

DR. MIHAELA VASILE

DR. MONICA MOLDOVEANU

**SEMILOGIE MEDICALĂ
PENTRU ASISTENȚI MEDICALI**



INTRODUCERE ÎN SEMIOLOGIE. DEFINIȚII

Semiologia este piatra fundamentală a diagnosticului. Informațiile anamnestice orientează, datele clinice fundamentează, iar datele de laborator confirmă diagnosticul.

Semiologia reprezintă o analiză, care se coroborează cu erudiția medicală, dublată de o cultură generală, respect față de bolnav, omenie, afectivitate, decență, etică, deontologie profesională și de respect față de cel care o practică.

Semiologia își propune să înarmeze atât medicul, cât și asistentul medical cu metode și tehnici de examinare a pacientului și, în același timp, cu mijloace și căi de a descoperi semnele și simptomele, de a le interpreta în mod corespunzător cu scopul de a aprecia corect și rapid diagnosticul clinic pentru a interveni eficient în sprijinul redobândirii sănătății pacientului/ameliorării acesteia.

Conform definiției dată de **OMS, sănătatea** este „acea stare de bine fizic, mintal și social complet și nu constă numai în absența bolii sau a infirmității“.

Și pentru a înțelege mai bine ce înseamnă sănătatea trebuie să înțelegem și ce este boala.

Conform *Dicționarului medical român*, **boala** reprezintă o „deviere de la starea de sănătate din cauza unor modificări ale mediului intern sau ale acțiunii unor agenți din mediul extern“ sau „este o deviație sau o abatere de la normal cu consecințe ne dorite asupra confortului personal și activității sociale“.

Boala poate fi **acută** sau **cronică**.

Boala acută se caracterizează printr-un episod de durată desult de scurtă, la sfârșitul căruia pacientul își reia activitatea normală. În această perioadă, însă, el poate fi dependent de îngrijiri medicale sau infirmiere, în mod repetat.

Boala cronică este de lungă durată, generând incapacitatea permanentă, parțială sau totală, este o alterare organică sau funcțională, care obligă bolnavul să-și modifice modul său normal de viață și care persistă mai mult timp.

Boala sau sănătatea este constatată și confirmată de un medic, iar îngrijirile sunt acordate de asistenta medicală.

Medicul este acea persoană care a absolvit o facultate de medicină cu scopul de a promova sănătatea individului și a colectivității.

Asistenta medicală este acea persoană absolventă a unei școli postliceale sanitare, în a cărei pregătire profesională și caracter moral se regăsesc valorile acestei profesii, responsabilitatea fundamentală a ei având patru puncte cardinale :

1. să promoveze sănătatea ;
2. să prevină boala ;
3. să reinstaureze sănătatea ;
4. să aline suferința.

Asistenta medicală nu trebuie să uite niciodată :

- să vorbească cu bolnavul ;
- să dezbrace bolnavul ;
- să îl examineze complet și corect ;
- să nu se comporte ca un distribuitor de medicamente.

Anamneza și examenul clinic conferă actului medical acel caracter uman, realizând apropierea sufletească față de pacient, necesară în stabilirea diagnosticului, urmarea corectă a tratamentului, în recuperarea medicală și reintegrarea socio-profesională.

Pacientul este persoana care va fi supusă unui examen medical, unui tratament sau unei intervenții chirurgicale.

Examenele paraclinice reprezintă orice mijloc tehnic cu ajutorul căruia poate fi confirmat sau infirmat un diagnostic.

Definiția semiologiei

Semiologia este știința, parte a medicinei, care se ocupă cu descoperirea, descrierea și interpretarea semnelor și simptomelor care apar în evoluția diverselor boli, precum și a metodelor de a le pune în evidență. Totodată, ea cuprinde și tehnica examenului clinic.

Cu alte cuvinte, semiologia este știința care se ocupă cu studiul general al semnelor și al sistemelor de semne, în vederea precizării diagnosticului și prognosticului.

Pe scurt, semiologia medicală este disciplina care se ocupă cu descrierea și interpretarea *simptomelor* și *semnelor de boală*.

Etimologic, termenul „semiologie“ derivă din limba greacă: *semeion*, care înseamnă semn, și *logos*, care înseamnă știință, discurs.

Semiologia se folosește de simptome, semne și sindroame la care se adaugă investigațiile paraclinice care ar trebui să fie țintite pentru susținerea diagnosticului.

CAPITOLUL 1

UTILIZAREA TERMINOLOGIEI MEDICALE ÎN EFECTUAREA ANAMNEZEI

1.1. Semne, simptome și sindroame prin care se manifestă boala

1.1.1. Simptomul

Simptomul este o manifestare a bolii relatate de pacient în cursul anamnezei, ce are un caracter subiectiv și care este dependent de o serie de factori (percepție, cultură, nivel intelectual). Simptomul poate fi:

- **general** (de exemplu, durere, cefalee, amețeli);
- **local** (simptomele locale sunt relativ specifice unor sisteme anatomice, de exemplu, hepatalgie → ficat; disurie → aparat urinar; dispnee → aparat respirator).

El se mai numește și **semn funcțional** și este descris de către pacient în cursul interogatoriului luat de către medic sau asistenta medicală.

Simptomatologia reprezintă totalitatea simptomelor unei boli.

1.1.2. Semnul

Semnul este o manifestare **obiectivă** a bolii, pe care examinatorul o evidențiază în cadrul examenului clinic prin propriile simțuri.

Exemple sunt : icter, paloare, mărire de volum a abdomenului, bombarea unui hemitorace, suffluri, raluri, matitate etc.

Confruntarea simptomelor și a semnelor permite orientarea diagnosticului.

Distinsul clinician prof. dr. C. C. Dimitriu spunea că „simptomul aparține simțurilor, iar semnul aparține raționamentului“

1.1.3. Sindromul

Sindromul este un complex de simptome și semne care exprimă o stare ce poate fi legată de diferite boli și afecțiuni și nu de o anumită boală, dar care are un mecanism fiziopatologic comun – unitar.

Exemple sunt: sindrom icteric, sindrom febril, sindrom bronșitic, sindrom pleural etc.

1.2. Componentele anamnezei

1.2.1. Abordarea pacientului

Prima reacție a personalului medical la prezentarea în serviciul medical a unui pacient trebuie să fie de maximă înțelegere și atenție.

Este necesar ca pacientul să fie considerat „unic“, să i se acorde credibilitate, atât pentru a putea ajunge la un diagnostic corect, cât și pentru a stabili o relație eficientă și benefică între medic și pacient și între asistenta medicală și pacient.

Pe baza informațiilor obținute prin examenul clinic, a datelor investigațiilor paraclinice și, luând în considerare factorii de risc, pacientul este diagnosticat.

După diagnosticare, pacientul urmează procedurile de tratament și de îngrijire medicală.

Pacientul are nevoie de o evaluare minuțioasă și completă, efectuată de personal medical competent, care să arate interes și

atenție față de caz, care să câștige încrederea acestuia prin profesionalism și abordare etică, prin stabilirea unui diagnostic clar și a unui tratament eficient. Pacientul are nevoie de îngrijire medicală eficientă.

Această abordare a pacientului se sprijină pe ideea fundamentală că un pacient tratat corespunzător, căruia i se oferă sprijin, atenție și încredere va deveni un pacient mulțumit și, în ultimă instanță, un caz elucidat.

În final, trebuie să urmărim îndemnul hipocratic de a cerceta cele ce s-au întâmplat, să luăm la cunoștință de cele prezente și să încercăm să prevedem cele ce se vor întâmpla.

1.2.2. Foaia de observație

Foaia de observație (FO) reprezintă un document cu triplă semnificație : document medical și științific, medico-legal și contabil, care sintetizează datele relatate de pacient și cele constatate de medic, rezultatele investigațiilor paraclinice, atitudinea terapeutică adoptată, evoluția și prognosticul bolii.

FO este un **document medico-științific**, întrucât cuprinde datele personale ale pacientului, diagnosticul de internare, diagnosticul la 72 ore, diagnosticul de externare, ziua și ora internării, precum și datele de la externare.

FO poate fi un **document medico-legal** în diverse situații juridice cu care se pot confrunta atât pacientul sau familia acestuia, cât și personalul medical.

FO este un **document contabil** în vederea justificării cheltuielilor efectuate de spital pentru investigații și procedee de diagnostic, precum și pentru tratament.

FO trebuie redactată în termeni clari, simpli și preciși, păstrând o ordine riguroasă.

FO include :

- date antropometrice despre pacient ;

- curba termică;
 - valoarea tensiunii arteriale (TA), alura ventriculară (AV), frecvența respiratorie, diureza, apetitul, scaunele etc.
- FO are cinci părți:

- partea I – datele personale ale pacientului;
- partea a II-a – anamneza;
- partea a III-a – examenul obiectiv la internare;
- partea a IV-a – foaia de evoluție și tratament;
- partea a V-a – epicriza.

Partea I

Partea I a foii de observație – **datele personale ale pacientului** – cuprinde date de identificare ale pacientului: nume, vârstă, sex, adresă și număr de telefon, grup sangvin, stare civilă, locul de muncă și ocupația, data și ora internării, diagnosticul de trimitere și diagnosticul la internare.

Vârsta – poate da informații prețioase privind particularitățile unor boli, astfel:

- în copilărie predomină bolile infecto-contagioase (scarlatina, rujeola, rubeola, varicela, tusea convulsivă), boli congenitale, rahitismul etc.;
- în adolescență predomină angina streptococică cu complicațiile ei (reumatismul poliarticular acut, glomerulonefrita difuză acută, cardita reumatismală), hepatita acută virală, tuberculoza pulmonară, boli hormonale legate de pubertate;
- adulții pot avea orice patologie, unele fiind urmare a unor boli din copilărie (stenoza mitrală, insuficiența mitrală, insuficiența cardiacă), boli congenitale – hipertensiunea arterială esențială, anemii hemolitice, ulcerul gastroduodenal; boli câștigate prin anumite obiceiuri, alimentație, alcool, fumat, stres: ulcer, colecistite, diabet zaharat, HTA, dis-

lipidemii, cardiopatia ischemică acută și cronică, hepatite acute virale sau cronice, boli venerice, HIV, hemopatii maligne, cancer etc. ;

- vârstniciei au o patologie specifică legată de ateroscleroză, lacunarism cerebral, accidente neurologice, reumatism degenerativ, emfizem pulmonar, cancere cu diferite localizări, infarct miocardic, boala Alzheimer.

Sexul – furnizează informații despre aspectele particulare morfo-fiziologice diferite la bărbați și femei, care pot determina boli ce apar exclusiv la femei sau la bărbați sau boli cu incidență mai crescută la unii sau la alții.

La femei predomină aspecte fiziologice legate de menarhă, graviditate și menopauză, precum și boli specifice lor: metroanexite, fibrom uterin, chisturi ovariene, cancerul de col și corp uterin; mai frecvent apar stenoza mitrală, astmul bronșic, colecistite, litiaza biliară, colitele, infecțiile urinare, hipertiroidismul, tromboflebitele, lupusul eritematos diseminat, poliartrita reumatoidă, cancerul mamar etc.

La bărbați sunt caracteristice bolile organelor genitale masculine: orhiepididimita, adenomul și cancerul de prostată, cancerul testicular; hemofiliile; mai frecvent apar stenoza și insuficiența aortică, infarctul miocardic, cordul pulmonar cronic, bronșiectazia, ulcerul duodenal, guta, cancerul bronho-pulmonar, spondilita anchilozantă, trombangita obliterantă etc.

Domiciliul și locul nașterii – pot uneori furniza date despre anumite zone geografice cu patologii specifice.

Gușa endemică sau distrofia endemică tireopată – apare în anumite zone cu conținut scăzut de iod (munții Apuseni, Maramureș);

Nefropatia endemică balcanică – o nefrită tubulo-interstițială care apare mai ales în zona Dunării, la granița cu Bulgaria și Serbia (județele Mehedinți, Dolj, Caraș-Severin).

Talasemiile – anemii hemolitice congenitale care apar mai ales în Dobrogea, Delta Dunării și frecvent în Grecia.

Malaria – apăsarea mai ales în zonele mlăștinoase, unde era prezent țânțarul anofel, actual eradicat în România, dar boala este prezentă frecvent în țările Africii

Parazitozele tropicale (tripanostomiaza, filarioza), holera se mai întâlnesc și azi în țări din Asia și Africa.

Ocupația și locul de muncă – oferă date importante mai ales în cazul unor boli profesionale: minerii (silicoza, antracoza, silico-tuberculoza), muncitorii din industria morăritului – boli pulmonare, din industria solvenților organici – aplazii medulare etc.

Partea a II-a

Partea a II-a a foii de observație cuprinde anamneza: motivele internării, antecedente personale, condiții de viață și muncă și istoricul bolii.

Anamneza

Anamneza reprezintă totalitatea informațiilor pe care medicul le obține de la bolnav și însoțitorii acestuia pentru a le utiliza în vederea stabilirii diagnosticului.

Noțiunea provine din asocierea a două cuvinte grecești: *ana*, care înseamnă înapoi, din nou, și *mnesis*, care înseamnă memorie.

Anamneza este prima etapă în cadrul examinării clinice a bolnavului, reprezentând metoda prin care examinatorul obține date de la pacient (anturajul sau aparținătorii lui) cu privire la starea de sănătate și de boală, precum și mediul ambiental în care evoluează acesta.

Anamneza este foarte utilă în orientarea spre un diagnostic și ea depinde de experiența și, mai ales, de modul de abordare de către medic a pacientului și a anturajului. Uneori, o anamne-

ză corectă conduce rapid spre orientarea către diagnostic, acesta fiind necesar pentru tratamentul de urgență cum ar fi infarctul acut, intoxicațiile medicamentoase sau alimentare, ulcerul perforat, apendicita acută etc.

Surse de obținere a datelor anamnezei

Informațiile necesare pentru stabilirea diagnosticului în cadrul anamnezei se obțin de la :

- pacientul însuși ;
- aparținătorul sau anturajul lui ;
- dosarul medical sau alte documente medicale anterioare ale pacientului ;
- examenul clinic obiectiv ;
- buletine cu rezultatele analizelor de laborator ale pacientului ;
- documentele de trimitere ale bolnavului.

Nu se poate obține anamneza când :

- bolnavul este comatos ;
- bolnavul este surdomut ;
- bolnavul este orb ;
- bolnavul este oligofren sever ;
- bolnavul este sugar sau copil mic ;
- bolnavul nu dorește.

Metode de efectuare a anamnezei :

- **monologul (ascultarea) :** permite pacientului să-și exprime suferințele ; avantajele metodei sunt : examinatorul poate observa mimica, gestică în timpul în care pacientul își exprimă suferințele ; diminuează starea de tensiune între pacient și examinador când pacientul este lăsat să vorbească liber ; dacă acesta însă divaghează de la subiectul urmărit, trebuie să fie întrerupt politicos cu întrebări scurte (de exemplu, «de când a apărut ?»);

- **interogatoriul (interviul)**: examinatorul pune întrebări cu privire la suferințele acestuia; **întrebările** sunt: *închise* (cu răspuns scurt; da sau nu) și *deschise* (permit pacientului să răspundă prin fraze și să dezvolte subiectul respectiv);
- **observația**: ceea ce se percepe cu simțurile.

Motivele internării

Motivele internării cuprind toate semnele și simptomele relatate de pacient, pentru care acesta se prezintă la medic. Dar relatarea depinde de modul în care este chestionat pacientul și de cum traduce medicul cele relatate în termeni medicali.

Semnele și simptomele relatate de pacient vor fi grupate pe cât posibil pe aparate, având în vedere că pacientul poate avea o asociere de boli.

De exemplu – dureri precordiale, palpitații, dispnee după efort – ne orientează spre o boală cardiacă; tuse productivă, junghi toracic, febră – spre o infecție pulmonară; disurie, dureri lombare, frisoane, febră, urine tulburi – spre o infecție urinară.

Antecedentele pacientului

Antecedente personale fiziologice (APF)

Antecedentele personale fiziologice au importanță mare atât la copii, cât și la adulți. Aceste antecedente au importanță mai mare la femei.

- interesează numărul de sarcini și nașteri, tipul de naștere (prematură, natural), probleme din copilărie (condiții de locuit);
- la bărbați este importantă aflarea momentului instalării pubertății și tulburările apărute.
- sunt importante momentele genitale din viața femeii: **menarha** (aparitia primei menstruații; în mod normal, menar-

ha apare la aproximativ 12 ani; când apare după vârsta de 14 ani este pubertate întârziată cu cauze frecvente: endocrine, metabolice); **succesiunea și regularitatea ciclului menstrual** (în mod normal, ciclul menstrual este la 28 de zile); **durata fluxului** menstrual (normal este de 3-5 zile), cantitate normală de sânge eliminat 150 – 175 ml per ciclu menstrual); **numărul de nașteri** (sarcini și împrejurări legate de acestea, numărul de copii născuți vii/decedați; nașteri normale/cezariene); **numărul de avorturi** și luna de sarcină în momentul avortului; cauze potențiale; **tulburări de ciclu menstrual**: **amenoree** (absența ciclului menstrual); **oligomenoree** (rare sau cantități scăzute); **hipermenoree** (abundent); **menoragie** (durata fluxului menstrual > 10 zile); **metroragie** (sângerări uterine în afara ciclului menstrual); **menopauza** (încetarea ciclului menstrual: fiziologică la 45-50 ani sau precoce < 45 ani (cauze *endocrine* – de exemplu, boli tiroidiene; *chirurgicale* – de exemplu histerectomie; *după radioterapie*).

Antecedente personale patologice (APP)

Se referă la toate bolile pe care le-au avut pacienții din copilărie și până în momentul internării, mai ales cele corelate cu motivele internării. Unele boli anterioare pot avea urmări în timp. De exemplu: scarlatina sau infecția streptococică poate determina glomerulonefrită acută (GNA) sau reumatism articular acut (RAA) cu cardită reumatismală, valvulopatii, insuficiență cardiacă.

- bolile și intervențiile chirurgicale pe care le-a prezentat pacientul în trecut;
- se menționează data apariției acestora;
- **boli infecțioase**: tuberculoză (TBC) pulmonară, rujeolă, rubeolă, varicelă, hepatită acută virală, angină streptococică, malarie;

- **boli cu transmitere sexuală**: gonoree, lues, infecție cu HIV (virusul imunodeficienței umane);
- **boli organice**: respiratorii, cardiace, hepatice;
- tipul și data în caz de intervenții chirurgicale, transfuzii, imunizări specifice.

Antecedente heredocolaterale (AHC)

- reprezintă informații despre afecțiunile rudelor și bolilor mai importante apărute în familie.

Obținerea antecedentelor heredocolaterale este o parte de rutină a asistenței medicale. Se obțin informații despre rudele de gradul I (părinți, frați, soți, copii), trebuie să cuprindă numele, prenumele, numele de fată (dacă este cazul), data nașterii sau vârsta actuală, vârsta la care au decedat rudele menționate în istoricul familial, cauza decesului și numele sau descrierea oricărei boli sau defect. Trebuie cercetate:

- bolile care se întâlnesc frecvent la membrii aceleiași familii = **agregare familială**, boli de care au suferit consangvinii pe linie maternă/paternă, decesul rudelor la vârste tinere; boli transmise prin contagiune intrafamilială indiferent de gradul de rudenie;
- **bolile care au transmitere ereditară** cum ar fi: microsferocitoza ereditară și alte anemii hemolitice, hemofilia, guta, diabetul insipid, rinichiul polichistic, sifilisul, infecția cu HIV etc.;
- **bolile cu predispoziție ereditară** cum ar fi: hipertensiunea arterială (HTA) esențială, litiaza biliară, diabetul zaharat tip II, ulcerul duodenal, neoplaziile, epilepsia, schizofrenia, obezitatea, dislipidemiile, cardiopatia ischemică, astmul bronșic etc.
- bolile care țin de **locul de coabitare și de muncă** în vederea depistării unor boli transmisibile sau contagioase numite **boli de coabitare** cum ar fi: tuberculoza la alți membri ai

familiei sau la colegi, alte boli contagioase recente : hepatită acută, varicelă, rujeolă, scarlatină, boli parazitare.

Condiții de viață și de muncă

Condiții de viață

Factorii de mediu, de la domiciliu și de la locul de muncă pot constitui elemente de risc pentru apariția și agravarea unor boli.

- **Locuința** – poate interveni în apariția sau agravarea unor boli preexistente prin condițiile pe care le oferă. De exemplu, o locuință insalubră, umedă sau cu praf, poate determina apariția rahitismului la copii și a tuberculozei, mai ales asociată cu o alimentație precară. De asemenea, praful, igrasia pot determina apariția și declanșarea astmului bronșic.
- **Alimentația** – intervine în mai multe momente ale vieții în apariția unor boli.
 - În copilărie, o **alimentație carentată**, mai ales în vitamine și proteine, poate determina apariția distrofiei, rahitismului sau a disproteinemiilor.
 - **Excesul de glucide și/sau lipide** poate determina apariția obezității, a diabetului zaharat, a dislipidemiilor și apoi a bolilor secundare lor : ateroscleroza, cardiopatia ischemică, HTA, accidente neurologice și boli osteoarticulare.
 - **Alimentația dezordonată**, fără orar fix și mai ales în prezența unor factori nocivi (fumat, alcool) pot determina apariția ulcerului gastroduodenal, gastritei, hepatopatiilor cronice, enterocolitelor.
- **Consumul de toxice** poate determina apariția și agravarea unor boli hepatice, hepatita cronică etanolică, boli gastro-intestinale, cardiace (cardiomiopatia dilatativă), neurologice și psihice (delirium tremens).

- **Fumatul** are consecințe directe asupra tractului respirator superior sau chiar a celui inferior prin acțiunea cancerigenă a produșilor de ardere din tutun (gudroane, benzopiren) și apariția cancerului de buză, laringian, bronho-pulmonar și a altor boli respiratorii. Bronșitele cronice și astmul bronșic duc în timp la apariția altor boli de tipul cordului pulmonar cronic și a gastritelor cronice.
- **Abuzul de medicamente** – de somnifere, de droguri (morfină, halucinogene, amfetamine etc.), anticoncepționale, antiinflamatoare.

Condiții de muncă

- Uneori, în anumite condiții, **locul de muncă și profesia bolnavului** pot constitui cauze morbide pentru anumite boli. Din acest motiv, a luat naștere și specialitatea medicală *medicina muncii*, care a cunoscut o mare dezvoltare în ultimii ani. Cele mai cunoscute meserii cu factori nocivi sunt: mineritul, morăritul, industria de prelucrare a produșilor de benzină, a diluanților etc. Un factor nociv și recunoscut tot mai mult în ultimul deceniu este stresul.

Istoricul bolii

Istoricul bolii reprezintă modul și momentul în care a debutat boala sau bolile, din ce cauze, caracterul simptomelor, cum a evoluat în timp, cum a răspuns la diverse tratamente sau manevre.

Manifestările de boală relatate de pacient și evoluția acestora vor fi descrise în termeni medicali, istoricul bolii fiind decisiv în diagnosticul și atitudinea medicului pentru terapie.

Punctele care se urmăresc în istoricul bolii

- **Analiza simptomelor prezente:**
 - **data de debut;**
 - **modul de debut: brusc** (*acut* – în boli acute; de exemplu, pneumonia acută; *paroxistic* – în plină sănătate

aparentă, cel mai adesea pe fondul unei suferințe mai vechi; de exemplu, infarctul miocardic datorat anginei pectorale) și **insidios** (progresiv, boli cu evoluție îndelungată, cronice);

- **circumstanțele apariției** (în repaus/efort);
- **ritmul** (zi/noapte, primăvara/toamna);
- **cronologia manifestărilor**: apariția și succesiunea simptomelor/semnelor);
- atitudinea adoptată de pacient față de boală; analizarea impactului bolii asupra pacientului;
- tratamentele efectuate anterior; consultațiile anterioare;
- identificarea tuturor simptomelor asociate;
- particularitățile evolutive în raport cu tratamentele;

Istoricul medical utilizează **limbajul medical** (de exemplu, durerea este descrisă în legătură cu localizarea topografică anatomică, nu cu localizare de organ; de exemplu, corect durere epigastrică, nu durere de stomac; durere retrosternală, nu durere cardiacă)

Partea a III-a

Partea a III-a a foii de observație descrie **starea prezentă** care cuprinde informațiile obținute prin **examenul obiectiv general** și **examenul clinic pe aparate și sisteme**.

Tot în această secțiune a foii de observație se consemnează și **rezultatele examenelor paraclinice** efectuate pacientului.

Examenul clinic se efectuează în conexiune cu anamneza, în următoarele condiții:

- liniște, obținută într-o cameră silențioasă;
- confort și intimitate pentru pacient;
- poziția, inițial șezândă, apoi de decubit dorsal;
- pacient dezbrăcat cât este necesar, pe regiuni;

- obținerea cooperării pacientului prin explicarea tuturor procedurilor și prin încurajare.

În timpul examenului, se examinează fiecare regiune anato-mo-funcțională a organismului, comparându-se tot timpul dreapta cu stânga.

Pentru examenul obiectiv sunt necesare :

- termometru ;
- stetoscop ;
- spatulă linguală ;
- tensiometru ;
- pensa de limbă ;
- ciocan de reflexe ;
- ac bont ;
- lanternă ;
- băț cu vată ;
- oftalmoscop ;
- mănuși.

Într-o primă etapă se efectuează pacientului un examen obiectiv general, apreciindu-se :

a) Funcțiile vitale, prin :

- măsurarea temperaturii ;
- măsurarea pulsului ;
- măsurarea frecvenței respiratorii ;
- măsurarea tensiunii arteriale.

Temperatura

Temperatura se măsoară cu termometrul : oral, axilar, auricular sau rectal. În mod normal, temperatura rectală este 37°C ($>$ cu $0,5^{\circ}\text{C}$ decât cea orală).

Temperatura variază între $35,8-37,3^{\circ}\text{C}$.

O temperatură cuprinsă între $37,5-38^{\circ}\text{C}$ este starea de subfebrilitate ; temperatura între $38-40^{\circ}\text{C}$ reprezintă febra, iar o temperatură de peste 40°C reprezintă hiperpirexia.

Temperatura se măsoară dimineața și seara și se notează pe foaia de temperatură.

Pulsul sau alura ventriculară

Pulsul se palpează la artera radială, cu două degete, timp de un minut.

Pulsul poate fi regulat sau neregulat, puternic sau slab.

Normal, adultul are un puls de 60-80 bătăi/minut, cu ritm regulat.

Se notează în foaia de observație.

Respirația

Respirația se urmărește prin inspecția sau palparea toracelui, analizând frecvența, ritmul și amplitudinea.

Normal, frecvența respiratorie la adult este de 16-18 respirații/minut.

Se notează în foaia de temperatură.

Tensiunea arterială

Tensiunea arterială se măsoară cu ajutorul tensiometrului și a stetoscopului. Se recomandă măsurarea la ambele brațe, uneori fiind necesară măsurarea în clino- și ortostatism sau la membrele inferioare. Măsurătoarea determină două valori:

- tensiunea arterială sistolică (maxima);
- tensiunea arterială diastolică (minima).

TA sistolică normală este 95-140 mmHg, iar TA diastolică normală de 60-90 mmHg.

La membrele inferioare, TA este cu 10 mmHg mai mare decât la cele superioare. În ortostatism, TA sistolică poate să scadă cu 10-15 mmHg, iar cea diastolică cu 5 mmHg.

b) Înălțimea și greutatea

Înălțimea se măsoară cu taliometrul (respectiv pediometrul la sugari), iar greutatea cu cântarul.

După măsurarea celor două, se calculează indicele de masă corporală (IMC).

Normal, IMC este 20-25.

c) Starea generală

Starea generală poate fi : bună, alterată sau gravă.

Prin starea generală se apreciază, se verifică și se notează : sexul, vârsta, dezvoltarea fizică, starea de nutriție, tulburările mintale, prezența durerii, poziția corpului, atitudinea, faciesul, aspectul hainelor, igiena.

În etapa a doua, se trece la examinarea sistemelor și aparatelor organismului.

a) Tegumentele și mucoasele

Tegumentele se examinează prin inspecție și palpate.

La inspecție, se apreciază culoarea și prezența sau absența unor leziuni. De asemenea, se apreciază starea fanerelor (unghii și păr).

Prin palpate se apreciază temperatura, textura, elasticitatea și gradul de hidratare.

b) Țesutul celular subcutanat

Țesutul celular subcutanat se examinează prin inspecție și palpate. Se apreciază prin :

- măsurarea grosimii pliului cutanat : se face prin plierea țesutului în diferite zone : toracală, brahială, abdominală sau crurală ;
- turgor : senzația pe care o are examinatorul la palparea pliului cutanat ; poate fi ferm sau flasc.

c) Sistemul ganglionar

Se apreciază prin palpate grupelor ganglionare superficiale : ganglionii cervicali, sub- și supraclaviculari, axilari, inghinali, epitrochleari, la nivelul cotului, posterior.

În mod normal, ganglionii nu se palpează decât dacă bolnavul are o constituție slabă.

Patologic, ganglionii pot crește în volum și devin palpabili. La palpate ganglionilor măriți de volum (ceea ce se numește

adenomegalie), se apreciază mărimea, forma, consistența, sensibilitatea și mobilitatea acestora.

d) Sistemul muscular

Sistemul muscular se examinează prin inspecție și palpăre.

La inspecție se apreciază aspectul diverselor grupe musculare, iar prin palpăre se apreciază mărimea și troficitatea, tonusul și rezistența la mișcări pasive și active, forța musculară, sensibilitatea și eventualele mișcări anormale.

e) Sistemul osteoarticular

Sistemul osteoarticular se examinează prin inspecție și palpăre. Articulațiile se examinează pe rând. La inspecție se apreciază simetria, deformările, tumefacțiile, culoarea tegumentelor supraincizate, mișcările articulare, gradul lor, curbările coloanei vertebrale. La palpăre, se apreciază temperatura, sensibilitatea și crepitațiile articulare.

f) Aparatul respirator

Examenul fizic al toracelui se execută de către medic și cuprinde: inspecția, palpărea, percuția și auscultația. El trebuie să fie precis și complet.

Inspecția toracelui este un timp esențial al examinării aparatului respirator. Inspecția dă informații asupra :

- cutiei toracice : aspect, formă, dimensiuni, simetrie ;
- mișcărilor respiratorii : în mod normal, există trei tipuri respiratorii :
 - tipul costal superior (la femei) ;
 - tipul costal inferior (la adolescent) ;
 - tipul costo-abdominal sau diafragmatic (la copii și bărbați).
- amplitudinii respirațiilor

În cazuri patologice, inspecția poate evidenția o serie de modificări patologice :

- modificări la nivelul tegumentelor toracelui, sub formă de erupții, edeme, circulație colaterală accentuată;
- deformări toracice: torace emfizematos (boltit uniform, cu ambele diametre mărite, cu bombarea gropilor supraclaviculare, orizontalizarea coastelor și unghiul epigastric obtuz), torace paralic (cu cele două diametre micșorate, alungit și turtit, cu musculatura redusă și spații intercostale evidente), torace rahitic (cu sternul proeminent, asemănător sternului de găină, cu mătăniile costale, cu coastele turtite lateral), torace cifotic (cu diametrul antero-posterior considerabil mărit), torace lordotic, torace cifo-lordotic sau cifo-scoliotic;
- deformări ale coloanei vertebrale: exagerarea unor curburi fiziologice;
- tiraj suprasternal, supraclavicular (depresiunea inspiratorie profundă a părții moi suprasternale și, respectiv, supraclaviculare), tiraj substernal (depresiune inspiratorie epigastrică) și tiraj intercostal (depresiunea inspiratorie a spațiilor intercostale).

Palparea dă informații asupra:

- ritmului respirator: se evidențiază mai bine așezând palma pe regiunea sternală, la fiecare inspirație, mâna fiind ridicată sincron cu bombarea toracelui; adultul are 16-18 respirații/min.
- vibrațiilor vocale: se percep cu mâna aplicată pe peretele toracic, succesiv pe fiecare hemitorace, când pacientul spune „33”; ele reprezintă transmiterea prin peretele toracic a vibrațiilor corzilor vocale produse în cursul vorbirii; în cazuri patologice, ele pot fi accentuate sau diminuate.

