom nefrotic
  - b. Lipsa modificărilor în glomeruli la microscopie optică
  - c. Efect bun de la terapia corticosteroidă
  - d. Mai frecvent se întâlnește la copii



- e. Evoluția nefavorabilă a bolii
58. Forme neproliferative de glomerulopatii sunt:
- a. Nefropatia membranoasă
  - b. Glomerulopatia cu modificări minimale
  - c. Glomeruloscleroza focal-segmentară
  - d. Nefropatia cu IgA
  - e. Glomerulonefrita membranoproliferativă
59. Triada clasică a simptomelor glomerulonefritei acute include:
- a. Edeme
  - b. Dispnee
  - c. Hipertensiune arterială
  - d. Hematurie
  - e. Palpitații
60. Care modificări imunologice pot fi observate în glomerulonefrita poststreptococică?
- a. Titru înalt de anticorpi contra antigenului streptococului
  - b. Creșterea titrului autoanticorpilor renali
  - c. Prezența anticorpilor antinucleari
  - d. Hipocomplementemie
  - e. Hipercomplementemie
61. Care sunt complicațiile glomerulonefritei acute?
- a. Insuficiența renală acută
  - b. Hemoragie renală masivă
  - c. Eclampsie
  - d. Sindrom tromboembolic
  - e. Insuficiența ventriculară stînga
62. Care este scopul administrării anticoagulantelor și dezagregantelor în glomerulonefrită cronică?
- a. Profilaxia trombozei coronariene
  - b. Profilaxia sindromului tromboembolic
  - c. Acțiunea asupra proceselor locale ale coagulării intravasculare intraglomerulare
  - d. Profilaxia trombozei arterei renale
  - e. Majorarea perfuziei glomerulilor ischemiați
63. Care variante ale nefropatiilor glomerulare cronice se manifestă frecvent prin sindrom nefrotic?
- a. Mezangioproliferativă
  - b. Mezangiocapilară
  - c. Membranoasă
  - d. Cu modificări minimale
  - e. Fibroplastică

64. Care dintre următoarele criterii permit diferențierea glomerulonefritei cronice de cea acută?
- Prezența manifestărilor dizurice
  - Hipertrofia marcată a ventriculului stâng
  - Reducerea dimensiunilor renale
  - Leucociturie marcată
  - Micșorarea tensiunii arteriale
65. Care dintre următoarele criterii, caracteristice glomerulonefritei cronice, permit diferențierea ei de pielonefrită cronică?
- Febră cu frisoane
  - Asimetria afectării renale
  - Simetria afectării renale
  - Proteinurie marcată în combinație cu hematurie și cilindurie
  - Leucociturie marcată, bacteriurie
66. Indicații pentru prescrierea corticosteroizilor în glomerulonefrită cronică sunt:
- Activitatea înaltă a procesului inflamator
  - Sindrom nefrotic fără hipertensiune și hematurie
  - Proteinurie izolată
  - Hematurie izolată
  - Sindrom hipertensiv
67. Indicații pentru prescrierea citostaticelor în glomerulonefrită cronică sunt:
- Forme corticorezistente ale sindromului nefrotic
  - Formele corticodependente ale nefritei
  - Hematurie marcată
  - Proteinurie izolată
  - Insuficiență renală terminală
68. Manifestările glomerulonefritei rapid progresive se caracterizează prin:
- Insuficiență renală rapid progresivă
  - Insuficiență renală lent progresivă
  - Leucociturie
  - Hematurie microscopică
  - Uneori hematurie macroscopică
69. Manifestările glomerulonefritei rapid progresive mai frecvent este caracterizat prin:
- Proteinurie glomerulară, de obicei, moderată
  - Proteinurie, de obicei, masivă
  - Hematurie microscopică masivă
  - Insuficiență renală rapid progresivă
  - Insuficiență renală lent progresivă

70. Nefropatiile glomerulare proliferative sunt:
- Nefropatia cu Ig A
  - Nefropatia din lupus eritematos sistemic
  - Glomerulonefrita membranoproliferativă
  - Glomerulonefrita membranoasă
  - Nefropatia din vasculite ANCA
71. Indicații pentru prescrierea citostaticelor în glomerulonefrită cronică sunt:
- Forme corticodependente ale sindromului nefrotic
  - Formele corticorezistente ale nefritei
  - Hematurie marcată
  - Proteinurie izolată
  - Insuficiență renală terminală
72. La bolnavii care primesc tratament cu citostatice în glomerulonefrită cronică, este necesar de a supraveghea:
- Creatinina serică
  - Leucocitele sângelui periferic
  - Colesterolul
  - ECG
  - Starea mediilor transparente oculare
73. Corticosteroizii, în tratamentul glomerulonefritei cronice, influențează asupra următoarelor verigi patogenetice:
- Inhibă sinteza anticorpilor
  - Inhibă procesele inflamatorii
  - Blochează activarea complementului
  - Reduc permeabilitatea membranei bazale glomerulare
  - Reduc hipercoagularea
74. În tratamentul glomerulonefritei cronice se folosesc:
- Glucocorticosteroizi
  - Heparină
  - Antiagregante
  - Penicilina
  - Citostatice
75. Glomerulonefrita se poate manifesta prin:
- Sindrom nefritic acut
  - Sindrom nefrotic
  - Anomalii urinare asimptomatice
  - Sindrom nefritic cronic
  - Eritem nodos

