

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

**Facultatea Rezidențiat și Secundariat Clinic
Catedra urologie și nefrologie chirurgicală**

Eduard Pleșca

**ÎNDRUMAR DE STAGIU CLINIC PENTRU STUDENȚI
(Indicație metodică)**

**Chișinău
2017**

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

**Facultatea Rezidențiat și Secundariat Clinic
Catedra urologie și nefrologie chirurgicală**

Eduard Pleșca

**ÎNDRUMAR DE STAGIU CLINIC PENTRU STUDENȚI
(Indicație metodică)**

**Chișinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2017**

616-071(076.5)

P 71

Aprobat de Consiliul metodic central al USMF „Nicolae Testemițanu”;
proces-verbal nr. 3 din 12 mai 2017

Autor:

Eduard Pleșca – doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Recenzenți:

Gheorghe Anghelici – doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar la Catedra chirurgie nr. 2

Gheorghe Străjescu – doctor în științe medicale, conferențiar universitar la Catedra chirurgie nr. 2

Redactor: *Sofia Fleștor*

Machetare computerizată: *Oksana Muntian*

Lucrarea este destinată studenților anului IV de la Facultatea de Medicină, rezidenților și medicilor urologi.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Pleșca, Eduard.

Îndrumar de stagiu clinic pentru studenți : (Indicație metodică) / Eduard Pleșca; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Fac. Rezidențiat și Secundariat Clinic, Catedra urologie și nefrologie chirurgicală. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2017. – 31 p.

Bibliogr.: p. 27 (11 tit.). – 50 ex.

ISBN 978-9975-82-061-5.

616-071(076.5)

P 71

ISBN 978-9975-82-061-5

© CEP *Medicina*, 2017

© Eduard Pleșca, 2017

INTRODUCERE

Fișa medicală a bolnavului cu profil urologic se structurează pe baza exigențelor clinice de urologie și are drept scop însușirea de către studenți a succesiunii cronologice în procesul de investigare a bolnavilor din această categorie.

Scopul investigației clinice este stabilirea diagnosticului corect al bolilor, din care decurge conduita terapeutică. În pofida progreselor din domeniul explorării și tratamentului afecțiunilor aparatului urinar, care au modificat substanțial modul de gândire și de abordare a afecțiunilor urologice, anamneza și examenul clinic rămân elementele de baza în formularea diagnosticului și orientarea terapeutică.

1. ANAMNEZA

Interogarea bolnavului poate scoate în evidență semnele și simptomele generale, pe cele dominant urinare și să descifreze altă suferință, aparent fără nicio legătură cu specialitatea urologică. Examinatorul trebuie să procedeze cu tact, înțelegere și obiectivitate. Anamneza cuprinde toate informațiile culese de la bolnav privind desfășurarea suferinței sau suferințelor de la debut până în momentul prezentării la urolog. Anamneza trebuie să cuprindă:

1. Motivul prezentării.

2. Antecedentele heredo-colaterale, importante în evidențierea unor afecțiuni care se transmit genetic sau au o predispoziție familială (malformații, litiază renală, neoplasme). Interogarea bolnavului cu privire la bolile copilăriei poate explica afecțiunile de tipul nefropatiilor sau sterilității.

3. Antecedentele fiziologice personale privind pubertatea, activitatea sexuală, menopauza. Sarcinile multiple și dificile, precum intervențiile în sfera ginecologică, se pot solda cu incontinență de stres, dar și cu fistule vezico-vaginale sau lezarea ureterului.

4. Antecedentele patologice personale privind aparatul urogenital, care pot orienta diagnosticul: antecedente de calculi eliminați sau de litiază urinară operată, care pot orienta diagnosticul spre o litiază urinară; malformații ale aparatului urogenital, diagnosticate sau tratate. În cazul în care un pacient a prezentat în antecedente tuberculoză pulmonară complicată cu epididimită trenantă, hematurii, urini turbure, dar cu urocultură sterilă, investigațiile trebuie să fie canalizate mai întâi pentru diagnosticare și apoi pentru tratamentul unei tuberculoze urogenitale.

5. Condițiile de viață și de muncă: consumul de alcool, tutun, obiceiuri alimentare; expunerea cronică la diverse substanțe chimice, care pot avea caracter profesional (lucrătorii din industria chimică, a coloranților, a cauciucului etc.).

6. Istoricul bolii, unde se vor nota date referitoare la debutul bolii, evoluția, simptomele principale și cele asociate. Se vor analiza: durerea

(caracter, sediu, iradiere, persistență); modificările patologice ale urinei (tulbure, limpede, hematurie); modificările patologice ale micțiunii (polakiurie, nicturie, oligurie, poliurie). Infecțiile gonococice, prezența unor cateterisme uretrovezicale sau a unor intervenții endoscopice transuretrale pot explica prezența unor stricturi uretrale, prostatite, orhiepидidimite. Nu se vor neglija nici afecțiunile cardiovasculare (HTA), bolile metabolice (diabet, gută), bolile sistemului nervos (encefalite, mielite etc.).

2. METODELE FIZICE DE EXAMINARE A BOLNAVILOR

În cadrul examenului general al bolnavului, pentru obținerea informațiilor necesare precizării stării prezente, se folosesc metode de investigație clasică (metode fizice): inspecția, palparea, percuția și auscultația. Un principiu fundamental este acela conform căruia un bun auxiliar e numai acela care înțelege bine acțiunile la care participă. Înainte de începerea examenului, bolnavul trebuie pregătit psihic; este necesar să i se asigure o liniște absolută, un climat calm.

- **Inspecția** trebuie efectuată la lumină suficientă și naturală (la lumină artificială pot fi ignorate colorațiile: galbenă – a ictericilor, palidă – a anemicilor, cianotică – a cardiacilor). Inspecția trebuie să cuprindă întreg corpul, bolnavul fiind dezbrăcat, în ordinea examinării.

- **Atitudinea**, adică poziția bolnavului în pat. Unele atitudini pot sugera diagnosticul. Astfel, ortopneea (poziția șezândă) se întâlnește în insuficiența cardiacă, decubitul lateral stâng sau drept (poziția culcată pe o parte) – în bolile pleuropulmonare unilaterale, poziția genupectorală (ghemuit, cu genunchii la piept) – în ulcerul gastroduodenal etc.

- **Fizionomia**, adică faciesul bolnavului, furnizează elemente importante. În hipertiroidism, figura exprimă spaimă, privirea e vie, ochii sunt exoftalmici; în mixedem (hipotiroidism), fața e rotundă, umflată, ceroasă, buzele – umflate.

- **Starea de conștiență și psihicul bolnavului.** În unele boli infecțioase grave (febră tifoidă, pneumonie etc), în stările toxice grave (uremie, insuficiență hepatică, comă diabetică, intoxicații diverse etc.), bolnavii pot prezenta delir (idei false, fără substrat real), halucinații (percepții vizuale sau auditive fără obiect), somnolență (stare de indiferență, răspunzând numai la excitații), comă (pierderea cunoștinței, cu conservarea funcțiilor vegetative: circulație, respirație).

- **Starea de nutriție** poate furniza date importante. Bolnavii pot fi obezi, cu dezvoltarea excesivă a țesutului celuloadipos subcutanat, subnutriți, emaciați sau cașectici, când țesutul adipos a dispărut, iar musculatura se atrofiază. La starea de cașexie se ajunge în bolile grave și de lungă durată: cancer, tuberculoză, boala Basedow (hipertiroidism) etc. Pentru a determina starea de nutriție, bolnavii trebuie, obligatoriu, cântăriți la internare.