Percuția folosește lovirea peretelui toracic, pentru a provoca zgomote, care sunt interpretate după calitatea lor. Ea apreciază

sonoritatea pulmonară. După calitatea sunetului obținut la percucie, se deosebesc :

- sonoritate pulmonară normală ;
- sonoritate pulmonară scăzută, care se numește matitate ;
- sonoritate pulmonară crescută care se numește hipersonoritate.

Auscultația evidențiază și interpretează diversele zgomote, care se produc în cavitatea toracică în timpul respirației, tusei și al vorbirii.

La persoana sănătoasă, auscultația pune în evidență numai murmurul vezicular. Murmurul vezicular este un zgomot care se auscultă pe suprafața toracelui, determinat de trecerea coloanei de aer prin sistemul de canale și canalicule care formează arborile bronșic.

Murmurul vezicular este apreciat prin intensitate, timbru, raportul duratei inspir/expir, caracteristici care se modifică în stări patologice.

În stări patologice, pot apărea modificări ale murmurului vezicular

- diminuare sau dispariție (pneumotorax, pleurezie) ;
- exagerare.

În cazuri patologice, la auscultație se aud o serie de zgomote patologice :

- sufluri : sunt zgomote respiratorii cu caractere particulare, care înlocuiesc zgomotul respirator normal ; ele rezultă din dispariția murmurului vezicular și înlocuirea lui cu zgomotul laringo-traheal, modificat de unele procese patologice pulmonare sau pleurale : suflul tubar (apare în pneumonie, tuberculoză pulmonară sau tumori), suflul pleuretic (apare în pleurezie), suflul cavităar (apare în tuberculoza pulmonară, abcese pulmonare sau chisturi hidatice) ;

- raluri : sunt zgomote patologice care iau naștere în alveole sau bronhii și se modifică prin respirație sau tuse ; pot fi uscate (ralurile crepitante și ralurile bronșice – ronflante și sibilante) sau umede (ralurile subcrepitante) ;
- frecături pleurale : sunt zgomote patologice, care iau naștere între cele două foițe ale pleurei, când acestea sunt inflamate (apar în pleurite, pleurezii).

g) Aparatul cardiovascular

Examenul fizic al aparatului cardiovascular se execută de către medic și cuprinde : inspecția, palparea, percuția și auscultația și se efectuează cu pacientul în ortostatism, șezând, în decubit lateral sau în poziție genupectorală.

Inspecția, ca metodă de examinare a aparatului cardiovascular este :

- generală ;
- locală la nivelul regiunii precordiale.

Inspecția generală trebuie să aprecieze :

- poziția bolnavului ;
- culoarea tegumentelor și a mucoaselor ;
- “dansul“ arterial (artere hiperpulsatile) ;
- turgescența venelor jugulare ;
- bombarea abdomenului prin ascită sau hepatomegalie de stază ;
- existența edemelor în regiunile declive.

Inspecția regiunii precordiale apreciază :

- aspectul regiunii precordiale ;
- sediul șocului apexian.

Palparea apreciază :

- șocul apexian care, normal, este localizat în spațiul V intercostal stâng, pe linia medio-claviculară ;
- freamățele ;
- frecăturile pericardice ;

– elasticitatea și permeabilitatea arterelor periferice.

Percuția apreciază mărimea și forma inimii prin determinarea matității cardiace.

Ausculțația apreciază zgomotele cardiace. Normal se percep două zgomote :

- zgomotul I sau sistolic, care este surd și prelungit ;
- zgomotul II sau diastolic, care este mai scurt și mai înalt.

Primul zgomot este separat de al doilea printr-o pauză mică, iar al doilea este separat de primul zgomot printr-o pauză mare.

Focare de ausculțație sunt :

- focarul mitralei – la nivelul apexului ;
- focarul tricuspidei – la baza apendicelui xifoid ;
- focarul aortei – în spațiul 2 intercostal drept ;
- focarul pulmonarei – în spațiul 2 intercostal stâng ;
- focarul Erb – în spațiul 3-4 intercostal stâng.

De asemenea, se mai auscultă :

- pe marginea dreaptă a sternului ;
- pe marginea stângă a sternului ;
- în axilă ;
- la nivelul arterelor carotide ;
- interscapulovertebral.

Patologic pot apărea modificări de zgomote, zgomote supraadăugate (sufluri), tulburări de ritm. Zgomotele cardiace patologice sunt :

- zgomot de galop ventricular ;
- zgomot de galop atrial ;
- tahicardie ;
- sufluri ;
- clicuri ;
- clacmente ;
- frecături pericardice.

h) Aparatul digestiv

Starea aparatului digestiv se apreciază prin :

- examinarea cavității bucale ;
- examinarea abdomenului ;
- examinarea anusului.

Examinarea cavității bucale

Inspecția se adresează regiunii bucale, jugale, mandibulare, submandibulare, parotidiene și apreciază mucoasele, dinții, faringele și amigdalele.

Inspecția cavității bucale începe cu vestibulul bucal : mucoasa labială, jugală, gingiile, șanțurile gingivo-labiale și gingivo-jugale. Buzele, obrații și limba vor fi susținute cu apăsătorul de limbă.

Palparea se execută la aceleași regiuni, fiind importantă palparea ganglionilor aferenți faringelui (subangulomandibulari, retromandibulari) și cavității bucale (submandibulari).

Cavitatea bucală se palpează cu degetul sau instrumental.

Examinarea abdomenului

Abdomenul se examinează prin : inspecție, palpăre, percuție și auscultație.

Inspecția se face și în poziție verticală, pentru a depista eventualele deformații statice, dar mai ales în poziție de decubit dorsal, pentru a studia volumul și forma abdomenului, tipul respirator și starea tegumentelor.

Palparea se va face sistematic, cu pacientul așezat în decubit dorsal, cu coapsele ușor flectate pe bazin, membrele superioare întinse de-a lungul corpului și capul sprijinit pe pat. Inițial, palparea este superficială și, apoi, din ce în ce mai profundă.

Prin palpăre se evidențiază : zonele dureroase, date despre ficat, splină, rinichi, uter.

Percuția abdomenului trebuie executată cu multă atenție, cu pacientul în decubit dorsal și decubit lateral ; se percuțiază pe linia mediană și pe flancuri, de la apendicele xifoid la pubis, de la hipocondru la fosele iliace, de la ombilic la flancuri.

Prin percucie se pot stabili dimensiunea, consistența organelor intraabdominale, prezența de lichid sau aer în abdomen, prezența de formațiuni tumorale.

Auscultația este mai puțin utilizată în examinarea aparatului digestiv. Se va recurge la auscultație întotdeauna când se constată o „tumoră“ care atinge ombilicul, putând decela și evalua eventualele sufluri, murmure, zgomote intestinale.

i) Aparatul urogenital

Examenul obiectiv al aparatului urinar

Se efectuează prin următoarele metode de examinare :

Inspecția este generală (se apreciază atitudinea pacientului, faciesul, edemele, tegumentele, leziunile de grataj postprurit) sau locală, apreciind regiunea lombară, abdomenul (flancurile), regiunea hipogastrică, perineul și organele genitale externe.

Palparea rinichilor (prin balotare); se efectuează în decubit dorsal, decubit lateral și ortostatism; rinichii nu sunt, în mod normal, accesibili palpării (se vorbește despre „lombe suple“ sau „loji renale libere“), pentru că sunt situați profund; ei devin palpabili în caz de mobilitate anormală, ptoză sau mărire de volum; procedeele de palpare a rinichilor sunt :

- palpare bimanuală în decubit dorsal (**procedeu Guyon**);
- palpare bimanuală în decubit lateral opus rinichiului care trebuie examinat (**procedeu Israeli**);
- palpare monomanuală în decubit dorsal (**procedeu Glénard**).

Palparea punctelor ureterale, care devin dureroase în cazul în care sunt prezenți calculi sau inflamație la diferite niveluri ale ureterului. Punctele ureterale supuse palpării sunt :

➤ puncte ureterale anterioare :

- punct dureros superior (subcostal, Bazy-Albarran, Pasteau);
- punct dureros mijlociu (supraintraspinos, Hallé-Tourneaux);

- punct dureros inferior: corespunde porțiunii terminale a ureterului și este perceput doar prin tușeu rectal sau vaginal;
- puncte ureterale posterioare:
 - punct costovertebral Guyon;
 - punct costumuscular.

Palparea vezicii urinare permite depistarea unor elemente patologice: glob vezical, tumoră vezicală sau litiază vezicală mare.

Percuția rinichilor se efectuează prin **manevra Giordano-Pasternatzki**: este percuția regiunii lombare, cu vârful degetelor sau cu marginea cubitală a mâinii, care declanșează dureri în unele afecțiuni renale.

Examenul obiectiv al organelor genitale externe

La femeia adultă

Inspecția vulvei apreciază gradul de dezvoltare a labiilor mari și mici, a clitorisului, a pilozității, regiunea perineală, prezența și aspectul himenului, prezența și caracterul secrețiilor, eventualele leziuni cutaneo-mucoase, tonusul musculaturii perineale și continența vezicală.

Palparea se efectuează prin tact vaginal. Se așază pacienta în poziție ginecologică, se îndepărtează labiile mari cu indexul și mediusul mâinii opuse, se introduce mediusul mâinii examinatoare, care deprimă comisura vulvară posterioară și peretele vaginal posterior, permițând introducerea indexului. Se palpează succesiv: vaginul (apreciindu-se tonicitatea, suplețea mucoasei și a peretelui, sensibilitatea și eventualele formațiuni tumorale), colul uterin (apreciindu-se situația, consistența, volumul, forma, direcția, orificiul extern, mobilitatea).

La bărbatul adult

Examenul penisului se efectuează prin inspecție (care poate decela leziuni tegumentare, scurgeri la nivelul meatului uretral, deschiderea anormală a meatului urinar) și prin palpare (care

poate evidenția indurația corpurilor cavernoși, prezența unui calcul inclavat sau a corpurilor străini).

Examenul scrotului și a conținutului acestuia se efectuează prin inspecție și palpare.

Normal, la inspecție, pielea scrotului apare laxă și încrețită.

Palparea scrotului este posibilă datorită laxității tegumentelor scrotale și apreciază existența, dimensiunile, sensibilitatea și consistența testiculului și a epididimului.

j) Sistemul nervos

Examinarea neurologică constă în aprecierea :

- **semnelor meningeale** : „redoarea cefei“, semnul Kernig, semnul Brudzinski ;
- **fundului de ochi** ;
- **nervilor cranieni** : se examinează fiecare din funcțiile celor 12 nervi cranieni în parte ;
- **motricității** : se controlează forța musculară a diverselor grupe musculare, motilitatea pasivă și activă a extremităților, precum și troficitatea musculară ;
- **sensibilității** : se controlează simțul tactil, presiunea, simțul pozițional, durerea și temperatura ;
- **reflexelor** : reflexele osteo-tendinoase, reflexele miotatice, reflexul rotulian, reflexele cutanate (reflexe abdominale, cremasteriene ;
- **semnelor piramidale** : sunt reflexe patologice care apar în cazul unor leziuni ale fascicolului piramidal : semnul Babinski, semnul Chaddock, semnul Oppenheim ;
- **coordonării** : se controlează echilibrul (stațiunea și mersul) și felul cum sunt executate mișcările extremităților ;
- **tonusului muscular** ;
- **funcțiilor cognitive** prin care se apreciază starea de conștientă, atenția, memoria, funcțiile vorbirii, percepția și recunoașterea.

Partea a IV-a

Evoluția bolii se notează zilnic în FO (în bolile acute) și la două sau trei zile (în bolile cronice): evoluția simptomelor inițiale, apariția eventuală a unor simptome noi, efectele terapiei administrate etc.

Tratamentul aplicat se notează zilnic în FO.

Pe prima pagina a foii de observație se menționează **diagnosticul**:

- diagnosticul de trimitere;
- diagnosticul la internare;
- diagnosticul la externare.

Partea a V-a

Epicriza reprezintă concluzia rezumativă a FO, completată cu recomandări la externare și cu prognosticul bolnavului.

Foaia de observație se termină prin epicriză, care este un rezumat sintetic și cuprinde: date generale privind istoricul și simptomatologia cazului, diagnosticul, tratamentele aplicate și rezultatele obținute, modul de rezolvare a cazului (vindecat, ameliorat, transferat, decedat). În caz de deces se menționează rezultatele necropsiei (examenul anatomopatologic post-mortem, microscopic și histologic).

FO trebuie păstrată cu multă atenție, în foarte bună stare (dacă e posibil, în plicuri speciale sau coperti cartonate), nefiind accesibilă persoanelor străine (pentru păstrarea secretului profesional). Ea nu trebuie să fie la îndemâna bolnavului, susceptibil de a se neliniști de ceea ce citește, fără să înțeleagă.

Sunt situații când, pentru menajarea moralului bolnavului, acesta nu trebuie să-și cunoască diagnosticul, mai ales când prognosticul este grav sau fatal.

1.3. Termeni medicali frecvent utilizați în efectuarea anamnezei

Terminologia medicală reprezintă totalitatea termenilor de specialitate folosiți în activitatea curentă a personalului medical.

Pentru o mai bună înțelegere a termenilor medicali și a sensului lor, în capitolul 3 al acestui manual vor fi descrise simptomele cheie din domeniul medical, cu explicarea termenilor medicali cei mai utilizați în activitatea asistentei medicale.

Mulți dintre termenii utilizați sunt neclari pentru majoritatea oamenilor, ceea ce, de multe ori, necesită și explicarea etimologică a lor.

Cunoașterea termenilor medicali, ca și a tehnicilor obiective, universale și eterne de îngrijire a ființei umane este o cerință obligatorie pentru orice asistentă medicală.

Terminologia medicală nu este creația absolută a medicinei moderne. Nenumărați termeni medicali, mai ales din anatomie, s-au format prin metaforizare din limbile greacă și latina clasică, adaptându-se la realitatea cotidiană. Așa că, putem spune că deși utilizează unități lexicale preexistente, termenii medicali au dobândit, de-a lungul timpului noi atribute.

Pentru înțelegerea ușoară a terminologiei medicale vom prezenta mai jos modul de utilizare a sufixelor și prefixelor medicale și modul cum acestea creează noi termeni medicali.

1.3.1. Sufixe medicale

a) Sufixul „**ită**“ = proces inflamator

Boli acute – frecvent numele lor se formează de la numele organului afectat + sufixul „**ită**“ (arată proces inflamator) + cuvântul „**acută**“. Exemple sunt: amigdalită acută, rinofaringită acută, sinuzită acută, bronșită acută, gastrită acută, duodenită acută, hepatită acută virală, colită acută, enterocolită acută, pancreatită

acută, apendicită acută, meningită acută, encefalită acută, artrită acută, arterită acută, tromboflebită acută, endocardită acută.

Boli cronice: frecvent la fel + cuvântul „cronic“. De exemplu, amigdalită cronică, sinuzită cronică, bronșită cronică, gastrită cronică, hepatită cronică, pancreatită cronică, apendicită cronică etc.

Dar există și excepții, de exemplu reumatism articular acut (RAA), astm bronșic, HTA, dizenterie, tuse convulsivă, scarlatină, rujeolă, rubeolă.

b) Sufixul „oză“ = proces degenerativ, de exemplu, hepatoză, nefroză, artroză, scleroză.

Boli autoimune (de autoagresiune) – boli produse de reacția imună a organismului împotriva unor celule, țesuturi sau organe proprii, de exemplu, anemii hemolitice, boli de colagen, hepatita cronică.

Boli contagioase (infecțiocontagioase, transmisibile) – sunt boli produse de microbi care se transmit prin contactul dintre bolnav și individul sănătos, de exemplu, scarlatina, rujeola, varicela.

1.3.2. Prefixe medicale

- pre- sau ante- = înainte (de exemplu, prenatal sau antenatal);
- post- = după (de exemplu, postnatal);
- hipo- = mai mic decât normal (de exemplu, hipocalcemie);
- hiper- = mai mare decât normal (de exemplu, hiperglicemie);
- a- = fără (de exemplu, aplazie = lipsă de substanță, anurie = lipsă de urină);
- ab- = în afară (de exemplu, abducție, ablactație);
- ad- = înăuntru (de exemplu, abducție);
- anti- = împotriva (de exemplu, antibacterian, antitermice);
- bradi- = încet (de exemplu, bradicardie, bradipnee);
- tahi- = mai repede (de exemplu, tahicardie, tahipnee);

-oligo- = puțin (de exemplu, oligurie, oligomenoree);
-poli- = mult (de exemplu, poliurie, polimenoree);
-mega- = mare (de exemplu, referitor la organe) (megacolon);
-dis- = greu, neplăcut, tulburare (de exemplu, dismenoree, disurie, dismicrobism, dispnee).

1.3.3. Termeni specifici și abrevieri

- **Ablație** = îndepărtarea (excizia) parțială sau totală a unui organ sau țesut prin intervenție chirurgicală.
- **Agenezie** = lipsa unui organ sau a unei părți a organismului.
- **Atrezie** = imperforația congenitală a unui lumen (de exemplu, esofag) sau lipsa de dezvoltare a unei formațiuni anatomiche cavitare.
- **Atrofie** = scăderea greutateii și a volumului unui organ, țesut, celulă.
- **Anfractuos** = sinuos (de exemplu, plagă anfractuoasă).
- **per os (p.o.)** = pe gură (administrarea pe cale orală a medicamentului).
- **i.m.** = intramuscular (administrarea injectabilă pe cale intramusculară a medicamentului).
- **i.v.** = intravascular (administrarea injectabilă pe cale intravasculară a medicamentului).
- **s.c.** = subcutanat (administrarea injectabilă pe cale subcutanată a medicamentului).
- **IDR** = intradermoreacție.
- **Proximal** = mai apropiat de centru.
- **Distal** = mai depărtat de centru.
- **Caudal** = din regiunea cozii, de la coadă.
- **Cranial** = poziția unui organ comparativ cu craniul.
- **Cranian** = care aparține craniului
- **Median** = situat pe mijloc

- **Medial** = este situat spre linia mediană
- **Megalie** = creșterea anormală în dimensiuni a unui organ
- **Adenopatie** = creșterea de volum (mai mică) a ganglionilor, care devin palpabili
- **Adenomegalie** = creșterea de volum (foarte mare) a ganglionilor, care devin palpabili.

CAPITOLUL 2

MODIFICĂRILE OBSERVATE DE ASISTENTA MEDICALĂ LA INSPECȚIA GENERALĂ

2.1. Metode fizice de examen clinic

Examinarea pacientului presupune următoarele calități din partea examinatorului :

- pregătire profesională foarte bună ;
- gândire medicală corectă ;
- răbdare fără margini, calitatea interpretării simptomelor minore, aparent ne semnificative ;
- sentimentul solidarității cu persoana suferindă ;
- examenul se execută cu pacientul dezbrăcat, în poziție culcată ;
- prezența altor persoane poate declanșa senzația de pudoare din partea pacientului ;
- realizarea unui contact optim cu pacientul ;
- examinarea să fie întotdeauna temeinică, cu grijă pentru pacient și conștiincioasă.

Cronologia examinării depinde de următoarele :

- caracterul simptomelor și acuzelor

- starea generală a pacientului
- toleranța pacientului față de mediul de examinare
- calitățile psihice și comportamentale ale personalului sanitar

Metodele de examinare sunt :

- inspecția ;
- palparea ;
- percuția ;
- auscultația.

Eficacitatea examenului obiectiv depinde de experiența examinatorului pentru a decela toate semnele patologice pe care trebuie să le interpreteze în contextul anamnezei efectuate în prealabil.

În cadrul examenului general al bolnavului, pentru obținerea informațiilor necesare precizării stării prezente, se folosesc metode de investigație clasică (metode fizice) :

- inspecția ;
- palparea ;
- percuția ;
- auscultația.

Aceste metode, ca de altfel întregul examen al bolnavului, sunt practici efectuate de către medic, dar nu trebuie să fie străine asistentei medicale, chiar dacă aceasta nu este chemată să îl înlocuiască pe medic, ci cel mult să îl secundeze.

Un principiu fundamental este acela conform căruia un bun auxiliar este 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**. Aici intervine rolul direct al asistentei medicale, care de altfel trebuie să asiste la examen, cu excepția situațiilor în care,

pentru realizarea unui climat de liniște, prezența sa nu este oportună.

2.1.1. Inspecția

Inspecția este prima, dar și cea mai veche metodă clinică de examinare. Inspecția este metoda de observare a bolnavului, care utilizează simțul văzului.

Inspecția constă în observarea vizuală a semnelor de boală pe toată suprafața corpului și în cavitățile accesibile.

După Corrigan, „problema medicilor nu este aceea că nu știu destul, ci că nu observă îndeajuns.“

Inspecția trebuie efectuată la lumină suficientă și de preferat naturală și va ține cont de pudoarea pacientului, dar nu se va neglija nicio regiune a corpului.

Pentru examinator, este obligatorie cunoașterea perfectă a anatomiei și fiziologiei omului.

Inspecția trebuie să cuprindă întreg corpul, bolnavul fiind dezbrăcat. Se va începe inspecția cu extremitatea cefalică, urmată de gât, torace, membrele superioare, abdomen și membrele inferioare.

Este imperios necesar să se efectueze examenul în poziție statică și apoi în mișcare.

Se examinează în următoarea ordine :

- atitudinea, adică poziția bolnavului în pat ;
- fizionomia, adică faciesul bolnavului ;
- starea de conștiință și psihicul bolnavului ;
- starea de nutriție poate furniza relații importante ;
- constituția reprezintă totalitatea particularităților morfologice și funcționale ale organismului, determinate de ereditate și de condițiile mediului extern ;
- examenul tegumentelor la care se observă culoarea, eventualele erupții cutanate, hemoragii cutanate, tulburări în

circulația cutanată, sub formă de circulație colaterală, tulburările trofice cutanate cele mai cunoscute sunt: cangrenele, escarele și edemul.

2.1.2. Palparea

Palparea este o metodă de explorare clinică pe cât de veche, pe atât de valoroasă, care utilizează simțul tactil.

Palparea este cea de-a doua metodă principală de examinare și constă în atingerea sau presiunea regiunilor de examinat cu scopul aprecierii consistenței, tensiunii, temperaturii, formei, dimensiunilor, mișcărilor, precum și a altor caractere.

Pacientul trebuie dezbrăcat, palparea prin îmbrăcăminte, chiar numai prin cămașă, fiind lipsită de sens. Uneori, trebuie purtată o discuție cu bolnavul, pentru a-i distrage atenția.

Examinatorul trebuie să aibă mâinile calde, ca să nu survină contracții ale mușchilor bolnavului.

Palparea decelează modificările superficiale sau mai profunde produse de boală și se efectuează prin utilizarea pulpei degetelor sau a întregii mâini. Toate modificările decelate vor fi descrise prin localizarea lor în raport cu regiunile topografice ale corpului, mărimea, forma, conturul, consistența, sensibilitatea spontană sau la palpare și mobilitatea lor.

Prin palpare se pot percepe :

- unele fenomene toracice : vibrații vocale, frecături pleurale sau pericardice, sufluri cardiace etc. ;
- ganglionilor limfatici subcutanați, care, în condiții normale, nu sunt palpabili. Când devin palpabili, îi considerăm patologici și vorbim în asemenea cazuri de adenopatie ;
- unele organe intraabdominale, care prin palpare pot fi apreciate ca dimensiune, formă, consistență, sensibilitate, mobilitate.

2.1.3. Percuția

Percuția este o metodă de examen fizic, digitală, care completează palparea, care constă în lovirea ușoară și repetată a anumitor regiuni ale corpului cu degetele în scopul de a obține sunete, din a căror interpretare să reiasă informații asupra procesului patologic din regiunea explorată.

Percuția se face digito-digital, prin utilizarea degetului mijlociu al mâinii drepte care lovește, ca un ciocănel, degetul mijlociu al mâinii stângi, care este aplicată pe suprafața zonei cercetate.

Utilizează simțul auzului.

Percuția poate fi :

- superficială, când explorează zone până la 3-5 cm adâncime ;
- profundă, când explorează la o adâncime de 7 cm.

La percuție se aud sunete cu intensitate, tonalitate și timbru caracteristice, depinzând de prezența sau absența aerului în zona percutată.

- **Sunetul mat (matitatea)** este dată de prezența unor țesuturi sau organe fără conținut aerian, cum ar fi masa musculară, ficatul, splina, sau de un proces patologic dens, cum ar fi o colecție de lichid sau o tumoră.
- **Sonoritatea** – este sunetul evidențiat prin percuția zonei plămânilor, fiind dată de conținutul aerian normal al alveolelor pulmonare.
- **Timpanismul** – este o varietate de sonoritate, dar mai intensă, de tip muzical, dat de un conținut aerian în spații închise, cu pereți regulați, cum ar fi stomacul, intestinele (fiziologic) sau în cavernele pulmonare, patologic.
- **Hipersonoritatea** – are caractere intermediare între sonoritate și timpanism și este dată de prezența unei cantități crescute de aer în organe normal sonore. Un exemplu ar fi emfizemul pulmonar.

- **Submatitatea** – este un sunet intermediar între sonor și mat, dat de diminuarea conținutului aerian față de situația normală (lichid în cavitatea pleurală, dar în cantitate mică).

Percuția mai permite și aprecierea măririi sau diminuării organului sub influența unui proces patologic.

2.1.4. Auscultația

Auscultația este metoda de investigație prin care se percep fenomenele acustice produse în interiorul corpului.

În mod direct, dar neutilizată, auscultația se face cu urechea aplicată pe corpul pacientului, sub protecția unei aleze de tifon.

Auscultația se efectuează cu ajutorul stetoscopului, inventat de Laennec. Laennec este cel care a elaborat principiile fundamentale ale acestei metode și a imaginat stetoscopul.

Prin auscultație se pot decela sunetele produse de mișcările respiratorii, de activitatea cordului, de mișcările intestinale.

Deci, sunt două metode de a efectua auscultația :

- metodă directă – când se aplică urechea pe regiunea pe care dorim să o examinăm (sau interpunând între torace și ureche un șervet subțire);
- metodă indirectă – când se utilizează stetoscopul.

Stetoscopul este un aparat care amplifică sunetele, având la una dintre extremități o pâlnie sau o membrană subțire, care se aplică pe organ, iar la cealaltă, două olive montate în tuburi de cauciuc, care se introduc în conductele auditive.

Stetoscopul poate fi :

- biauricular;
- monoauricular, folosit astăzi tot mai rar.

Examenul obiectiv complet este definitivat cu ajutorul unor instrumente: stetoscopul, termometrul, tensiometrul, oscilometrul, spatula linguală, ciocanul de reflexe, cântarul, speculum

(auricular, nazal, vaginal, anal), oglinda frontală, otoscopul, oftalmoscopul, benzi centimetrice, etc.

Concluzionând, examenul clinic se efectuează cu ajutorul metodelor de examinare descrise, după anamneză și completate cu ajutorul unor mijloace instrumentale simple.

2.2. Modificări observabile la inspecția generală

2.2.1. Atitudinea

Prin **atitudine**, în medicină se înțelege absența sau modificarea posibilității de mișcare, deplasare sau de efectuare a gesturilor de igienă personală, de alimentație etc.

De asemenea, atitudinea reflectă și poziția pe care tinde bolnavul să o adopte în anumite suferințe.

Atitudinea reprezintă deci, poziția corpului unui pacient, pe care tinde să o adopte fie în pat, fie în ortostatism.

Atitudinea cuprinde:

- poziția sau postura;
- poziția adoptată de pacient în pat;
- mersul.

Atitudinea bolnavului poate fi:

- **activă** – reprezintă posibilitatea pacientului de a se deplasa, de a se alimenta, de a efectua igiena personală și este tipică bolilor ușoare;
- **pasivă** – când bolnavul este imobilizat la pat, fără tonus muscular și incapabil să își schimbe poziția; se constată în boli grave sau stări comatoase;
- **forțată** – care se datorează unor nevoi imediate, ce impun adoptarea unor poziții specifice pentru a calma anumite simptome, cum ar fi durerea (atitudini antalgice), dispneea (atitudini antidispneice), tusea (atitudini antitusive) etc. sau pentru ușurarea efectuării unor funcții; atitudinea forțată

determinată de contractura musculară care rezidă în modificări articulare, ce determină la rândul lor deformări axiale ale scheletului.

A. Poziția pacientului

Scopul cunoașterii de către asistenta medicală a pozițiilor pe care le adoptă pacientul, fie în pat, fie în timpul mersului este de a informa medicul și de a descoperi sursa de dificultate care determină luarea de către pacient a diferitelor poziții.

Poziția bolnavului în pat și în mers este determinată de boală și de starea generală.

Pozițiile sunt :

- poziția activă este poziția când pacientul se mișcă singur, nu are nevoie de ajutor și este asemănătoare cu cea a omului sănătos ;
- poziția pasivă este poziția pacientului în stare gravă, lipsit de forță fizică, care are nevoie de ajutor pentru schimbarea poziției ;
- poziția forțată este o poziție neobișnuită, adoptată de pacient, impusă de boală sau de necesitatea unui tratament.

a) Ortostatismul

Ortostatismul reprezintă menținerea corpului în poziția verticală datorită efortului sinergic la care participă : scheletul, musculatura, ligamentele, elemente ale sistemului nervos, cardiovascular etc.

Ortostatismul este asigurat în principal de coloana vertebrală, dar și de starea funcțională a musculaturii care o deservește, de starea articulațiilor intervertebrale și a țesuturilor moi adiacente și de starea structurilor pe care se sprijină : centura pelviană și membrele inferioare.

b) Clinostatismul

Clinostatismul este poziția culcată a corpului.

c) Decubitul

Decubitul este poziția orizontală a corpului. Poate fi :

- dorsal ;
- ventral ;
- lateral.

d) Poziții anormale

Pozițiile impuse de boală sunt :

- în **pleurită**, se întâlnește poziția de **decubit contralateral** pentru calmarea junghiului toracic exacerbat de presiune ;
- în **ulcerul penetrant**, unde durerile sunt atroce, pacientul se ghemuiește, apăsând cu pumnul în epigastru ;
- **atitudine antidispneică** este poziția de **ortopnee**, când bolnavul stă așezat pe un scaun, pe marginea patului sau chiar semișezând/în pat, cu două sau trei perne sub cap, cu mâinile fixate pe scaun sau pat ;
- aceeași poziție de **ortopnee** apare în **insuficiența acută ventriculară stângă, stenoza mitrală sau astmul bronșic în criză** pentru a diminua staza pulmonară și a favoriza ventilația pulmonară ;
- altă poziție tipică este cea **genupectorală** sau *de rugăciune mahomedană*, care constă în aplecarea corpului înainte, membrele inferioare flectate și membrele superioare trecute pe după genunchi ; este adoptată în pericardita acută, favorizând scăderea presiunii în sacul pericardic, datorită gravitației ;
- copiii cu malformații congenitale cardiace adoptă **poziția „ghemuit“ (scatting)** sau „pe vine“ în timpul efortului, pentru că ameliorează dispneea ;
- în **pleurezile exsudative** se adoptă poziția de **decubit homolateral** (mereu pe aceeași parte), pentru că favorizează mișcările ample respiratorii cu hemitoracele neafectat ;
- **atitudinea antitusivă**, când pacientul caută o poziție în pat, care să împiedice scurgerile secrețiilor bronșice spre zonele laterale tusigene, în **bronșiectazii** ;

- atitudini forțate prin contractură musculară apar în **tetanos**, când **poziția este „de arc“** (sprijinit în ceafă și călcâie), *opistotonus*, datorată contracturii generale a mușchilor extensori;
- **trismusul** este tot un fel de atitudine, însă la granița cu simptomul, el reprezentând încheștarea gurii prin contractura mușchilor;
- semnul lui **Trousseau**, se realizează în tetanie, când apare „**mâna de mamoș**“, caracterizată prin contractura mușchilor mâinii cu opoziția policelui sau „spasmul carpo-pedal“, ceea ce înseamnă regăsirea aceluiași gen de contractură și la nivelul labei piciorului;
- în **meningita bacilară (TBC)**, bolnavul adoptă poziția „**în cocoș de pușcă**“ prin hiperextensia capului, tripla flexie a membrelor și decubit lateral;
- în herniile de disc lombare, „**atitudinea de baionetă**“ prin scolioză compensată de segmentele învecinate;
- **decubit dorsal pe o pernă subțire** este indicată în anemii posthemoragice, în afecțiuni cerebrale.