76. Care dintre afirmațiile de mai jos, referitoare la glomerulonefrită acută poststreptococică, sunt corecte?
- Hipertensiunea nu este caracteristică în debutul bolii
  - Encefalopatia este mai frecventă la copii
  - Evoluția atipică a bolii se întâlnește mai des la bătrâni
  - La bătrâni, în tabloul clinic pot predomină simptomele insuficienței cardiace congestive
  - Sindromul nefrotic se întâlnește frecvent
77. Care sunt factorii de prognostic nefavorabil în evoluția glomerulonefritei rapid progresive?
- Semilune în mai mult de 60% din glomeruli
  - Proteinurie marcată
  - Fibroză interstițială pronunțată și atrofia tubilor
  - Glomeruloscleroză și semilune fibroase
  - Poliurie
78. Care afirmații, referitoare la glomerulonefrita IgA sunt corecte?
- La majoritatea bolnavilor se dezvoltă sindrom nefrotic
  - Cea mai frecventă manifestare clinică este hematuria asimptomatică
  - Mai frecvent se îmbolnăvesc bărbații și copiii
  - Există o legătură strânsă cu infecțiile respiratorii
  - Patognomonică este prezența depozitelor de IgA în mezangiul glomerular
79. Care manifestări NU SUNT caracteristice pentru glomerulonefrită acută?
- Dureri persistente în regiunea lombară
  - Febră cu frisoane
  - Macrohematurie
  - Alergie la medicamente
  - Evoluție ciclică
80. Care din următoarele maladii se asociază cu glomerulonefrită?
- Lupus eritematos sistemic
  - IgA vasculita
  - Endocardită infecțioasă
  - Mielom multiplu
  - Infecția streptococică
81. Care simptome sunt caracteristice pentru glomerulonefrite?
- Hipertensiunea arterială
  - Dureri în regiunea lombară
  - Modificarea urinei
  - Edeme
  - Dizurie

82. În tratamentul patogenetic al glomerulonefritei cronice se utilizează:
- Glucocorticoizi
  - Antiinflamatoarele nesteroidiene
  - Citostatice
  - Anticoagulante
  - Antibiotice
83. Indicații pentru puls-terapia în nefrologie cu metilprednisolon sunt:
- Gradul înalt de activitate a procesului inflamator
  - Nefrita rapid progresivă
  - Criza de rejet a transplantului
  - Hipertensiunea arterială severă din cadrul glomerulonefritei cronice
  - Anuria mai mult de 48 ore
84. Surse ale producerii citokinelor inflamatorii în cadrul glomerulonefritelor sunt:
- Celulele mezangiale
  - Leucocitele mononucleare
  - Trombocitele
  - Leucocitele polinucleare
  - Celulele măduvei osoase
85. Care dintre următorii factori exercită o acțiune toxică nemijlocită asupra tubilor și interstițiului renal în cadrul glomerulonefritei?
- Proteinuria
  - Eritrocituria
  - Transferinuria
  - Hipoperfuzia tubilor renali
  - Infecția căilor urinare
86. Dereglările hemodinamice din cadrul glomerulonefritei acute sunt condiționate de:
- Hipervolemie
  - Retenția de sodiu și apă
  - Hiperreninemie
  - Creșterea concentrației de prostaglandine
  - Spasm vascular
87. Rolul de bază în patogenia hipertensiunii arteriale din cadrul glomerulonefritei acute îl joacă:
- Retenția de sodiu și apă
  - Creșterea volumului sangvin circulant
  - Constricția arterelor renale (mecanism vasorenal)
  - Hipercatecolaminemie
  - Creșterea nivelului de cortizol în sânge
88. În tratamentul glomerulonefritei cronice:

- a. Preferabil este metilprednisolonul
  - b. Citostaticele se utilizează în toate cazurile
  - c. Citostaticele deseori înrăutățesc funcția renală
  - d. Metodele extracorporale de detoxifiere joacă un rol adjuvant
  - e. Corticosteroizii se utilizează în toate cazurile
89. Care manifestări caracteristice ale glomerulonefritei cronice permit diferențierea acesteia de Hipertensiunea arterială esențială?
- a. Creșterea TA, care precedă apariția sindromului urinar
  - b. Sindromul urinar, care precedă apariția hipertensiunii arteriale
  - c. Dezvoltarea frecventă a complicațiilor vasculare (ictus, infarct)
  - d. Crize hipertensive rare
  - e. Modificări pronunțate ale fundului ocular
90. Din punct de vedere evolutiv, patologiiile glomerulare se clasifică în următoarele grupuri:
- a. Primitive
  - b. Acute
  - c. Rapid progresive
  - d. Idiopatice
  - e. Cronice
91. Care din următoarele cauze pot provoca nefropatiile glomerulare acute secundare?
- a. Hepatita virală B
  - b. Malaria
  - c. Toxoplasmoza
  - d. Depozitarea mezangială de IgA
  - e. Streptococul  $\beta$ -hemolitic
92. Glomerulonefrita acută poststreptococică:
- a. Se dezvoltă mai des la bărbați
  - b. Se dezvoltă mai des la femei
  - c. Nu există prevalență de gen
  - d. Este cea mai frecventă formă de glomerulonefrită acută postinfecțioasă
  - e. Agentul patogen este *Streptococcus pneumoniae*
93. Care sunt indicațiile pentru efectuarea puncției-biopsie renale în cadrul glomerulonefritei acute poststreptococice?
- a. Glomerulonefrită acută cu oligurie sau anurie
  - b. Persistența hipertensiunii arteriale peste 4 săptămâni
  - c. Glomerulonefrită acută primar depistată
  - d. Persistența sindromului nefrotic peste 4 săptămâni
  - e. Toate cazurile de glomerulonefrită acută la copii