- **Constituția** reprezintă totalitatea particularităților morfologice și funcționale ale organismului, determinate de ereditate și de condițiile mediului extern. Clasificarea în funcție de tonusul muscular: normostenic, hiperstenic, astenic.

- **Examinarea tegumentelor** oferă numeroase precizări diagnostice. Astfel, modificarea culorii tegumentelor poate apărea în anemii și șoc; roșeața anormală – în bolile febrile și în unele intoxicații (beladona); cianoza (colorație albastră-violacee) – în insuficiența cardiacă, în bolile aparatului respirator etc.; icterul (colorație galbuie) – în afecțiunile hepatice; erupțiile cutanate – în febrele eruptive (scarlatina, rujeola etc.); hemoragiile cutanate (purpure) – în diferite sindroame hemoragice; erupțiile purpurice nu dispar la presiune. Când sunt mici, punctiforme, se numesc *peteșii*, când sunt mai mari și au forma unor plăci, se numesc *echimoze*, iar când acoperă suprafețe mari – *sufuziuni* sau *hema-toame*.

- **Tulburările trofice cutanate.** Cele mai cunoscute sunt: cangrenele (mortificarea pielii și a țesuturilor subiacente) și escarele – cangrene profunde care apar în regiunile expuse presiunii îndelungate (sacrată, fesieră și a călcâiului), prin imobilizarea la pat din cauza unor boli grave, mai ales când igiena și îngrijirea lasă de dorit.

- **Edemul** reprezintă o infiltrație seroasă a pielii și a țesutului subcutanat. Când volumul lichidului interstițial crește mult, se colectează și în cavitățile seroase (pleură, pericard, peritoneu), ceea ce conduce la formarea edemului generalizat, denumit și *anasarcă*. Pielea edemațiată este întinsă, lucioasă și transparentă. Țesutul edemațiât, apăsător, păstrează urma acestuia. În edemele vechi, pielea se îngroașă, iar depresiunea produsă de apăsarea degetului dispare. La început, când bolnavul stă mult în picioare, acestea apar la nivelul gambelor și pe fața internă a tibiei, iar când este culcat – pe regiunea lombară și pe fața internă a coapselor.

3. INVESTIGAȚIILE OBIECTIVE

Examenul sistemului respirator. Tipul respirației (costal, abdominal). Dispneea. Ritmul respirației. Ritmul corect de respirație (tip Kussmaul, Cheyne-Stokes). Numărul respirațiilor pe minut. Palpația cutiei toracice. Măsurarea circumferinței toracelui la nivelul mameloanelor.

Percuția este o metoda de examen fizic, care consta în lovirea regiunii toracice cu degetele, pentru a obține sunete, pentru compararea plămânilor. Respirație veziculară, aspră, bronșică, amforică, mixtă, neclară, slăbită.

Auscultația comparativă a plămânilor, respirația (veziculară, aspră, mixtă, nedeterminată, diminuată, colaps sonor respirator). Determinarea zonelor pentru fiecare tip de respirație.

Raluri: uscate de o tonalitate joasă sau înaltă. Raluri umede, uscate, de ton scăzut, sonore, surde, buloase, mari și mici, cu nuanțe metalice. Crepitație. Respirație nazală (liberă, dificilă).

Plămâni: senzații subiective; dureri în cavitatea toracică, localizarea și caracterul durerii (acută, surdă), continuitatea durerii (permanentă, periodică).

4. SISTEMUL CARDIOVASCULAR

Cercetarea și palparea arterelor: asinuoasă, sinuoasă, moale, aspră, nodulară. Pulsul pe minut.

Dimensiunea: plină, înaltă, mică, joasă. Viteza: normală, rapidă, încetinită. Tensiunea arterială: maximă, minimă.

- **Palparea și cercetarea venelor:** pulsarea venelor; dilatația venelor cutiei toracice, învelișului abdominal, membrelor; indurația și morbiditatea venelor.

- **Cercetarea regiunii cardiace:** intensitatea șocului apexian în alte regiuni cardiace; palparea regiunii cardiace; determinarea prin palpare a șocului apexian intercostal, acțiunea acestuia asupra liniei cardio-claviculare.

- **Auscultația cordului și vaselor sangvine mari:** tonul – clar, surd, accentuat de dublarea zgomotelor cardiace, slăbirea și căderea locală a tonusului; a indica locul acestor schimbări.

Ritmul: pendular, de galop.

Relațiile dintre fazele activității cardiace și zgomote: suflu diastolic, presistolic, protodiastolic.

Puterea: accentuată, slabă.

Timbrul: domol, dur.

Continuitatea: lungă, scurtă.

Locul interceptării sunetului de cea mai înaltă intensitate. Regiunile spre care sunt îndreptate sunetele.

5. EXAMENUL SISTEMULUI DIGESTIV

- **Pofta de mâncare:** bună, moderată, lipsește, sporită, repulsie față de mâncare.

- **Saturația:** uscăciune în cavitatea bucală, gust neplăcut, senzație acidă, gust metalic; sete sporită; cantitatea lichidului folosit.

- **Deglutiția:** liberă, indoloră, disfagie.

- **Digestia:** liberă, dispepsie, dureroasă, imposibilă.

- **Eructația:** regurgitație, erurgitație amară, acidă; intensitatea, continuitatea, cu ce se cupează.

- **Pirozizul:** frecvența, condițiile apariției, continuitatea, intensitatea, apare până sau după mese, dependența de natura hranei.

- **Voma:** pâna sau după mese, dependența de hrană, medicamente; cantitatea masei vomitive, gustul (fără gust, acru, amar).

- **Durerile:** localizarea în funcție de: natura hranei, cantitatea și calitatea ei, timpul alimentației (dureri înainte sau după masă, peste puțin timp, în timpul nopții). Caracterul durerii; iradierea ei, început lent sau acut, continuitatea; influența schimbării poziției corpului sau a mișcării asupra durerii.

- **Meteorismul:** dependența de cantitatea și calitatea hranei; senzație transfuzională, gurguiment intestinal.

- **Flatulența:** liberă, moderată.

- **Defecația:** zilnică, cantitatea de materii fecale.

Date ale examenului obiectiv

- **Cavitatea bucală:**

- *buzele:* culoarea lor (normală, palidă, cianotică), xerostomie, fisuri; învelișul părții interne a buzelor, obrazilor, bolții palatului

moale și palatului dur (de culoare roz, palidă, hiperpigmentarea, pigmentarea, exulcerarea);

- *dinții*: cariați, se clatină, proteză dentară, lipsa dinților;
- *limba*: umedă, uscată, neîncărcată, încărcată (puțin, moderat, sporit), crustație, fisuri, ulcerație, cicatrizare, tumefiere;
- *vestibulul faringian*: colorație normală, hiperemiat, tumefierea mucoasei, uscăciune, depuneri;
- *amigdalele*: de mărime normală;
- *faringele*: colorație normală, hiperemiat; mucoasa – uscată, netedă, granulată, cu luciu.

• **Abdomenul**

Forma abdomenului. Este mărit în volum (obezitate, ascită, meteorism, sarcină). Prezintă o deformare localizată (hernie inghinală, hernie epigastrică, destinderea mușchilor dreپți abdominali, lipoame, tumori, hepato/splenomegalie). Abdomenul normal este simetric, concav și se deplasează lent odată cu mișcările respiratorii. Uneori, se observă pulsațiile aortei la nivelul liniei mediane.