Pozițiile impuse de tratament sau de manevre exploratoare sunt:

- **poziția genupectorală** – pacientul se așază pe genunchi, care sunt ușor depărtați, pieptul atinge planul orizontal, capul într-o parte este cu toracele lipit de pat, mâinile pe lângă corp, genunchii aduși la piept, bazinul ridicat; este indicată în explorările anorectale pentru diferite afecțiuni ale acestei zone;
- în timpul clismei, poziția de decubit lateral stâng, cu membrul stâng întins și cel drept flectat;
- decubit dorsal – bolnavul este culcat pe spate, cu fața în sus, cu mâinile pe lângă corp, fără pernă: este indicată în

- puncția lombară, în rahianestezie, în afecțiuni ale coloanei vertebrale;
- decubit lateral drept sau stâng – bolnavul stă culcat pe o parte, cu piciorul dinspre pat întins, cu cel de deasupra flectat, cu o pernă sub cap, cu brațul pe lângă cap; este indicată în pleurezii și meningite; la bolnavii inconștienți se pun un sul la spate și o pernă sub genunchiul flectat);
 - decubit ventral – bolnavul este culcat pe abdomen, cu pernă sau fără, cu capul întors într-o parte, cu mâinile pe lângă corp sau flectate și așezate de o parte și de alta a capului; este indicată la bolnavii inconștienți, la cei cu escare în regiunea sacrală, la bolnavii operați de rinichi, paralizați; sub glezne se așază un sul și se poate pune și o pernă sub abdomen;
 - poziția șezândă – în pat sau în fotoliu – trunchiul face cu membrele inferioare un unghi de 90 de grade; se realizează prin așezarea a patru perne la spate, gambele sunt în semiflexie pe coapse cu un sul sub genunchi, la picioare are un sprijinitor special, membrele superioare se sprijină pe câte o pernă; este indicată în criza de astm bronșic sau în insuficiența cardiacă, favorizând respirația; în fotoliu, bolnavul este așezat confortabil, bine îmbrăcat și acoperit cu o pătură;
 - poziția semișezândă – se realizează cu somiera articulată la un unghi de 30-45 de grade sau prin sprijinirea cu două perne; este indicată în tulburări respiratorii, în afecțiuni cardiace; este contraindicată la bolnavii comatoși și cu tulburări de deglutiție;
 - poziția declivă (Trendelenburg) – se realizează prin coborârea patului la extremitatea proximală cu 60 de grade, astfel încât bolnavul stă cu capul mai jos de corp; este indicată în anemii grave, în drenaj postural, în hemoragii ale mem-

brelor inferioare, ale organelor genitale, după intervenție ginecologică;

- poziția proclivă – este inversul poziției declive;
- poziția ginecologică – bolnavul este așezat pe spate, coapsele flectate pe abdomen, gambetele flectate pe coapse, genunchii depărtați; este indicată în consultații și tratamente ginecologice și obstetricale, în efectuarea toaletei pe regiuni.

B. Mersul

Tot la capitolul „poziții“ și atitudini ale corpului se pot încadra și **tulburările de mers**.

Mersul pacienților constituie un indiciu important pentru diagnostic, mai ales în bolile neurologice, dar și în afecțiuni ale aparatului locomotor.

2.2.2. Faciesul

Faciesul reprezintă expresia feței, dar nu în sensul de vesel, frumuseț, caraghios, supărat, distins etc. ci numai corelat cu o afecțiune pe care o sugerează. Faciesul reprezintă conformația feței și a capului și poate avea o semnificație de mare valoare semiologică în precizarea diagnosticului.

Fizionomia reprezintă aspectul figurii care corespunde, în general, stării psihice a pacientului și este în corelație cu gravitatea bolii.

Fizionomia suferindă apare la cei cu simptome importante sau care prezintă boli psihice cu stare depresivă. În același timp, pacienții pot exprima și alte stări: indiferență, oboseală, satisfacție, fericire sau neliniște.

Aspectele importante ale feței sunt:

- **faciesul hipocratic**: o față trasă, cenușie, cu ochi înfundați în orbite, cu șanțuri nazolabiale adâncite, cearcăne și nas

- ascuțit; apare în afecțiuni grave cu atingere peritoneală, de tipul peritonitelor prin perforație;
- **faciesul basedowian**: este caracteristic afecțiunii de bază, boala Basedow, cu exoftalmie bilaterală sau asimetrică, fantă palpebrală larg deschisă, privire vie, inteligentă, uneori clipire rară; anxietate cu aspect de spaimă înghețată;
 - **faciesul mixedematos**: apare ca o lună plină, cu față rotundă, infiltrată, palidă, inexpresiv, alopecia jumătății externe a sprâncenelor, macroglosie cu amprentele dinților, voce aspră și groasă, păr rar, aspru, uscat, decolorat, friabil, specifică hipotiroidismului. Acest aspect este denumit facies buhăit;
 - **faciesul acromegalic**: apare în hipersecreția de hormon somatotrop hipofizar și se caracterizează prin dezvoltarea accentuată a arcadelor orbitale, nasului, urechilor, buzelor și mentonului (prognatism);
 - **faciesul mitral**: apare la pacienții cu afectarea valvelor mitrale și este tipic, cu cianoza obrazilor, nasului, buzelor și urechilor, pe un fond palid al restului tegumentelor;
 - **faciesul anemic**: este un facies palid pal, cu mucoasele conjunctivale palide și apare în anemiile severe, mai ales de tip feripriv;
 - **faciesul congestiv**: este opusul celui anemic, apărând culoarea roșie vineție, mai ales la nivelul obrazilor, lobului urechii, nasului și mentonului; apare la cei cu poliglobulii secundare sau primare, la cei cu HTA sau la cei cu febră mare;
 - **faciesul hectic**: pomeții obrazilor sunt roșii pe un fond palid al feței, mai ales la cei cu forme grave de TBC;
 - **faciesul cirotic sau hepatic**: prezintă o culoare galbenă toreasă (icterică sau subicterică), cu venectazii pe pomeții

- obrajilor și pe nas, buze subțiate, roșii, carminate; apare la cei cu hepatită cronică activă și la cei cu ciroză.
- **faciesul adenoidian** este specific copiilor cu polipi nazali sau vegetații adenoide și apare ca un facies cu îngustarea nasului, proeminența buzei și a arcadei superioare; concomitent, apare o voce tipică, nazonată și tulburări ale auzului;
 - **faciesul rigid** este fața fără mimică; apare la pacienții cu boală Parkinson;
 - **faciesul cushingoid** este tipic pentru cei cu hipersecreție de hormoni glucocorticoizi suprarenalieni; faciesul este rotund (facies de lună plină), cu piele roșie violacee, gura mică, acnee, gât gros așa numit „de bizon“, iar la femei apare și hirsutismul (mustăți și barbă);
 - **faciesul lupoid** este caracteristic pentru pacienții cu LES (lupus eritematos sistemic) și apare cu o erupție cutanată caracteristică sub formă de fluture la nivelul nasului și obrajilor; erupția este eritematoasă cu scuame fine;
 - **faciesul din sclerodermie** apare rigid, parcă micșorat, fără riduri și cute faciale, inexpressiv, cu nas și buze subțiri; a fost comparat cu o icoană bizantină;
 - **faciesul vultuos** este tipic pentru pacienții cu febră mare, cum ar fi în pneumonii, bronhopneumonii, gripe etc.;
 - **faciesul asimetric** apare în paralizia de nerv facial, când o parte a feței este paralizată și determină asimetria feței;
 - **faciesul** ca o **pară** apare la cei cu parotidită epidemică sau cu adenopatii mari submandibulare.

2.2.3. Modificări tegumentare

I. Modificări de culoare a tegumentelor

Culoarea tegumentelor se apreciază la inspecția pacientului. Cel mai frecvent, aceasta se apreciază la nivelul feței și a zonelor

descoperite ale pacientului. Dar un examen clinic corect trebuie să aprecieze culoarea tegumentelor din toate regiunile.

Culoarea normală a pielii este determinată de :

- conținutul de pigment melanic ;
- numărul și volumul capilarelor care irigă pielea ;
- grosimea (transparența) pielii ;
- conținutul de hemoglobină al sângelui.

Modificările de culoare a tegumentelor sunt :

- paloarea ;
- roșeața ;
- cianoza ;
- icterul.

Paloarea

Paloarea reprezintă colorația deschisă a tegumentelor și mucoaselor vizibile, care constă în dispariția nuanței rozate obișnuite.

Cauzele sunt următoarele :

- îngroșarea tegumentelor (de exemplu, în mixedem) ;
- edemul (de exemplu, în insuficiența renală acută) ;
- scăderea hemoglobinei (Hb) în capilarele dermice prin hipodezvoltare (de exemplu, în hipogonadism) sau prin vasoconstricție (de exemplu, în șoc, HTA).

Apare în :

- constituțional (de exemplu, la persoanele blonde, scandinavi, englezi, germani) ;
- stări nervoase (de exemplu în oboseală, insomnii, indispoziție, spaimă, neliniște, mânie) ;
- abuz de diverse substanțe toxice (de exemplu tutun, morfina) ;
- rău de mare, mașină sau avion ;
- crize de angină pectorală, tahicardie paroxistică, indigestie, lipotimie, frig ;

- hemoragii (de exemplu, epistaxis, hemoragie hemoroidală, hipermenoree);
- boli de sânge (de exemplu, în anemii, leucemii);
- stări de denutriție;
- infecții acute sau cronice (de exemplu, în TBC, malarie, febră tifoidă, ascaridiază, teniaze);
- stări toxice (de exemplu, în intoxicații cu monoxid de carbon [CO], tutun, alcool, uremie, insuficiență hepatică);
- neoplasme diverse;
- boli endocrine (de exemplu, hipotiroidism, hipogonadism);
- boli viscerale (de exemplu, cardiopatii, HTA malignă, hepatită cronică, ciroză, pancreatită acută).

Paloarea poate îmbrăca diferite nuanțe. Astfel, în anemii culoarea poate să difere în funcție de tipul de anemie:

- paloare de ceară sau „alb ca varul“ – în anemia feriprivă
- paloare gălbuie, ca paiul de grâu copt – în anemiile hemolitice și megaloblastice;
- paloare gri-pământie – în anemia din leucemiile cronice și insuficiența renală cronică (IRC);
- paloarea este de tip „cafea cu lapte“ – în anemia din endocardita bacteriană infecțioasă;
- paloarea icterică – în anemiile hemolitice;
- paloare alb-verzuie – în cloroza tinerelor fete;
- paloarea galben – pai – în cancer;
- paloarea marcată ca hârtia – în anemia acută hemoragică.

Paloarea se observă cel mai bine la palme, mucoase și unghii. Ea poate fi localizată sau generalizată.

Roșeața

Roșeața sau eritemul este o exagerare a nuanței rozate obișnuite a tegumentelor.

Cauzele pot fi:

- vasodilatație accentuată a vaselor cutanate;
- creșterea cantității de oxihemoglobină în circulație (poliglobulie);
- transparența accentuată a tegumentelor.

Apare în :

- expunerea la temperaturi înalte;
- stări febrile;
- efort fizic;
- distonia neuro-vegetativă;
- stări emotive;
- menopauză;
- etilism;
- intoxicația cu monoxid de carbon;
- ftizia pulmonară;
- intoxicațiile cu belladonă și opiu;
- pneumonia pneumococică;
- poliglobulii primare sau secundare;
- constituțional la persoanele cu o bună circulație sangvină.

Cianoza

Cianoza este culoarea albastră-vineție a tegumentelor și mucoaselor care se evidențiază în zonele cu circulație capilară intensă. Ea dispare la vitropresiune.

Cauza este reprezentată de creșterea cantității de hemoglobină redusă, peste 5g% în vasele mici în anumite teritorii.

Tipuri :

a) Cianoza adevărată, care la rândul ei este :

- cianoză centrală;
- cianoză periferică;
- cianoză prin modificări ale compoziției sangvine.

b) Colorația cianotică.

c) Pseudocianoza.

a) Cianoza adevărată apare mai bine la extremități și depinde de :

- volumul capilarelor cutanate și mucoase ;
- grosimea și transparența învelișului cutaneo-mucos ;
- pigmentația pielii ;
- asocierea cu alte colorații în același timp, de exemplu, cu icterul ;
- concentrația Hb în sânge.

Cianoza centrală este o cianoză generalizată, care interesează atât tegumentele, cât și mucoasele. Ea se intensifică la efort, iar la digitopresiune sau vitropresiune, colorația cianotică se reface fără roșeață intermediară.

Cauzele sunt :

- cauze respiratorii : pneumonii masive, bronhopneumonii, TBC miliar, fibroze pulmonare extinse, pleurezii masive, pneumotorax, fibrotorax, toracele cifo-scoliotic, boli laringo-traheale, tumori care comprimă căile respiratorii, astmul bronșic, BPCO etc. ;
- cauze cardiace : insuficiența cardiacă stângă din cardiopatia ischemică, infarctul miocardic, HTA, valvulopatii mitro-aortice, cardiomiopatii, tulburări de ritm și conducere, cardiopatii congenitale complexe etc. ;
- cauze mixte : cardiace și respiratorii : tipic, este cordul pulmonar cronic în care apare suferința inimii drepte consecutivă unei afecțiuni bronhopulmonare.

Cianoza periferică este produsă prin staza sangvină în capilarele cutanate, cu o cedare exagerată de oxigen către țesuturi.

Cianoza interesează de obicei doar tegumentele. Este o cianoză rece, iar după digitopresiune sau vitropresiune, colorația cianotică se reface, trecând printr-o fază de roșeață. Ea apare în :

- expunerea la frig ;
- insuficiența cardiacă congestivă ;

- insuficiența tricuspidiană;
- pericardita constrictivă;
- obstrucțiile trunchiurilor venoase sau arteriale;
- tromboflebite.

Cianoza prin modificări ale compoziției sângelui apare în policitemii, reacții de aglutinare la rece, carcinoame.

b) Colorația cianotică

Colorația cianotică are drept cauză prezența în sânge a compușilor hemoglobinici anormali.

Apare în:

- intoxicația cu oxid de carbon (carboxihemoglobinemie), având o culoare albăstruie cu tentă carminată;
- policitemia vera, când cianoza are aspect roșu-vinețiu;
- methemoglobinemie și sulfhemoglobinemie (intoxicația cu nitriți, nitrotoluen, benzen etc.), când cianoza are o culoare brun – ciocolatie;
- argiria – depozitarea sărurilor de argint în tegumente, dând o colorație albastră-cenușie.

c) Pseudocianoza

Pseudocianoza reprezintă colorația albăstruie a tegumentelor, determinată de depunerea unor substanțe străine la acest nivel.

Apare în:

- depunerea de săruri de argint – colorație care se numește argiroză;
- depunerea de săruri de aur – colorație care se numește cri-noză;
- poliglobulii, când apare o colorație roșie intensă care se numește eritroză.

Icterul

Icterul este colorația galbenă a pielii și mucoaselor determinată de impregnarea cu bilirubină, când concentrația acesteia în sânge crește peste valoarea normală de 1 mg la 100 ml sânge.

Pacienții icterici trebuie examinați la lumina zilei, deoarece lumina artificială modifică culoarea.

După nuanța culorii, se întâlnesc patru tipuri de icter :

1. icter flavinic : este-un icter galben deschis, care apare în ictero-anemiile hemolitice ;
2. icter verdinic : are o nuanță verzuie și apare în icterele hepatocelulare grave și în icterele mecanice ;
3. icter rubinic : este un icter galben-roșiatic, care apare în icterele febrile și în spirochetoza ictero-hemoragică ;
4. icterul melanic : numit și icterul negru, are o colorație galben închis spre negru și apare în cancerul de cap de pancreas.

După mecanismul fiziopatologie icterele se clasifică în :

- a) icter hemolitic : este un icter galben-deschis (flavinic), care asociază bilirubinemie liberă crescută, urine și scaune hiperchrome și, frecvent, splenomegalie ; se întâlnește în sferocitoza congenitală, talasemii, transfuzii de sânge incompatibil ;
- b) icter mecanic : este un icter verdinic, asociat cu bilirubinemie directă crescută, urine de culoarea berii brune și spumoase, scaune decolorate, prurit cutanat, dar cu splina în limite normale ; se întâlnește în litiaza coledociană și cancerul de cap de pancreas ;
- c) icter hepato-celular : este un icter moderat, rar verdinic, cu bilirubinemie indirectă și directă crescute, urine hiperchrome și scaune decolorate, care apare în hepatitele virale acute, hepatita cronică și ciroză.

Icteretele trebuie diferențiate de culoarea galbenă a tegumentelor care apare în :

- intoxicația cu atebriină ;
- tratamentul îndelungat cu mepacrină (culoarea fiind considerată în acest caz pseudoicterică) ;

- depozitarea tisulară a carotenilor, când nu se produce modificarea sclerelor (se întâlnește la persoanele care consumă cantități mari de morcov și mămăligă);
- insuficiența renală cronică (prin retenția cromogenilor urinari).

II. Leziunile elementare cutanate

Leziunile elementare ale pielii se clasifică în:

- A. Leziuni elementare produse prin modificări de colorație a tegumentului, fără modificări ale reliefului.
- B. Leziuni elementare cu conținut solid.
- C. Leziuni elementare cu conținut lichid.
- D. Leziuni elementare prin soluții de continuitate.
- E. Deșeuri cutanate.
- F. Sechele cutanate.

A. Leziuni elementare produse prin modificări de colorație a tegumentului, fără modificări ale reliefului

Leziunile elementare prin modificări de colorație sunt:

a) Leziunile discromice

Petele discromice iau naștere prin lipsa sau excesul de pigment melanic.

Caracteristici:

- nu dispar la vitropresiune;
- nu sunt însoțite de fenomene inflamatorii;
- pot fi permanente sau trecătoare.

Ele sunt:

- pete pigmentare hiperchrome: sunt pete brune sau negre, produse prin exces de pigment melanic; cele congenitale sunt: nevii pigmentari, iar cele dobândite sunt efelidele, cloasma gravidică și melanodermiile;
- pete acromice: sunt pete de culoare albă determinate de lipsa pigmentului melanic; cele congenitale sunt albinismul și nevii acromici, iar cele dobândite: vitiligo;

- pete artificiale : sunt cele produse prin depunerea unor substanțe străine în tegumente ; de exemplu, tatuajele ;
- macula este o pată netedă, de culoare roz sau roșatică, de dimensiuni mici (sub 1 cm diametru) care nu depășește planul tegumentar și apare în boli eruptive infecțioase ca rujeola, rubeola, febra tifoidă.

b) Petele vasculo-sangvine

Petele vasculo-sangvine apar prin înmulțirea sau dilatarea ori extravazarea vaselor de sânge de la nivelul pielii. Ele sunt :

- pete vasculare : se produc prin înmulțirea sau dilatarea vaselor, dispar la vitropresiune ; exemple sunt : nevii vasculari sau angioamele, teleangiectaziile ;
- pete purpurice : se produc prin revărsarea sângelui ; ele sunt : peteșii (sunt punctiforme), vibices (sunt liniare), echimoze (sunt sufuziuni sangvine difuze, întinse) ;
- petele eritematoase se produc prin vasodilatație, sunt roz-roșii, dispar la vitropresiune.

B. Leziuni elementare cu conținut solid

Leziunile elementare cu conținut solid sunt leziuni de consistență dură, nu conțin lichid și sunt proeminente. În această categorie intră :

a) Papula

Papula este o proeminență de mici dimensiuni, rotundă, cu diametrul mai mic de 0,5 cm, de culoare diferită, palpabilă. Poate fi :

- epidermică : exemplu – veruca vulgară ;
- dermică, de exemplu, papula sifilitică (sifilide) ;
- epidermo-dermică, de exemplu, lichenul plan.

b) Placa urticariană

Placa urticariană este o leziune proeminentă, de culoare roz-roșie, net delimitată, de dimensiuni variabile, de consistență elas-

tică sau dură, care apare, dispare și reapare rapid. Se aseamănă cu leziunile produse de urzică.

Apare în alergii alimentare, alergii medicamentoase, înțepături de insecte.

c) Tuberculul

Tuberculul este o formațiune dermică, circumscrisă, de mici dimensiuni (mm) de consistență moale sau dură, proeminente sau nu, de culoare roșie-violacee sau maroniu-gălbuie, care evoluează spre ulceratie și se vindecă cu cicatrice.

Apare în: TBC, lues, lepră

d) Nodulul și nodozitatea

Nodulul și nodozitatea sunt formațiuni dermice sau hipodermice, solide, profunde, care cuprind toate straturile pielii, de dimensiuni variate, palpabile.

Apar în: eritemul nodos, sifilis, lepră, xantomatoză, lipomatoză.

e) Goma

Goma este o leziune hipodermică, proliferativă și necrozantă, nodulară, ovalară sau rotundă, de consistență fermă, care evoluează în patru stadii: stadiul de crudităte, stadiul de ramolire, stadiul de ulcerare și stadiul de cicatrizare.

Apare în sifilisul terțiar și în tuberculoză.

f) Keratoza

Keratoza este îngroșarea localizată a stratului cornos al epidermei.

Apare în: keratoza pilară, keratoza senilă, keratoza solară, clavus, ihtioză.

g) Lichenificarea

Lichenificarea este îngroșarea circumscrisă, globală a tuturor straturilor pielii, cu îngroșarea șanțurilor care se întretaie, dând aspect de „mozaic”; este intens pruriginoasă.

Apare în : neurodermită, prurigo, dermatoze pruriginoase, eczemă, dermatită eczematiformă.

h) Vegetația

Vegetația este o leziune pediculată, filiformă sau globuloasă, uneori cu aspect conopidiform, de culoare roz-cenușie, de consistență moale.

Apare în : piodermitele vegetante, tuberculoza papilomatoasă, infecția cu HPV (**Human Papilloma Virus**), sifilis.

i) Tumora

Tumora este o masă de țesut neoformat, circumscrisă, care se dezvoltă în organism prin înmulțirea exagerată a unor celule. Ea poate fi benignă (adenom) sau malignă (epiteliom, sarcomelanom).

C. Leziuni elementare cu conținut lichid

a) Vezicula

Vezicula este o leziune de mici dimensiuni, proeminentă, cu diametrul mai mic de un centimetru, cu conținut lichidian, cu lichid serocitrin clar.

Apare în : herpes, herpes zoster, varicelă, eczemă.

b) Bula

Bula, care se mai numește și flictenă, este o veziculă mai mare, rotundă, fragilă, cu conținut serocitrin sau hemoragic.

Apare în : acnee, variolă, impetigo, pemfigus, dermatite.

c) Pustula

Pustula este o leziune cu conținut purulent, de dimensiuni variabile.

Apare în : piodermite, psoriazis pustulos, pustuloza palmo-plantară, septicemie.

D. Leziuni elementare prin soluții de continuitate

a) Escoriația

Escoriația este o pierdere de substanță liniară, superficială sau profundă, accidentală sau postgrataj.

Apare în : scabie, pediculoză, prurigo, eczemă.

b) Ulcerația

Ulterația este o pierdere de substanță. Ea poate fi superficială sau profundă.

Ulterația superficială se numește exulterație sau eroziune. Ulterația profundă lasă cicatrici.

Apare în: ulcer varicos, șancrul sifilitic, ulcer tuberculos, leziuni de grataj etc.

c) Fisura

Fisura este o soluție de continuitate liniară, care ajunge până la nivelul dermului, localizată la plicile de flexiune sau orificiile naturale.

Apare în: infecțiile streptococice, sifilis congenital.

d) Eroziunea

Eroziunea este o pierdere de substanță care interesează epidermul.

E. Deșeuri cutanate

Deșeurile cutanate sunt leziuni care se elimină de pe suprafața pielii, fiind rezultatul secrețiilor fiziologice sau patologice la acest nivel.

a) Scuama

Scuama este un deșeu cutanat care rezultă din exfolierea celulelor cornoase ale pielii, de culoare albă sau cenușie, care se detașează de pe suprafața pielii în lamele fine (pitiriazis), lame (psoriazis) sau lambouri (scarlatină).

b) Crusta

Crusta este un deșeu cutanat care se produce prin solidificarea unor secreții (serozitate, sânge, puroi) de pe suprafața ulcerațiilor sau eroziunilor și din interiorul veziculelor, bulelor, pustulelor. Culoarea poate fi galbenă în impetigo, maronie în escoriații.

c) Escara

Escara, numită și sfacel, este un deșeu cutanat care rezultă din necroza circumscrisă a pielii; are culoare neagră-cenușie. Ea este

o cangrenă mai profundă, circumscrisă, situată la nivelul zonelor supuse presiunii externe (fese, regiunea sacrală, călcâie).

Apare în radiodermite și la pacienții imobilizați timp îndelungat și prost îngrijiți.

F. Sechelele cutanate

Sechelele cutanate sunt leziuni reziduale constituite din țesut de neoformație, care înlocuiește țesutul distrus.

a) Cicatricea

Cicatricea este un țesut de neoformație (țesut fibros) care apare la locul unde a existat o pierdere de substanță, de culoare violacee (cicatricea recentă) sau albă (cicatricea veche).

Cicatricea poate fi :

- normală : este netedă, suplă, neaderentă ;
- vicioasă : este retractilă și aderentă la planurile subiacente ;
- cheloidă : este o cicatrice monstruoasă, groasă, dură, roșie.

b) Atrofia

Atrofia este subțierea straturilor pielii.

c) Vergeturile

Vergeturile sunt benzi de atrofie la nivelul cărora pielea este subțiată și încrețită și se produc prin ruperea fibrelor elastice din derm.

Apar în cazul creșterii în volum a abdomenului (sarcină, ascită) sau a altor regiuni (obezitate, edeme) sau odată cu slăbirea rapidă și accentuată a pacientului.

III. Leziunile vasculare la nivelul pielii

a) Peteșiile sunt pete hemoragice de dimensiuni mici (sub un centimetru), de formă rotundă sau ovală, care apar pe piele sau mucoase.

b) Echimozele sunt pete hemoragice dermo-hipodermice mai mari de un centimetru.

c) **Telangiectaziile** sunt dilatări ale vaselor mici pe piele sau mucoase, care apar în hipovitaminoze B, sarcină, ciroză, consum de anticonceptionale.

d) **Circulația venoasă colaterală superficială** poate fi observată la *inspecția* tegumentelor: vene anormal dilatate comparativ cu rețeaua venoasă superficială, în anumite zone specifice, care realizează un *desen venos* foarte evident reprezintă circulația colaterală venoasă.

Prezența circulației colaterale venoase este caracteristică unei obstrucții venoase profunde la diverse niveluri.

e) **Hemoragiile cutanate**

Hemoragiile cutanate se deosebesc de eriteme sau exantemele cutanate prin faptul că nu dispar la compresie digitală. Ele sunt la început de culoare roșie, devenind apoi în timp violacee și apoi galbene, prin degradarea hemoglobinei. Ca formă și extindere, deosebim :

- peteșiile, care sunt hemoragii punctiforme ;
- echimozele, care sunt pete hemoragice mai extinse ;
- sufuziunile sangvine, care sunt hemoragii cutanate mai voluminoase, putând depăși un diametru de 10 cm ;
- hematoamele, care sunt hemoragii subcutanate colectate ce bombează suprafața cutanată.

Hemoragiile cutanate pot fi posttraumatice, iatrogene (de exemplu post-injecții sau perfuzii intravenoase) sau mai mult sau mai puțin spontane, când sunt expresia unei boli hematologice, caz în care se numesc diateze hemoragice.

IV. Edemul

Edemul este o acumulare de lichid în țesutul celular subcutanat, cu infiltrația hidrică a pielii. Se clasifică după următoarele criterii :

1. După extindere :
 - a) edem generalizat ;

- b) edem localizat;
- 4. După etiologie:
 - a) edem cardiac;
 - b) edem renal;
 - c) edem carențial;
 - d) edem hepatic;
 - e) edem de sarcină;
 - f) edem catamenial;
 - g) edem iatrogen;
 - h) edem inflamator;
 - i) edem alergic;
 - j) edem venos;
 - k) limfedem;
 - l) edem gravitațional.

Edemul se apreciază după următorii parametri:

- a) tegumentele inițial sunt întinse și lucioase, apoi, după retragerea edemului, tegumentele prezintă pliuri longitudinale sau vergeturi, aspre, descuamare;
- b) temperatura este crescută în edemul inflamator și în cel alergic; este normală în edemul renal și scăzută în edemul cardiac;
- c) consistența este moale-pufoasă în edemul renal și în cel carențial și dură în edemul inflamator și în cel venos;
- d) godeul este o mică depresiune care apare la o presiune exterioară efectuată pe un plan dur (pretibial, maleolar);
- e) localizarea poate fi retromaleolară, pretibială, sacrată, la nivelul feței sau generalizată.

V. Tulburările trofice ale pielii și fanerelor

Reprezintă modificări ale pielii și fanerelor datorate unui aport circulator deficitar (prin obstrucția unei artere, stânjenirea circulației venoase sau prin compresie), unei anomalii a com-

poziției sângelui (avitaminoza, de exemplu) sau unui defect de control nervos prin nervii simpatici, parasimpatici sau motori.

1. Tulburări trofice cutanate

- a) **Atrofie:** pielea este subțire, netedă, transparentă; foliculii piloși, glandele sebacee și sudoripare sunt dispărute. Apare în:
- stări de subnutriție prelungite, anemie feriprivă;
 - sclerodermie: pielea subțire, uscată, aderentă la planurile subiacente;
 - diabet zaharat: zone de atrofie cu centrul galben-ceros și un halou eritematos;
 - arteriopatia cronică obliterantă a membrelor inferioare, când pielea este palidă, atrofică, lipsită de pilozitate.
- b) **Striuri atrofice, vergeturi:** benzi de atrofie la nivelul cărora pielea apare subțiată, încrețită. Palpatoriu se percepe o depresiune. Se datorează ruperii fibrelor elastice din derm fie prin suprasolicitare prin tracțiune, fie prin pierdere locală de proteine.
- c) **Vergeturi albe sidefii:** apar pe coapse, fese, la pubertate sau pe abdomen, sau în cursul sarcinii. Apar, de asemenea, în situațiile în care una dintre regiunile amintite crește rapid în volum (ascită, edem, obezitate rapid instalată).
- d) **Vergeturi roșii:** sunt datorate excesului de glucocorticoizi endogeni (boala Cushing) sau exogeni (corticoterapie prelungită).
- e) **Fisura (ragada):** o soluție de continuitate liniară, care în profunzime atinge dermul, înconjurată de un lizereu inflamator. Apare în zona plicilor cutanate sau a comisurilor (palpebrale, labiale). Este secundară proceselor infecțioase (zăbăluța din infecții streptococice) sau proceselor distrofice (hipovitaminoza B).

- f) **Eroziunea** : lipsă de substanță superficială care interesează numai epidermul.
- g) **Ulcerazia** : lipsă de substanță profundă care interesează și dermul, datorată irigației sangvine deficitare a unei zone restrânse de tegument. Cauza este arteriolară sau venoasă.
- h) **Ulcerul perforant plantar** (mal perforant) este localizat la nivelul plantei în porțiunea distală a metatarsianului I și V sau calcaneului, fiind datorată unor tulburări neurotrofice care apar în tabes, siringomieliie, diabet zaharat cu polineuropatie.
- i) **Cangrena** : proces de mortificare (necrobioză) a pielii și a țesuturilor din profunzime determinată de ischemie. Poate fi :
- cangrena uscată (mumificare): poate duce la amputare spontană ;
 - cangrena umedă : apare în condițiile unei suprainfecții bacteriene sau unei staze venoase concomitente ;
 - cangrena gazoasă : o infecție tisulară produsă de bacterii din genul *Clostridium* care determină crepitații la palpare (ca un bulgăre de zăpadă).
- j) **Escara** : este o gangrenă de decubit.

2. Tulburări trofice ale unghiilor

Se analizează forma, grosimea, friabilitatea și culoarea unghiilor.

A. Modificări de culoare

În mod normal, unghiile au culoare roz-sidefie.