94. Din punct de vedere patogenetic, există următoarele grupuri de glomerulonefrită rapid progresivă (GNRP):
- cu anticorpi anti mezangiu
  - cu anticorpi anti membrană bazală glomerulară
  - prin complecși imuni
  - cu anticorpi anti podocitari
  - pauciimună
95. Ce trăsături imunologice sunt mai caracteristice pentru glomerulonefrita subacută?
- Hipocomplementemie
  - Complement seric normal
  - Hipercomplementemie
  - Prezența anticorpilor anti membrano-glomerulară
  - Nivelul IgA, IgG rămâne, de obicei, normal
96. În tratamentul patogenetic imunosupresor al glomerulonefritei cronice se folosesc:
- Prednisolonul
  - Ciclofosfamida
  - Metilprednisolonul
  - Atorvastatina
  - Azatioprina
97. Dieta în tratamentul glomerulonefritei cronice cu sindrom nefrotic impur trebuie să fie:
- Hiposodată
  - Hipolipidică
  - Hipoglucidică
  - Hiperproteică
  - Hipercalorică
98. Clasificarea morfopatologică a glomerulopatiilor primitive include următoarele forme:
- Glomerulopatia cu leziuni minime
  - Glomeruloscleroza focal-segmentară
  - Glomerulopatia membranoasă
  - Glomerulopatia tubulo-interstițială
  - Glomerulopatia membrano-proliferativă
99. Manifestările clinice ale *facies nephritica* sunt:
- Edem facial
  - Acrocianoză
  - Erupecții hemoragice pe față
  - Paliditatea pielii
  - Turgescența venelor jugulare

100. Din punct de vedere etiologic, nefropatiile glomerulare se clasifică în:
- Nefropatii glomerulare acute
  - Nefropatii glomerulare rapid progresive
  - Nefropatii glomerulare secundare
  - Nefropatii glomerulare cronice
  - Nefropatii glomerulare idiopatice
101. Modalitățile evolutive ale glomerulonefritei acute poststreptococice sunt:
- Vindecare
  - Cronicizare
  - Evoluție rapid progresivă
  - Dezvoltarea septicemiei
  - Dezvoltarea endocarditei poststreptococice
102. Care din medicamentele antihipertensive au și un efect antiproteinuric, util în tratamentul glomerulonefritelor cronice?
- Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
  - Diureticele de ansă
  - Antihipertensivele centrale
  - Blocanții receptorilor de angiotensină
  - $\beta$ -blocantele



# Nefropatiile Tubulointerstițiale și Infecțiile Tractului Urinar

## CS

1. În nefropatiile tubulo-interstițiale sunt afectate preponderent:
  - a. Țesutul interstițial
  - b. Tubii renali
  - c. Glomerulii renali
  - d. Țesutul interstițial și capilarele peritubulare
  - e. Țesutul interstițial și tubii subiacenți
2. Care este cea mai frecventă cale de infectare a parenchimului renal?
  - a. Calea hematogenă
  - b. Calea ascendentă
  - c. Calea limfogenă
  - d. Prin contiguitate
  - e. Calea descendentă
3. Care dintre următoarele NU favorizează recurența infecțiilor tractului urinar?
  - a. Activitatea sexuală
  - b. Sexul feminin
  - c. Dereglările de pasaj urinar
  - d. Litiiza renală
  - e. Igiena intimă riguroasă
4. Alegeți factorul predispozant extraurinar al pielonefritei cronice:
  - a. Refluxul vezico-ureteral
  - b. Litiiza renală și urinară
  - c. Anomaliile intrarenale congenitale
  - d. Diabetul zaharat
  - e. Golirea incompletă a vezicii urinare
5. Selectați agentul cauzal cel mai frecvent al pielonefritei cronice:
  - a. *Escherichia coli*
  - b. Streptococul beta-hemolitic
  - c. *Mycoplasma*
  - d. *Proteus mirabilis*
  - e. *Pseudomonas aeruginosa*
6. Indicați agentul cel mai frecvent implicat în etiologia pielonefritei acute și cronice în acutizare:
  - a. *Proteus*