Tegumentele. La acest nivel pot exista cicatrice, vergeturi (sdr. Cushing), circulație venoasă colaterală (periombilicală/porto-caval/cavo-caval), erupții cutanate sau alte leziuni (peteșii), echimoze localizate în flancuri (semnul Gray Turner) sau periombilical (semnul Cullen).

Ombilicul. Poate fi herniat (ex: ascita în cantitate mare).

Auscultația abdominală poate identifica trei categorii de zgomote: zgomote intestinale, sufluri arteriale/venoase și frecături.

Percuția abdomenului se face în două etape: 1) percuția orientativă; 2) percuția specială a diferitor organe și formațiuni patologice (inclusiv a lichidului de ascită).

Palparea:

- **ficatului**: procedeele Glenard, Chauffard și Gilbert;
- **pancreasului**: metodele Grott și Guy-Mallet.

Evaluarea iritației peritoneale. În iritația peritoneala pacientul acuză durere abdominală. Durerea este accentuată de tuse sau de percuția ușoară a zonei dureroase. Se asociază cu contractarea mușchilor. Se poate confirma și prin MANEVRA DURERII DE REBOUND.

Alte manevre și puncte dureroase abdominale. Manevra Rovsing – apasă profund și constant în fosa iliacă stângă a pacientului, după care înlătură rapid compresiunea. Punctul McBURNEY se află la mijlocul distanței dintre ombilic și spina iliacă anterosuperioară dreaptă.

Punctul MAYO-ROBSON se află la unirea coastei XII stânga cu masa musculară lombară. Zona PANCREATICO-COLEDOCIANĂ CHAUFFARD este delimitată între linia xifo-ombilicală și linia ombilico-axilară dreaptă. Semnul COURVOISIER TERRIER: palparea hipocondrului drept decelează o vezicula biliară mărită, destinsă prin acumularea de bilă, nedureroasă.

6. EXAMENUL NEUROLOGIC

- **Atitudini particulare:** deficit motor (paralizii), tulburări de tonus muscular, atrofii musculare, durere (posturi antalgice), alterarea stării de conștiență, mișcări involuntare.

- **Ortostatismul și mersul.** Ortostatismul poate fi afectat de: paralizii, modificări ale tonusului muscular, prezența mișcărilor involuntare, disfuncții ale cerebelului, disfuncții ale sistemului vestibular, tulburări ale sensibilității profunde. Ortostatismul se examinează practicându-se proba ROMBERG.

- **Motilitatea activă și forța segmentară** au drept obiectiv depistarea unui deficit motor. Prin *deficit motor* se înțelege un deficit de viteză, amplitudine și forță a mișcărilor.

- **Coordonarea.** Tulburările de coordonare constau în 3 semne cardinale: dismetria, hipermetria și adiadocokinezia.

- **Mișcărilor involuntare** (diskineziile) sunt mișcări care apar independent de voința bolnavului (tremorul, mișcările coreice, mișcările atetozice, mișcările pseudoatetozice, hemibalismul, miocloniile, fasciculațiile, convulsiile, ticurile).

- **Motilitatea pasivă și tonusul muscular** (hipotonia, hipertonia).

- **Reflexele:** osteo-tendinoase, cutanate, idiomusculare, de postură, de triplă flexie, arhaice.

- **Tulburările trofice și vegetative:** funcționale, trofico-vegetative, trofico-musculare.

- **Sensibilitatea:** tactilă, termică, algică, mioartrokinetică, vibratorie. *Simțul localizării* tactile și dureroase (topognozia), simțul discriminării tactile și dureroase, simțul dermolexic, simțul steriognozic, simțul schemei corporale (somatognozia).

7. EXAMENUL SISTEMULUI UROGENITAL

- **Tulburările de micțiune:** polakiuria, poliuria, micțiunea rară, micțiunea dureroasă, disuria, retenția incompletă de urină, retenția completă de urină, anuria, incontinența urinară.

- **Inspeția regiunii lombare**

Inspeția regiunii lombare se va efectua atât în ortostatism, cât și în clinostatism, comparativ la cele două lombe. În cazul în care rinichiul și regiunea perirenală sunt normale, inspeția nu aduce niciun fel de date, iar în cazul în care rinichiul devine sediul unei formațiuni tumorale mai voluminoase (sarcoame, nefroepitelioame, hidronefroze voluminoase, pionefroze etc.), tumora proemină prin peretele abdominal sau deformează regiunea lombară. În funcție de patologie, la inspeție se pot evidenția:

- edem – la nivelul regiunii lombare, semnificând constituirea unui abces perinefritic;
- circulație colaterală abdominală – în tumorile maligne renale cu extensie la nivelul venei cave inferioare;
- poziție antalgică – în supurațiile perirenale (se datorează miozitei satelite ce contractă musculatura lombară); subliniem că în colica renală nu există poziție antalgică și, deci, durerea de origine renală nu este influențată de poziția bolnavului;
- cicatrice operatorii lombo-abdominale;
- vergeturi – la pacienții cu afecțiuni endocrine sau cu creștere somatică rapidă;
- tuburi de dren, nefrostomie sau alte forme de derivație urinară – la pacienții care au suferit intervenții chirurgicale pentru diferite afecțiuni retroperitoneale;
- în cazul unor traumatisme, în funcție de intensitatea acestora, se pot observa diferite aspecte (soluții de continuitate, plăgi lombare, echimoze lombare, hematoame, cicatrice).

- **Palparea regiunii lombare**

Este metoda principală de explorare clinică. Se execută cu oarecare dificultate, din cauza situației profunde sau înalte a rinichilor, în special la bărbați, care prezintă în plus și peretele muscular mai bine dezvoltat. În mod normal, rinichii nu se pot palpa datorită faptului că sunt situați profund, retroperitoneal, sub diafragmă și ultimele coaste. La persoanele mai slabe, polul inferior al rinichilor poate fi palpat, în special cel din

dreapta (situat mai jos datorită prezenței ficatului). La pacienții obezi, palparea nu furnizează date sugestive. Prin palpate pot fi determinate: volumul, consistența, mobilitatea, sensibilitatea rinichiului, suprafața și chiar forma. În mod normal, rinichiul este un organ plin, neted, regulat, nedureros, imobil. Prin palpate se pot decela: rinichiul mare, loma plină (hematom, supurație, tumori retroperitoneale), mobilitatea anormală a rinichiului, întâlnită în ptoza renală, eventuale crepitații locale.

Metodele utilizate pentru palparea rinichilor:

1. Metoda Guyon (palparea bimanuală). Această metodă este cel mai des utilizată și poate aduce date importante. Pacientul este așezat în decubit dorsal, cu musculatura abdominală relaxată (capul ușor ridicat pe o pernă, coapsele îndoite pe bazin în ușoară abducție). Examinatorul, așezat de obicei pe partea pe care o examinează, aplică palma întinsă a mâinii cu marginea radială a indexului paralelă cu rebordul costal (mâna stângă pentru rinichiul drept sau palma mâinii drepte pentru rinichiul stâng) înapoia rinichiului, pe peretele abdominal posterior, cu vârful degetelor în unghiul costo-lombar (nivelul de întretăiere a coastei XII cu marginea laterală a masei lombare). În același timp, examinatorul își aplică cealaltă mână pe peretele abdominal anterior, cu vârful degetelor sub rebordul costal, în afara marginii laterale a peretelui abdominal. În inspir adânc, rinichiul alunecă între planurile celor două mâini, putând fi palpat.