- a) **Leuconichia** este culoarea albă a unghiei. Poate fi :
- parțială (pete mici albe pe suprafața unghiei).
 - totală.

Cauzele sunt :

- ereditare ;
- degerături ;

- albinism ;
 - ciroza hepatică.
- b) **Melanonichia** este culoarea neagră sau brună a unghiei.

Cauzele pot fi :

- contactul cu substanțe colorante ;
- tratament prelungit cu tetraciclină ;
- contact cu fenolftaleină.

c) **Unghiile albastre au drept cauză :**

- tratamentul cu clorochină ;
- infecțiile cu *Pseudomonas*.

B. Modificări de formă

În mod normal, unghiile sunt convexe și cu marginea liberă în formă de arc de cerc.

a) **Platonichia** reprezintă unghiile plate, turtite prin dispariția convexității. Apare în anemia feriprivă.

b) **Coilonichia** reprezintă unghiile concave, cu aspect de „lingură“ sau „solniță“, subțiate, fragile. Apare în :

- anemia feriprivă ;
- mixedem ;
- acromegalie.

c) **Unghiile hipocratice** sunt unghiile îngroșate, bombate, cianotice, însoțite de hipertrofia falangelor distale.

Apar în : bronșita cronică, bronșiectazie, maladii congenitale de cord, endocardita lentă, neoplasm pulmonar.

d) **Onicogrifoza** este îngroșarea uneia sau mai multor unghii, care iau aspect de „gheară“ sau „cioc de papagal“.

Poate fi :

- congenitală ;
- dobândită în :
 - procesul de îmbătrânire ;
 - traumatisme frecvente ale unghiei ;
 - insuficiență circulatorie venoasă ;

- boli dermatologice;
- arsuri;
- degerături.

C. Modificări diverse

a) **Anonichie** reprezintă lipsa unghiei.

Poate fi:

- congenitală;
- dobândită.

b) **Onicoliza** reprezintă desprinderea unghiei din patul unghial.

Apare în:

- diabet zaharat;
- posttraumatic;
- vpanarițiu.

c) **Pahionichia** reprezintă unghiile îngroșate.

Poate fi:

- congenitală;
- dobândită în:
 - psoriazis;
 - onicomicoze.

d) **Onicofagia** este obiceiul de a roade cu dinții marginea liberă a unghiilor.

3. Tulburări trofice ale părului

În mod normal, distribuția foliculilor piloși pe tegumente este inegală și depinde de sex.

Culoarea părului depinde de pigment:

- melanină pentru părul brun închis;
- promelanină pentru părul blond.

Disparația pigmentului este urmată de albirea părului.

A. Modificări de ordin calitativ

Modificările calitative ale părului se referă la grosimea firului, luciul și pigmentarea acestuia.

- în hipertiroidism : păr subțire, lucios, mătășos care își pierde pigmentul (caniție sau încărunțire);
- în hipotiroidism : păr gros, mat, aspru, uscat, friabil;
- în anemii feriprive: păr subțire, mat, friabil, cade cu ușurință;
- hiperpigmentarea părului se întâlnește în boala Addison, porfirie congenitală;
- hipopigmentarea sau depigmentarea părului apare în kwa-shiorkor, albinism, caniție (reprezintă depigmentarea progresivă a părului care poate fi fiziologică, odată cu îmbătrânirea sau patologică, când se produce precoce).

B. Modificări de ordin cantitativ și de distribuție

a) Căderea părului poate fi ereditară sau câștigată în neoplasme, arsuri, infecții severe, iradiere, hipovitaminoze. În această categorie intră :

- **alopecia** reprezintă pierderea pilozității datorită distrucției rădăcinii părului. Poate fi fronto-parietală sau centrală. Cauzele sunt : genetice, exces de secreție seboreică, dezechilibre psihice sau neurovegetative, boli infecțioase (tifos exantematic), boli sistemice (lupus eritematos sistemic), după radioterapie, citostatice;
- **calviția** reprezintă pierderea părului numai în regiunea păroasă a capului, mai ales pe vertex, frunte, occiput, regiunea parietală. Popular se numește chelie;
- **pelada sau alopecia insulară** este o cădere a părului din regiunea păroasă a capului, pe zone delimitate, formând mici insule lipsite de păr, de formă rotundă.

b) Hipotricoză sau hipopiloziția reprezintă dezvoltarea insuficientă a părului în zonele normal piloase. Ea poate fi congenitală sau dobândită în hipotiroidism, boala Addison, hipoparatiroidism, insuficiență gonadică.

c) Hiperpilozitatea reprezintă dezvoltarea excesivă a pilozi-tății. Are două forme :

- *hipertricoza*: este o hiperpilozitate cu topografie normală pentru sexul respectiv; poate fi ereditară sau câștigată în porfirie, neoplasme;
- *hirsutismul*: este o hiperpilozitate care depășește zonele normal piloase la femei : barbă, mustață, pilozitate pubiană de tip masculin (triunghi cu vârful în sus); apare în neo-plasme, menopauză, castrare, distrofii ovariene, adminis-trarea unor medicamente (contraceptive orale, androgeni, spironolactonă) cu creșterea densității părului în zonele de distribuție normală a pilozi-tății.

VI. Pruritul

Pruritul este o stare patologică care constă în mâncărimea intensă la nivelul pielii sau mucoaselor, provocată de tulburări funcționale ale nervilor cutanați. Este o senzație neplăcută pe piele, care provoacă dorința intensă de scărpinare.

În cazurile severe, pruritul poate duce la tulburări de somn, anxietate și depresie, iar scărpinarea permanentă poate provoca leziuni pe piele.

Cauze

• Cauze localizate ale pruritului

- *Scalp*: dermatita seboreică, pediculoza.
- *Spate*: dorsalgie, boala Grover.
- *Brațe*: prurit brahioradial.
- *Mâini*: dermatita, dishidroza.
- *Inghinal*: prurit vulvar, candidoză vulvovaginală, probleme vulvare și vaginale la femeile prepubere, lichen scleros.
- *Anus*: pruritul anal poate apărea în psoriazis, dermatită seboreică, dermatită de contact, diabet și infestații pa-razitare.

- *Boli de rinichi*: insuficiență renală cronică.
- *Boli de ficat*: obstrucție biliară intrahepatică și extrahepatică (prurit colectic).
- *Boli endocrine/metabolice*: diabet zaharat, hipertiroidism, hiperparatiroidism, mixedem.
- *Boli hematologice*: deficiență de fier (anemie), poliglobulie esențială, leucemie limfatică, boala Hodgkin.
- *Boli ale sistemului nervos*: prurit neuropatic, schizofrenie, excoriații neuropatice, parazitoza iluzorie.
- *Boli dermatologice*: dermatită alergică sau de contact, piele uscată, prurigo nodular Hyde, urticarie, psoriazis, dermatită atopică, foliculită, dermatită herpetiformă, lichen plan, lichen simplex, pemfigus bulos, pediculoză, scabia, miliara, arsuri solare, pitiriazis rozat, infecții micotice.
- *Expunerea la anumiți factori*: alergii, dermatita înțepăturilor, înțepături de insecte, alergii medicamentoase (opioide, aspirină etc.).
- *Cauze hormonale*: 2% dintre femeile însărcinate prezintă prurit, fără vreo altă cauză dermatologică evidentă; în unele cazuri, pruritul se datorează colestazei care apare în al treilea semestru de sarcină și dispare după naștere; pruritul poate fi și un simptom al *menopauzei*.

2.2.4. Țesutul celular subcutanat – noduli subcutanați

Țesutul celular subcutanat este format din celule adipoase, grosimea lui fiind diferită în funcție de localizare.

Leziunile țesutului celular subcutanat sunt:

- xantomul: este o mică tumoare benignă formată din macrofage bogate în depuneri lipidice; xantoamele formează pete sau noduli subcutanați, adesea de culoare galbenă, uneori roșie sau brună;

- xantelasma : este un ansamblu de pete mici gălbui, cu margini regulate, localizate la nivelul pleoapelor către partea nazală ; ele pot fi rezultatul unor niveluri crescute de colesterol ; au o evoluție benignă și foarte lentă.

2.2.5. Sistemul ganglionar

Ganglionii limfatici au formă de bob de fasole, margini regulate, sunt elastici, nedureroși la palpare, mobili, neaderenți la planurile sub- și supraiacente. În mod normal, ei se pot palpa doar la persoanele foarte slabe.

Grupele ganglionare sunt :

- superficiale ;
- profunde.

Modificările patologice ale ganglionilor limfatici sunt :

- a) adenopatia : este o creștere de volum a ganglionilor limfatici care poate fi de origine inflamatorie, infecțioasă sau tumorală ;
- b) adenomegalia : este o hipertrofie a ganglionilor limfatici ;
- c) durerea ganglionară : poate fi spontană sau la palpare ;
- d) scăderea mobilității prin aderența la straturile profunde sau superficiale sau aderența între ganglioni ;
- e) modificări de formă : ganglionii pot deveni rotunzi, cu suprafață neregulată sau pot conflua între ei formând mase ganglionare.

2.2.6. Starea de nutriție

I. Starea de nutriție normală

Starea de sănătate a fiecărui individ, evaluată adesea prin ceea ce se numește un *status nutrițional optim*, derivă din echilibrul obținut între necesarul și aportul nutrițional.

Starea de nutriție oferă date orientative asupra organismului și a capacității de rezistență la agresiune.

Aprecierea stării de nutriție este subiectivă deoarece nu există criterii precise de apreciere. Starea de nutriție se apreciază prin cercetarea țesutului celulo-adipos subcutanat, a musculaturii și prin cântărire.

Țesutul adipos (gras) reprezintă 10% din greutate la femeie și 17% din greutate la bărbat. El depozitează aproximativ 100 000 kcal.

Țesutul adipos se depune:

- în țesutul subcutanat (formează așa-numitul panicul adipos);
- retroperitoneal;
- la nivelul epiploonului;
- perirenal (se numește grăsimea pararenală Gerota);
- la nivelul obrazului (se numește bula lui Bichat).

Pentru aprecierea greutateii „ideale“ s-au propus mai multe formule, dar în practică este suficientă corelarea greutateii în kilograme cu numărul de centimetri care depășesc un metru în înălțime (formula Broca). Un criteriu clinic important pentru aprecierea stării de nutriție îl constituie grosimea pliului cutanat (normal, mai mic de 1,5 cm în regiunea toracică, abdominală și coapse).

Formule de calcul a greutateii corporale ideale:

a) Formula lui Broca:

$$G \text{ (în kg)} = T \text{ (în cm)} - 100$$

b) Formula lui Lorentz:

$$G = T - 100 - (T - 150)/4$$

c) Formula OMS:

$$G = 50 + 0,75(T - 150) + (V - 20)/4$$

d) Indicele de masă corporală:

$$IMC = G \text{ actuală}/T^2$$

II. Modificări patologice ale stării de nutriție

A. Obezitatea

Definiție

Obezitatea reprezintă creșterea greutateii corporale pe seama țesutului gras cu peste 30% din greutatea ideală. La o creștere a greutateii corporale cu peste 20% din greutatea ideală, persoana este considerată supraponderală.

Cauze

- aport alimentar exagerat ;
- sedentarism ;
- tulburări endocrine: sindrom Cushing, sindrom adiposogenital, menopauză ;
- teren genetic ;
- factori neuro-psișici ;
- sindromul Pickwick.

Criterii de clasificare

În funcție de valorile procentuale ale surplusului ponderal față de greutatea ideală, obezitatea poate fi :

- **gradul I (ușoară)** – un plus ponderal sub 30% (până în 10 kg peste greutatea ideală) ;
- **gradul II (medie)** – un plus ponderal între 30-50% (aproximativ 20 kg peste greutatea ideală) ;
- **gradul III (severă)** – un plus ponderal peste 50% (aproximativ 30 kg peste greutatea ideală) ;

În funcție de distribuția depunerii de grăsime, obezitatea poate fi :

- generalizată: acumularea de grăsime este relativ uniformă pe torace, abdomen și membre ;
- segmentară: acumularea de grăsime se face în anumite zone ale corpului, cu realizarea a două tipuri mai importante :

- tipul android (acumularea grăsimii predominant pe ceafă, trunchi și partea superioară a abdomenului);
- tipul ginoid (depunerea de grăsime pe fese, șolduri și coapse).

Grăsimea se depune de obicei :

- la nivelul obrazilor.
- periocular (îngustează fanta palpebrală);
- bărbie (formează bărbia dublă sau triplă);
- în regiunea interscapulovertebrală și cervicală inferioară;
- pe abdomen (uneori dând aspect de șort).

Obezitatea de tip android

- Este mai frecventă la bărbați, la femei apărând după menopauză.
- Grăsimea se depune pe trunchi, ceafă și partea superioară a abdomenului, membrele părând subțiri (tip Falstaff).
- Prezintă risc de : ateroscleroză sistemică, cardiopatie ischemică.

Obezitatea de tip ginoid

- Este mai frecventă la femei, la bărbați apărând în caz de hipofuncție gonadică.
- Grăsimea se depune pe sâni, fese, abdomen, șolduri și coapse.
- Prezintă risc de : varice, picior plat, reumatism degenerativ.

Obezitatea din boala Cushing

- Este o obezitate de tip android, la care se asociază facies de „lună plină“, virilism primar la femei, acnee, vergeturi purpurii, HTA, diabet zaharat, atrofie musculară, osteoporoză.
- Apare frecvent după tratamente prelungite cu ACTH (hormon adrenocorticotrop) și corticoizi.

Obezitatea din sindromul adipozo-genital

- Este mai frecventă la bărbați.

- Este o obezitate de tip ginoid la care se asociază față albă, rotundă, genu valgum, hipodezvoltarea organelor genitale.

Obezitatea din hiperinsulinism

- Este o obezitate însoțită de crize de hipoglicemie, anxietate, transpirații, tahicardie, convulsii, comă.
- Hipersinsulinismul apare în tumora benignă a celulelor pancreatice Langerhans.

Obezitatea din sindromul Pickwick

- Sindromul Pickwick se mai numește și sindromul de hipoventilație obeză.
- Este obezitate grotescă, însoțită de apnee obstructivă moderată, sforăit nocturn, somnolență și debilitate postdisfuncție pulmonară (hipoventilație alveolară).

B. Subnutriția

Definiție

Subnutriția reprezintă scăderea în greutate cu mai mult de 10% din greutatea ideală, datorită unui aport alimentar cantitativ și calitativ insuficient față de nevoile organismului.

Cauze

- Stări toxico-septice.
- Stări disnutriționale.
- Boli endocrine.
- Boli psihice.
- Arsuri întinse.
- Sindrom nefrotic.
- Tuberculoză.
- Neoplasme.
- Diabet zaharat.
- Stenoză esofagiană.
- Stenoză pilorică.
- Anorexie psihică.

- Aport alimentar insuficient.

Clasificare

a) **Slăbirea** este o scădere a greutateii corporale cu peste 10 – 20% față de greutatea ideală; asociază diminuarea țesutului adipos cu astenie și fatigabilitate.

b) **Emacierea** este o scădere a greutateii corporale de 20 – 30% față de greutatea ideală; Se caracterizează prin dispariția aproape completă sau chiar totală a țesutului adipos, inclusiv bula lui Bichat, la care se asociază tegumente palide, păr uscat, unghii friabile, scăderea capacității de efort.

c) **Cașexia** este o scădere a greutateii corporale de peste 30% față de greutatea ideală; se caracterizează prin dispariția completă a țesutului adipos, la care se asociază atrofii musculare generalizate, edeme carentiale și anemie.

d) **Marasmul** este stadiul final al deficitului ponderal, caracterizat prin grave tulburări hidro-electrolitice și acido-bazice, de obicei ireversibile.

2.2.7. Sistemul osteoarticular

Examenul obiectiv al oaselor

- Fracturile se caracterizează prin mobilitate anormală a unui segment osos și crepitații osoase.
- Deformările osoase apar prin creșterea și dezvoltarea anormală a oaselor, prin proliferări tumorale sau tulburări endocrine (acromegalie) sau metabolice (rahitism, osteomalacie, boala Paget).

Examenul obiectiv al articulațiilor

- Se referă la volumul, sensibilitatea, deformările și mobilitatea articulațiilor și la țesuturile periarticulare.
- Congestia – colorația roșiatică a tegumentelor din jurul articulațiilor apare în cazul artritelor (inflamații articulare).

- Tumefacția țesuturilor periarticulare duce la deformarea articulară, durere spontană la mișcare și limitarea mobilității articulare.
- Tumefacția articulară apare în artrite și poate realiza aspecte diverse semnificative pentru bolile însoțite de modificări articulare (reumatism articular acut, poliartrită reumatoidă, artrite reactive, lupus eritematos sistemic, boli de colagen).
- Tumefacția articulațiilor poate fi provocată de acumulare de lichid în cavitatea articulară, în special la articulațiile mari, de exemplu, la genunchi, lichidul evidențiindu-se clinic prin semnul denumit șocul rotulian .
- Tofii gutoși sunt nodozități cutanate care se formează prin depozite de urat de sodiu în jurul articulațiilor și au semnificație pentru boala metabolică numită gută.
- Durerea articulară – sensibilitatea se constată prin palparea articulațiilor și prin mișcările active sau pasive efectuate de pacient.
- Deformările articulare se observă la inspecția atentă, având semnificație în artrite sau în artroze (procese degenerative articulare, cu caracter cronic).
- Mobilitatea articulară se evidențiază prin mișcările active sau pasive ale articulațiilor, bolile articulare determinând reducerea sau dispariția mobilității unei articulații fie din cauza durerilor, fie din cauza anchilozei sau semianchilozei articulare.
- La mobilizarea articulațiilor se pot auzi zgomote anormale – crepitații articulare care pot apărea în artroze sau în distrucții ale suprafețelor osoase care participă la formarea articulațiilor.

2.2.8. Statura și tipul constituțional

A. Statura

Statura normală

Statura sau talia este înălțimea corpului uman. Se măsoară cu ajutorul unui taliometru (pentru adult) sau pediometru (pentru sugar) și se exprimă în metri (m) sau centimetri (cm). Important este ca măsurarea să fie efectuată dimineața, deoarece, în cursul unei zile discurile intervertebrale se deshidratează și, astfel, se pot înregistra valori mai scăzute ale staturii.

Creșterea în staturală este reglementată de hormoni HGH și IGF-1, hormoni secretați de hipofiză tot timpul vieții, dar care acționează în principal în timpul copilăriei și adolescenței. Dar creșterea staturală este influențată de mulți alți factori: genetici, nutriționali și de mediu. Cea mai importantă perioadă de creștere este în primii doi-trei ani de viață, iar cea mai constantă este în adolescență.

De subliniat că până la vârsta de 14 ani, băieții și fetele au statură similară. Creșterea în înălțime încetează la fete în jurul vârstei la care se instalează menarha, iar la băieți după maturizarea sexuală.

În România, valorile medii ale înălțimii sunt considerate următoarele:

- la bărbați: 175 – 180 cm;
- la femei: 165 – 175 cm.

Înălțimea de peste 200 cm (la bărbați) și peste 190 cm (la femei) reprezintă **hiperstaturalitatea**. Înălțimea sub 160 cm (la bărbați) și sub 150 cm (la femei) reprezintă **nanismul**.

Nanismul

- Este o statură cu mult inferioară celei medii, realizată prin creștere insuficientă în înălțime
- Cauzele nanismului sunt:
 - cauze genetice (acondroplazia);

- cauze endocrine (mixedemul, boala Cushing, sindromul adreno-genital, pubertatea precoce sau disgenezia gonadică);
- cauze metabolice (diabet zaharat);
- alte cauze (carențe alimentare, tuberculoză, tulburări digestive, boli de rinichi, afecțiuni cardiace și infecții cronice)

Gigantismul

- Este statura care depășește cu 20% talia normală pentru vârstă, sex și rasă.
- Are drept cauză hipersecreția de hormon somatotrop (STH).
- Asociază: cifoză, scolioză, torace înfundat, visceromegalie, caractere sexuale secundare insuficient dezvoltate, pubertatea tardivă și incompletă, cefalee, retard sau debilitate mintală, diverse tulburări psihice.

B. Tipul constituțional

Definiție

Tipul constituțional reprezintă totalitatea caracterelor morfologice, funcționale și psihice care definesc o anumită ființă umană, luată ca un tot unitar.

Tipul constituțional este influențat de:

- ereditate;
- factorii de mediu extern.

Clasificare

a) Tipul muscular

- Se caracterizează prin dezvoltarea puternică a extremităților și a musculaturii; cutia toracică este bine dezvoltată, în formă de trapez, proporțională față de abdomen; scheletul este robust, cu umerii lați; membrele sunt relativ lungi și puternice; pilozitatea este accentuată; fața este dreptunghiulară; fără tendințe spre îngrășare.
- Se întâlnește la cei care efectuează activități fizice;

b) Tipul respirator

- Se caracterizează prin preponderența părții superioare a trunchiului asupra celei inferioare; cutia toracică este bine dezvoltată, în formă de trapez, dar mai lungă, fața are formă romboidală; șoldurile sunt înguste; greutatea este mijlocie, cu tendință de îngrășare.
- Se întâlnește mai ales la nomazi, care trăiesc în spații deschise, sub cerul liber;

c) Tipul digestiv

- Se caracterizează prin abdomen mare; linia taliei este ușor conturată; scheletul osos este subțire, cu încheieturi fine, bazin lat și umeri înguști; membrele sunt scurte și slab muscularizate; fața este triunghiulară, cu trăsături armonioase, cu maxilarele puternic dezvoltate, cu tenul alb; gâtul este scurt și gros; statura este mignonă; întreaga înfățișare este delicată; are tendință spre îngrășare.
- Se întâlnește la clasele sociale privilegiate și la cei din zone agricole;

d) Tipul cerebral-nervos

- Se caracterizează prin cap mare; partea inferioară a feței este slab dezvoltată, ceea ce îi dă o formă de triunghi, dar în poziție opusă tipului digestiv; construcția generală este zveltă, delicată; trunchiul și bazinul sunt înguste; membrele relativ lungi; trupul este longilin; scheletul este îngust; toracele este puțin dezvoltat; șoldurile sunt strâmte; fără tendință de îngrășare.
- Este specific intelectualilor.

2.2.9. Starea de conștiență**Definiție**

Starea de conștiență reprezintă suma abilităților și capacităților omului de a fi permanent în direct cu evenimentele și stimulii

la care este supus (văz, auz, miros, pipăit, gust, stimuli mentali), adică de a-și da seama de realitatea înconjurătoare.

În limbajul uzual, starea de conștiență se denumește cu termenii de „treaz“ sau „luciditate“.

Starea de conștiență necesită integritatea funcțiilor cognitive asigurate de scoarța cerebrală precum și a „stării de veghe“ asigurată de SRAA (sistemul reticulat activator ascendent), care primește informații de la căile senzitivo-senzoriale.

Tulburările stării de conștiență

a) Sincopa

Definiție

Sincopa este pierderea bruscă de durată foarte scurtă (secunde, minute) a conștienței și a tonusului muscular, cu abolirea funcțiilor vitale, reversibilă, având aspect de moarte aparentă.

Cauze

- Ischemie cerebrală tranzitorie, în caz de :
 - vasodilatație arterială periferică ;
 - scăderea activității vasoconstrictoare ;
 - scăderea bruscă și importantă a debitului cardiac.
- Modificări ale compoziției sangvine, în caz de :
 - hipoxie ;
 - hipoglicemie ;
 - acidoză.
- Reflexe care acționează asupra centrilor nervoși fie direct, fie indirect, prin modificări locale ale aportului sangvin.

Apare în :

- cardiopatii (stenoza aortică, angor, infarct miocardic, miocardiopatie obstructivă, tetralogia Fallot, hipertensiune arterială pulmonară) ;
- tulburări de ritm sau de conducere cardiace (tahicardia paroxistică, sindromul Adams-Stokes sau alte bradicardii) ;
- embolii pulmonare ;
- asfixie ;

- electrocutare ;
- trecerea bruscă din decubit în ortostatism ;
- hipokaliemie ;
- acțiunea excesivă a nervilor pneumogastrici care comandă anumite viscere (plămâni, vase, inimă, stomac) – numită sincopă "vagală" – în caz de durere intensă, emoție, compresie pe sinusul carotidian, micțiune sau de deglutiție.

Semne

- instalarea este bruscă, decontractare musculară completă, care duce la cădere ;
- paloare ;
- absența reacției la zgomote și la stimuli tactili ;
- eventual puls absent ;
- uneori pierdere de urină ;
- uneori mișcări convulsive.

Durata sincopei este sub un minut. Dacă se prelungește, vorbim de comă.

Revenirea stării de conștiență este spontană, totală, foarte rapidă și precedată de o recolorare a feței, iar pacientul își recapătă total abilitățile.

Sincopa de scurtă durată nu produce leziuni cerebrale, dar dacă se prelungește anoxia apar leziuni cerebrale ireversibile.

Clasificare etiologică

Sincopa vaso-motorie

- Este frecventă la adolescenți.
- Se datorează scăderii bruște a tensiunii arteriale.
- Poate fi precipitată de frică, vești neplăcute, vederea sângelui, recoltare de sânge, durere vie.
- Apare mai frecvent după masă, în camere supraîncălzite, după poziție ortostatică prelungită.
- Semne premonitorii : senzație de slăbiciune, amețeală, căscat, transpirații, midriază.

Sincopa isterică

- Este frecventă la adolescente.
- Nu are semne premonitorii.
- Fața „cade“, în public, cu „grijă“ ca să nu se lovească.
- Pulsul și tensiunea arterială sunt normale.

Sincopa cardiacă

- Apare în: blocul atrio-ventricular, HTA, maladia Fallot, stenoza aortică, stenoza pulmonară.

Sincopa respiratorie

- Apare în: astm bronșic, tuse convulsivă.

Sincopa din hiperventilație

- Apare în timpul jocului, în anxietate, stres.
- Este precedată de slăbiciune generală, furnicăături în membre, amorțirea mâinilor.

Sincopa hipoglicemică

- Este precedată de paloare și transpirații.

Spasmul hohotului de râs

- Este un episod sincopal întâlnit până la vârsta de 2 – 3 ani.
- Copilul poate face una sau mai multe crize pe an.
- Criza este precipitată de frică, frustrare, contrariere.
- Se prezintă sub două forme:
 - forma cianotică: copilul țipă violent, intră în apnee, apoi face sincopă și cianoză;
 - forma palidă: copilul intră în apnee, tegumentele devin palide și își pierde conștiența.
- Nu este o formă de epilepsie.

b) Lipotimia**Definiție**

Lipotimia, numită în vorbirea uzuală leșin, este o pierdere a stării de conștiență de scurtă durată, ca urmare a unei insuficiențe circulatorii cerebrale, cu păstrarea funcțiilor vitale.

Cauze

Cauzele care pot provoca lipotimia sunt numeroase :

- durerea puternică;
- stresul emoțional;
- consum de alcool pe stomacul gol;
- hipotensiunea arterială ortostatică (hipotensiune posturală);
- sarcină;
- accident vascular cerebral tranzitoriu sau definit;
- reflex vagal;
- hipotensiunea arterială;
- hiperventilația;
- hipoglicemia;
- boli cardiace :
 - aritmii;
 - bradicardie;
 - tahicardie;
- epilepsie;
- boli ale sinusului carotidian;
- spondiloză cervicală;
- hemoragii (menstruală, intestinală, abdominală etc.);
- embolie pulmonară;
- boli ale sistemului nervos;
- atac de panică;
- boli pulmonare severe;
- infecții;
- medicamente;
- ateroscleroza;
- migrena;
- meningită, encefalită;
- boli psihice;
- foame excesivă;

- diabet zaharat ;
- crize febrile convulsive.

Semne

- Se instalează treptat sub forma unei stări de rău.
- Semne premonitorii : acufene, greață, amețeli, tulburări vizuale, senzația de cap gol.
- Se manifestă prin : tulburare trecătoare a conștienței, paloare, transpirații abundente, relaxare musculară parțială sau totală.

c) Confuzia

- Este lipsa de claritate a gândirii, însoțită de alterarea funcțiilor superioare vizând memoria, atenția și orientarea temporo-spațială.

d) Torpoarea

- Starea de torpoare sau somnolența este asemănătoare cu faza de inducere a somnului.
- Se manifestă prin somnolență, vorbire cu dificultate și monotonă.
- Apare în stări febrile, stări de surmenaj.

e) Obnubilarea

- Se caracterizează prin orientare temporo-spațială ; bolnavul răspunde greu la întrebări și sesizează cu dificultate ce se petrece în jurul lui.
- Apare în stări toxice și/sau infecțioase.

f) Stupoarea

- Este o pierdere a stării de conștiență reversibilă care apare sub acțiunea unor stimuli puternici.
- Se caracterizează prin dezorientare temporo-spațială, tulburări de memorie, „privire în gol“.

g) Coma

Definiție

Coma este o stare de inhibiție corticală caracterizată prin pierderea persistentă, mai mult sau mai puțin profundă a stării de

conștiență, absența reacției la stimuli externi, dar cu conservarea parțială a funcțiilor vegetative (circulație, respirație, metabolism).

Mecanisme de producere

În funcție de etiologie există mai multe mecanisme de producere :

- afectarea funcțiilor encefalice prin leziuni primitive ale encefalului ;
- aport energetic (oxigen și glucoză) insuficient ;
- tulburarea activității enzimatică corticale prin toxine.

Clasificare

Din punct de vedere clinic, în funcție de gradul profunzimii, comele se clasifică astfel :

- **coma de gradul I** sau coma superficială sau coma vigală : starea de conștiență este parțial pierdută ; se caracterizează prin obnubilare, reflexele pupilar, cornean și velopalatin păstrate, și absența tulburărilor vegetative ;
- **coma de gradul al II-lea** sau **coma de profunzime medie** sau **coma propriu-zisă** : se caracterizează prin pierderea marcată a conștienței, reactivitate foarte redusă, reflexe encefalice net diminuate și absența controlului sfincterian ;
- **coma de gradul al III-lea** sau **coma profundă** sau **coma carus** : se caracterizează prin conștiență, reactivitate și reflexe encefalice abolite, pupile midriatice, tulburări cardio-respiratorii și circulatorii pronunțate ;
- **coma de gradul al IV-lea** sau **coma depășită** : se caracterizează prin suprimarea oricărei activități encefalice și afectarea profundă a funcțiilor vegetative, respirația și circulația putând fi menținute doar prin mijloace artificiale.

În funcție de etiologie, comele se clasifică în :

- come de origine cerebrală ;
- come de origine extracerebrală ;

- come de origine cerebrală.

Come de origine cerebrală sau comele neurologice

- Se datorează suferinței primitive a encefalului.
- Se caracterizează prin semne neurologice de focar.
- La rândul lor, comele de origine cerebrală sunt :
 - come infecțioase ;
 - come vasculare ;
 - come traumatice ;
 - come prin procese expansive intracraniene ;
 - come epileptice.

Comele infecțioase

- Sunt come liniștite care apar în infecții severe.
- Sunt secundare acțiunii toxinelor microbiene sau edemului cerebral infecțios.
- Apar în : meningite, encefalite, abces cerebral.

Comele vasculare

- Sunt come produse de afectarea sistemului circulator din encefal.
- Apar în : hemoragia meningo-cerebrală, tromboze arteriale și venoase, ruptura malformațiilor vasculare cerebrale, HTA sistemică, boli hemoragice.

Comele traumatice

- Apar în caz de traumatisme cranio-cerebrale (căderi, agresiuni, accidente rutiere).
- În funcție de momentul instalării, comele traumatice sunt :
 - come instalate imediat după traumatism : se numesc **comoții** și reprezintă o pierdere a conștienței de scurtă durată, complet reversibilă și în care lipsesc semnele neurologice de focar ;
 - come instalate după un interval liber sau **comele în doi timpi** : se caracterizează prin existența unui interval li-

ber, lucid în care se constituie hematomul, urmat apoi de pierderea cunoștinței.

Comele prin procese expansive intracraniene

- Se datorează fenomenului de hipertensiune intracraniană sau presiunii directe a unor regiuni nervoase importante pentru menținerea stării de conștiență.
- Apar în caz de : tumori cerebrale primitive, metastaze.

Comele de origine extracerebrală

În funcție de etiologie, ele sunt clasificate în :

- come metabolice ;
- come endocrine ;
- come toxice.