- b. *Enterobacter*
  - c. *Serratia*
  - d. *Staphylococcus aureus*
  - e. *Escherichia coli*
7. Următorii factori contribuie la eliminarea rapidă a bacteriilor din tractul urinar inferior, CU EXCEPȚIA:
- a. Fluxul urinar normal
  - b. Proprietățile antibacteriene ale urinei
  - c. Proprietățile antibacteriene ale secrețiilor prostatice
  - d. Staza urinară
  - e. Polimorfonuclearele din peretele vezical
8. Marcați răspunsul corect cu referire la tabloul clinic caracteristic pielonefritei acute:
- a. Debut insidios
  - b. Febră, frisoane, lombalgii
  - c. Edeme palpebrale
  - d. Nicturie
  - e. Manevra Giordano negativă
9. Următorul semn sau simptom NU este caracteristic acutizării pielonefritei cronice:
- a. Febră
  - b. Greață
  - c. Bradicardie
  - d. Sensibilitate la palparea unghiurilor costo-vertebrale
  - e. Diaree
10. Care test ne permite aprecierea funcției renale:
- a. Testul Neciporenco
  - b. Testul Zimnițki
  - c. Testul Reberg
  - d. Proba cu trei pahare
  - e. Pierderea nictimerală de proteine
11. Care test ne permite aprecierea nivelului veridic al leucocituriei:
- a. Testul Neciporenco
  - b. Testul Zimnițki
  - c. Testul Reberg
  - d. Proba cu trei pahare
  - e. Pierderea nictimerală de proteine
12. Proteinuria în pielonefrita acută poate fi:
- a.  $\leq 1\text{g/l}$
  - b. masivă
  - c.  $\geq 2\text{ g/l}$

- d.  $\geq 3$  g/l
- e. 2-3 g/l

13. Selectați afirmația corectă referitor la urografia intravenoasă:

- a. Oferă date generale despre amplasarea rinichilor, bazinetului, ureterelor, vezicii urinare
- b. Nu oferă date despre funcția renală
- c. Este obligatorie pentru stabilirea diagnosticului de pielonefrită cronică
- d. Nu este contraindicată în boala cronică renală stadiul 4-5 KDOQI
- e. Nu este contraindicată în caz de alergie la iod

14. Cantitatea microorganismelor depistate într-un ml de urină NU depinde de:

- a. Frecvența micțiunilor
- b. Diureză
- c. pH-ul urinei
- d. Viteza multiplicării microorganismelor
- e. Leucociturie

15. Aprecierea sensibilității florei la preparatele antibacteriene:

- a. Are o semnificație clinică majoră
- b. Nu are o semnificație clinică importantă
- c. Are o semnificație clinică importantă numai în pielonefrită
- d. Are o semnificație clinică importantă numai în nefrita interstițială
- e. Are o semnificație clinică importantă numai în glomerulonefrită

16. În cazul pielonefritei cronice, la examen histopatologic, permanent se depistează:

- a. Atrofia epiteliului canalicular
- b. Infiltrat limfohistiocitar al interstițiului
- c. Afectarea vaselor renale
- d. Glomerulonefrită proliferativă
- e. Scleroză periglomerulară

17. La gravide bacteriuria  $\geq 10^5$  U/ml este indicație pentru:

- a. Tratament antibacterian, indiferent de tabloul clinic
- b. Tratament antibacterian numai în cazul prezenței disuriei
- c. Tratament antibacterian numai în cazul prezenței leucocituriei
- d. Tratament balneo-sanatorial
- e. 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:

- a. Poate avea loc
- b. Nu se întâlnește
- c. Se întâlnește numai în cazul dereglării funcției renale
- d. Are loc numai în cazul duratei bolii mai mari de 3 ani

- e. Are loc numai în cazul duratei bolii mai mari de 5 ani
19. Afirmăția "existența mai multor abcese renale cu tendință de confluație și de formare a cavității comune" descrie :
- Abcesul renal cortico-medular
  - Necroza papilară acută
  - Carbunculul renal
  - Pionefroza
  - Perinefrita
20. În pielonefrita cronică în acutizare cu evoluție de gravitate medie antibioticul empiric de elecție va fi
- Ampicilina
  - Eritromicina
  - Doxiciclina
  - Co-trimoxazolul
  - Ciprofloxacina
21. Măsura de tratament obligatorie în nefrita interstițială acută postmedicamentoasă:
- Sistarea medicamentului care posibil a provocat nefrita
  - Administrarea de antiinflamatoare nesteroidiene
  - Transfuzia de sânge
  - Administrarea preparatelor citostatice
  - Tratamentul antibacterian
22. Marcați durata tratamentului cu antibiotice în pielonefrita acută necomplicată cu evoluție gravă:
- 3 zile
  - 7 zile
  - 14 zile
  - 21 zile
  - 6 săptămâni
- 

## CM

23. Selectați care dintre următoarele afecțiuni renale sunt incluse în grupul nefropatiilor tubulointerstițiale:
- Nefropatia tubulointerstițială prin agresiune medicamentoasă cronică
  - Nefropatia tubulointerstițială prin hipersensibilitate la medicamente
  - Pielonefrita cronică
  - Nefrite tubulointerstițiale asociate cu boli imunologice
  - Sindromul Goodpasture
24. Care sunt indicațiile pentru tratament chirurgical în pielonefrita cronică în acutizare:
- Pionefroză
  - Paranefrită