2. Metoda Israel (palparea în decubit lateral). Se poate efectua cu ambele mâini, asemănător metodei Guyon, sau cu o singură mână. Bimanual se efectuează cu pacientul așezat în decubit lateral, pe partea opusă rinichiului care trebuie examinat. O mână este plasată în regiunea lombară, iar cealaltă – în regiunea abdominală (cu fața palmară spre precedentă), extremitatea degetelor atingând rebordul costal. În cursul unui inspir profund cele două mâini încearcă să prindă între ele rinichiul.

3. Metoda Glenard (palparea cu o singură mână). Este o metodă folosită în special pentru examinarea unui rinichi mobil, la persoanele mai slabe sau la copii. Pacientul este așezat în decubit dorsal, cu genunchii flexați. Examinatorul, aflat pe partea examinată, are mâna opusă plasată cu policele sub rebord, iar celelalte degete – în regiunea latero-postero-lombară. Bolnavul respiră profund, rinichiul fiind palpat între police și celelalte degete.

4. Metoda Petit. Metoda este o modificare a procedurii Guyon și se aplică pentru rinichiul stâng, care se explorează mai greu. Examina-

torul se plasează la dreapta, pune mâna stângă sub bolnav, pâna la unghiul costo-vertebral, și plasează mâna dreaptă anterior profund.

Punctele renale dureroase:

a) punctele lombo-sacrate (relevă afecțiuni ale rinichiului sau perirenale):

- punctul costo-vertebral Guyon aflat în unghiul dintre coasta a XII-a și coloana vertebrală;
- punctul costo-muscular aflat în unghiul dintre coasta a XII-a și musculatura sacrolombară;
- punctul subcostal Bazy-Albarran aflat în vârful coastei a XI-a;

b) punctele dureroase aflate la distanță (pe traiectul nervilor plexului lombar):

- punctul suprailiac lateral situat deasupra medianei crestei iliace (nervii subcostali);
- punctul supraintraspinos Pasteau situat deasupra și medial de spina iliacă anterosuperioară (nervul femuro-cutanat);
- punctul inghinal situat la nivelul orificiului inghinal extern (ramura genitală a nervului genito-femural).

• **Percuția regiunii lombare**

Deoarece rinichii sunt situați retroperitoneal și deci posterior de colon, în dreapta și în stânga, percuția abdominală va evidenția sonoritate. Este o manevră importantă în special în cazul prezenței unui rinichi mărit în volum (hidronefroză, chist), care, de cele mai multe ori, nu poate fi decelat prin palpare și în cazul rupturilor traumatiche renale, pentru a urmări evoluția hematomului renal (în aceste cazuri nu se poate efectua palparea, din cauza durerii și contracturii musculare reflexe). **Semnul Giordano** este o variantă particulară de percuție, ce reprezintă o manevră specifică examenului clinic al aparatului urinar. Acest semn se obține prin lovirea cu marginea cubitală a palmei întinse sau a pumnului strâns la nivelul masei musculare sacro-lombare în zona unghiului costo-vertebral. Se creează, în acest fel, o undă de hiperpresiune, care, în cazul unui rinichi normal, rămâne fără răspuns (semnul Giordano – absent). Dacă rinichiul este destins, unda de hiperpresiune adăugată presiunii crescute intrarenale, deja existentă, provoacă o durere de intensitate variabilă: Giordano prezent sau Giordano pozitiv. Manevra se execută bilateral.

- **Ausculțația**

Ausculțația regiunii lombare vizează arterele renale și aorta abdominală. Aorta abdominală se auscultă supraombilical, pe când arterele renale – paraombilical. Ultimele se vor ausculța la intersecția cu marginile laterale ale mușchilor abdominali dreapți sau la nivel lombar, lateral de corpul vertebrei L2. Se pot decela sufluri cu caractere diferite, în funcție de patologia ce stă la baza lor – în general, stenoze sau aneurisme ale arterei renale sau aortei și, de obicei, sincronice cu pulsul (sistolic). Suflul la nivelul arterei femurale poate fi prezent în cazul sindromului Leriche, care poate reprezenta o cauză de impotență (afecțiunea este caracterizată printr-un ansamblu simptomatic ce cuprinde oboseală la mers, claudicație intermitentă bilaterală, absența pulsului la ambele artere femurale, paloare și răcire a picioarelor; afectează în special bărbații, fiind determinată de tromboza aterosclerotică a aortei terminale și a bifurcației acesteia).

- **Examinarea ureterelor**

După regiunile pe care le străbate și organele cu care vine în raport, ureterul este împărțit, topografic, în trei porțiuni: iliacă, lombară și pelviană. Examinarea clinică a ureterului se efectuează prin palpate indirectă, pentru porțiunile lombară și iliacă, și prin palpate directă, pentru porțiunea pelviană. La nivelul ureterului se descriu trei puncte dureroase, ce pot fi palpate:

- punctul ureteral superior (**Bazy**) – situat la intersecția orizontalei ce trece prin ombilic cu marginile laterale ale peretelui abdominal; acest punct este dureros în patologia căilor renale superioare (tumori, litiaze, tuberculoză);
- punctul ureteral mijlociu (**Halle**) – situat la intersecția orizontalei ce unește cele două spine iliace anterosuperioare cu marginile laterale ale peretelui abdominal; acest punct este dureros în afecțiunile ureterului lombar și iliac;
- punctul ureteral inferior (**Pasteau**) corespunde cu zona ureterovezicală, și se palpează direct prin tușeu rectal sau vaginal. Acest punct, fiind palpat bimanual, poate evidenția calculul ureteral juxtavezical sau intramural sau tumora infiltrativă ureterală (patologia ureterului terminal). Ureterul drept va fi examinat cu indexul drept, iar ureterul stâng – cu indexul stâng.

- **Examinarea vezicii urinare**

În mod normal, vezica urinară, atunci când este goală, nu se poate evidenția la inspecție, nu poate fi percepută prin percuție și nici nu poate fi palpată, datorită localizării retrosimfizare. Atunci când se poate percuta la adult, înseamnă că vezica urinară conține cel puțin 150 ml de urină, iar la peste 300 ml se poate palpa. La o cantitate mai mare de 500 ml de urină, vezica devine vizibilă la inspecție la pacienții slabi, ca o masă tumorală situată deasupra simfizei pubiene, rotund-ovulară, la nivelul hipogastrului, constituind globul vezical. Globul vezical nu este întotdeauna strict median și se poate lateraliza pierzând aparent raporturile cu loja vezicală, situație ce poate preta la confuzii cu chisturile ovariene sau cu alte tumori abdominale. Există situații extreme, când vezica urinară supradestinsă a provocat edemul membrelor inferioare prin compresiunea vaselor iliace.

Palparea vezicii urinare se poate efectua simplu (cu o mână) sau bimanual (combinată cu tușeul rectal sau vaginal).

Palparea simplă: bolnavul este așezat în decubit dorsal, cu membrele inferioare ușor flectate. Mâna dreaptă a examinatorului palpează regiunea hipogastrică, de la simfiza pubiană în sus, până unde simte că se termină globul vezical. La acest nivel, mâna examinatorului se mușlează pe fundul globulos și apasă cu marginea cubitală a mâinii, delimitând în întregime fundul vezicii.