Comele metabolice

În această categorie intră :

- coma diabetică sau coma cetoacidotică ;
- coma hipoglicemică ;
- coma uremică ;
- coma hepatică.

Comele endocrine

În această categorie intră :

- coma hipofizară ;
- coma mixedematoasă ;
- coma din insuficiența corticosuprarenală,

Comele toxice

- Apar prin intoxicații accidentale sau voluntare cu toxice medicamentoase, industriale, menajere
- Sunt come care survin în plină stare de sănătate, fără istoric de boală anterioară și fără semne neurologice de focar, dar cu tulburări respiratorii și circulatorii, icter, midriază sau mioză
- Ele pot fi :
- come agitate : în intoxicațiile cu alcool, romergan, atropină, DDT ;

- come liniștite: în intoxicațiile cu barbiturice, tranchilizante, neuroleptice.

2.2.10. Starea neurologică

A. Echilibrul static

La stațiunea verticală participă următoarele sisteme:

- sistemul vestibular;
- sistemul cerebelos;
- sistemul extrapiramidal;
- sensibilitatea profundă conștientă și inconștientă.

Proba Romberg

- Pacientul stă în poziție verticală, cu picioarele apropiate, vârfurile și călcâiele lipite.
- Dacă pacientul menține această poziție cu ochii deschiși, se trece la examenul echilibrului static în aceeași poziție, dar cu ochii închiși.

Proba brațelor întinse

- Pacientul stă comod pe un scaun.
- I se cere să-și întindă brațele la nivelul orizontalei, în dreptul brațelor întinse ale examinatorului și să închidă ochii.
- În situație normală, brațele pacientului nu vor devia.

Tulburări ale echilibrului static

a) Sindromul vestibular, caracterizat prin:

- stațiunea verticală imposibilă;
- schimbarea poziției capului determină amețeli, greață, vărsături;
- în cazuri ușoare, stațiunea verticală este menținută, dar cu baza de susținere lărgită și cu tendința de a cădea de aceeași parte cu leziunea;
- închiderea ochilor duce la pierderea echilibrului.

b) Leziuni cerebeloase, care determină:

- echilibru instabil, bază de susținere lărgită, oscilații ale corpului;
- în leziunile cerebeloase unilaterale, bolnavul tinde să cadă de partea leziunii;
- în leziunile de vermis, bolnavul cade în sens antero-posterior.

B. Echilibrul dinamic

Echilibrul dinamic este starea organismului uman asupra căreia se exercită forțe care nu îi schimbă starea de mișcare sau de repaus.

Poziția și mersul sunt acte complexe la care participă sistemul osteoarticular, sistemul muscular, sistemul vestibular și sistemul nervos.

Afectarea acestora determină mersul patologic și viciile de postură.

C. Motilitatea voluntară

Pornind de la definirea motilității drept o proprietate a anumitor organe de a efectua mișcări, motilitatea voluntară reprezintă activitatea motorie cu obiect și scop bine determinate, rezultată de obicei în urma unui proces de învățare. Ea are ca manifestări:

- elementare:
 - ortostatismul;
 - mersul;
- majore:
 - praxiile (deprinderile);
 - exprimarea limbajului;
 - conceperea corticală a actului motor.

Mișcarea voluntară se execută în următoarele etape:

- prospectarea senzorială, în special vizuală, în scopul orientării temporo-spațiale a mișcării;
- prospectarea proprioceptivă a poziției corpului în raport cu mișcarea care va urma;

- transmiterea de comenzi prin căile nervoase motorii piramidale și extrapiramidale;
- controlul performanței motorii și optimizarea mișcării în curs de desfășurare.

Pentru aprecierea motilității voluntare, se urmăresc:

- mișcările spontane prin simpla inspecție a bolnavului;
- amplitudinea mișcărilor când cerem bolnavului să execute diferite mișcări în diverse articulații;
- viteza, care reprezintă rapiditatea cu care se face mișcarea;
- forța musculară cu care se face o mișcare;

Tulburările de motilitate activă sunt:

- prin deficit parțial (pareză);
- prin deficit total (paralizie – plegie).

În funcție de segmentul afectat, tulburările de motilitate activă pot fi:

- monoplegie: paralizia unui membru;
- hemiplegie: paralizia unei jumătăți de corp cu membrele respective;
- paraplegie: paralizia ambelor membre inferioare;
- tetraplegie: paralizia membrilor superioare și inferioare.

Mersul este o activitate complexă la care participă sistemul osteoarticular, sistemul muscular, sistemul nervos și aparatul vestibular. Particularitățile lui pot releva natura bolii.

Tipuri de mers:

- **mersul sărind**: este un mers ținut, neregulat, care se întâlnește în coree;
- **mersul încet**, obosit, cu opriri dese: astenie, boala Addison, miastenia, convalescență;
- **mersul antalgic**: datorită durerii se scurtează faza de sprijin pe membrul inferior afectat; se poate asocia cu șchiopătatul; se întâlnește în tumori, infecții osteoarticula-

- re, sinovită tranzitorie de șold, sciatică, reumatism și chiar în situații banale cum ar fi încălțăminte inadecvată ;
- **mersul spastic** : este un mers cu membrele inferioare rigide, segmentele fiind în extensie care se întâlnește în scleroza în plăci, paraplegie spastică ;
 - **claudicația intermitentă** : crampă dureroasă indusă de efort și ameliorată de repaus ; apare în arteriopatiile obliterante ;
 - **mersul ebrios (titubant)** : este un mers ca de om beat, care apare în intoxicația alcoolică sau cu barbiturice și în sindroamele cerebeloase ;
 - **mersul cerebelos** : nesigur, cu bază largă de susținere ;
 - **mersul precipitat** : este un mers cu pași mărunți, corp aplecat înainte (fuge după centrul de greutate) : apare în boala Parkinson ;
 - **mersul stepat, equin sau mersul pe vârfuri** : pacientul atinge pământul cu vârful piciorului și apoi cu călcâiul, ca un cal de circ ; se întâlnește în paralizia mușchiului sciatic popliteu extern, în poliomielită, în sciatica paralizantă ; poate fi considerat normal la copilul mic (după excluderea obligatorie a unor cauze severe cum ar fi : sechele de picior varus equin, mersul equin spastic, mersul equin din miopatia Duchenne etc.) ;
 - **mersul de tip Trendelenburg** este un mers patologic datorat insuficienței mușchiului fesier mijlociu în care, în timpul fazei de sprijin, bazinul basculează de partea opusă și în încercarea de reechilibrare, pacientul apleacă toracele de partea afectată ; se întâlnește în luxația congenitală de șold, în coxa vara congenitală, în maladia Legg-Calve-Perthes, în epifizioliză, în distrofia musculară Duchenne ;
 - **mersul cosit, spastic** este mersul în care membrul inferior descrie un arc de cerc, piciorul fiind adus înainte printr-o

mişcare de circumducție; se datorează imposibilității flexării membrului inferior; apare în hemipareze sau hemiplegii spastice;

- **mersul rigid**: este un mers cu pași mici și capul aplecat înainte, bolnavul având dificultăți de oprire și retropulsie; se întâlnește în boala Parkinson, ateroscleroză;
- **mersul dezordonat** apare în coree, complicație neurologică din reumatismul articular acut (RAA);
- **mersul talonat – ataxic sau mersul pe călcâie** este un mers cu picioarele „aruncate“ neregulat, călcând pe călcâie; apare în sifilisul cu localizare la măduva spinării și în tabes (meningoradiculita luetică);
- **mersul „de rață“** este un mers legănat care se întâlnește în luxația congenitală de șold, boli musculare, osteomalacie și coxartroze;
- **mersul ataxic** când pacientul merge încet cu picioarele depărtate și cu privirea în jos; apare în afecțiunile cerebeloase;
- **mersul dinamic** apare în miastenia gravis, boala Addison, neoplazii în faze terminale.

D. Coordonarea mișcărilor

Coordonarea mișcărilor se realizează prin conlucrarea armonioasă a grupelor musculare care iau parte la efectuarea mișcării.

Tulburările de coordonare a mișcărilor poartă numele de **ataxie**, care poate fi:

- **ataxie tabetică**: este determinată de leziuni ale nervilor sau căilor nervoase care transmit la creier sensibilitatea profundă alcătuită din fibre nervoase ce informează scoarța cerebrală, de poziția diferitelor părți ale corpului sau membrilor. Se caracterizează printr-un mers nesigur, cu lipsa mișcărilor armonioase, mai ales ale picioarelor. Este întâlnită la tabes, dar și în alte boli neurologice;

- *ataxie cerebeloasă*: este determinată de leziuni ale cerebelului. Bolnavul merge nesigur cu oscilații în toate sensurile, așa cum le vedem la omul beat;
- *ataxie vestibulară*: este determinată de leziuni ale aparatului vestibular. În timpul mersului, bolnavul deviază sau cade pe o anumită parte.

Coordonarea mișcărilor se examinează prin:

a) Proba indice nas

- Bolnavul este pus să ducă al doilea deget la vârful nasului de mai multe ori succesiv, cu ochii deschiși, apoi închiși.
- În ataxia cerebeloasă, bolnavul poate prezenta fie dismetrie (nu nimerește ținta), fie hipermetrie (depășește ținta).
- În ataxia tabetică prezintă dismetrie sau hipermetrie, dar numai la proba cu ochii închiși.

b) Proba marionetelor

- Bolnavul este pus să efectueze mișcări repezi, alternative, de pronație și supinație a mâinii.
- Imposibilitatea efectuării acestei probe se numește adiadocochinezie.

c) Examinarea reflexelor

Reflexele sunt semne obiective ale funcției neuronale. Reflexele pot fi diminuate sau absente.

Pentru demonstrarea reflexelor este necesară o manevră de întârire. Examinarea corectă a reflexelor se face în poziție relaxată a pacientului, cu ajutorul ciocanului de reflexe care percutează tendonul corespunzător masei musculare. Reflexele examinate sunt:

1. Reflexele osteotendinoase:

- **reflexul bicipital** – se execută pe brațul pacientului care este ușor flectat, cu palma în jos, iar medicul își plasează policele sau indexul la nivelul bicepsului, execu-

- tând percuția cu ciocănelul. Se urmărește flexia cotului și contracția bicepsului. Modificarea reflexului poate fi determinată de o afectare la nivel medular la C5-C6;
- **reflexul tricipital** – se flectează antebratul pacientului în unghi de 90% cu fața palmară a mâinii orientate spre trunchi și se percutează tendonul tricepsului imediat deasupra articulației cotului; se urmărește contracția tricepsului și extensia antebratului pe braț. Apar modificări ale reflexului în atingeri ale coloanei la nivel C6, C7 și C8;
 - **reflexul brahio-radial** – pacientul fiind în clinostatism se pune mâna pe abdomen sau se sprijină pe coapse cu fața palmară în jos. Medicul percutează radiusul la 1,5-3 cm de articulația radio-carpiană și se urmărește flexia și mișcarea de supinație a mâinii. Apar modificări prin atingerea coloanei la nivel C5-C6;
 - **reflexul rotulian** – pacientul fiind în decubit dorsal cu genunchii ușor flectați, medicul susține ambele membre la nivelul spațiului popliteu și percutează tendonul rotulian imediat dedesupt. Dacă pacientul stă pe scaun se face aceeași manevră. Normal, se produce contracția cvadricepsului și extensia gambei pe coapse. Apar tulburări în caz de afectare la nivel de coloană lombară, L2, L3, L4;
 - **reflexul achilian** – se poate efectua în două moduri: cu pacientul culcat în decubit, se pune membrul de examinat flectat pe genunchiul rotat exterior, cu piciorul flectat pe gambă la un unghi de 90%, sau cu pacientul așezat în genunchi pe un scaun sau pat cu picioarele flectate la fel. Se percutează tendonul lui Achile și normal se produce flexia plantară din articulația tibio-tarsiană. Apar modificări în caz de afectare a coloanei la nivel S1, S2;

2. Reflexele abdominale – se efectuează cu un bețișor învelit în vată atingând abdomenul deasupra și dedesupt de ombilic, simetric, urmărind contracția musculaturii. Pot apărea modificări, în sensul abolirii lor în caz de afectare a neuronilor motori centrali sau periferici (T8, T9, T10 și T10, T11, T12).

3. Reflexul plantar – se trasează cu o cheie o linie curbă pe fața plantară a piciorului, de la călcâi spre haluce. Normal se produce flexia halucelui. În caz de leziuni ale neuronului central, în come sau după crize comițiale, apar extensia halucelui și desfacerea degetelor în evantai, **semn numit Babinski**.

4. Clonusul gleznei: se execută susținând genunchiul în poziție parțial flectată cu o mână, în timp ce cu cealaltă mână se execută mișcări de flexie dorsală și plantară a piciorului pentru relaxarea pacientului, urmate imediat de dorsoflexia rapidă, menținând piciorul în această poziție; clonusul este reprezentat de oscilațiile între flexia dorsală și plantară.

E. Mișcările anormale

Mișcările anormale sau involuntare sunt datorate contracțiilor musculare nedorite:

- **fibrilații și fasciculații:** contracții rapide, limitate la suprafața mușchilor, fără mobilizarea segmentului; apar în intoxicații exogene, endogene, uremie, insuficiență hepatică, insuficiență respiratorie;
- **tremurăturile:** sunt mișcări involuntare, fine, ritmice, regulate, rapide, de amplitudine mică și egală ale corpului sau ale segmentelor sale; ele pot fi localizate (în emoții, surmenaj, exces de cafea, fumat, hipertiroidism, alcoolism, nevroze) sau generalizate (în frison, hipoglicemie, frig). Iată câteva exemple:

- tremorul hepatic (*flapping tremor*): este o mișcare neregulată, rapidă, accentuată de extensia sau flexia mâinilor, cu răsfirarea degetelor și care dispare când se

instalează coma hepatică; se întâlnește în insuficiența hepatocelulară acută, în encefalopatia hepatoportală;

- tremorul parkinsonian : este o mișcare rară, ritmică, egală, în repaus ; diminuează în acțiunile voluntare ; se evidențiază la nivelul membrelor superioare, cap, degete (semnul fișicului – de numărare a banilor) ; se întâlnește în boala Parkinson ;
- în coreea minor, leziunile corpiilor striati, encefalita le-targică apar mișcări involuntare, ample, rapide, aritmice, de scurtă durată ;
- **mișcările atetozice** : sunt mișcări permanente, lente, aritmice, sinuoase, de mică amplitudine, continue, limitate la membrele superioare și față ; la degete, mișcările sunt vermiculare ; împiedică menținerea unei poziții stabile ; ele survin în boli degenerative ale sistemului nervos central ;
- **convulsii** : sunt mișcări ample, repetate, dezorganizate, generalizate, în crize, alternând contracții și decontractii tonico-clonice ; se întâlnesc în epilepsie, hipertensiune intracraniană datorată meningitelor, encefalitelor, accidentelor vasculare cerebrale, encefalopatiei hipertensive ;
- **miocloniile** : reprezintă contracții (secuse) musculare rapide, parțiale, repetitive ce apar la percuția musculară ușoară ; ele sunt ca niște zvâcniri musculare involuntare, dar conștiente, asemănătoare cu contracțiile produse prin excitare electrică, scurte, discontinue, repetate la intervale variabile ; în encefalite, comă hipoglicemică, boli neurologice, hipocalcemie, hipokaliemie ;
- **spasme** : sunt mișcări involuntare ale unui grup muscular, de exemplu, torticolisul spasmodic, hemispasmul facial, crampele profesionale ;
- **ticurile** : sunt mișcări convulsive bruște, intempestive, instantanee, independente de voință și imposibil de oprit

prin voință ; sunt produse prin contracția involuntară a unui grup muscular ; ele reproduc brusc, involuntar și repetat un gest curent ce devine stereotip ; se întâlnește în tulburări de comportament, nervozitate, anxietate, insomnie, stres, emoții, spasmofilie ; frecvent sunt de cauză psihogenă ;

- **crampele musculare** : sunt spasme musculare dureroase de scurtă durată care se pot repeta paroxistic ; se întâlnesc în arterita obliterantă, deshidratare, hipocalcemie, hipomagnezieemie, supraantrenament sportiv, stare de nemișcare îndelungată, varice, picior plat, diabet ;
- **mișcările coreice** : sunt mișcări rapide, bruște, violente, dezordonate, neregulate, cu caracter de secuse tonice sau clonice, ample, care se produc continuu, luând aspectul unei gesticulații neîntrerupte, a unei agitații permanente, ilogice, curioase, conștiente, dar imposibil de oprit ; deoarece se manifestă și în cursul mișcărilor voluntare, ele fac imposibilă execuția acestora ; se întâlnesc în reumatismul articular acut (coreea reumatismală), isterie, intoxicații cu alcool.

2.2.11. Examinarea sânelui

Examinarea sânelor este obligatorie în cadrul examenului clinic din cauza incidenței crescute a neoplasmului mamar, indiferent de vârstă și se efectuează prin inspecție și palpate.

Inspecția se realizează cu pacienta în șezut, în poziție relaxată, cu membrele superioare pe lângă corp, inițial, apoi cu mâinile ridicate deasupra capului, apoi sprijinite pe umeri. În acest mod, evidențierea glandelor mamare este totală reducând contractura mușchilor pectorali. Arbitrar, sânul se împarte în patru cadrane : superior intern, superior extern, inferior intern și inferior extern.

La inspecția sânelui se urmăresc :

- dimensiune și simetrie ;

- modificări de contur ;
- culoarea tegumentelor ;
- aspectul tegumentelor ;
- edemul localizat și aspectul de coajă de portocală ;
- prezența unui desen vascular accentuat ;
- prezența de ulcerații necrotice pe tegumentele sânelui.

La inspecția mamelonului se urmăresc :

- formă, dimensiuni și orientare ;
- prezența de inflamații sau ulcerații.

Palparea sânelui se realizează cu pacienta în decubit dorsal având membrele superioare ridicate sau cu pacienta în picioare cu brațele pe umerii medicului (manevra Ana Lugojana). Examenul se face cu ajutorul feței palmare, prin mișcări rotatorii comprimând glanda mamară pe peretele toracic, urmărind cadranele și, în final, efectuându-se palparea axilei. Trebuie examinate: consistența și elasticitatea, sensibilitatea, prezența sau absența secreției mamelonare.

2.2.12. Starea psihică

Starea psihică se apreciază în timpul efectuării anamnezei, prin conversația cu pacientul, când se poate observa comportamentul acestuia. Se apreciază :

- comportamentul (lentoare exagerată, semne de anxietate) ;
- tipul activității verbale (ritmul vorbirii, logoree) ;
- gândurile de auto- sau heteroagresiune ;
- râsul și ideile de mărire ;
- convingerile (asupra propriei persoane, propriului corp, asupra altor persoane și asupra viitorului sau convingeri anormale – deliruri) ;
- senzații neobișnuite sau halucinații ;
- orientarea în timp și spațiu ;
- discernământul.

Uneori manifestările psihice pot fi revelatoare pentru diagnosticul unor boli, dar este necesar ulterior consultul unui specialist psihiatru.

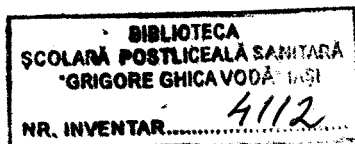
2.2.13. Tulburări de sensibilitate și percepție

Sensibilitatea este proprietatea diferitelor componente ale sistemului nervos de a recepționa, prelucra, transmite sau percepe excitațiile produse de anumiți stimuli.

Tulburările de sensibilitate pot fi :

- subiective – paretezii, durere, întâlnite în nevrite, tumori, hernie de disc;
- obiective – tulburări ale sensibilității superficiale (tactile, termice) sau profunde, întâlnite în nevrite, polinevrite, leziuni medulare etc.

Tulburările de percepție pot fi de tipul halucinațiilor, care sunt descrise de pacient ca fiind reale, dar sunt percepții false, vizuale, auditive, olfactive, tactile. Ele pot fi prezente în intoxicații grave, infecții severe etc.



CAPITOLUL 3

MANIFESTĂRI CAUZATE DE DIFERITE AFECȚIUNI

3.1. Simptome-cheie

3.1.1. Febra

Temperatura normală este rezultatul echilibrului dintre procesele de termoreglare cu centrul în hipotalamus. Se măsoară cu termometrul cu mercur, de obicei axilar. La copii se preferă utilizarea cavității bucale sau rectale.

Temperatura normală este de 37°C – temperatura cutanată și de $37,5^{\circ}\text{C}$ – temperatura centrală.

Temperatura se notează, dimineața și seara, în foaia de temperatură. Unirea valorilor notate prin linii determină curba termică.

Definiție

Febra reprezintă un sindrom clinic caracterizat prin creșterea temperaturii corpului peste $37,5^{\circ}\text{C}$ și un ansamblu de tulburări în condițiile în care echilibrul între termoliză și termogeneză este păstrat.

Grade

- a) Starea subfebrilă: temperatura între 37 și 38°C .
- b) Stare febrilă moderată: temperatura între 38 și 39°C .
- c) Stare febrilă ridicată: temperatura între 39 și 40°C .

d) Hipertermie : temperatura între 41 și 42°C.

Etiologie

- Boli infecțioase bacteriene și virale.
- Boli parazitare.
- Boli tumorale : cancer renal, cancer hepatic, cancer gastric.
- Boli endocrine : hipertiroidism, criza addisoniană.
- Boli metabolice : atacul de gută.
- Boli de colagen : lupusul eritematos diseminat, poliartrită reumatoidă, dermatomiozită.
- Postadministrare de medicamente.
- Sindroame hemoragice : hematoame mari, hemoragie digestivă

Febra poate fi însoțită de frison, transpirații, mialgii, artralгии, hiperestezie cutanată, oligurie, tahicardie, polipnee.

Etape evolutive

- a) Perioada incipientă (stadium incrementi) : este etapa în care febra crește lent, progresiv sau brusc.
- b) Perioada de stare (fastigium) : este etapa în care curba termică atinge apogeul.
- c) Perioada de declin (stadium decrementi) : este etapa în care febra scade, fie brusc ("în crisis"), fie lent ("în lisis").

Tipuri

- a) **Starea subfebrilă** : oscilații ale temperaturii în jurul valorii de 37°C cu diferențe mici de 0,4-0,6°C între minimă și maximă ; apare în : TBC, infecții de focar, anexite, infecții urinare și respiratorii cronice, colagenoze, hipertiroidism etc.
- b) **Febra continuă** (febra „în platou“) : febra este prezentă pe tot parcursul zilei ; este o febră care crește la 38 – 39-40°C și se menține astfel, fără a coborî cu mai mult de 1°C ; se menține mai multe zile și are valori mai mari vespéral ; apare în : pneumonie pneumococică, tifos, febra tifoidă etc.

- c) **Febra intermitentă**: este o febră cu variații mari, așa că în cursul aceleiași zile ea urcă la 39-40°C și apoi coboară la/ sub 37°C, constituind accese febrile care debutează frecvent cu frison; apare în: malarie, angiocolite, supurații, infecții urinare acute etc.
- d) **Febra remitentă**: este o febră înaltă, cu oscilații care nu depășesc 1-2°C, între minimă și maximă, fără a ajunge la valori normale; apare în: TBC activ, supurații pulmonare, pleurezii etc.
- e) **Febra recurentă**: se caracterizează prin perioade febrile cu debut brusc, cu evoluție în platou sau cu oscilații mari, cu durată de 4 – 6 zile, întretăiate de perioade afebrile; apare în leptospiroză, boala Hodgkin, spirochetoză.
- f) **Febra ondulantă**: se caracterizează prin perioade febrile alternând cu perioade afebrile, de câteva zile fiecare, dând un aspect ondulant; apare în: bruceloză, boala Hodgkin.
- g) **Febra difazică** (febra „în dromader“): se caracterizează printr-un episod febril de mai multe zile, urmat de o perioadă afebrilă de câteva zile sau săptămâni, după care urmează al doilea episod febril; apare în bolile infecțioase în doi timpi sau urmate de complicații.
- h) **Febra de tip invers**: este o febră cu valori mai mari ale febrei dimineața; apare în TBC cavitară gravă.
- i) **Febra neregulată** (febra anarhică): este o curbă febrilă care nu se încadrează în niciunul dintre tipurile de febră descrise mai sus; apare în: angiocolite, supurații cronice, osteomielite.
- j) **Febra hectică**: este o febră cu oscilații foarte mari, de 3-5°C și neregulate în cursul a 24 ore, cu valori care scad uneori sub valorile normale, având durată prelungită; apare în septicemii și forme grave de TBC.
- k) **Sindromul febril prelungit**: dacă durată febrei depășește trei săptămâni, se vorbește de un sindrom febril prelungit;

apare în colagenoze, leucemii, limfoame, febră tifoidă, leptospiroză, difterie etc.

3.1.2. Hipotermia

Hipotermia reprezintă coborârea și menținerea temperaturii corporale sub 35°C și apare în: hemoragii abundente, frig prelungit, inaniție, alcoolism, intoxicații medicamentoase (antipiretice, morfină, chinină), mixedem, șoc, colaps, comă diabetică, insuficiență hepatică, hipotiroidie.

3.1.3. Durerea

Durerea este simptomul complex ce include componentele elementare afectivo-emoționale și motivaționale rezultate din experiența individuală;

Durerea se caracterizează și se descrie prin:

- **sediul și iradierea**;
- **condiții de apariție** (factor declanșator: repaus, efort, traumatism);
- **condiții de retrocedare** (factorul de calmare, de ameliorare: spontan sau după tratament);
- **intensitate** (severitatea descrisă de pacient: atroce, vie, puternică, difuză);
- **durată** (minute/ore) și **desfășurarea în timp**;
- **ritmul** (zi/noapte sau primăvară/toamnă);
- **fenomene de însoțire** (greață, vărsături);
- **calitatea durerii** (de exemplu, ca o arsură sau ca o lovitură de pumnal);
- **impactul durerii asupra calității vieții**.

Durerea poate fi:

- **acută** („semnal de alarmă“): recent instalată cu debut brusc; uneori poate fi însoțită de șoc (de exemplu, infarctul miocardic, perforația sau ruperea unui organ cavitărilor);
- **cronică** (sindrom caracteristic bolilor cronice).

3.1.4. Cefaleea

Cefaleea sau *durerea de cap* este durerea resimțită la nivelul regiunii cefalice ca urmare a stimulării anormale a elementelor prevăzute cu sensibilitate dureroasă de la nivelul extremității cefalice.

Cefaleea este un simptom de ordin general care poate fi prezent în: multe boli organice, HTA, anemii; boli neurologice, sinuzite, otite, boli infecțioase, spondiloză cervicală, limfoame maligne.

Cefaleea poate fi **acută** sau **cronică**.

3.1.5. Tusea

Tusea este un act respirator reflex care constă într-o expirație bruscă și zgomotoasă cauzată de iritarea mucoasei căilor respiratorii sau de acțiunea altor factori.

Tusea se apreciază după :

- caracter (uscată/umedă, răgușită, bitonală, lătrătoare);
- frecvență (frecventă/rară);
- momentul apariției (diurnă/nocturnă/matinală);
- condiții de producere (expunere la frig, fum, alte noxe, abuz vocal);
- fenomene asociate (durere toracică, junghi, greață/vărsături, expectorație);
- situații care o influențează (poziție, respirație, aer rece, medicație).

3.1.6. Vărsăturile

Vărsăturile reprezintă expulzarea prin esofag și pe gură a conținutului gastric, uneori și al intestinului subțire, provocată de contracțiile spastice ale diafragmei și ale mușchilor abdominali.

Vărsăturile pot fi de origine centrală sau periferică (reflexe).

Semiologic, vărsătura se apreciază prin :

- condiții de apariție ;
- condiții de provocare ;
- frecvență ;
- fenomene asociate.

Vărsătura poate fi precedată de greață, dureri de cap, amețea-lă, dureri abdominale etc.

Cauzele sunt numeroase, dar cele mai frecvente sunt tulbu-rările și bolile aparatului digestiv (gastrita, ulcerul gastro-duo-denal, apendicita, enterocolita, indigestiile etc.), bolile ficatului (colecistita, colica biliară), intoxicațiile alimentare sau cu sub-stanțe chimice, sarcina, bolile sistemului nervos, bolile infecțioa-se acute, bolile de rinichi etc.

Vărsăturile pot fi :

- alimentare (cu alimente nedigerate sau incomplet digerate) ;
- bilioase ;
- hemoragice (hematemeza).

3.1.7. Frisonul

Frisonul reprezintă o tremurătură inegală și neregulată, înso-țită de o senzație de frig, care cuprinde tot corpul. Poate fi de mai multe tipuri :

- frison inițial – apare la debutul multor boli infecțioase ;
- frison care apare în procese supurative : abcese, flegmoane ;
- frison de intensitate mare – apare în malarie ;
- frisonul din colica biliară și renală ;
- frisonul de cauză iatrogenă ;
- frisonul indus – prin injectarea de toxine, suspensii bacte-riene.

Frisonul poate fi :

- psihic (cauzat de frică) ;
- reflex (prin acțiunea bruscă a frigului asupra pielii) ;
- febril.

3.1.8. Transpirația

Transpirația este produsă de glandele sudoripare, fiind un fenomen involuntar, natural și necesar pentru reglarea temperaturii corpului.

Prin transpirație, organismul își reglează temperatura, celulele moarte sunt îndepărtate, iar, odată cu apa eliminată, se elimină și o mare cantitate de toxine, materii grase, clorură de sodiu, uree.

Tulburări :

- hiperhidroză: reprezintă o transpirație în exces; poate fi primară sau secundară unor afecțiuni dermatologice;
- anhidroză: reprezintă absența transpirațiilor; poate fi congenitală (boala lui Christ-Siemens) sau dobândită (postmedicamentos – anticolinergice sau simpatolitice, hipotiroidie, leziuni ale hipotalamusului, dermatoze – lichenul scleros, sclerodermie, radiodermite);
- transpirații nocturne: se întâlnesc în menopauză, tulburări hormonale (feocromocitom, sindromul carcinoid, hipertiroidism), infecții, afecțiuni neurologice (disreflexia autonomă, siringomielita posttraumatică, accidentul vascular cerebral, neuropatia autonomă).

3.1.9. Vertijul

Vertijul este o senzație subiectivă de rotație a obiectelor în raport cu persoana sau a persoanei în raport cu obiectele. Trebuie diferențiat de **amețeală**, care este o senzație neplăcută de falsă deplasare a persoanei în raport cu mediul ambiant

Vertijul poate fi :

- **periferic**: apare din cauza unor tulburări la nivelul sistemului nervos periferic;
- **central**: apare în tulburări ale sistemului nervos central;
- **de alte cauze**: apare în tulburări ale altor sisteme ale organismului (sistemul vestibular), postmedicamentos, cauze psihologice etc.

3.1.10. Extrasistolele

Extrasistolele sunt bătăi cardiace premature, care apar mai repede decât ar fi normal și care întrerup ritmul cardiac normal.

Apar mai frecvent la pacienți cu afecțiuni cardiace, dar ocazional la persoane sănătoase.

Bătăile premature care au originea la nivelul ventriculilor se numesc extrasistole ventriculare, iar cele care își au originea la nivelul atriilor se numesc extrasistole atriale.

3.1.11. Amenoreea

Amenoreea reprezintă absența menstruației. Ea poate fi primară sau secundară.

Amenoreea primară reprezintă absența menstruației după vârsta de 16 ani, la femeile la care nu s-a instalat ciclul menstrual. Cele mai frecvente cauze sunt: anomalii cromozomiale, tulburări hormonale, lipsa sau incompleta dezvoltare a unor organe ale aparatului genital feminin, anomalii structurale ale vaginului.

Amenoreea secundară reprezintă absența menstruației la o femeie la care ciclurile menstruale s-au instalat deja. Are drept cauze: graviditatea, contraceptivele, alăptatul, stresul, unele medicamente (antidepresivele, antipsihoticele, chimioterapicele anticanceroase, corticoizii etc.), unele boli cronice, unele boli endocrine (ovarul polichistic, afecțiuni tiroidiene, tumori ale glandei pituitare), greutatea scăzută, efortul fizic excesiv, leziuni uterine (fibroame uterine, chiuretaje, cezariene etc.), menopauza prematură.