- c. Abces renal
  - d. Carbuncul renal
  - e. Chist renal neinfestat
25. Șocul bacterian din pielonefrita acută se caracterizează prin:
- a. Prăbușirea tensiunii arteriale
  - b. Scăderea diurezei
  - c. Acidoză metabolică
  - d. Alcaloză metabolică
  - e. Hipertensiune arterială
26. Care dintre următoarele afecțiuni fac parte din grupul nefropatiilor tubulointerstițiale:
- a. Nefropatia tubulointerstițială acută medicamentoasă
  - b. Nefropatia de reflux
  - c. Necroza tubulară acută toxică
  - d. Nefropatia cu leziuni minime
  - e. Nefropatia obstructivă
27. Factorii de risc pentru infecțiile tractului urinar sunt:
- a. Hepatită cronică virală
  - b. Diabetul zaharat
  - c. Sarcina
  - d. Refluxul vezico-ureteral
  - e. Vasculitele sistemice
28. Caracteristicile afectării interstițiale, care permit diagnosticul diferențial cu glomerulonefritele sunt:
- a. Proteinuria  $\leq 1$  g în 24 de ore
  - b. Absența hipoproteinemiei
  - c. Hipertensiunea arterială severă
  - d. Absența edemelor
  - e. Prezența piuriei sterile și a cilindrilor leucocitari
29. Elemente sugestive pentru prezența nefropatiei interstițiale sunt:
- a. Piuria
  - b. Chiluria
  - c. Proteinuria  $\leq 1$  g/zi
  - d. Proteinuria  $\geq 3$  g/zi
  - e. Hematuria marcată
30. Elemente sugestive pentru diagnosticul de nefropatie interstițială cronică sunt:
- a. Debut insidios
  - b. Evoluție fulminantă
  - c. Proteinuria  $\leq 1$  g/zi
  - d. Absența hipertensiunii arteriale severe
  - e. Edeme marcate

31. Forme etiologice ale nefropatiilor interstițiale sunt:

- a. Infecțioase
- b. Parazitare
- c. Medicamentoase
- d. Asociate cu boli imunologice
- e. Vasculare

32. Din grupul infecțiilor urinare joase fac parte:

- a. Pielonefrita acută
- b. Pielonefrita cronică
- c. Prostatita
- d. Cistita
- e. Uretrita

33. Din grupul infecțiilor urinare înalte fac parte:

- a. Uretrita
- b. Pielonefrita acută
- c. Pielonefrita cronică
- d. Carbuncul renal
- e. Pionefroza

34. Din grupul infecțiilor urinare înalte NU fac parte:

- a. Uretrita
- b. Pielonefrita acută
- c. Pielonefrita cronică
- d. Urolitiază
- e. Glomerulonefrita

35. 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)

36. 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

37. Care din categoriile de persoane de mai jos prezintă riscuri crescute de infecții de tract urinar:

- a. Gravidele
- b. Transplantații renal
- c. Pacienții cu litiata renală
- d. Bărbații sub 20 de ani

- e. Pacienții cu diabet zaharat
38. Dintre circumstanțele care favorizează infecțiile tractului urinar fac parte:
- a. Sarcina
  - b. Sexul masculin
  - c. Refluxul vezico-ureteral
  - d. Disfuncția neurogenă a vezicii urinare
  - e. Cateterele uretrale permanente
39. „Vârstele de risc” pentru pielonefrita cronică sunt:
- a. Copii în primii 2-3 ani de viață (malformații congenitale)
  - b. Persoanele de sex feminin în perioada vieții sexuale active
  - c. Bărbați în perioada vieții sexuale active
  - d. Femei după menopauză,
  - e. Bărbați cu adenom de prostată
40. Etiologia pielonefritei acute poate fi:
- a. bacteriană Gram-negativă (*Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter*, *Citrobacter* etc.)
  - b. medicamentoasă
  - c. fungică
  - d. parazitară
  - e. autoimună
41. Bacterii gram-negative care pot cauza pielonefrită acută sau acutizări ale pielonefritei cronice sunt:
- a. *E. coli*
  - b. *Stafilococcus aureus*
  - c. *Streptococcus epidermidis*
  - d. *Pseudomonas aeruginosa*
  - e. *Enterobacter*
42. Germenii incriminați cel mai des în infecțiile urinare sunt:
- a. *Pseudomonas aeruginosa*
  - b. *E. coli*
  - c. *Chlamydia trachomatis*
  - d. *Proteus*
  - e. *Streptococcus saprophyticus*
43. Care sunt componentele de virulență și uropatogenitate ale *E.coli*:
- a. Antigenul O
  - b. Antigenul K
  - c. Antigenul H
  - d. Hemolizinele

- e. Ureaza
44. Care sunt componentele de virulență și uropatogenitate ale tulpinilor de *E. coli*:
- a. Hemolizinele
  - b. Aerobactina
  - c. Ureaza
  - d. Proteaza
  - e. Adezinele
45. Care sunt factorii de virulență bacteriană care influențează infecția tractului urinar:
- a. Fimbriile
  - b. Pili P
  - c. Producerea de hemolizine
  - d. Producerea de kinaze
  - e. Rezistența la acțiunea bactericidă a serului uman
46. Care sunt factorii care favorizează menținerea microorganismului patogen în căile urinare:
- a. Prezența de protoplaști și L-forme
  - b. Fenomenul adeziunii bacteriene
  - c. Obstrucția căilor urinare
  - d. Sinteza anticorpilor urinari
  - e. Poliuria
47. Care sunt factorii de apărare ai tractului urinar:
- a. Flora periureterală saprofită
  - b. Fluxul urinar
  - c. pH-ul bazic vaginal
  - d. Valvele vezico-ureterale
  - e. Activitatea sexuală
48. Care sindroame clinice pot fi prezente în pielonefrită cronică:
- a. Urinar
  - b. Algic
  - c. Toxico-infecțios
  - d. Nefrotic
  - e. Nefritic
49. Care dintre semnele clinice enumerate mai jos se întâlnesc în pielonefrita cronică în acutizare:
- a. Febra
  - b. Tahicardia
  - c. Disuria și polakiuria
  - d. Adenopatia inghinală
  - e. Sensibilitate la palparea unghiului costovertebral