Palparea combinată: pacientul este așezat în poziția optimă de tușeu. Indexul mâinii drepte este introdus în rect sau în vagin, iar mâna stângă deprimă peretele abdominal la nivelul hipogastrului. În acest mod se apreciază volumul, forma, situația (mediană sau laterală), elasticitatea pereților, marginile (regulate sau neregulate), mobilitatea și sensibilitatea vezicii urinare. În tumorile vezicale, palparea bimanuală prezintă metoda cea mai orientativă în ceea ce privește aprecierea clinică a gradului de infiltrație parietală.

- **Examinarea organelor genitale externe la bărbat**

Examinarea penisului. Examinarea penisului va pune în evidență aspectul și integritatea organului și a tegumentului penian. Pot fi prezente ulceratii, escoriații, hematoame sau zone de necroză. De asemenea, se pot evidenția anumite stări patologice:

- priapism – penisul se prezintă într-o erecție patologică;
- maladia Peyronie – încurbarea dureroasă a organului.

Dacă pacientul nu a fost circumscris, se decalotează glandul. În acest mod, se pot evidenția tumori ale glandului sau prepuțului, ulceratii la acest nivel, balanite, fosetele glandelor Tyson situate de o parte și de alta la nivelul frenului. Cancere peniene apar mai frecvent la persoanele necircumscrise și își au originea la nivelul glandului sau prepuțului. În cazul în care decalotarea glandului nu este posibilă, ne aflăm în fața unei fimoze (uneori atât de strânsă, încât permite doar urinarea), iar în cazul în care prepuțul este blocat în poziție retrobalanică și nu poate fi readus în poziția normală (peste gland), ne aflăm în fața unei parafimozе, care constituie o urgență terapeutică ce necesită intervenție chirurgicală de corecție.

Uretra la bărbat este accesibilă pe toată lungimea ei, având trei porțiuni: peniană, scrotală și perineală. Se vor aprecia caracteristicile uretrei, căutând prezența unor eventuale cicatrice, tumori sau fistule. Palparea penisului relevă o consistență elastică, uniformă, neînsoțită de durere. Palparea corpilor cavernoși poate evidenția plăci sau noduli fibroși, situați în grosimea fasciei Buck (cavernita fibroasă sau maladia Peyronie: bolnavul se plânge de durere și de deformarea penisului în timpul erecției). Aceste plăci fibroase apar în special pe partea dorsală a penisului.

Palparea uretrei se face pe partea ventrală a penisului. Uretra trebuie evaluată și la nivelul scrotului, și la nivel perineal.

Examinarea meatului uretral extern. Se va inspecta cu atenție meatul uretral, apreciindu-se localizarea și forma acestuia, prezența stenozelor sau scurgerilor patologice, ce trebuie întotdeauna căutate înainte de a pune pacientul să urineze (deoarece acestea necesită efectuarea unui examen bacteriologic). Secrețiile pot fi:

- sangvinolente, care pot ascunde un cancer uretral și mai rar, la copii, – corpi străini intrauretrali;
- nesangvinolente, care trebuie considerate, până la efectuarea examenului bacteriologic, veneriene, cum sunt: gonoreea (secreții uretrale în cantitate mare, cu consistență crescută, culoare gălbuie) și uretritele nespecifice (secreții uretrale în cantitate mică, cu consistență scăzută și aspect mucoïd, grunjos).

Meatul uretral normal este situat la extremitatea glandului, dar, anormal, poate fi localizat proximal de vârful glandului, la nivelul feței ventrale (hipospadias) sau pe fața dorsală a penisului (epispadias).

Examinarea scrotului și conținutului scrotal. La inspecție se vor aprecia volumul și simetria burselor scrotale, culoarea, integritatea pliu-rilor. Se pot observa infecții ale firului de păr sau ale glandelor sebacee abundente la acest nivel, ulceratii, turgescența tegumentului scrotal (ce-lulită), edem, zone de fluctuență. La palpate, tegumentul scrotal, lax, permite explorarea cu ușurință a organelor ce le conține. În cazul unor modificări patologice, această explorare este îngreuiată sau chiar imposibilă, din cauza îngroșării sau destinderii vaginalei printr-o colecție lichidiană (hematom, hidrocel, tumori, pahivaginalită).

Examinarea testiculelor. Examinarea testiculelor se va face în ortostatism și clinostatism. Palparea acestora se face cu mâinile calde, cu blândețe, altfel, mai ales la copii, riscăm ca testiculul să se retracteze și să dispară din bursă. Testiculul se palpează cu vârful degetelor ambelor mâini: cu o mână se imobilizează testiculul, iar cu cealaltă se palpează. Se va aprecia dimensiunea testiculului (atrofie sau hipertrofie), forma (regulată sau neregulată), suprafața, consistența și sensibilitatea. În mod normal, testiculul are o formă ovoidală, dimensiuni medii (6/4 cm), suprafață netedă, consistență fermă și este nedureros la palpate.

Dacă nu este găsit în bursa scrotală, testiculul trebuie căutat în regiunea inghinală sau într-o altă poziție ectopică, la nivelul regiunii femurale, perineale, pubiene, fiind vorba despre o criptorhidie (anomalie de migrare a testiculului pe parcursul traiectului său normal de coborâre) sau o ectopie testiculară (migrarea testiculului în afara traiectului său normal). Însă, trebuie să fim atenți la faptul că poate exista și o falsă criptorhidie, când există un testicul „oscilant”, ce coboară spontan la nivelul scrotului, iar în cazul unei minime excitații el va reveni în poziția inițială.

Orice suprafață dură sau de consistență crescută, decelabilă la examenul fizic, trebuie considerată tumoră malignă, până la proba contrarie, și investigată foarte atent (inclusiv examenul ecografic). Transiluminarea testiculului în camera obscură poate diferenția tumorile testiculare solide de hidrocel (acumularea lichidului la nivelul vaginalei testiculului): tumorile solide sunt opace, în timp ce hidrocelul permite traversarea luminii. Trebuie știut faptul că aproximativ 10% din tumorile testiculare sunt însoțite de un hidrocel secundar.

Examinarea epididimului. Uneori, epididimul este atașat de suprafața posterioară a testiculului, iar alteori, se află la o oarecare distanță de acesta. Segmentele accesibile palpării sunt capul și extremitatea caudală

a epididimului. La o examinare atentă, uneori poate fi evidențiat șanțul epididimo-testicular. Prin palpare putem decela creșterea în volum și indurația acestuia, ce apar adesea în inflamațiile acute sau cronice și rareori în tumorile epididimului. Manifestările clinice ale epididimitei acute sunt: indurația, mărirea de volum și ștergerea șanțului epididimo-testicular. Palparea capului epididimului este esențială în diagnosticarea tumorilor testiculare. Astfel, orice tumoră scrotală pe suprafața căreia se poate evidenția capul epididimului, este cu mare probabilitate un testicul mare, iar dispariția acestuia sau încastrarea epididimului în tumoră pledează pentru cancer testicular. Prezența epididimului pe fața anterioară a testiculului (însă nu obligatorie), cu durere brusc apărută, mărirea volumului scrotului, uneori cu înroșirea tegumentului și cu fenomene vegetative (grețuri, vărsături), semnifică torsiunea de cordon spermatic (urgență de diagnostic și tratament).