Semnele asociate sunt: cefalee, tulburări emoționale, căderea părului sau pilozitate facială excesivă.

3.1.12. Eructația

Eructația reprezintă emisia zgomotoasă de aer din stomac. Adeseori, este legată de aerofagie, care reprezintă înghițirea de

aer. Mecanisme care determină aerofagia sunt: sugerea degetelor, mestecarea de gumă, mâncatul rapid, dantura deficitară, băuturile carbogazoase și medicația antiacidă.

Ea poate fi:

- fiziologică, dacă apare după o masă bogată, când este chiar o eliminare necesară a aerului din stomac;
- patologică: apare când eructația este repetată.

3.1.13. Pirozismul

Pirozismul reprezintă o durere cu caracter de arsură, cu sediul retrosternal.

Cauzele cele mai frecvente ale pirozismului sunt:

- refluxul gastroesofagian;
- consumul de alcool și de cafea;
- fumatul;
- diverse alimente;
- diverse medicamente;
- unele boli: diabetul zaharat, obezitatea, hernia hiatală, sclerodermia.

Fenomene asociate sunt: regurgitații, meteorism abdominal, grețuri.

3.1.14. Epistaxisul

Epistaxisul reprezintă hemoragia nazală.

Epistaxisul poate fi:

- anterior;
- posterior.

Epistaxisul are drept cauze;

- lezarea mucoasei nazale cu unghiile;
- suflarea cu putere a nasului;
- lovituri ușoare la nivelul piramidei nazale;
- infecțiile acute de căi respiratorii superioare;

- mucoasă nazală uscată ;
- altitudinea mare ;
- folosirea excesivă a decongestionantelor nazale ;
- folosirea excesivă a cocainei ;
- intervenții chirurgicale recente la nivelul foselor nazale ;
- hipertensiunea arterială ;
- hipoclacemia ;
- unele boli (insuficiența cardiacă, anomalii venoase, leucemie) ;
- coagulopatii ;
- administrarea unor medicamente (aspirina, anticoagulante) ;
- expunerea la substanțe chimice iritante ;
- tumori ale cavității nazale.

3.1.15. Hematomul

Hematom este o hemoragie internă neexteriorizată, care apare ca o colecție sangvină într-un țesut. Hematoamele se clasifică astfel :

1. După profunzime :
 - a) superficial : deasupra fasciei mușchilor/organelor interne ;
 - b) profund : sub fascie, în mușchi sau printre organe ;
 - c) visceral : în diversele organe interne.
2. După delimitare :
 - a) difuz : sângele se infiltrază de-a lungul vaselor, nervilor, printre mușchi etc. ajungând la distanță de locul leziunii vasculare ;
 - b) circumscris : sângele nu se răspândește, ci se adună într-un loc formând o colecție cu formă regulată, elastică, fluctuantă în centru.

3.1.16. Oliguria

Oliguria este o tulburare de diureză caracterizată prin reducerea volumului de urină eliminat în 24 ore sub 500-800 ml.

Cauzele oliguriei sunt:

- cauze prerenale: deshidratări severe, insuficiență cardiacă, hiperaldosteronism, ciroză hepatică decompensată;
- cauze renale: insuficiență renală acută de cauză renală, stadii avansate ale insuficienței renale cronice, secreția inadecvată de ADH;
- cauze postrenale: obstacole mecanice pe căile excretorii – litiaza renală, neoplasme, adenom de prostată.

3.1.17. Anuria

Anuria reprezintă scăderea diurezei sub 50 ml/24 de ore, din cauza suprimării funcțiilor renale.

Consecința anuriei este acumularea produșilor toxici, care, în mod normal, sunt eliminați prin urină: uree, creatinină, potasiu, sulfati, fosfați.

Anuria poate fi:

- **prerenală**: are drept cauze hemoragiile, deshidratarea, scăderea tensiunii arteriale, șocul, agresiunile nefrotoxice directe, traumatisme, intervenții chirurgicale, colici renale, colici biliare, infarctul renal;
- **renală**: are drept cauze glomerulonefrita acută, tubulonecrozele ischemice sau toxice, intoxicațiile cu ciuperci otrăvitoare, tratamentul incorect cu sulfamide, șocul post-transfuzional, arsurile întinse, septicemiile, scleroza renală, rinichiul polichistic, infarctul renal bilateral;
- **postrenală**, care poate fi, la rândul ei:
 - funcțională – prin spasm ureteral;
 - organică – obstrucție ureterală cu calculi, cheaguri, stricturi ureterale sau urétrale;
 - extrinsecă – prin compresiuni, ligaturi.

3.1.18. Disfagia și odinofagia

Disfagia orofaringiană reprezintă dificultatea în deglutiție, care se poate asocia cu regurgitație nazofaringiană și aspirație pulmonară.

Disfagia esofagiană se caracterizează prin senzația de greutate a pasajului alimentelor prin esofag (timpul esofagian al deglutiției).

Odinofagia reprezintă deglutiția dureroasă.

Cauzele disfagiei sunt: proces esofagian obstructiv, tulburări de motilitate (achalazia, spasmul esofagian difuz, neoplasme, tulburări neuromusculare).

Odinofagia are drept cauze esofagitele infecțioase și medicamentoase.

3.1.19. Disfonia

Disfonia (răgușeala) este o modificare a timbrului vocal care capătă un caracter aspru, îngroșat până la dispariția vocii (**afonie**).

Disfonia are drept cauze:

- faringo-laringite infecțioase virale sau bacteriene;
- suprasolicitarea vocii (la cântăreți, oratori, profesori, preoți);
- inhalarea unor iritanți (vapori, gaze, fum de țigară);
- sinuzită fronto-maxilară;
- esofagita de reflux;
- hernia hiatală;
- vârsta înaintată;
- cancerul laringian.

3.1.20. Colica

Colica reprezintă o durere cu caracter violent, spasmodic care survine în crize.

În funcție de organul la care se întâlnește, există mai multe tipuri de colici :

- colici abdominale ;
- colica renală ;
- **colica biliară.**

3.1.21. Anorexia

Anorexia este o tulburare de alimentare caracterizată prin lipsa poftei de mâncare, reducerea anormală a greutateii corpului și printr-o deformare a imaginii propriului corp cu teama puternică și persistentă, de îngrășare.

Cauzele anorexiei nu sunt bine cunoscute. Factorii declanșatori pot fi :

- factori biologici ;
- factori culturali ;
- factori familiari ;
- factori psihologici ;
- factori sociali.

Simptomele asociate sunt :

- teama de îngrășare ;
- restricția consumului de alimente ;
- greutate mai mică decât 85% din greutatea ideală ;
- aprecierea propriului corp ca supraponderal, deși pacientul are o greutate sub greutatea ideală ;
- exerciții fizice istovitoare ;
- ascunderea alimentelor și evitarea abordării subiectelor legate de alimentație sau pierdere în greutate ;
- tendința de a-și provoca vărsături ;
- utilizarea de laxative sau diuretice pentru a pierde în greutate ;
- distrugerea smalțului dentar ca urmare a vărsăturilor frecvente.

3.1.22. Astenia

Astenia reprezintă diminuarea forțelor fizice și psihice, slăbiciune, oboseală, care nu dispăre la repaus și care poate antrena insuficiențe funcționale multiple.

Astenia afectează sfera psihică, fizică, intelectuală și sexuală, determinând:

- oboseală generalizată;
- dureri musculare;
- dificultăți la schimbarea poziției de clinostatism la ortostatism;
- dificultăți în respirație;
- tremurături sau frisoane;
- oboseală intelectuală (diminuarea atenției, dificultăți de concentrare, pierderea memoriei, lentoare în gândire);
- intoleranță la zgomote, la lumină;
- vâjâit în urechi, amețeli, vedere încetoșată;
- dureri variate și schimbătoare (dureri toracice, cefalee, dureri abdominale);
- alterări ale somnului.

Astenia are multiple cauze:

- tratamentul efectuat pentru cancer: chimioterapie, radioterapie etc.;
- efecte secundare ale diverselor tratamente;
- mobilitatea scăzută și timpul îndelungat petrecut în pat;
- suprasolicitare fizică și intelectuală;
- deshidratare și nutriție deficitară;
- insomnia;
- stresul;
- durerea necontrolată;
- depresia;
- boli endocrine;
- boli metabolice.

3.1.23. Dispneea

Dispneea este o tulburare a respirației caracterizată prin modificarea ritmului și intensității mișcărilor respiratorii.

Subiectiv ea se traduce prin senzația „lipsei de aer“, prin prezența conștientă a unui „disconfort respirator“.

Tipurile de dispnee sunt:

- dispneea obstructivă – apare în afecțiunile obstructive ale căilor aeriene superioare, insuficiența respiratorie pulmonară, insuficiența respiratorie extrapulmonară;
- dispneea restrictivă – apare în pneumonii, bronhopneumonii, tuberculoză pulmonară, pleurezii, hidrotorax, hemotorax, pneumotorax spontan, chist hidatic;
- *dispneea mixtă* se caracterizează prin asocierea sau intricarea unor componente din dispneea obstructivă cu elemente de dispnee restrictivă.

Dispneea poate apărea și în afecțiuni cardiovasculare (miocardite, valvulopatii, pericardite), afecțiuni nervoase și endocrine.

Caracteristicile dispneei sunt:

- *polipneea* (hiperpneea) este dispneea ce se caracterizează prin accelerarea ritmului respirator;
- *tahipneea* este o respirație rapidă și superficială foarte puțin eficace;
- *bradipneea* este o diminuare a ritmului respirator;
- *respirația neregulată* este de trei tipuri:
 - respirația Cheyne-Stokes este o alternanță de polipnee neregulată ca amplitudine, cu apnee care poate dura 10-30 de secunde; apare în ateroscleroza sistemică, hipertensiunea intracraniană, hemoragii cerebrale, tumori;
 - respirația Biot se manifestă prin mișcări respiratorii întrerupte periodic de apnee cu durata de 5-30 de secunde; apare în meningite, septicemii, stări de agonie;

- respirația Kussmaul este o respirație în patru timpi, profundă, zgomotoasă.

Dispneea se clasifică în :

- dispneea inspiratorie ;
- dispneea expiratorie ;
- dispneea mixtă ;
- dispnee de efort.

Debutul dispneei poate fi :

- brusc (în pneumotorax) ;
- lent-progresiv (emfizem pulmonar, scleroză pulmonară, cancer bronho-pulmonar).

3.1.24. Disuria

Disuria reprezintă o tulburare de micțiune caracterizată prin micțiune cu efort.

Cauzele disuriei sunt :

- **obstacole vezicale** cum ar fi : **litiiza urinară**, în care calculul obstruează intermitent orificiul uretral în timpul micțiunii, **afecțiuni ale prostatei** (adenom, carcinom, prostatită), care pot da compresioni asupra uretrei, **stricturi uretrale**, care, de obicei, sunt cicatriceale secundare uretritelor gonococice sau congenitale ;
- **leziuni neurologice** cum ar fi leziunile măduvei sacrate sau ale plexului sacrat, care pot determina disuria neurogenă.

Fenomene asociate :

- reflux vezicoureteral ;
- scăderea sau întreruperea presiunii jetului urinar ;
- ureterohidronefroza ;
- infecția urinară ;
- în timp, insuficiență renală.

3.1.25. Palpitațiile

Palpitațiile sunt mișcări sau bătăi ale inimii pe care bolnavii le conștientizează și care îi deranjează, putând fi datorate creșterii forței de contracție a inimii, creșterii frecvenței și perturbării ritmului cardiac, excitabilității crescute a sistemului nervos.

Palpitațiile sunt descrise de către pacient ca : senzație de „strivire“, de „zbatere“ sau de „săritură“, senzație de tulburare a bătăilor inimii.

Cauzele palpitațiilor sunt :

- aritmii paroxistice: extrasistolie, tahicardie ventriculară, fibrilație atrială, flutter atrial;
- afecțiuni neurologice, hipertiroidismul, anemiile, stările febrile etc. ;

Fenomenele asociate sunt :

- stări de anxietate ;
- tahicardie persistentă ;
- fibrilație atrială.

CAPITOLUL 4

MODIFICĂRI OBSERVATE ÎN DIFERITE SINDROAME

4.1. Semiologia aparatului respirator

4.1.1. Noțiuni de anatomie a aparatului respirator

Respirația este procesul fiziologic prin care se asigură în mod continuu aportul de oxigen adecvat necesităților organismului, dar și exportul dioxidului de carbon rezultat din metabolismul celular.

Ritmul respirator este de 16-18 respirații/minut în repaus și crește la emoții și în timpul efortului.

Componentele aparatului respirator sunt: *căile respiratorii* – cavitatea nazală, laringe, faringe, trahee și bronhii, și *plamânii*, înveliți în pleură.

Cavitatea nazală este împărțită prin septul nazal în cele două fose nazale și căptușită de o mucoasă nazală bogat vascularizată. Comunică cu exteriorul prin orificiile nazale, iar posterior se deschide în faringe, prin cele două choane. Vestibulul nazal este acoperit de piele care conține glande sebacee și peri scurți.

Faringele, împărțit în nazofaringe, orofaringe și laringofaringe, este organul în care se încrucișează calea respiratorie și cea digestivă.

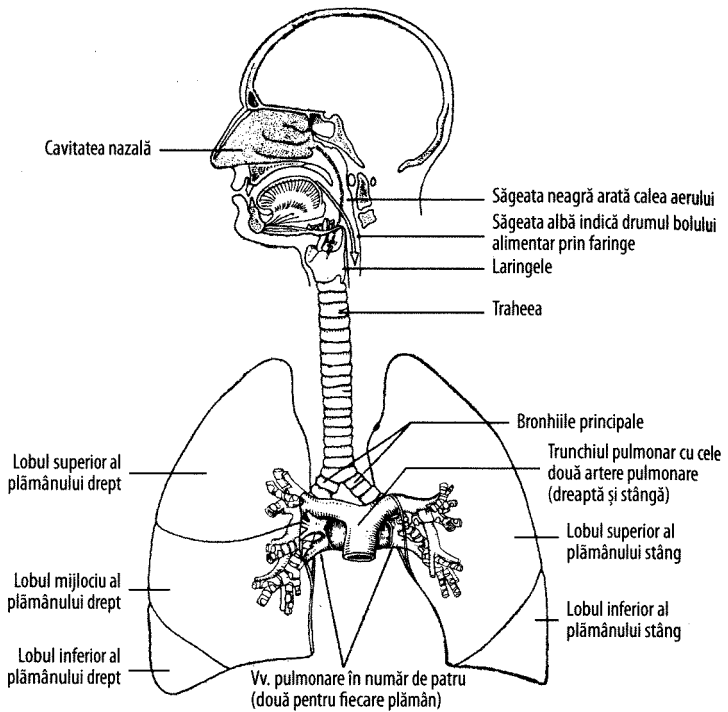


Fig. 1. Aparatul respirator (schematic).

Laringele este un organ tubular situat în regiunea mediană a gâtului. Este în același timp și organul principal al fonației.

Traheea este un organ de formă tubulară, cu lungimea de 10-12 cm la adult și diametrul de 16-18 mm, a cărei formă este menținută de inelele cartilaginoase care intră în structura sa. Inferior se divide în cele două bronhii principale, dreaptă și stângă.

Plamânul este principalul organ al respirației. Este un organ pereche, situat în cavitatea toracică, deasupra diafragmului. Plamânii sunt acoperiți de pleură, formată din două foițe – una viscerală și una parietală, între care se găsește o lamă fină de lichid. În timpul respirației plamânii urmează pasiv mișcările cu-

tiei toracice. Cantitatea maximă de aer pe care o conțin cei doi plămâni este în medie de 4 500-5 000 cm³.

4.1.2. Sindromul bronșitei acute

Este o afecțiune de natură inflamatorie a căilor respiratorii, cu evoluție scurtă, neînsoțită de modificări radiologice. Cea de natură infecțioasă se transmite pe cale aerogenă, prin tuse și strănut.

Etiologie

În funcție de etiologie, se descriu mai multe forme clinice:

- *bronșita acută virală* – produsă de virusurile gripale și paragripale, adenovirusuri etc.;
- *bronșita acută bacteriană* – determinată de suprainfectarea unei bronșite acute virale cu pneumococ, streptococ etc.;
- *bronșită acută chimică* – rezultată în urma expunerii la diferite substanțe chimice, ciment, vapori de amoniac, fum etc.

Tablou clinic

- tuse seacă sau cu expectorație mucoasă (în bronșitele de etiologie virală) ori mucopurulentă (în etiologia bacteriană);
- subfebrilitate sau febră moderată;
- senzație de uscăciune a gâtului;
- durere substernală datorată tusei.

Evoluția bolii este de scurtă durată, de cinci până la zece zile, cu prognostic bun. O evoluție severă poate fi înregistrată la vârstnici, pacienți tarați sau cu bronhopneumopatie obstructivă cronică.

4.1.3. Sindromul bronșitei cronice

Bronșita cronică este definită ca inflamația cronică a bronhiilor și bronhiolelor, manifestată clinic prin tuse cu expectorație, cel puțin trei luni pe an, minimum doi ani consecutiv.

Factorii favorizanți ai bronșitei cronice sunt multipli: fumatul, inhalarea unor iritanți bronșici (praf, ciment, vapori, gaze

etc.), infecțiile acute bronșice, factorii genetici (deficitul de alfa1 antitripsină).

Tabelul 1. Simptomatologia bronșitei cronice

Tuse – simptomul dominant, constantă, apare mai ales dimineța (de aceea, este numită și toaleta bronșică), fiind determinată de prezența secrețiilor bronșice
Expectorație mucoasă sau mucopurulentă – în cantitate variabilă
Dispnee – a cărei apariție în cursul evoluției cronice semnifică progresul bolii către insuficiență respiratorie

Forme clinice

- *Bronșită cronică simplă* – cu simptomele descrise mai sus.
- *Bronșită cronică recurent purulentă* – cu evoluție mai prelungită a sindromului bronșitic cronic și expectorație mucopurulentă sau purulentă, determinată de cele mai multe ori de suprapunerea unei infecții respiratorii acute.
- *Bronșită cronică obstructivă* – sindromul bronșitei cronice se asociază cu un sindrom obstructiv al căilor aeriene, cu caracter cronic și progresiv ; clinic apar dispnee progresivă, expir prelungit, wheezing, hipersonoritate pulmonară.
- *Bronșită cronică astmatiformă* – apare la cei cu hiperreactivitate bronșică la diferiți stimuli iritanți, dar mai ales la infecții acute respiratorii. Clinic, se caracterizează prin tuse cu expectorație purulentă, wheezing, dispnee.

Investigarea pacientului cu bronșită cronică presupune efectuarea anamnezei amănunțite pentru evidențierea factorilor favorizanți, precum și a examenului fizic obiectiv. Paraclinic, se indică radiografie toracopulmonară, examen citologic și bacteriologic al sputei, explorări funcționale respiratorii.

4.1.4. Sindromul emfizematos

Emfizemul pulmonar se caracterizează prin dilatarea ireversibilă a căilor aeriene situate distal de bronșiola terminală, respectiv ducturile alveolare și alveolele. Spațiile alveolare sunt mult mărite, ajungând de la 100-150 μm până la 2-3 mm sau chiar mai mult (2-3 cm).

Clinic, se traduce prin dispnee cu caracter progresiv, inițial de efort apoi și de repaus, care apare după distrugerea unei cantități mari de țesut. Tusea este uscată sau minimă, iar expectorația este ne semnificativă din punct de vedere clinic.

Examenul fizic obiectiv evidențiază o serie de modificări :

- la inspecție se observă torace în formă de *butoi*, cu diametrele transversal și cel anteroposterior mărite, limitarea amplitudinii mișcărilor respiratorii, dispnee expiratorie, fose supraclaviculare pline, gâtul *scurtat* datorită ridicării domurilor ;
- percuția decelează hipersonoritate pulmonară difuză și dispariția matității cardiace ;
- la auscultație se evidențiază prelungirea expirului și diminuarea murmurului vezicular.

Explorarea clinică și paraclinică a pacientului cu emfizem pulmonar cuprinde anamneza amănunțită pentru decelarea factorilor favorizanți, similari cu cei ai bronșitei cronice, examenul fizic obiectiv pentru evidențierea modificărilor, evaluarea funcției respiratorii, radiografie pulmonară, electrocardiogramă.

4.1.5. Sindromul pleural

Cuprinde mai multe entități clinice :

- *sindroame pleurale inflamatorii, neexsudative* – pleurita uscată, sau *exsudative*, cu revărsat lichidian inflamator – pleureziile ;
- *sindroame pleurale neinflamatorii* : hidrotoraxul, hemotoraxul ;
- *sindroame pleurale aerice* : pneumotoraxul.

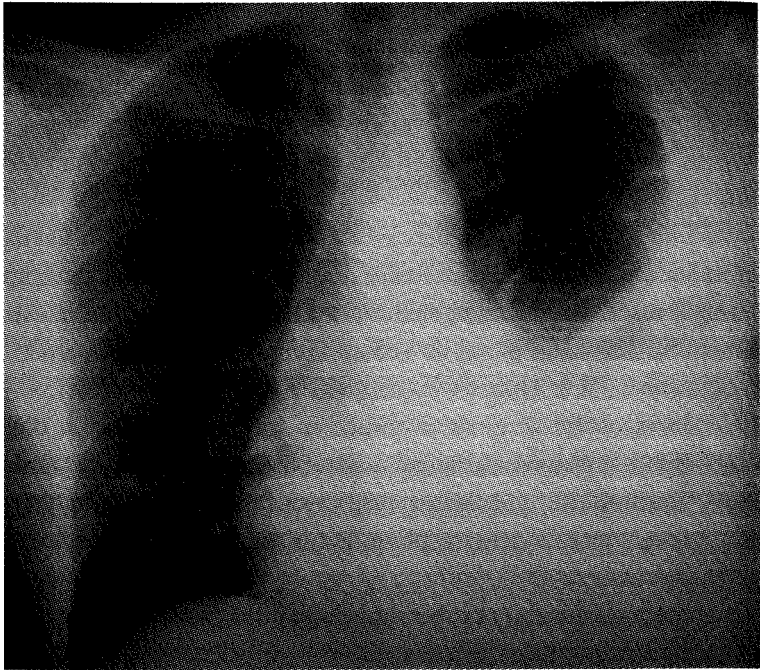


Fig. 2. Pleurezie stângă.

Sindromul pleuritei uscate

Pleurita uscată este de obicei secundară unui proces pulmonar subiacent, apariția sa fiind legată de afecțiuni precum tuberculoză, pneumonie, abces pulmonar, infarct pulmonar sau neoplasm pulmonar.

Simptomatologia cuprinde subfebrilitate sau febră asociată sau nu cu frisoane, junghi toracic accentuat de tuse și inspir, tuse seacă iritativă, astenie, cefalee, inapetență.

Pleureziile

Pleureziile apar ca urmare a acumulării unei cantități variabile de lichid inflamator în cavitatea pleurală, cu etiologie multifactorială: tuberculoză, infecții virale (produse de virusurile gripale,

adenovirusuri etc.), fungice, parazitare (*Entamoeba histolytica*), cancerul bronho-pulmonar, pneumonii, colagenoze.

Tablou clinic : febră sau subfebrilitate, junghi toracic, cefalee, tuse seacă, iritativă, dispnee (prezentă numai în acumulările lichidiene importante), astenie, scădere în greutate.

Empiemul pleural

Empiemul pleural este o pleurezie purulentă care, din punct de vedere etiologic, este fie postbaculară, fie poate apărea în cursul unor afecțiuni precum neoplasm pulmonar, pneumonie, pneumotorax, dar poate fi și post-traumatic.

Hidrotoraxul

Hidrotoraxul este un revărsat lichidian intrapleural, uni- sau bilateral, cauzat de : insuficiență cardiacă congestivă, pneumonii, neoplazii, embolie pulmonară, pericardită constrictivă, sindrom nefrotic sau iatrogen – prin migrarea extravasculară a unui cateter venos central.

Hemotoraxul

Hemotoraxul este o acumulare de sânge în cavitatea pleurală, de obicei secundară traumatismelor, atât deschise, cât și închise. În traumatismele penetrante se poate asocia cu acumulări aeriice rezultând hemopneumotoraxul. Alte cauze de hemotorax sunt: tumori, hemoragii secundare tratamentului cu anticoagulante, tromboembolismul pulmonar, trombocitopeniile.

Pneumotoraxul

Pneumotoraxul se definește prin prezența aerului în cavitatea pleurală, apărut spontan (prin ruperea în pleură a unei bule de emfizem) sau în urma unui traumatism.

Din punct de vedere etiopatogenic, pneumotoraxul se clasifică în :

- **pneumotorax spontan** : *primar* – apărut la persoane aparent sănătoase : la nou-născut, la adult), și *secundar* – apă-

rut ca o complicație a unor afecțiuni preexistente (TBC, pneumonii);

- **pneumotorax traumatic**, produs în circumstanțe diverse: traumatisme toracice, resuscitare cardiorespiratorie, biopsie pulmonară sau pleurală.

Clinic, se descriu durere toracică violentă, șocogenă, accentuată în inspir profund, precum și tuse, dispnee, cianoză.

Examenul fizic pune în evidență o serie de modificări:

- inspecția: bombarea hemitoracelui afectat, scăderea amplitudinii mișcărilor respiratorii;
- palparea: absența transmiterii vibrațiilor vocale;
- percuția: hipersonoritate pulmonară;
- auscultația: absența murmurului vezicular.

Semnele fizice pot lipsi dacă volumul de aer pătruns în cavitățile pleurale este mic.

Paraclinic, se recomandă efectuarea examenului radiologic – esențial pentru diagnostic, examen CT și explorarea funcției respiratorii.

În evoluția pneumotoraxului se poate semnală asocierea hidro/pio/hemopneumotoraxului.

4.1.6. Sindromul din astmul bronșic

Este caracterizat de starea de hiperreactivitate a arborelui traheobronșic la o multitudine de stimuli, care apare la persoane cu o anumită predispoziție constituțională și care se manifestă clinic prin dispnee paroxistică și wheezing (respirație șuierătoare).

Boala poate debuta la orice vârstă, însă studiile au arătat că 50% dintre cazuri apar înaintea vârstei de 10 ani și încă o treime până la vârsta de 40 de ani.

Cel mai important factor de risc la copii este *atopia* – capacitatea organismului de a răspunde printr-o producție crescută de IgE față de diverse structuri antigenice din mediu, iar cea mai frec-

ventă sensibilizare este produsă de acarieni. S-a dovedit că alergia este cel mai puternic factor predispozant al astmului bronșic.

Tabelul 2. Factori declanșatori ai crizei de astm bronșic

➤ Alergeni
– de interior : praful de casă (acarieni), mucegaiul, părul animalelor
– de exterior : polen, fungi
– profesionali : praf, detergenți, gaze iritante
➤ Medicamente : aspirina și alte AINS
➤ Alimente : ouă, arahide, crustacee
➤ Aditivi alimentari : coloranți, conservanți
➤ Fumat
➤ Poluare atmosferică
➤ Infecții respiratorii virale

Tabloul clinic

1. Criza sau accesul de astm bronșic

Se instalează în câteva minute sau zeci de minute, cu dispnee expiratorie, wheezing și tuse. Crizele de astm apar mai frecvent noaptea, fiind determinate de o varietate de factori, prezentați în tabelul de mai sus.

Examenul fizic relevă :

- inspecția : torace destins, hiperinflat, cu limitarea amplitudinii mișcărilor respiratorii ;
- palparea : scăderea transmiterii vibrațiilor vocale ;
- percuția : hipersonoritate pulmonară ;
- auscultația : diminuarea murmurului vezicular, inspir scurtat și expir prelungit, respirație șuierătoare.

Durata accesului variază în general de la câteva minute la câteva ore, maximum 12-24 de ore. Poate ceda spontan sau după administrarea de bronhodilatatoare.

2. Starea de rău astmatic

Este un acces astmatic deosebit de grav, cu o durată de minimum 24 de ore, care nu răspunde la medicația bronhodilatatoare în doze uzuale și care pune în pericol viața bolnavului. Se însoțește de insuficiență respiratorie.

Clinic, pacientul prezintă alterarea stării generale, dispnee intensă cu polipnee, respirație superficială și ineficientă, cianoză, tahicardie, anxietate.

Este o urgență medicală, reprezentând principala cauză de deces la pacienții cu astm bronșic.

3. Astmul cronic

Este o formă de astm cu istoric vechi de accese astmatice, pacienții dezvoltând obstrucție respiratorie severă și progresivă. Este mai frecvent întâlnit la pacienții cu vârste de peste 40-50 de ani.

Bolnavii prezintă dispnee de efort și uneori chiar de repaus, și tuse. Pe acest fond se suprapun crizele astmatice tipice sau stările de rău astmatic, care cedează greu la bronhodilatatoare.

Paraclinc, pacienții astmatici vor fi investigați prin :

- examen radiologic;
- explorarea funcției respiratorii;
- hemoleucograma;
- examenul sputei;
- teste alergologice.

4.1.7. Sindromul de condensare pulmonară

Sindromul de condensare pulmonară apare în momentul în care parenchimul pulmonar devine mai dens din cauza pierderii conținutului aeric.

Este întâlnit în pneumonia pneumococică, pneumonia de etiologie streptococică sau stafilococică, bronhopneumonie, TBC, neoplasmul bronhopulmonar, infarct pulmonar, hidrotorax, pneumotorax.

Sindromul de condensare din pneumonia pneumococică

Pneumonia pneumococică are ca agent etiologic *Streptococcus pneumoniae* (pneumococul), care determină o simptomatologie tipică și o evoluție clinică întinsă pe 7-10 zile.

Tabloul clinic debutează brusc, în plină sănătate, cu frison de obicei unic, accentuat de inspir și tuse, febră 39-40°C, în platou, junghi toracic localizat submamelonar accentuat de inspir și tuse. Tusea este inițial seacă, iritativă, dar devine productivă, cu spută ruginie.

În perioada de stare, examenul obiectiv general relevă alterarea stării de conștiență, febră, tegumente calde și umede, herpes nazolabial, limbă uscată.

Examenul fizic al aparatului respirator pune în evidență diminuarea amplitudinii mișcărilor respiratorii, accentuarea transmiterii vibrațiilor vocale în zona afectată, înlocuirea murmurului vezicular cu suflu tubar în zona blocului de condensare.

Sindromul de condensare din bronhopneumonie

Bronhopneumonia este o pneumonie care afectează mai ales extremele de vârstă – copiii mici, bătrânii, precum și persoanele tarate. Este caracterizată printr-o infecție mai mult sau mai puțin întinsă a bronșioloanelor și alveolelor pulmonare, cu sau fără interesarea interstițiului pulmonar.

Poate fi *primitivă* – apărută pe un organism aparent sănătos, sau *secundară* unor boli precum diabetul zaharat, rujeola, neoplasmul etc.

Clinic, se manifestă prin febră, dispnee, tuse uscată sau cu expectorație, cianoză localizată perioronazal.

Dintre examenele paraclinice, radiografia pulmonară este esențială pentru confirmarea diagnosticului, evidențiind modificări caracteristice.

Sindromul de condensare din infarctul pulmonar

Infarctul pulmonar apare consecutiv obstrucției acute a unei ramuri a arterei pulmonare, urmarea fiind scoaterea din funcție a ariei pulmonare aferente.

Evoluează clinic cu alterarea rapidă a stării generale, anxietate marcată și senzație de moarte iminentă. Simptomele respiratorii prezente sunt: dispnee severă, junghi toracic brusc apărut, de intensitate mare, tuse inițial seacă apoi însoțită de expectorație cu spută de aspect hemoptoic.

Sindromul de condensare pulmonară retractilă sau atelectazia pulmonară

Atelectazia pulmonară se caracterizează prin resorbția parțială sau totală a aerului intraalveolar, fiind datorată cel mai frecvent obstrucției bronșice.

Cele mai frecvente cauze sunt:

- neoplasmele;
- corpi străini aspirați intrabronșic;
- pneumotorax;
- hidrotorax.

Examenul obiectiv decelează retractiona zonei sau chiar a întregului hemitorace afectat, diminuarea amplitudinii mișcărilor respiratorii, reducerea spațiilor intercostale, scăderea până la abolire a transmiterii vibrațiilor vocale, abolirea murmurului vezicular, wheezing.