50. Tabloul clinic în pielonefrita acută poate include:

- a. Febră
- b. Macrohematurie
- c. Disurie
- d. Dureri lombare
- e. Sindrom nefrotic

51. Enumerați acuzele posibile prezentate de bolnavii cu pielonefrită cronică în acutizare:

- a. Febră
- b. Slăbiciune generală
- c. Anurie
- d. Durere lombară
- e. Disurie

52. Triada clinică clasică pentru pielonefrita acută sau pielonefrita cronică în acutizare include:

- a. Febră
- b. Polidipsie
- c. Lombalgii
- d. Piurie
- e. Urină hipercromă

53. Ce modificări în examenul sumar de urină se întâlnesc în pielonefrită cronică?

- a. Cilindri hialinici
- b. Bacteriurie
- c. Leucociturie
- d. Eritrocite dismorfe
- e. Proteinurie >3 g/l

54. Sindromul urinar în pielonefrită cronică în acutizare se poate manifesta prin:

- a. Cristalurie
- b. Cilindrurie leucocitară
- c. Leucociturie și bacteriurie
- d. Proteinurie > 3g/l
- e. Uneori microhematurie

55. Pentru confirmarea diagnosticului de pielonefrită cronică sunt utile următoarele investigații:

- a. Examenul sumar de urină
- b. Examen ultrasonografic al rinichilor
- c. Urografia intravenoasă
- d. Cistografia
- e. Biopsia renală

56. Din punct de vedere microbiologic, există infecție a tractului urinar atunci când se determină:
- $\geq 100.000$  bacterii/ml la pacienți asimptomatici
  - 100-10.000 bacterii/ml la pacienți asimptomatici
  - Orice recoltare pozitivă obținută prin aspirație suprapubiană
  - 1000 microorganisme/ml, la o pacientă gravidă
  - Specii multiple de microorganisme, indiferent de titru
57. Urocultura este considerată pozitivă, dacă germele detectat este în cantitate:
- $\leq 10^2$  (indiferent de agentul patogen și de existența simptomatologiei clinice)
  - $\geq 10^5$  (indiferent de agentul patogen și de existența simptomatologiei clinice)
  - $\leq 10^4$  (indiferent de agentul patogen și de existența simptomatologiei clinice)
  - $\geq 10^4$  și triada clinică prezentă
  - $\geq 10^3$  și manifestările clinice complete la pacienții cu infecție urinară complicată (diabet zaharat, sarcină, obstrucție infrarenală etc.)
58. Termenul bacteriurie asimptomatică presupune:
- Titru diagnostic în urocultură
  - Urocultură negativă
  - Prezența clinicii de infecție urinară
  - Lipsa simptomelor clinice de infecție urinară
  - Bacteriuria  $\leq 10^3$  bacterii/ml
59. Piuria sterilă poate indica: (definiție de piurie în carte)
- Infecții cu agenți bacterieni neobișnuiți
  - Nefropatie diabetică
  - Infecția cu *Mycobacterium tuberculosis*
  - Infecții cu fungi
  - Amiloidoză renală
60. Proteinuria în nefropatii interstițiale este:
- De tip proteinurie tubulară
  - De tip  $\beta_2$ -microglobulină
  - Constituită din proteine cu greutate moleculară mare
  - Constituită din proteine cu greutate moleculară mică
  - Este tot timpul prezentă
61. Care sunt semnele ultrasonografice caracteristice pielonefritei cronice:
- Dilatarea calicelor și bazinetului
  - Deformarea calicelor și bazinetului
  - Subțierea parenchimului renal
  - Îngroșarea peretelui vascular
  - Stenoza vaselor renale

62. Semne sugestive pentru pielonefrita cronică în acutizare, la ecografia renală sunt:
- Dimensiunile renale normale sau micșorate
  - Micșorarea indicelui parenchimos
  - Micșorarea ecogenității parenchimului
  - Dilatarea pielocaliceală, deformarea sistemului calice-bazinet
  - Bloc renal (calculi, cheaguri de sânge, tumoare, strictură, etc)
63. Care afirmații sunt adevărate pentru scintigrafia renală dinamică:
- Se poate efectua în azotemie
  - Mai puține reacții adverse decât urografia intravenoasă
  - Determină dereglările funcționale precoce
  - Nu este necesară o pregătire specială pentru investigație
  - Nu este contraindicată în caz de alergie la iod și sarcină
64. Care afirmații despre scintigrafia renală dinamică sunt adevărate:
- Se poate efectua în azotemie
  - Este pe larg utilizată în diagnosticul pielonefritelor
  - Determină dereglările funcționale precoce
  - Nu este necesară pregătire specială pentru investigație
  - Este contraindicată în caz de alergie la iod și sarcină
65. În pielonefrita acută, examenul bacteriologic se realizează:
- Înainte de inițierea antibioticoterapiei
  - La 48 ore după inițierea antibioticoterapiei
  - La 48 ore după oprirea tratamentului
  - La 1 lună după finalizarea tratamentului
  - La 3 luni după finalizarea tratamentului
66. Diagnosticul diferențial al pielonefritei acute, care se manifestă cu sindrom algic abdominal și febril, dar fără sindrom de cistită, se realizează cu:
- Sarcina ectopică
  - Apendicita acută
  - Apoplexia ovariană
  - Infecțiile urinare joase
  - Diverticulită
67. Care sunt măsuri generale în tratamentul pielonefritei cronice:
- Repaos la pat în perioada febrilă
  - Hidratare adecvată
  - Reglarea tranzitului intestinal
  - Antibioticoterapie
  - Glucocorticosteroizi
68. Tratamentul medicamentos al pielonefritei cronice include:
- Regim la pat în toate cazurile