Examinarea cordonului spermatic și canalului deferent. Datorită consistenței crescute, în comparație cu elementele învecinate de la baza scrotului, cordonul spermatic se poate diferenția ușor prin palpare între police și celelalte degete, dar și la nivelul canalului inghinal, prin rulara lui pe peretele posterior al acestuia din urmă. Cordonul spermatic se poate modifica patologic în sensul îngroșării și indurării difuze pe tot traiectul său, în special în filarioze, sau se poate mări, în caz de tumoră dezvoltată din una dintre structurile componente. De asemenea, cordonul poate fi sediul unui chist sau poate deveni dureros și îngroșat, participând la inflamația testiculului și epididimului. Canalul deferent poate fi recunoscut cu ușurință prin consistența sa caracteristică și se evidențiază în zona posterioară a cordonului. La palpare, canalul deferent are un calibru uniform, o suprafață netedă și este suplu. În cazul inflamațiilor, canalul deferent apare îngroșat, indurat (șirag de mărgel/mătăni, tuberculoză), cel mai frecvent secundar infecțiilor epididimo-testiculare. Alteori, poate lipsi, element important de descoperit la pacienții infertili.

Cordonul spermatic poate fi înconjurat de un pachet mai mult sau mai puțin voluminos de vene varicoase. Aceste vene se vor palpa în ortostatism, iar dilatația lor constituie varicocelul. Palparea venelor cordonului se efectuează în orto- și clinostatism, în timpul respirației normale și **manevrei Valsalva**. Astfel putem face diagnosticul diferențial între varicocelul primar și cel secundar (simptomatic). Percepera pulsațiilor arterei testiculare este semn de hipervascularizație și se poate întâlni în tumorile testiculare.

Examinarea rectului la bărbat. Tușeul rectal trebuie efectuat la toți pacienții cu vârsta de peste 40 de ani și la bărbații de orice vârstă, care se prezintă pentru evaluare urologică. Înainte de efectuarea tușeului rectal, pacientul va fi pus să urineze (pentru a nu modifica raporturile prostatei). Se recoltează urină, în condiții sterile, pentru investigațiile de laborator. Tușeul se va efectua cu mâna dreaptă și, concomitent, se va aplica o presiune la nivelul hipogastrului cu mâna stângă. Pentru efectuarea acestuia, sunt necesare o mănușă chirurgicală de protecție și o substanță lubrifiantă. Tușeul rectal poate fi efectuat în diferite poziții: ginecologică (cea mai bună), în decubit lateral, în poziție genupectorală, în picioare, sprijinit de masa de examinare. Poziția de examinare va fi aleasă în funcție de stările asociate ale pacientului (afecțiuni articulare, ale coloanei vertebrale, obezitate etc.).

Etapetele tușeului rectal sunt următoarele:

a. Examinarea regiunii anale. Reprezintă un timp preliminar obligatoriu înaintea efectuării tușeului rectal. Se poate decela o eventuală patologie la nivelul acestor regiuni anatomice: hemoroizi externi, carcinom anal, fisuri anale, fistule perianale, abcese perianale/perineale. În acest fel se apreciază și tonusul sfincterului anal, și aspectul rectului pe distanța accesibilă examinatorului. Tonusul sfincterian este foarte important. Un tonus scăzut (laxitatea sfincterului) sugerează modificări similare ale sfincterului urinar și ale detrusorului și astfel poate fi cheia în stabilirea diagnosticului bolilor neurologice ale aparatului urinar, iar spasticitatea sfincterului apare în vezica neurologică spastică și în leziunile locoregionale inflamatorii.

b. Palparea glandelor Cowper. În mod normal, glandele Cowper nu se palpează sau se examinează cu dificultate. Indexul se introduce în rect, orientat cranial și lateral, în timp ce policele palpează zona perineală corespunzătoare indexului. Dacă sunt inflamate, glandele rulează între cele două degete.

c. Examinarea ampulei rectale. După depășirea canalului anal, degetul examinator pătrunde în ampula rectală, care trebuie examinată în întregime prin rotirea degetului. Ampula rectală poate fi ocupată de fecaloame sau de formațiuni tumorale.

d. Examinarea prostatei. Mărimea: prostata normală măsoară aproximativ 3 cm în lungime și 3 cm în lățime și se înscrie într-un triunghi cu baza situată cranial și cu vârful situat caudal. Glanda este formată din doi lobi, separați printr-un șanț median. În cazul creșterii în

volum a prostatei (a unui lob sau a ambilor), șanțul median se șterge și tinde să dispară. În majoritatea afecțiunilor de prostată se produce creșterea în volum a glandei, însă există și situații în care prostata este de dimensiuni normale sau chiar mici, deși este sediul unor diverse patologii. Suprafața glandei normale este netedă. Consistența prostatei este similară cu cea a iminenței tenare contractate (obținută în momentul opoziției complete dintre police și degetul V). Consistența glandei poate fi: scăzută – în cazul unor afecțiuni congestive (prostatite), crescută – în hiperplazia adenomatoasă, dură – în cazul cancerului de prostată, foarte dură – în litiazele de prostată (semnul „sacul cu nuci”). Mobilitatea: prostata are grade variate de mobilitate, însă aceasta se reduce sau dispare în cazul neoplasmelor prostatice care depășesc capsula (limitele glandei se pierd în structurile adiacente invadate). O altă situație întâlnită este imposibilitatea efectuării tușeului rectal datorită invaziei masive a structurilor pelvine, în cazul carcinomatozei prostatopelvine (stadiul final de dezvoltare a adenocarcinomului de prostată). În caz de inflamații acute ale prostatei, aceasta devine moale, fluctuantă, dureroasă, iar mucoasa rectală adiacentă capătă aspect catifelat.

Puncția prostatei. Pentru un examen cât mai fidel, puncția-biopsie prostatică se execută sub control ecografic transrectal, ceea ce îmbunătățește metoda, iar rezultatele vor fi mai fidele. Aspirația prostatică citodiagnostică se execută cu un ac fin flexibil și se aspiră cu o seringă atașată etanș la ac. Materialul aspirat se prepară pe frotiuri.

- **Examinarea vaginului.** Afecțiunile din sfera genitală feminină pot implica secundar aparatul urinar, făcând astfel obligatorie examinarea vaginală. Examinarea femeii se va face în poziție ginecologică.

Inspecția organelor genitale externe poate evidenția modificări atrofice la nivelul mucoaselor, eroziuni, ulcerații, secreții, condiloame, care pot fi cauza unor micțiuni dureroase și discomfort pelvin. Prezența unor eventuale secreții vaginale impune prelevarea probelor pentru examenele microscopic și bacteriologic. Meatul uretral poate fi normal, hiperemiat sau poate fi sediul diferitor patologii (tumoră uretrală distală, ectropion de mucoasă, ulcerații etc.). Se va căuta prezența unui cistocel, uretocel sau a unor eventuale fistule. La pacientele cu incontinență urinară de efort, examenul genital poate evidenția afecțiuni ce determină această afecțiune, cum ar fi cistocelul sau rectocelul, punând pacienta să efectueze manevra Valsalva sau să tușească. Examenul cu valve poate decela eroziuni la nivelul peretelui vaginal anterior (diverticul uretral)

sau la nivelul colului uterin (cervicite, cancer de col uterin). La palpare pot fi accesibile ureterele terminale, baza vezicii, uretra, uterul și anexele. Pot fi evidențiate tumori de tract urinar, diverticuli uretrali, iar la nivelul ureterului distal se poate palpa un eventual calcul. Examinarea vaginului se efectuează bimanual: cu două degete în vagin, iar cu cealaltă mână – în abdomenul inferior. La fete și virgine se va efectua tușeul rectal.

8. PLANUL EXAMINĂRII BOLNAVULUI

- **Examenul sumar al urinei**

Examenul macroscopic: aspectul, volumul, culoarea, limpezimea, densitatea (1005-1030), pH urinar (5,8-7,4).