Radiografia pulmonară evidențiază modificări specifice, esențiale în stabilirea diagnosticului de atelectazie pulmonară.

4.1.8. Sindromul din cancerul bronhopulmonar

Cancerul bronhopulmonar este cea mai frecventă formă de tumoră pulmonară, cu debut la nivelul epiteliului bronșic.

Tabelul 3. Etiologia cancerului bronhopulmonar

– fumatul – este principalul factor incriminat în apariția acestui tip de cancer, atât la fumătorii activi, cât și la cei pasivi.
– factori familiali și genetici
– poluarea atmosferică
– expunerea profesională la radiații, pulberi de azbest, beriliu, nichel

Simptomatologia asociază astenie, inapetență, scădere în greutate, tuse persistentă, hemoptizie, dispnee, wheezing.

La aproximativ 70% dintre bolnavi, manifestările clinice se datorează extensiei locale intratoracice a tumorii sau metastazării extratoracice (osoase, hepatice, cerebrale).

Paraclinic, se recomandă radiografie pulmonară, examen CT, bronhoscopie, puncție, biopsie, explorarea funcției respiratorii, explorări biologice (inclusiv markerii tumorali).

4.2. Semiologia aparatului cardiovascular

4.2.1. Noțiuni de anatomie a aparatului cardiovascular

Inima este organul central al aparatului cardiovascular. Este situată în mediastin, între cei doi plămâni. Are o formă triunghiulară, cu vârful îndreptat în jos și spre stânga și poate cântări aproximativ 250-300 g. Este împărțită prin intermediul septurilor interatrial și interventricular, în patru camere: două atrii și două ventricule.

De la exterior spre interior, în structura inimii intră trei tunici: epicardul, miocardul și endocardul.

Irigația cordului este asigurată de arterele coronare stângă și dreaptă, din care se desprind ramuri de tip terminal, fiecare deservind un anumit teritoriu.

Mica circulație. Sângele încărcat cu dioxid de carbon (CO_2) pornește din ventriculul drept prin artera pulmonară, ajunge la rețeaua capilară alveolară unde cedează dioxidul de carbon și primește oxigen. De aici, prin intermediul venelor pulmonare, sângele oxigenat ajunge în atriul stâng.

Marea circulație. Din ventriculul stâng, sângele oxigenat pleacă spre țesuturi prin artera aortă, și se întoarce încărcat cu dioxid de carbon, prin venele cave, în atriul drept.

4.2.2. Sindromul din insuficiența coronariană

Definiție

Insuficiența coronariană, numită și **cardiopatie ischemică**, reprezintă incapacitatea arterelor coronariene de a furniza inimii un aport corespunzător de sânge oxigenat.

Etiologie

- ateroscleroză;
- anomalii coronariene;
- diabet zaharat;
- hipertiroidism;
- valvulopatii;
- spondilită anchilozantă;
- sclerodermie.

Conform OMS se descriu două mari categorii de manifestări clinice:

1. *cardiopatie ischemică nedureroasă*: tulburări de ritm sau de conducere, moarte subită;
2. *cardiopatie ischemică dureroasă*: angina pectorală, infarctul miocardic acut.

Angina pectorală

Angina pectorală este forma cea mai frecventă de manifestare a cardiopatiei ischemice. Cuprinde episoade de durere cu sediul retrosternal, legate de obicei de efort.

Printre *factorii de risc* ai anginei pectorale se numără : fumatul, obezitatea, hipercolesterolemia, hipertensiunea arterială, antecedente heredo-colaterale pozitive pentru angină pectorală sau infarct miocardic acut.

Tabelul 4. Caracteristicile durerii din angina pectorală

– Sediul – retrosternal
– Momentul apariției – de obicei, în timpul unui efort
– Durata – de obicei, 1-5 minute;
– Intensitate – crescută
– Iradiere – tipic spre umărul stâng, brațul stâng, marginea cubitală a antebrațului, până la ultimele două degete
– Dispare la administrarea de nitroglicerină

Din punct de vedere clinic, se descriu :

- **angina pectorală stabilă** – durerea este intensă, survine în timpul efortului și dispare la încetarea acestuia, are caracter constrictiv, descrisă de pacient ca o „gheară care strânge“. Episoade de angină pectorală stabilă mai pot apărea și în caz de emoții puternice, expunere la frig, mese copioase;
- **angină pectorală instabilă** – reprezintă agravarea anginei pectorale stabile, durerea putând apărea în repaus și chiar în somn.

Evolutiv, angina pectorală se poate ameliora, agrava sau poate ajunge la un infarct miocardic acut.

Infarctul miocardic acut

Infarctul miocardic acut este o situație clinică ce necesită tratament de urgență într-o unitate spitalicească.

Se datorează obstrucției acute a unei artere coronariene, consecința fiind necroza ischemică a teritoriului miocardic aferent, de întindere variabilă.

Durerea este asemănătoare cu cea din angina pectorală, însă durata este mai mare, iar răspunsul la administrarea de nitroglicerină este absent. Pacientul este anxios, transpirat, cu extremități reci, având senzația de moarte iminentă.

Din punct de vedere biologic, se descriu următoarele modificări enzimatiche :

- TGO (transaminaza glutamat-oxalică) crescută ;
- LDH (lactat dehidrogenaza) crescută ;
- CK-MB (creatin-fosfokinază, izoenzima MB) crește specific în primele ore, având astfel o mare valoare diagnostică.

Electrocardiograma este cel mai important examen paraclinic, care permite confirmarea diagnosticului de infarct miocardic acut, stabilirea sediului, dar și aprecierea complicațiilor.

4.2.3. Sindromul din insuficiența cardiacă

Insuficiența cardiacă este rezultatul incapacității mușchiului cardiac de a pompa cantitatea de sânge adecvată necesităților organismului. Poate afecta inima stângă (*insuficiență ventriculară stângă*), dreaptă (*insuficiență ventriculară dreaptă*) sau ambele (*insuficiență cardiacă globală*).

Principalele *cauze* ale insuficienței cardiace sunt : bolile coronariene, infarctul miocardic acut, aritmiile, miocarditele, pericarditele, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, valvulopatiile.

Simptomatologie. Dacă inițial insuficiența cardiacă este asimptomatică sau cu simptomatologie minimă, în evoluția sa se pot înregistra :

- fatigabilitate ;
- vertij ;
- dispnee ;
- palpitații ;

- turgescență jugulară ;
- edeme;
- hepatomegalie;
- ascită.

În cursul evoluției, boala se poate complica cu aritmii, infarct miocardic acut, accident vascular cerebral, tromboză venoasă profundă.

4.2.4. Sindroame pericardice

Pericardita acută semnifică o inflamație acută a foițelor pericardice, însoțită sau nu de acumulare de lichid intrapericardic, și care se caracterizează prin durere toracică, frecătură pericardică, modificări specifice ale electrocardiogramei.

Etiologia pericarditelor este foarte complexă, principalele cauze fiind redate în tabelul de mai jos.

Tabelul 5. Etiologia pericarditelor

➤ infecții virale și bacteriene
➤ toxoplasmoza
➤ tuberculoza
➤ infarctul miocardic acut
➤ reumatismul articular acut
➤ lupusul eritematos sistemic
➤ poliarterita nodoasă
➤ traumatisme toracice
➤ expunerea la radiații
➤ consumul unor medicamente: hidralazină, izoniazidă, procainamidă, fenilbutazonă, doxorubicină

1. Sindromul de pericardită acută uscată

Pericardita acută uscată reprezintă inflamația acută a pericardului, caracterizată de apariția unor depozite fibrinoase între foițele pericardice, în timp ce cantitatea de lichid de la acest nivel rămâne normală (sub 50 ml).

Tabloul clinic

Durerea pericardică este situată retrosternal sau în regiunea precordială, putând iradia supraclavicular, laterocervical, spre umeri sau apendicele xifoid. Poate persista zile întregi și nu cedează la administrarea de nitroglicerină. Se accentuează în inspir profund și în decubit dorsal.

Se mai pot asocia limitarea antalgică a mișcărilor respiratorii, dispnee moderată, tuse seacă, febră, disfonie.

Semnele fizice sunt sărace. Auscultația relevă frecătura pericardică, un zgomot supraadaugat aspru, rugos, variabil cu poziția bolnavului, dar și de la o zi la alta.

În evoluție, pericardita uscată se poate complica cu pericardită acută lichidiană sau constrictivă.

3. Sindromul de pericardită acută exsudativă

Pericardita exsudativă reprezintă o acumulare de lichid în sacul pericardic, care poate ajunge până la 1-2 l, fără a determina creșterea presiunii intrapericardice.

Tablou clinic

Boala poate evolua asimptomatic sau cu simptomatologie minimă dacă lichidul este în cantitate mică sau acumularea s-a făcut lent. În schimb, în cazul acumulării rapide a unor cantități mari de lichid, tabloul clinic asociază dispnee de efort, tuse seacă, disfagie, disfonie.

4. Tamponada cardiacă

Tamponada cardiacă constă în acumularea unei cantități mari de lichid între foițele pericardului, ceea ce va determina o creștere marcată a presiunii în sacul pericardic. Consecutiv se va

produce compresia inimii și afectarea capacității de umplere și de pompare a sângelui în circulație, cu tulburări clinice și hemodinamice importante.

Tabloul clinic cuprinde dispnee intensă, tahicardie, hipotensiune, puls slab, jugulare turgescente, cianoză.

Paraclinic se recomandă: examen radiologic, electrocardiogramă, examen ecocardiografic.

Tamponada cardiacă impune efectuarea unei puncții pericardice în vederea decompresiei și corectarea cauzei pentru a evita decesul bolnavului.

4.2.5. Hipertensiunea arterială

Hipertensiunea arterială este definită ca o creștere a valorilor tensiunii arteriale sistolice, diastolice sau sistolodiastolice, în prezența sau absența unei etiologii certe.

Tabelul 6. Etiologia hipertensiunii arteriale

1. HTA esențială (primară) – fără o cauză decelabilă
2. HTA secundară :
• Nefropatie diabetică
• Tuberculoză renală
• Rinichiul polichistic
• Tumori cerebrale
• Acromegalie
• Hipertiroidism
• Colagenoze
• Abuzul de contraceptive orale

Valorile considerate normale ale tensiunii arteriale sunt: 110-130 mmHg pentru tensiunea arterială sistolică și 65-85 mmHg pentru tensiunea arterială diastolică. În funcție de acestea, hipertensiunea arterială este definită ca o creștere persistentă a valorilor tensiunii arteriale peste 140/90 mmHg.

Factorii favorizanți ai hipertensiunii arteriale sunt vârsta înaintată, aportul excesiv de sare, fumatul, consumul de cafea, sedentarismul, obezitatea, ateroscleroza.

Tablou clinic

- amețeli, mai frecvente dimineața;
- cefalee – localizată frontal, fronto-occipital sau „în cască”, cu debut matinal;
- tulburări de vedere – fosfene („muște zburătoare”), pete mici, negre, rotunde, în câmpul vizual;
- tulburări de auz – acufene, zgomote descrise de pacienți ca „pocnituri în urechi”.

Semnele HTA reprezintă, de fapt, răsunetul visceral al valorilor tensionale crescute asupra organelor țintă: cord, rinichi, vase cerebrale. Evaluarea acestora include atât o examinare clinică, cât și una paraclinică (examen radiologic, neurologic, ECG, teste de laborator).

Pentru corectitudinea diagnosticului de hipertensiune arterială sunt necesare cel puțin trei valori tensionale crescute, la interval de o săptămână între două măsurători succesive.

4.3. Semiologia aparatului digestiv

4.3.1. Anatomia aparatului digestiv

Aparatul digestiv este alcătuit din cavitate bucală, faringe, esofag, stomac, intestin subțire, intestin gros, anus și organe anexe.

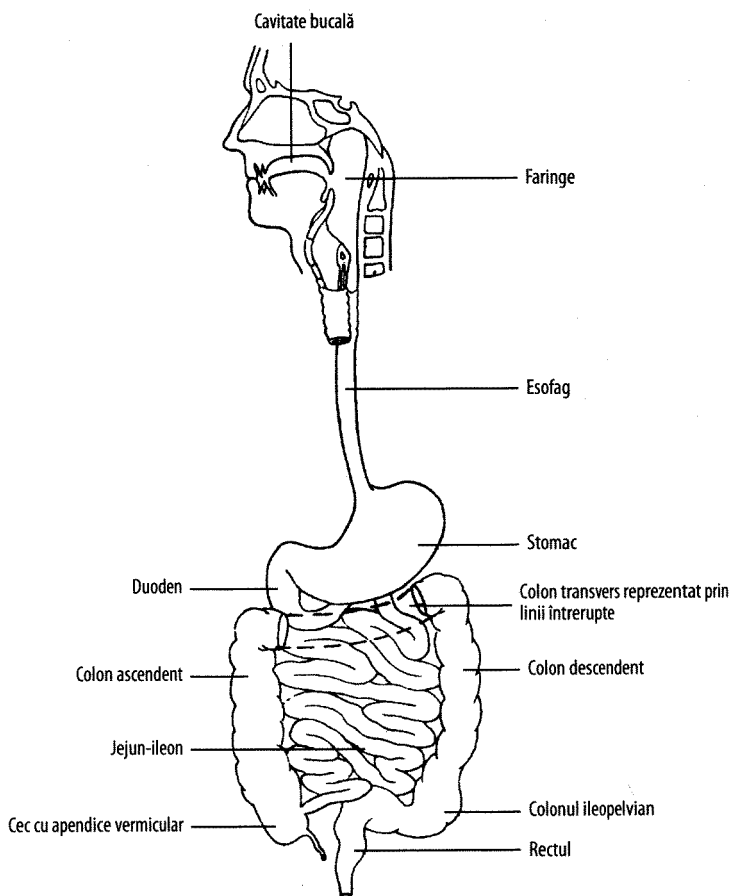


Fig. 3. Tubul digestiv.

Cavitatea bucală este segmentul inițial al tubului digestiv, care comunică anterior cu exteriorul prin orificiul bucal, iar posterior, prin istmul faringian, cu faringele. La nivelul cavității bucale, alimentele sunt mestecate până se formează un bol, care va trece prin esofag și apoi va ajunge în stomac.

Faringele este un organ musculomembranos împărțit pe trei etaje anatomice :

- nazofaringe – etajul superior – care comunică anterior cu fosele nazale ;
- orofaringe – etajul mijlociu – comunică anterior cu cavitatea bucală ;
- laringofaringe – etajul inferior – comunică superior cu orofaringele și inferior cu esofagul.

Esofagul este un organ de formă tubulară, care traversează toracele și diafragma, și leagă faringele de stomac. Înghițirea alimentelor determină ca reacție reflexă o undă peristaltică produsă de musculatura esofagiană, ce transportă bolul alimentar de la faringe la stomac. Comunică cu stomacul prin orificiul cardial.

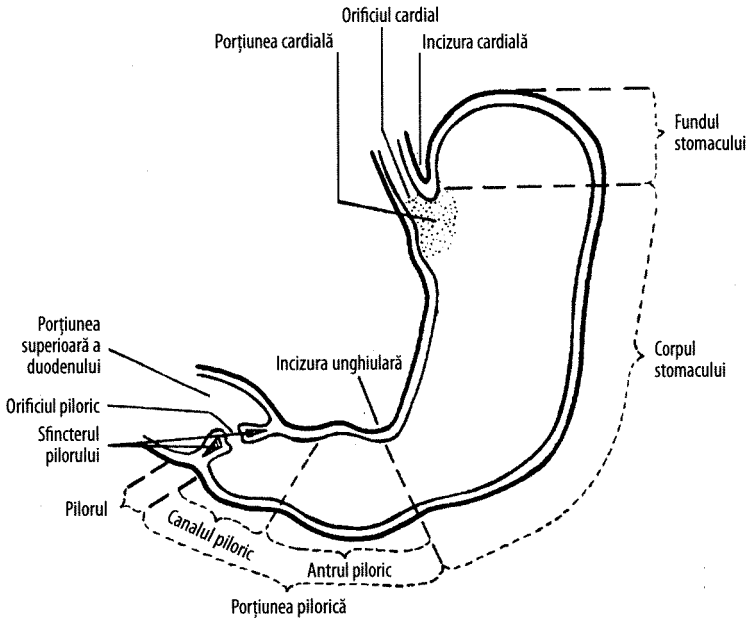


Fig. 4. Stomacul și subdiviziunile lui (schemă).

Stomacul este situat în loja gastrică, subdiafragmatic. Are forma unui cârlig sau a literei J, cu două curburi: *mica curbura* – interioară, concavă, și *marea curbura*, exterioară, convexă. Datorită mișcărilor musculaturii, alimentele sunt mărunțite și amestecate cu suc gastric, și sunt conduse dinspre cardia spre pilor, orificiul de comunicare între stomac și duoden. La interior, stomacul este căptușit cu un strat de mucus cu rol de protecție.

Intestinul subțire. Este cel mai lung segment al tubului digestiv, putând atinge patru până la șase metri. I se descriu trei porțiuni: duoden, jejun și ileon. Musculatura intestinală favorizează prin contracțiile sale amestecarea conținutului intestinal cu sucurile digestive.

La nivelul intestinului subțire au loc o serie de procese din cadrul digestiei, cele mai importante fiind descompunerea grăsimilor în acizi grași, descompunerea carbohidraților complecși în glucide simple, transformarea proteinelor în aminoacizi simpli, precum și absorbția nutrimentelor rezultate în urma procesului de digestie.

Intestinul gros. Este ultima porțiune a tractului digestiv și este format din cecum, colon și rect. Lungimea sa este de aproximativ 1,5 m. Prezintă în partea inițială apendicele și se termină cu anusul. Mucoasa intestinului gros are numeroase glande producătoare de mucus, care ajută la eliminarea materiilor fecale.

Glandele anexe ale tubului digestiv sunt glandele salivare și ficatul.

Glandele salivare – sublinguale, submandibulare, parotide – sunt glande exocrine care produc saliva, pe care o elimină apoi în cavitatea bucală. Saliva este o secreție apoasă, care conține mucus și lichid. Mucusul înconjoară bolul alimentar și ajută la deglutiție. Tot în salivă se găsește o enzimă numită ptialină cu rol în digestia amidonului.

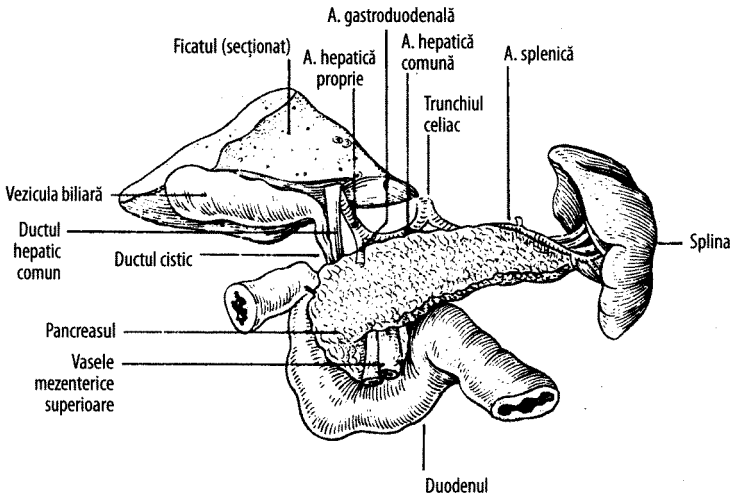


Fig. 5. Pancreasul, splina, duodenul, ficatul și vezicula biliară.

Ficatul – este cea mai mare glandă exocrină, cu o greutate medie de aproximativ 1 500 g. Ocupă loja hepatică, fiind situat subdiaframic, în hipocondrul drept. Îndeplinește multiple funcții metabolice, dar are și rol de glandă anexă a tubului digestiv. La nivelul său este produsă bila care, în timpul meselor, este evacuată din vezicula biliară în duoden și participă la procesele digestive.

Pancreasul – este o glandă cu funcție atât exocrină, cât și endocrină. Partea sa exocrină secretă sucul pancreatic, bogat în enzime, care este vărsat în duoden, participând la digestie.

4.3.2. Sindromul icteric

Bilirubina este o componentă importantă a bilei. În sânge se găsește sub două forme: bilirubină indirectă, neconjugată, și directă sau conjugată.

Valorile normale sunt:

bilirubină totală= 0,3-1,0 mg/dl;

bilirubină directă= 0,1-0,3 mg/dl;

bilirubină indirectă = 0,2-0,7 mg/dl.

Cel mai important indicator al creșterii nivelului de bilirubină este apariția icterului. Sindromul icteric este tradus clinic prin colorația galbenă a tegumentelor și mucoaselor, datorată impregnării acestora cu bilirubină. Icterul constituie expresia clinică a unei hiperbilirubinemii de peste 2, 5 mg/dl.

Clasificare. După mecanismul de producere a hiperbilirubinemiei, icterele se clasifică în :

1. **icter prehepatic** (hemolitic) – se datorează hemolizei. Hemoliza are două consecințe principale: anemia și creșterea valorilor bilirubinei neconjugate. În icterul prehepatic, tegumentele sunt galben-pai prin asocierea icterului cu anemia, splenomegalia este constant prezentă, iar scaunele sunt intens colorate. Alte cauze mai rare ale icterului prehepatic sunt infarctele pulmonare, hematoamele mari, transfuziile de sânge;
2. **icter hepatic** (hepatocelular) – apare prin tulburarea transportului intrahepatic al bilirubinei, deficit de conjugare al bilirubinei sau prin tulburarea secreției biliare. Printre cauze se numără infecțiile virale (hepatitele virale A, B, C, D, consumul unor medicamente (antibiotice, unele anticoncepționale, fenitoină, diazepam, indometacin), boli autoimune, metastaze hepatice, alcoolism;
3. **icter posthepatic** (mecanic) – se datorează unei tulburări în eliminarea bilei; este provocat de un obstacol situat pe căile biliare care împiedică scurgerea bilei. Biologic, crește nivelul bilirubinei directe în sânge. Scaunele sunt decolorate. Pacientul poate acuza durere în hipocondrul drept în cazul etiologiei litiazice sau pot fi prezente semnele generale ale cancerului: scădere în greutate, astenie, anorexie, paloare. Principalele cauze sunt: stenozele coledociene, calculii coledocieni, cancerul de cap de pancreas, neoplasmul căilor biliare.

Icterul neonatal. Apariția icterului la prematuri și unii nou-născuți se datorează imaturității hepatice, ficatul neputând face față ritmului în care bilirubina trebuie eliminată din organism.

Cazurile ușoare nu necesită tratament, ci doar supraveghere. Se remite de obicei în câteva zile. În cazurile severe, cu evoluție prelungită și niveluri foarte mari ale bilirubinei, este necesară aplicarea tratamentului. În absența tratamentului, se poate ajunge la leziuni cerebrale (**icter nuclear**), care vor determina hipoacuzie, tulburări ale comportamentului, retard mintal.

Fototerapia este cea mai utilizată metodă de tratament. Se aplică în spital și are drept principiu transformarea bilirubinei într-o formă pe care ficatul o poate elimina mai rapid, scăzând astfel nivelul bilirubinei din sânge.

Investigarea sindromului icteric cuprinde mai multe etape:

1. Anamneza:

- vârsta și sexul pacientului;
- debutul icterului;
- semne și simptome asociate (durere în hipocondrul drept, anorexie, astenie, scădere în greutate, adenopatii etc.);
- consumul de alcool și medicamente;
- afecțiuni hepatice, hematologice, neoplazice în antecedente.

2. Examenul fizic:

- nuanța icterului (galben-pai pentru icter hemolitic, portocaliu pentru icter hepatic și galben-verzui pentru icter obstructiv);
- prezența adenopatiilor;
- hepatomegalie;
- splenomegalie.

3. Examele paraclinice

- hemoleucogramă;
- dozarea bilirubinei totale și directe;

- dozarea transaminazelor;
- examen de urină și scaun;
- ecografie abdominală;
- radiografie toracopulmonară și abdominală.

Evoluția este determinată de natura icterului. În icterul hemolitic, evoluția este blândă; în icterele prin hepatită, evoluția depinde de gradul de afectare a hepatocitelor; în icterul mecanic vom asista la o evoluție gravă (letală în cancer) sau oprită de intervenția chirurgicală (în calculoză). Complicațiile depind și ele de etiologie.

Diagnosticul diferențial se face cu carotenodermia, care rezultă din depunerea de caroten în țesuturi ca urmare a consumului de alimente bogate în caroten: morcovi, roșii etc.

4.3.3. Sindromul ocluziv intestinal

Sindromul ocluziv intestinal definește încetarea tranzitului intestinal pentru gaze și materii fecale. Deși poate surveni oricând în timpul vieții, s-a constatat o creștere a incidenței acestui sindrom odată cu înaintarea în vârstă.

Tabelul 7. Principalii factori etiologici ai sindromului ocluziv

• tumori
• fecaloame
• ghem de ascarizi
• calculi biliari
• invaginarea unei anse intestinale
• volvulus intestinal
• hernii
• boli inflamatorii intestinale

Clasificare

Ocluziile intestinale se pot clasifica în :

- **ocluzii funcționale** – cu lumen liber, în care, din cauza afectării motilității intestinale, conținutul intestinal nu mai poate înainta; afectarea motilității are caracter reversibil;
- **ocluzii mecanice** – în care lumenul intestinal este blocat din diverse cauze (tumori, fecaloame etc.), fără caracter reversibil, și care împiedică înaintarea conținutului intestinal.

Simptomatologie

Sindromul ocluziv se caracterizează clinic prin triada: durere abdominală, vărsături și oprirea tranzitului intestinal, la care se mai adaugă distensia abdominală, tabloul clinic fiind astfel complet.

1. *Durerea* este primul simptom apărut. Se poate instala brusc, este difuză, violentă, continuă și forțează adoptarea unei poziții antalgice. Se însoțește de anxietate, paloare, transpirații. Alteori, durerea are un debut insidios, progresiv, colicativ. Colicile au o durată bariabilă, de la 3-5 minute până la 15-20 minute, durerile colicative alternând cu perioade de acalmie.
2. *Vărsăturile*, apar cu atât mai devreme cu cât sediul obstacolului intestinal este situat mai proximal. Conținutul este gastric, alimentar sau bilios. La câteva zile de la debutul simptomatologiei, apar vărsături cu conținut fecaloid, ceea ce semnifică un stadiu avansat al ocluziei.
3. *Oprirea tranzitului intestinal* pentru gaze și materii fecale depinde de sediul obstrucției, instalându-se mai devreme în obstrucțiile intestinale distale.

Investigarea sindromului ocluziv cuprinde:

- anamneza și examenul clinic obiectiv;
- radiografia abdominală;
- ecografia abdominală;
- examenul computer tomograf.

4.3.4. Sindromul colestatic

Colestaza se datorează unor deficiențe ale eliminării bilei, apărute pe traseul parcurs de bilă de la hepatocit până la vărsarea în duoden prin canalele biliare.

Principalele cauze ale sindromului de colestază sunt:

- hepatitele virale, toxice, alcoolice;
- tumorile intrahepatice;
- ciroza hepatică;
- litiaza căilor biliare;
- cancerul pancreatic;
- compresiunea tumorală sau chistică a căilor biliare.

Tabelul 8. Tabloul clinic în sindromul de colestază

- Icter – cu colorarea galben-verzuie a tegumentelor, mucoaselor și sclerelor
- Prurit – datorat depunerii în tegumente a sărurilor biliare
- Steatoree, scaune decolorate
- Urine hipercrome
- Infecții biliare favorizate de stază
- Deficit de vitamine liposolubile (A, D, E, K) prin malabsorbție

Explorarea biologică a sindromului de colestază evidențiază creșterea nivelului unor parametri biochimici: bilirubină, colesterol, lipide totale, fosfatază alcalină, gama-glutamyl-transpeptidază.

4.3.5. Sindromul diareic

Sindromul diareic este definit ca eliminarea a mai mult de trei scaune moi, apoase, cu greutate mai mare de 300 g/zi.

Diareea acută

Scaunele sunt abundente, cu un conținut ridicat de apă și pot pune în pericol viața pacientului, mai ales a copiilor, vârstnicilor, dar și a persoanelor tarate (de exemplu, pacienții cu diabet zaharat).

Determină importante tulburări hidroelectrolitice care necesită instituirea unei corecții cât mai rapide.

Clinic, se pot asocia colici abdominale, uscăciunea tegumentului și a mucoaselor, pliu cutanat persistent, hipertermie, distensie abdominală, hipotensiune arterială, tahicardie, prezența unor elemente patologice în scaun (mucus, puroi, sânge).

Cauzele cele mai frecvente ale diareei acute sunt :

- infecții virale cu citomegalovirus, herpes simplex, rotavirus ;
- infecții parazitare cu *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica* ;
- infecții bacteriene cu *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia coli* ;
- iatrogene : antibiotice, antihipertensive, antimicotice ;
- intoleranțe alimentare : intoleranța la lactoză.

Diareea cronică

Este frecvent întâlnită, printre cauzele sale numărându-se :

- boli inflamatorii intestinale : rectocolita ulcero-hemoragică, boala Crohn ;
- parazitozele intestinale – amibiaza ;
- tumori digestive nesecretante (de exemplu, cancerul de colon) ;
- tulburări ale motilității intestinale.

Investigarea sindromului diareic cuprinde : anamneza amănunțită, efectuarea examenului clinic obiectiv, examinarea scaunului prin coprocultură și examen coproparazitologic.

4.3.6. Sindromul de malabsorbție

Sindromul de malabsorbție semnifică incapacitatea intestinului subțire de a absorbi substanțele nutritive din alimentele ingerate.

Cauzele acestui sindrom sunt numeroase, așa cum se poate vedea în tabelul de mai jos.

Tabelul 9. Principalele cauze ale sindromului de malabsorbție

– Afectarea mucoasei intestinale prin consum de alcool, medicamente, boală Crohn
– Intervenții chirurgicale asupra intestinului subțire
– Parazitoze intestinale
– Postgastrectomie
– Radioterapie
– Antibioterapie prelungită
– Boala celiacă
– Intoleranța la lactoză
– Pancreatita cronică

Tabloul clinic este complex cuprinzând:

- diaree apoasă;
- steatoree;
- distensie abdominală;
- colici abdominale;
- anemie prin deficit de fier sau vitamina B12;
- sângerări gingivale;
- hemeralopie;
- parestezii;
- dureri musculare și osoase;
- edeme periferice prin hipoalbuminemie.

Paraclinic este utilă efectuarea: hemoleucogramei, determinarea fierului, colesterolului, vitaminei B12, K, Mg, proteinelor

totale, colesterolului și trigliceridelor. Se indică examinarea scaunului prin efectuarea coproculturii și a examenului coproparazitologic, radiografie abdominală cu substanță de contrast, computerizată, endoscopie cu biopsie.

4.4. Semiologia aparatului renal

4.4.1. Noțiuni de anatomie a aparatului renal

Aparatul renal este alcătuit din cei doi rinichi și căile urinare: calice (mici și mari), pelvis renal, uretere, vezică urinară și uretră.

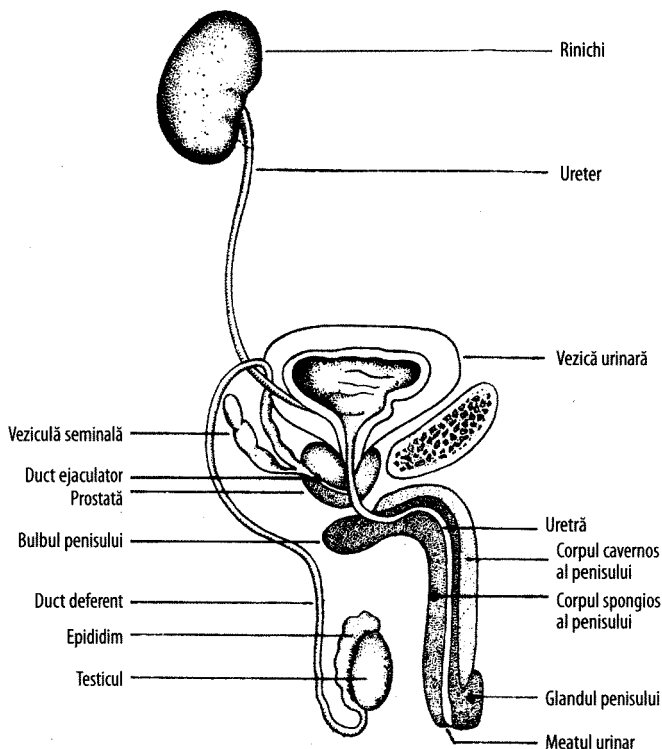


Fig. 6. Aparatul urogenital la bărbat.