- b. Antibioticoterapie
- c. Corticosteroizi
- d. Hidratare adecvată
- e. Uroseptice

69. Regimul hidric în pielonefrita cronică în acutizare:

- a. Se restricționează
- b. Se suplimentează (diureza+500ml)
- c. Nu se modifică
- d. Depinde de gradul hipertensiunii arteriale
- e. Depinde de temperatura corporală

70. Care sunt indicații pentru spitalizarea pacienților cu pielonefrită acută

- a. Vârsta  $\leq 60$  ani
- b. Sarcina
- c. Nefropatia obstructivă
- d. Diabetul zaharat
- e. Vomă incoercibilă

71. Alegeți afirmațiile corecte cu privire la tratamentul etiologic al pielonefritei acute și al pielonefritei cronice în acutizare:

- a. Se începe înaintea recoltării uroculturii
- b. Se așteaptă rezultatele uroculturii
- c. Inițial empiric
- d. Terapia parenterală este mai efektivă
- e. În toate cazurile se preferă monoterapia antibacteriană

72. Care afirmații sunt adevărate cu referință la tratamentul etiologic al pielonefritei acute și al pielonefritei cronice în acutizare:

- a. Se începe după recoltarea uroculturii
- b. Se așteaptă rezultatele uroculturii
- c. Inițial empiric
- d. Terapia parenterală este mai efektivă
- e. În toate cazurile se preferă biterapia

73. Care antibiotice sunt utilizate mai frecvent în tratamentul pielonefritei cronice:

- a. Tetracilinele
- b. Cefalosporinele
- c. Fluorchinolonele
- d. Aminoglicozidele
- e. Carbapenemele

74. În tratamentul pielonefritei cronice, acutizare ușoară, sunt adevărate afirmațiile:

- a. Durata tratamentului 5 zile
- b. Durata tratamentului 7-10 zile
- c. Monoterapie antimicrobiană, administrare perorală sau parenterală

- d. Mono sau biterapie antimicrobiană, administrare perorală sau parenterală
- e. Nu necesită tratament simptomatic

75. Profilaxia recidivelor pielonefritei cronice presupune:

- a. Sanarea focarelor cronice de infecție
- b. Profilaxia constipațiilor
- c. Dieta hipoproteică
- d. Restricția de lichide
- e. Igiena intimă riguroasă

76. Măsurile igieno-dietetice de profilaxie a infecțiilor tractului urinar sunt:

- a. Reglarea tranzitului intestinal
- b. Aportul hidric adecvat
- c. Igiena zonei perianale și periuretrale
- d. Micțiuni rare
- e. Antibiotic conform antibiogramei

77. Profilaxia infecțiilor tractului urinar include:

- a. Antibioticoterapia
- b. Tratamentul refluxului vezico-ureteral
- c. Utilizarea contraceptivelor orale
- d. Micțiunea postcoitală este recomandată
- e. Golirea vezicii urinare la necesitate

78. Factorii de prognostic nefavorabil în pielonefrită acută sunt:

- a. Agentul patogen *Proteus*
- b. Agentul patogen *E. coli*
- c. Infectarea pe cale urinară ascendentă
- d. Ocluzia acută a căilor urinare
- e. Hiperuricemia

79. Factorii de prognostic nefavorabil în pielonefrita acută sunt:

- a. Agentul patogen *Proteus*
- b. Agentul patogen stafilococul plasmocoagulant
- c. Infectarea pe cale urinară ascendentă
- d. Ocluzia acută a căilor urinare rezolvată
- e. Imunosupresie

80. Care sunt indicații pentru tratament chirurgical în pielonefrita acută sau cronică în acutizare:

- a. Paranefrita
- b. Abcesul renal
- c. Dereglările de pasaj urinar
- d. Rinichiul ratat
- e. Rinichi dublu

81. Care sunt indicațiile pentru tratamentul chirurgical în pielonefrita cronică în remisiune:

- a. Corecția malformațiilor congenitale ce dereglează pasajul urinar
- b. Corecția complicațiilor postchirurgicale ce afectează pasajul urinar
- c. Abcesul renal
- d. Paranefrita
- e. Carbuncul renal

82. Complicațiile severe posibile ale pielonefritei cronice bilaterale includ:

- a. Hipertensiunea arterială
- b. Ratatinarea rinichiului
- c. Boala cronică renală
- d. Tuberculoza renală
- e. Amiloidoza renală