Examenul microscopic (al sedimentului urinar): celulele epiteliale, hematiile, hemoglobinuria, leucocitele (maximum 2000 leucocite/minut), cilindrii, cristalele, microorganismele (infecție urinară se consideră la peste 100 000 UFC/ml).

Biochimia urinară: proteinele urinare sunt, în mod normal, nedozabile (80-150 mg/zi); glicozuria apare, în general, la valori ale glicemiei de peste 170 mg/dl; corpii cetonici; ureea urinară (concentrația obișnuită a ureei în urină este de 15-20 g/l, cu limita maximă de 57 g/l); bilirubina urinară (valorile normale – 0-0,02 mg/dl); urobilinogenul (1-4 mg/zi); concentrația ureei urinare (1-57 g/l); creatinina urinară (în medie 120 mg/l).

- **Teste sangvine pentru aprecierea funcției renale:** ureea sanguină (15-40 mg/dl); creatinina plasmatică ($1 \pm 0,2$ mg% la bărbați și $0,8 \pm 0,2$ mg% la femei); acidul uric seric (3,5-7,2 mg/dl la bărbați și 2,6-6,0 mg/dl la femei); ionograma serică; sodiul plasmatic (135-145 mEq/l); potasiul plasmatic (3,5-4,5 mEq/l); bicarbonatul plasmatic (25-30 mEq/l).

- **Metodele radiologice**

Radiografia renovezicală simplă. Pe radiografie trebuie să se vizualizeze: vertebrele T11 și T12 – în partea de sus; coloana vertebrală – pe mijlocul filmului; simfiza pubiană – în partea de jos; opacitățile renale; marginile mușchilor psoași. Radiografia renovezicală simplă mai poate evidenția prezența, localizarea, numărul și dimensiunile calculilor radioopaci de la nivelul aparatului renourinar.

Urografia intravenoasă. Dintre metodele care utilizează substanțe de contrast intravenoase iodate, UIV este metoda radiologică standard. Ea are două faze: nefrografică și pielografică.

Cistouretrografia micțională. Se realizează prin opacifierea vezicii urinare: fie anterograd, ca etapă obligatorie a examenului urografic, fie prin umplerea directă a vezicii urinare cu substanță de contrast pe cale retrogradă prin cateterism retrograd, fie prin cistostomie suprapubiană, după care pacientul este pus să urineze sub control fluoroscopic.

- **Investigațiile radiologice retrograde ale aparatului urinar**

Uretrografia retrogradă. Este tehnica radiologică de vizualizare a uretrei. Constă în opacifierea uretrei cu substanță de contrast retrograd, prin cateterizarea uretrei și introducerea substanței de contrast.

Cistografia retrogradă. Se realizează prin umplerea directă a vezicii urinare cu substanță de contrast pe cale retrogradă pe sondă uretrală sau sondă de cistostomie.

Ureteropielografia retrogradă și pielografia retrogradă. Constau în cateterizarea ureterului pe cale cistosopică cu introducerea consecutivă a substanței de contrast direct în ureter și vizualizarea retrogradă a ureterului și SPC.

Arteriografia standard. Aplicațiile terapeutice ale angiografiei au fost extinse în ultima perioadă (angioplastia transluminală percutanată, embolizarea unor ramuri arteriale pentru oprirea sângerării, tromboliza, plasarea percutanată de stent).

Computer tomografia (CT). Metodă radiologică de investigație prin utilizarea radiației ionizante, care realizează o imagine radiologică sintetică a corpului uman, pe secțiuni, cu o fiabilitate anatomică aproape perfectă.

Rezonanța magnetică nucleară (RMN). Este un procedeu neinvaziv, ce furnizează secțiuni la orice nivel și în orice plan (sagital, transversal și frontal) ale organelor interne, țesuturilor, oaselor și altor structuri din corpul uman, reconstruite de computer prin prelucrarea informațiilor obținute în urma expunerii corpului la unde radio într-un câmp magnetic foarte puternic.

Ecografia renoureterală. Anatomia ecografică a rinichiului evidențiază un organ ovoid, pereche, situat în retroperitoneu, între fascia Gerota și fascia Zukerkandl, de o parte și de alta a coloanei vertebrale toraco-lombare, cu axul mare de 10-12 cm, axul mic (lateromedial) de 5-7 cm și grosimea de 4-6 cm.

Examenul Doppler vascular în urologie are un rol însemnat în: evaluarea pediculului renal în vederea transplantului; hipertensiunea reno-vasculară, tenta de culoare este cu atât mai tare, cu cât viteza prin vas este mai mare: este roșie, când fluxul circulă spre transductor, și albastră, când se îndepărtează.

Examenul ecografic al aparatului urinar inferior: vezica urinară, prostata și veziculele seminale, uretra, organele genitale masculine externe (scrotul, testiculele, penisul).

Instrumentarul de explorare și tratament al aparatului urinar inferior: uretrotomul Otis; uretoscopul; uretrocistoscopul rigid și flexibil; litotritorul pentru litiaza vezicală; rezectoscopul.

Instrumentarul de explorare și tratament al aparatului urinar superior: ureteroscopul rigid și flexibil, nefroscopul.

9. DIAGNOSTICUL ȘI ARGUMENTAREA

Se indică diagnosticul patologiei principale, al maladiilor concomitente și caracteristica stării generale a bolnavului. Diagnosticul se argumentează în baza cercetărilor obiective și subiective, a anamnezei, a cercetărilor de laborator, radiologice și instrumentale.

Diagnosticarea diferențiată: de care maladie trebuie diferențiată o anumită boală (raționamentul nu este abstract, ci nemijlocit cu referință la bolnavul în cauză).

Etiologia, patogeniza; cercetările științifice la moment.

• **Tratamentul și evoluarea stării pacientului**

Zilnic. Data. Prescripții. Simptome subiective. Dieta. Activitatea fiziologică (somnul, pofta de mâncare, urinarea, scaunul). Starea generală. Temperatura. Pulsul. Schimbările ce au loc în organele interne și organele afectate de boală.

Pansamentul. Starea pansamentului. Caracterul și cantitatea eliminărilor din plagă. Descrierea plăgii (forma, mărimea), granularea, țesuturile necrotizate, epitelizarea, starea țesuturilor din preajma răni, culoarea edemului, morbiditatea. Manipulațiile efectuate în timpul schimbării pansamentului. Tipul noului pansament.

Prescripțiile medicamentoase. Proceduri fizioterapeutice. Pregătirea de intervenția chirurgicală. Pregătirea pentru cercetări speciale.

Zilnicul oglindește dinamica bolii, adică schimbările generale și parțiale ale stării sănătății bolnavului. Pentru bolnavii care se află la tratament îndelungat se evidențiază etapele maladiei, ce se întocmesc la fiecare zece zile.

- **Indicațiile și contraindicațiile pentru intervenția chirurgicală**

Indicațiile (factorii ce confirmă necesitatea intervenției chirurgicale): dereglările funcționale acute, iminența vieții, pierderea capacității de muncă, septicemia, degenerarea organelor interne, neoplasmul tumoral și altele. La indicațiile pentru intervenția chirurgicală se ține cont de posibilitățile fiziologice, accesibilitatea anatomică a organului afectat și posibilitatea tehnică a intervenției.

Contraindicațiile – în funcție de patologia bolnavului.