83. Complicații acute ale pielonefritei acute pot fi:

- a. Șocul toxicoseptic
- b. Necroza papilară acută
- c. Hipertensiunea arterială secundară
- d. Carbunculul renal
- e. Abcesul perinefretic

84. Din grupul complicațiilor acute ale pielonefritei acute fac parte:

- a. Abces renal (Pielonefrita emfizematoasă)
- b. Nefroscleroza secundară
- c. Insuficiența renală acută
- d. Chisturi renale
- e. Hipertensiunea arterială

85. Care dintre următoarele sunt complicații posibile ale pielonefritei cronice:

- a. Tromboza arterelor și venelor renale
- b. Boala cronică renală
- c. Hipertensiunea arterială
- d. Nefroscleroză secundară
- e. Insuficiența renală acută

86. Pentru pielonefrita acută apostematoasă sunt adevărate afirmațiile:

- a. Prezența focarelor mici multiple purulente plasate în stratul renal cortical
- b. Prezența focarelor mici multiple purulente plasate în stratul renal medular
- c. Mai frecvent este cauzată de o septicopiemie enterococică
- d. Mai frecvent este cauzată de o septicopiemie stafilococică
- e. Mai frecvent este cauzată de o septicopiemie streptococică

87. Enumerați afirmațiile corecte despre pielonefrita acută la pacienții imunocompromiși:

- a. Incidența crescută a germenilor patogeni polirezistenți
- b. Frecvent implicați agenți bacterieni comensuali
- c. Risc scăzut al complicațiilor

- d. Fluorchinolonele, cefalosporinele de generația III-IV, aminopenicilinele protejate și carbapenemele sunt antibioticele de prima linie
  - e. Fluorchinolonele, cefalosporinele de generația II, aminoglicozide sunt de primă linie
88. Care sunt afirmațiile adevărate în pielonefrita acută obstructivă:
- a. Este o urgență medico-chirurgicală
  - b. Necesită spitalizare
  - c. Micșorarea dimensiunilor rinichilor la USG
  - d. Indispensabilă - nefrostomie percutanată
  - e. Înlăturarea obstacolului în regim de urgență
89. În pielonefrita cronică în acutizare, la examenul obiectiv se poate determina:
- a. Sensibilitate la palparea lojelor renale
  - b. Punctele costomusculare dureroase
  - c. Punctele costovertebrale nedureroase
  - d. Manevra Giordano pozitivă
  - e. Durere întotdeauna bilaterală
90. În caz de pielonefrită acută, la examenul clinic durerea poate lipsi mai frecvent la următoarele categorii de pacienți:
- a. Copii
  - b. Gravide
  - c. Diabetici
  - d. Etilici denutriți
  - e. Transplantați
91. Care dintre următoarele criterii, caracteristice pielonefritei cronice, permit diferențierea ei de glomerulonefrita cronică:
- a. Febra cu frisoane
  - b. Asimetria afectării renale
  - c. Simetria afectării renale
  - d. Proteinuria marcată
  - e. Leucocituria marcată
92. Tratamentul patogenetic în pielonefrita cronică în acutizare include:
- a. IEC
  - b. Antispastice
  - c. Antibiotice
  - d. Antiagregante
  - e. Fitoterapie
93. O leucociturie aseptică poate fi sugestivă pentru:
- a. Infecție a tractului urinar decapitată prin antibioterapie prealabilă
  - b. Vaginită
  - c. Tuberculoză uro-genitală

- d. Hidronefroză
- e. Chist renal supurat

94. Nefropatiile tubulo-interstițiale se impart în:

- a. Infecțioase
- b. Medicamentoase
- c. Metabolice
- d. În sarcina
- e. La bătrâni

95. Formele clinice ale pielonefritei acute sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:

- a. Hemoragică
- b. Apostematoasă
- c. Seroasă
- d. Carbuncul
- e. Purulentă

96. Complicațiile acute ale pielonefritei acute și cronice în acutizare sunt următoarele:

- a. Șoc toxico-septic
- b. Șoc hemoragic
- c. Abcesul renal
- d. Anemia
- e. Injurie renală acută

97. Complicațiile cronice ale pielonefritei acute sunt următoarele:

- a. Pielonefrita cronică
- b. Șoc hemoragic
- c. Boala cronică renală
- d. Șoc toxico-septic
- e. Injurie renală acută

98. Acuzele pacienților cu PNC pot fi repartizați sindromologic în:

- a. Sindromul inflamației locale
- b. Sindromul toxico-septic
- c. Sindromul inflamației generale
- d. Dereglările micționale
- e. Dereglările funcționale

99. Preparatele de elecție în tratamentul HTA renoparenchimatose sunt:

- a. IEC
- b. Beta blocanții
- c. Diuretici tiazidici
- d. Antagoniștii angiotenzinei II
- e. Blocante canalelor de calciu dihidropiridinici



100. Profilaxia infecțiilor tractului urinar include următoarele:
- a. Golirea la necesitate a vezicii urinare
  - b. Alimentația bogată în proteine
  - c. Utilizarea soluțiilor cu pH neutru pentru igiena intimă
  - d. Profilaxia constipațiilor
  - e. Contracepție hormonală