- **Intervenția chirurgicală**

Data. Ora. Durata. Prelucrarea câmpului operator. Tipul anesteziei. Cantitatea substanțelor narcotice. Evoluția narcozei.

Accesibilitatea organului afectat. Incizia (regiunea, direcția, lungimea). Ce țesuturi se secționază. Descrierea schimbărilor anatomopatologice descoperite în timpul operației. Denumirea operației. Descrierea detaliată a mersului operației. Prelucrarea plăgii, suturarea, drenajul. Starea bolnavului în timpul operației.

Pentru intervențiile endoscopice – descrierea imaginii vizualizate din timpul operației cu tactica chirurgicală efectuată. Complicațiile care au survenit în timpul intervenției.

Descrierea macropreparatului. Analiza histologică a organului și țesutului înlăturat etc. Rezultatele cercetării culturii urinei sau puroiului, colectate în timpul intervenției chirurgicale.

- **Epicriza**

Caracteristica succintă a evoluției maladiei, datele cercetărilor speciale, diagnosticul stabilit. Caracterul și rezultatele tratamentului. Tipul intervenției chirurgicale, evoluția perioadei postoperatorie, complicațiile, metafilaxia maladiei.

Terapia antibacteriană (dozarea antibioticelor, metodele de administrare, rezultatele, complicațiile, fenomenele secundare).

Starea bolnavului la momentul externării din staționar.

Prognosticul vitalității, restabilirea sănătății și a capacității de muncă. Măsurile necesare de mai departe, în particular și la reîncadrarea în procesul de muncă. Sugestii referitoare la regimul de muncă, modul de

traie. Se indică termenul concediului medical. Se fixează termenul consultației repetate.

Într-un caz fatal se descrie amănunțit rezultatul necropsiei. Se compară diagnosticul clinic cu cel morfolopatologic.

La sfârșitul fișei medicale studentul anexează lista literaturii consultate, urmată de semnătura medicului (curator).

BIBLIOGRAFIE

1. Sinescu I., Glusck G. *Tratat de urologie*. București, 2009, Editura Medicală, vol. II, p. 3519-3567.
2. Bumbu G., Bumbu G.A. *Urologie. Ghid ilustrat de tehnici chirurgicale*. București, 2013, Editura Medicală, vol. I, p. 10-363.
3. Bumbu G., Bumbu G.A. *Urologie. Ghid ilustrat de tehnici chirurgicale*. București, 2013, Editura Medicală, vol. II, p. 9-447.
4. Tănase A. *Urologie și nefrologie chirurgicală (curs de prelegeri)*. Chișinău, 2005, p. 5-26.
5. Guțu C. *Îndrumar de stagiu clinic (indicație metodică)*. Chișinău, 1996, p. 6-12.
6. *Manualul Merck*. Editura „All”, ediția a XVIII-a. 2010, 3024 p.
7. Ciocâlțeu A. *Tratat de nefrologie*. București, Editura „National”, 2006, 650 p.
8. Лопаткин Н.А. *Руководство по урологии*. В: «Медицина». М., 1998, т. 2, с. 765.
9. Kim S., Kim Y., Lee H. *Serious acute pyelonephritis: a predictive score for evaluation of deterioration of treatment based on clinical and radiologic findings using CT*. In: Acta Radiol., 2012 Mar, 1;53(2), p. 233-8.
10. Lim S., Ng F. *Acute pyelonephritis and renal abscesses in adults-correlating clinical parameters with radiological (computer tomography) severity*. In: Ann Acad Med Singapore, 2011 Sep, 40(9), p. 407-13.
11. Cătălin Pricop, Dan Mischianu, Viorel Bucuraș. *Profilaxia și metafilaxia în litiaza renală*. București, 2016, 348 p.

TESTE PENTRU AUTOEVALUARE

- 1. La efectuarea urografiei excretorii se folosește substanța de contrast i/v:**
 - a) care conține 5 atomi de iod în moleculă
 - b) care conține 3 atomi de iod în moleculă
 - c) care conține 7 atomi de iod în moleculă
 - d) ¹³¹I-hipuran
 - e) ¹²⁵I-hipuran
- 2. Intensitatea secreției tubulare și filtrației glomerulare se determină prin:**
 - a) urografie intravenoasă
 - b) renografie radioizotopică
 - c) urofloumetrie
 - d) ultrasonografie renală
 - e) angiografie
- 3. În colica renală, durerile iradiază în:**
 - a) umăr și omoplat
 - b) procesul xifoid
 - c) regiunea epigastrică
 - d) partea internă a femurului și a organelor genitale externe
 - e) regiunea inghinală
- 4. Numiți metoda cea mai eficace de diagnosticare a refluxului vezico-ureteral:**
 - a) cistoscopia
 - b) cistografia micțională
 - c) urografia excretorie
 - d) uretrografia
 - e) renografia izotopică
- 5. Urocultura etajată este importantă în diagnosticarea:**
 - a) cistitei acute

- b) prostatitei acute
 - c) prostatitei cronice
 - d) epididimitei acute
 - e) uretritei gonococice
- 6. Dintre examenele de mai jos unul singur cu certitudine stăbilește diagnosticul de TBC urogenitală:**
- a) ecografia
 - b) urografia excretorie
 - c) sedimentul ADDIS
 - d) urocultura pe mediu Lowenstein
 - e) tomografia computerizată
- 7. Aciditatea (pH) urinei în normă este de:**
- a) 2,5 - 3,0
 - b) 3,4 - 4,5
 - c) 5,8 - 7,2
 - d) 7,5 - 8,3
 - e) niciun răspuns nu este corect
- 8. Care este pulsul în colica renală?**
- a) tahicardic
 - b) normal
 - c) aritmic
 - d) bradicardic
 - e) puls deferens
- 9. În patologia renală, durerile se resimt în regiunea lombară, cu iradiere în:**
- a) organele genitale externe
 - b) regiunea suprapubiană
 - c) regiunea inghinală
 - d) regiunea epigastrică
 - e) toate cele enumerate
- 10. Tehnici de palpate a rinichilor sunt:**
- a) procedeul Obrazțov-Strajesco
 - b) procedeul Glenard
 - c) procedeul Guyon
 - d) procedeul Israel
 - e) procedeul Koupe
- 11. În cazul traumatismului renal, indicația de urgență este:**
- a) cistografia

- b) uretrografia
- c) urografia excretorie
- d) arteriografia renală
- e) rezonanța magnetică

12. Pe radiografia renovezicală simplă se vizualizează:

- a) vertebrele T11 și T12 (în partea de sus)
- b) coloana vertebrală (pe mijlocul filmului)
- c) opacitățile renale
- d) marginile mușchilor psoași
- e) ureterul

RĂSPUNSURI LA TESTE

- 1. b
- 2. b
- 3. d, e
- 4. b

- 5. c
- 6. d
- 7. c
- 8. b

- 9. a, b, c
- 10. a, b, c, d
- 11. c
- 12. a, b, c, d

CUPRINS

Introducere.....	3
Fișa medicală a bolnavului de staționar.....	4
1. Anamneza	6
2. Metodele fizice de examinare a bolnavilor	7
3. Investigațiile obiective	9
4. Sistemul cardiovascular	9
5. Examenul sistemului digestiv	10
6. Examenul neurologic.....	12
7. Examenul sistemului urogenital.....	13
8. Planul examinării bolnavului	23
9. Diagnosticul și argumentarea	25
Bibliografie	27
Teste pentru autoevaluare.....	28
Răspunsuri la teste.....	30