Rinichiul este un organ care îndeplinește numeroase funcții în organism, cea mai importantă fiind formarea urinei. Prin aceasta se asigură epurarea organismului de substanțe toxice.

Rinichii sunt organe pereche, cu dimensiuni de 11-12 cm în lungime, 5-7 cm lățime și 2-3 cm grosime, situate de o parte și de alta a coloanei vertebrale. Au forma unor boabe de fasole cu două margini – o margine laterală externă convexă și o margine medială concavă, în care este situat *hilul renal*. Acesta primește artera și vena renală, limfatice și nervi. Fiecare rinichi este situat în *loja renală*, delimitată superior de diafragm, posterior de ultimele două coaste, mușchii și aponevrozele lombare, anterior de viscerele abdominale, iar inferior loja renală este deschisă. Rinichii sunt înveliți de o capsulă fibroasă și înconjurați de grăsimea perirenală.

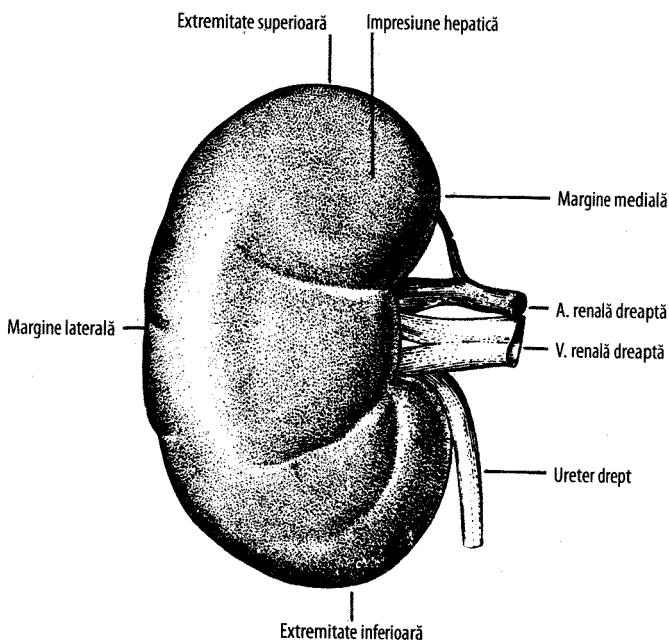


Fig. 7. Rinichiul drept (vedere anterioară).

Parenchimul renal este alcătuit dintr-o *zonă corticală externă* – care ține de la capsulă până la baza piramidelor Malpighi, și o *zonă medulară*, de la baza piramidelor până la papilele renale. Fiecare rinichi are între 10 și 18 piramide de formă conică, numite *piramidele Malpighi*. Acestea au o bază spre capsula exterioară și o papilă care se deschide în lumenul unui *calice mic*. Calicele mici se unesc dând naștere *calicelor mari*, în număr de două-trei. La rândul lor, *calicele mari* se unesc rezultând *pelvisul renal*, care drenează în ureter. *Ureterul* este un conduct care conectează rinichiul la vezica urinară.

Vezica urinară este un organ musculo-cavitar situat în spatele pubisului, în care se acumulează urina între micțiuni. Prezintă *două orificii ureterale* prin care urina este adusă de la rinichi prin ureterul stâng și drept, și un *orificiu uretral*, prin care urina este eliminată spre *uretră*, conduct care străbate penisul la bărbat și se deschide lângă vagin la femeie. În stare de plenitudine, vezica urinară are formă ovoidală, iar după golire, capătă formă de pâlnie.

4.4.2. Sindromul edematos

Implică prezența edemului renal în cadrul patologiei renale. Edemul renal are anumite trăsături caracteristice: este alb, moale, palid, pufos, iar la digitopresiunea exercitată deasupra unui plan dur (de obicei, creasta tibială) lasă godeu. Este localizat la nivelul feței, pleoapelor, fața dorsală a mâinilor, membrele inferioare, organele genitale externe (vulvă, scrot). Pielea este mai destinsă, lucioasă și mai transparentă.

Printre mecanismele principale ale producerii edemului renal se numără:

- retenția crescută de apă și sare;
- tulburarea permeabilității capilare generale;
- reducerea presiunii coloidosmotice a plasmei;
- proteinuria.

Edemul renal este întâlnit într-o serie de afecțiuni, printre care glomerulonefrita acută, sindromul nefrotic, nefropatia gravidică etc.

4.4.3. Sindromul nefrotic

Sindromul nefrotic se caracterizează printr-o excreție crescută de proteine, peste 3,5 g/ 24 h (proteinurie masivă), hipoproteinemie și, clinic, prin edeme importante, uneori generalizate, hipercolesterolemie; uneori asociază hipertensiune arterială.

Proteinuria este dată de alterarea membranei bazale glomerulare care va avea o permeabilitate crescută pentru proteine. Excreția crescută de proteine determină o scădere a proteinelor plasmatică – hipoproteinemie – iar aceasta la rândul ei determină o reducere a presiunii oncotice, consecința fiind edemul.

Clasificarea sindroamelor nefrotice

1) din punct de vedere al etiologiei se descriu:

- *sindroame nefrotice primitive* – de cauză necunoscută, totalizând aproximativ 2/3 din cazuri;
- *sindroame nefrotice secundare* – cu etiologie decelabilă, întâlnite în nefropatia gravidică, glomerulonefrită, diabet zaharat, amiloidoză.

2) din punct de vedere clinic:

- *sindrom nefrotic pur* – care asociază proteinurie, hipoproteinemie, hiperlipidemie, edem;
- *sindrom nefrotic impur* – care pe lângă tabloul sindromului nefrotic pur, cuprinde hipertensiune arterială, hematurie, hiperazotemie.

Din punct de vedere clinic și paraclinic, sindromul nefrotic asociază *edem renal* (cu toate caracteristicile acestuia) localizat la nivelul feței și în regiunile declive, asociat uneori cu revărsate pleurale, peritoneale, pericardice sau viscerale (cerebrale, pulmonare), *oligurie*, *proteinurie* mai mare de 3,5 g/24 h, *hipopro-*

teinemie, hipercolesterolemie, tensiune arterială normală sau crescută, uneori hematurie.

VSH-ul prezintă valori ridicate în perioada de stare, acestea scăzând pe măsura ameliorării sindromului nefrotic. Proteinuria și hipoproteinemia sunt elemente de urmărire a evoluției sindromului nefrotic.

4.4.4. Sindromul glomerulonefritei acute

Definiție

Glomerulonefrita acută este o nefropatie caracterizată prin inflamația glomerulilor renali, care conduce la apariția hematuriei, proteinuriei, edemelor și a hipertensiunii arteriale.

La nivel mondial, cauza cea mai frecventă a acestei afecțiuni este nefropatia cu IgA, numită și boala Berger.

Din punct de vedere fiziopatologic, leziunile glomerulare prezente în glomerulonefrita acută sunt datorate formării și depunerii in situ a unor complexe imune. Acestea modifică structura glomerulilor, care apar edemațiați și prezintă infiltrate cu celule inflamatorii.

Cauzele care determină apariția glomerulonefritei acute pot fi sistematizate astfel:

- *cauze renale*: boala Berger, glomerulonefrita membrano-proliferativă;
- *cauze post-infecțioase*: infecții streptococice, stafilococice, virale (infecții cu Citomegalovirus, virus Epstein-Barr) sau parazitare (*Toxoplasma*, *Plasmodium malariae*, *Schistosoma*);
- *cauze sistemice*: purpura Henoch-Schönlein, poliarterita nodoasă, lupusul eritematos sistemic.

Glomerulonefrita acută poate apărea la orice vârstă. Forma postinfecțioasă este mai frecventă la copii, cea poststreptococică fiind mai des întâlnită la pacienții cu vârste cuprinse între cinci și zece ani.

Tabelul 10. Simptomatologia glomerulonefritei acute

➤ Debutul este de obicei acut, cu :
– stare generală modificată
– cefalee
– febră, frisoane
– dureri abdominale
– mai rar insidios, boala fiind descoperită întâmplător
➤ Perioada de stare cuprinde un tablou clinic complex care asociază :
– oligurie, cu urine închise la culoare (50% din cazuri)
– proteinurie
– hematurie microscopică sau macroscopică în 30% din cazuri
– hipertensiune arterială
– encefalopatie hipertensivă cu cefalee intensă, vărsături, bradicardie
– cefalee
– amețeli
– fosfene și acufene
– edem care poate ajunge până la anasarcă

Edemele și hipertensiunea arterială sunt elementele clinice cele mai frecvente. În tabloul clinic pot apărea și o serie de semne și simptome necaracteristice și inconstante, cum ar fi dureri abdominale, lombalgii, anorexie, paloare.

Tabloul umoral cuprinde proteinurie, hematurie microscopică sau macroscopică, densitate urinară crescută, VSH vrescut.

4.4.5. Sindromul glomerulonefritei cronice

Glomerulonefritele cronice sunt boli glomerulare cu evoluție mai mare de doi ani, cu două caractere comune, indiferent de le-

ziunea glomerulară dominantă: pierderea progresivă de nefroni și scăderea progresivă a ratei de filtrare glomerulară.

Din punctul de vedere al etiologiei, trebuie menționată ponderea mare a glomerulonefritelor cronice idiopatice – jumătate sau chiar 2/3 dintre cazuri neavând o cauză decelabilă. Celelalte pot fi secundare unor infecții, boli sistemice sau pot avea etiologie chimică (toxic-alergică).

Tabloul clinic și umoral al glomerulonefritelor cronice cuprinde: hipertensiune arterială, edem cu aspect caracteristic de edem renal, proteinurie, hematurie, clindrurie.

4.4.6. Sindromul litiazei renale

Litiaza este o afecțiune caracterizată prin formarea unor calculi în interiorul tractului urinar, datorită precipitării unor substanțe dizolvate în mod normal în urină.

Epidemiologie. Litiaza este mai frecvent întâlnită în țările dezvoltate, prevalența fiind de 10-15% în populația generală, iar raportul bărbați/femei fiind de 4/1.

Etiologie. Printre factorii favorizanți ai apariției calculilor renali se numără:

- aport lichidian insuficient;
- scăderea volumului urinar;
- infecțiile urinare;
- hiper calciuria;
- hiper oxaluria;
- hiper cistinuria.

Tipuri de litiază. După compoziția chimică a calculilor, litiaza poate fi: calcică, oxalică, cistică, urică, xanturică.

Tabloul clinic

Simptomatologia este corelată cu mărimea calculilor. Astfel, cea mai mare parte a calculilor sub 5 mm și 50% dintre cei peste cinci mm sunt eliminați spontan. Migrarea calculilor de mici dimensiuni se produce fără apariția unor simptome deosebite, un

procent mic de pacienți necesitând tratament. În schimb, calculii de mari dimensiuni se pot bloca în uretere, determinând durere cu caracter colicativ, respectiv colica renală. Durerea scade în intensitate odată cu mobilizarea calculului.

Mobilizarea calculilor la nivel renal poate produce :

- niciun simptom- în cazul calculilor foarte mici ;
- colică renală ;
- hematurie ;
- micțiuni frecvente și dureroase ;
- transpirații abundente.

Colica renală este o durere apărută brusc, în plină stare de sănătate. Este localizată lombar, în aria de proiecție a rinichiului, și iriază caracteristic spre anterior, fața internă a coapsei și organele genitale externe.

Bolnavul este agitat și își caută o poziție antalgică pe care însă nu o găsește.

Se poate însoți de simptome precum tahicardie, greață, vărsături, oligurie, hematurie.

Pentru confirmarea diagnosticului, sunt necesare anamneza, examenul clinic obiectiv, sumarul de urină, ecografia abdominală, radiografia abdominală.

Tabelul 11. Complicațiile litiazei renale

Complicații mecanice	Complicații infecțioase	Complicații renale
<ul style="list-style-type: none"> - colică renală - anurie - calculoasă - hidronefroză 	<ul style="list-style-type: none"> - pielonefrită acută - pielonefrită cronică - pionefroză 	<ul style="list-style-type: none"> - nefropatia obstructivă

4.4.7. Sindromul insuficienței renale acute

Insuficiența renală acută (IRA) este definită ca reducerea bruscă a funcției renale, parțială sau totală, potențial reversibilă,

apărută de obicei pe rinichi anterior sănătoși, dar care poate surveni și la pacienți cu disfuncție renală preexistentă.

Clinic și paraclinic se manifestă prin oligurie, anurie sau diureză normală, retenția ureei, creatininei și a altor produși ai catabolismului proteic, excretați de rinichi în condiții normale de funcționare. Toate acestea sunt suprapuse simptomatologiei bolii care a produs insuficiența renală acută.

Tabelul 12. Clasificarea insuficienței renale acute din punct de vedere etiopatogenic

A) IRA de cauză prerenală :
– aport lichidian insuficient ;
– hemoragii ;
– deshidratare ;
– consumul unor medicamente (antiinflamatoare nesteroidiene, inhibitori ai enzimei de conversie ai angiotensinei).
B) IRA de cauză renală :
– coagulare intravasculară diseminată ;
– glomerulonefrita acută rapid progresivă ;
– tromboza venei renale ;
– stenoza sau tromboza arterei renale ;
– hipertensiune arterială malignă ;
– rejetul transplantului renal ;
– purpura Henoch-Schönlein ;
– lupusul eritematos sistemic ;
– ocluzia traumatică a vaselor mari.
C) IRA de cauză postrenală :
– litiază renală ;
– tumori vezicale sau prostatice ;
– stricturi uretrale ;
– mileom multiplu ;
– tuberculoză renală.

Complicațiile IRA sunt frecvente :

- *complicații infecțioase* – septicemii, infecții peritoneale, infecții urinare, pneumonii ;
- *complicații cardiace* – tulburări ale ritmului cardiac, edem pulmonar acut, insuficiență cardiacă ;
- *complicații hemoragice* – hemoragii digestive superioare, hemoptizii ;
- *complicații digestive* – halenă uremică, anorexie, greață, vărsături, dureri abdominale difuze ;
- *complicații iatrogene* – escare, infecții nosocomiale cu germeni polirezistenți, complicații ale dializei (embolie gazoasă, hipotensiune arterială).

Absența complicațiilor se corelează cu recuperarea funcției renale în aproape 90% din cazuri.

Factorii de prognostic nefavorabil sunt: vârsta peste 60 de ani, durata disfuncției renale și severitatea sa, preexistența unor leziuni renale și mai ales a insuficienței renale cronice, unele patologii asociate: insuficiența cardiacă, infarctul miocardic, șocul septic, infecțiile pulmonare severe.

4.4.8. Sindromul insuficienței renale cronice

Definiție

Insuficiența renală cronică (IRC) se definește prin alterarea ireversibilă a structurii și funcției renale, cu diminuarea progresivă a ratei de filtrare glomerulară și creșterea creatininemiei.

Etiologia IRC este multifactorială :

- hipertensiune arterială ;
- diabet zaharat ;
- pielonefrite cronice ;
- agenezie renală ;
- litiază renală ;
- procese tumorale ;
- tuberculoză renală ;

- lupus eritematos sistemic ;
- sclerodermia ;
- mielomul multiplu.

Factorii care contribuie la progresia insuficienței renale cronice sunt hipertensiunea arterială, hiperlipidemia, depozitele intrarenale de fosfat de calciu, proteinuria, dieta hiperproteică.

Tabloul clinic și umoral depinde de stadiul clinic al IRC :

1. **stadiul compensat** : în acest stadiu, rinichiul reușește prin diverse mecanisme de compensare să asigure homeostazia organismului, fără să existe retenție azotată ; paraclinic se constată o scădere a ratei de filtrare glomerulară și a densității urinare ;
2. **stadiul decompensat** : astenie progresivă, dispnee, poliurie, nicturie, tulburări digestive nespecifice, scăderea ratei de filtrare, limitarea capacității de concentrare a rinichiului, tulburări metabolice, anemie, anorexie, hematurie.
3. **stadiul terminal** : alterarea stării generale, dispnee, sindrom edematos care poate merge până la anasarcă, infecții respiratorii, tulburări digestive, afectare cardiovasculară (HTA severă, insuficiență cardiacă cronică, cardiopatie ischemică, tulburări de ritm și de conducere), tulburări de micțiune, oligurie, anurie sau diureză păstrată, hipotensiune ortostatică, hemoragii diverse.

Creșterea nivelurilor ureei și creatininei sanguine indică stadiul de IRC terminală. În acest stadiu, funcția renală este grav afectată, iar pacientul necesită filtrarea artificială a sângelui (dializă) sau transplant renal.

4.5. Semiologia sistemului ganglionar

4.5.1. Anatomia sistemului ganglionar

Majoritatea proceselor din organism se desfășoară în mediu lichidian : lichid intracelular, interstițial, sânge, limfă.

Limfa este un fluid incolor care se acumulează în țesuturi, transportând substanțele nutritive și colectând deșeurile celulare; conține proteine, lipide, săruri minerale. *Sistemul limfatic* preia excesul de limfă și îl duce la inimă.

Sistemul limfatic este alcătuit din :

1. *vase limfatice* – sunt cele care vehiculează sângele spre inimă; diametrul vaselor crește progresiv pe măsură ce se apropie de inimă; fiecare regiune a organismului are propriile sale vase limfatice; cele mai mari vase din rețea formează așa-numitele trunchiuri limfatice.

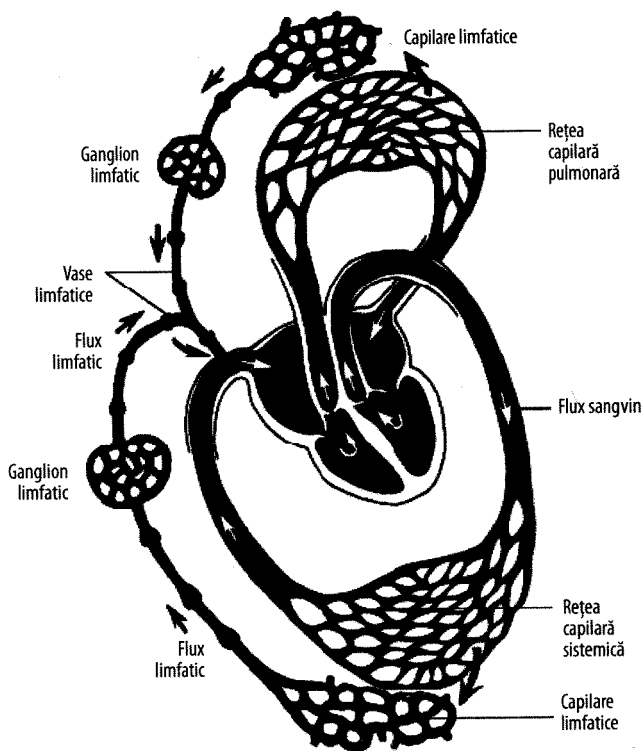


Fig. 8. Sistemul ganglionar.

2. *ganglioni limfatici* – sunt mici aglomerari de celule, au forma rotunjită și un diametru de 10-15 mm; sunt grupați sub forma unor ciorchini de-a lungul traiectului vaselor limfatice; ganglionii sunt compartimentați în unități numite foliculi limfatici care filtrează limfa, debarasând-o de eventualii agenți infecțioși;
3. *organe limfoide* – sunt reprezentate de amigdale, splină, apendice vermicular; la nivelul lor sunt cantonate celulele de apărare ce intervin în infecții.

Circulația limfei este favorizată de activitatea musculară scheletică și viscerală (de exemplu, peristaltismul intestinal), contracțiile musculaturii netede din peretele vaselor limfatice, pulsațiile vaselor sangvine; debitul variază în funcție de presiunile provocate de cavitatea toracică la fiecare inspir.

Principalele funcții ale sistemului limfatic :

- participă la homeostazie;
- transportă substanțe nutritive : lipide, proteine, vitamine liposolubile;
- ganglionii limfatici sunt, de asemenea, și organe ale sistemului imunitar.

4.5.2. Adenopatiile

Adenopatia este o afecțiune a ganglionilor limfatici manifestată prin creșterea în volum a acestora. Adenopatia poate avea origine inflamatorie, infecțioasă sau tumorală.

Evaluarea clinică a adenopatiei cuprinde anamneza amănunțită a pacientului, examen fizic, investigații de laborator și, eventual, biopsierea ganglionului limfatic.

Anamneza trebuie să elucideze împrejurările în care a apărut adenopatia. Trebuie să precizeze vârsta și sexul pacientului, profesia, consumul unor medicamente, precum și simptome sau semne care au precedat sau sunt simultane cu adenopatia : tuse, febră, transpirații, astenie, scădere în greutate.

Dintre metodele examenului clinic, palparea este cea care permite evaluarea ganglionilor limfatici, apreciindu-se extensia adenopatiei – localizată sau generalizată, dimensiunea, consistența, forma, raporturile dintre ganglioni, sensibilitatea la palpare, inflamarea țesuturilor din jur, prezența splenomegaliei.

Paraclinic, se indică efectuarea hemoleucogramei, utilă pentru diagnosticul leucemiei acute sau cronice, determinarea anticorpilor specifici pentru diagnosticul infecției cu virus Epstein-Bar, citomegalovirus, HIV, radiografia toracopulmonară. Biopsia ganglionară trebuie efectuată cât mai precoce dacă istoricul pacientului sau datele oferite de examenul fizic indică posibila prezență a unui neoplasm.

Ganglionii limfatici se împart în *superficiali* – accesibili la examenul clinic, și *profunzi* – evidențiabili numai prin intermediul investigațiilor imagistice (computer tomograf, rezonanță magnetică nucleară).

Ganglionii superficiali sunt:

- *ganglioni limfatici ai capului și gâtului*: suboccipitali, preauriculari, retroauriculari, jugulari, submandibulari, submentonieri, supraclaviculari;
- *ganglioni limfatici ai membrului superior*: axilari, epitrochleari;
- *ganglioni limfatici ai membrului inferior*: inghinali, poplitei.

În mod normal, ganglionii superficiali pot fi palpați la persoanele slabe având următoarele caracteristici: dimensiuni sub un cm, formă ovalară, consistență elastică, mobili, nedureroși. Ganglionii submandibulari moi, sub un cm sunt frecvent palpabili la copiii sănătoși, iar adulții sănătoși pot prezenta ganglioni inghinali palpabili de până la doi cm, care sunt considerați normali.

Adenopatia poate fi descoperită întâmplător la pacienții examinați pentru patologii diverse sau poate constitui un semn al bolii pacientului.

Cauzele adenopatiei sunt :

1. *inflamatorii* – mărirea ganglionilor se produce secundar unei infecții sau unui proces inflamator situat în teritoriul de drenaj ; adenopatia este localizată, ganglionii au dimensiuni moderat crescute, sunt aderenți la țesuturile din jur și prezintă eritem cu sau fără modificarea temperaturii tegumentelor suprajacente. Termenul de limfangită semnifică prezența unui traseu inflamator la nivelul vaselor limfatice care poate fi observat în timpul examenului clinic ;
2. *infecțioase* – apar în contextul unor infecții bacteriene, febră tifoidă, sifilis, tuberculoză, dar și de natură virală : mononucleoză infecțioasă, infecția cu citomegalovirus, varicelă, HIV ; de obicei, adenopatia este generalizată ;
3. *metastatice* – localizarea adenopatiei depinde de cea a neoplasmului primar ; ganglionii sunt nedureroși la palpare, consistența este dură, lemnoasă.

În mod obișnuit, cauza adenopatiei la copii și adulții tineri este reprezentată de afecțiuni benigne (infecții ale căilor respiratorii superioare, mononucleoză infecțioasă), în timp ce la vârstnici, crește incidența afecțiunilor maligne care se însoțesc de adenopatie. Practica medicală a arătat că, din totalul pacienților cu adenopatie, mai mult de 65% aveau o cauză nespecifică sau infecții ale căilor respiratorii superioare și sub 1% au avut drept cauză neoplasmul.

4.6. Semiologia sistemului nervos

4.6.1. Noțiuni de anatomie a sistemului nervos

Sistemul nervos este cea mai complexă structură a organismului, esențială pentru percepția senzorială, reglarea funcțiilor corpului (de exemplu, digestia, respirația, controlul ritmului car-

diac etc.), controlul motilității, dezvoltarea limbajului, gândirii, memoriei etc.

Componentele sistemului nervos central sunt: măduva spinării, trunchiul cerebral, cerebelul, diencefalul și emisferele cerebrale. Toate acestea sunt protejate de două tipuri de învelișuri: un *înveliș osos* (craniul care adăpostește creierul, și coloana vertebrală, care adăpostește măduva spinării) și *meningele*, în a cărei alcătuire intră trei membrane fibroase care acoperă în întregime creierul și măduva spinării: dura mater, arahnoida și piamater.

Sistemul nervos periferic are drept componente principale nervii, împărțiți în 12 perechi de nervi cranieni și 31 de perechi de nervi spinali.

4.6.2. Sindromul meningeal

Meningita este o infecție a foștelor meningeale care învelesc creierul și măduva spinării.

Etiologia meningitelor:

- bacteriană – meningococ, pneumococ;
- virală – enterovirusuri, virusuri herpetice, virusul HIV.

Apar mai frecvent la copii, adolescenți, vârstnici, pacienți tatrați și imunodeprimați.

Tabelul 13. Simptomatologia meningitelor

➤ stare generală alterată
➤ astenie
➤ inapetență
➤ cefalee
➤ febră
➤ frison
➤ redoare de ceafă
➤ fotofobie
➤ vărsături

Evoluția este în strânsă legătură cu agentul etiologic, vârsta și starea de sănătate a organismului.

Meningita este una dintre cele mai importante afecțiuni ale sistemului nervos central. Reprezintă o urgență medicală datorită riscului crescut de evoluție cu sechele neurologice sau chiar deces.

4.6.3. Sindromul de hipertensiune intracraniană

Sindromul de hipertensiune intracraniană cuprinde totalitatea tulburărilor care apar consecutiv creșterii conținutului cutiei craniene.

Cauze:

- proces expansiv intracranian;
- acumularea în exces a lichidului cefalorahidian;
- edem cerebral.

Principalele simptome sunt:

- a) *cefaleea* – are caracter matinal, accentuată la efort, tuse, strănut. Este foarte rezistentă la tratamentul obișnuit;
- b) *vărsăturile* – sunt mai frecvente dimineața, produse uneori de schimbarea poziției pacientului, în special a capului. Nu sunt legate de alimentație;
- c) *staza papilară* – se datorează stazei venoase; papila nervului optic are un contur șters, iar în jur sunt prezente focare hemoragice. Vederea scade pe măsura dezvoltării atrofiei optice, ajungând până la orbire definitivă.

Alte simptome asociate sunt: diminuarea memoriei, dezorientare, somnolență, hipoacuzie, astenie, hipertermie.

Diagnosticul este precizat cu ajutorul examenelor paraclinice:

- examen oftalmologic;
- electroencefalografia;
- radiografia craniană;
- angiografia cerebrală (injectarea cu substanțe de contrast a vaselor cerebrale pentru evidențierea tumorilor).

4.7. Semiologia hematologică

4.7.1. Sindroame anemice

Noțiuni generale

Anemiile se caracterizează prin scăderea hemoglobinei, hematocritului și a numărului de eritrocite.

Eritrocitul (*sinonime: hematie, globul roșu, celulă sangvină roșie*) este celula sangvină care asigură transportul oxigenului prin intermediul hemoglobinei.

Valorile normale sunt:

- la femei : 4,3 milioane \pm 0,6 milioane;
- bărbați : 4,9 milioane \pm 0,6 milioane.

Hemoglobina este o proteină prezentă în hematii, cărora le conferă culoarea și care are rolul de a transporta oxigenul spre țesuturi și dioxidul de carbon de la țesuturi către plămâni.

Valori normale sunt:

- la femei : 13 \pm 2g/dl;
- la bărbați : 15 \pm 2g/dl.

Hematocritul reprezintă mărimea volumului ocupat de eritrocite într-o probă, în raport cu volumul probei, exprimată în procente.

Valori normale sunt :

- la femei : 41 \pm 5%;
- la bărbați : 46 \pm 5%.

Simptomatologia anemiilor este diversă și cuprinde :

- manifestări cutaneo-mucoase : paloare, cianoza periorală, modificări trofice ale fanerelor ;
- manifestări cardiovasculare : palpitații, dispnee, tahicardie ;
- manifestări digestive : disfagie, anorexie, grețuri, vărsături, distensie abdominală, tulburări de tranzit ;
- manifestări neurologice : astenie, cefalee, iritabilitate, somnolență ;
- alte manifestări clinice : splenomegalie, icter, dureri osoase.

Tabelul 14. Clasificarea anemiilor

A. Anemii prin pierdere excesivă de sânge
– Anemia acută posthemoragică
– Anemia cronică posthemoragică
B. Anemii prin deficit de producție
– Anemii hipocrome microcitare: anemia feriprivă
– Anemii normocrome normocitare: anemii hipoproliferative prezente în bolile renale sau în insuficiența endocrină (mixedem, hipopituitarism)
– Anemii megaloblastice: prin deficit de vitamină B12, acid folic
C. Anemii prin distrucția excesivă a hematiilor: anemiile hemolitice
– Anemii hemolitice posttraumatice
– Anemii hemolitice datorate sintezei deficitare a hemoglobinei: talasemiile

Examene paraclinice

Pentru explorarea paraclinică a unui pacient cu anemie sunt necesare efectuarea hemogramei complete (care conține numărul de eritrocite, leucocite, trombocite, hemoglobină, hematocrit), sideremiei și bilirubinei și, în funcție de rezultatele obținute, se mai pot cere teste țintite.

Anemia feriprivă

Este o anemie cauzată de scăderea cantității de fier din organism, ceea ce va conduce la sinteza deficitară a hemoglobinei.

Cantitatea totală de fier din organism este de 4,0-4,5 g, cea mai mare parte găsindu-se în hemoglobina din globulele roșii.

În mod obișnuit, dieta zilnică are un conținut de fier de 10-20 mg. Absorbția fierului este crescută de acidul ascorbic și inhibată de tanin (prezent în ceaiuri).

Principalele cauze ale scăderii depozitelor de fier din organism :

- *aport insuficient* prin alimentație deficitară ;
- *necesități crescute* în perioada de creștere, sarcină, sportivi de performanță ;
- *pierderi crescute*, pe cale digestivă : ulcerul gastric și duodenal, cancere digestive, parazitoze intestinale ; genitourinară : tumori uterine, hematurie ; sindroame hemoragice : leucemii, trombocitopenii, tulburări de coagulare.

Manifestări clinice :

- astenie ;
- cefalee ;
- dificultăți de concentrare ;
- palpitații ;
- tegumente palide, uscate ;
- păr friabil, fără luciu ;
- unghii moi și subțiri ;
- glosită atrofică (limbă roșie, dureroasă) ;
- pica – este caracteristică formelor severe de anemie feriprivă și semnifică un apetit neobișnuit pentru var, pământ (geofagie) sau gheață (pagofagie).

Anemia cronică simplă

Anemia cronică simplă este o formă de anemie care apare secundar unor boli cronice, precum tuberculoză, sarcoidoză, poli-artrită reumatoidă, sifilis, leucemii, carcinoame.

Simptomatologia este cea a bolii de bază, iar corecția anemiei este posibilă numai dacă afecțiunea primară este reversibilă.

Anemia pernicioasă

Anemia pernicioasă se datorează carenței de vitamină B12, aceasta fiind implicată în sinteza eritrocitelor.

Vitamina B12 se găsește exclusiv în produsele de origine animală: carne, lapte și produse lactate, ouă, stridii, scoici. Absorbția acestei vitamine are loc la nivelul ileonului terminal.

Simptomatologia cuprinde: astenie, anorexie, scădere în greutate, paloare, tegumente uscate, păr friabil, glosită (limbă roșie, netedă, dureroasă), palpitații, parestezii, tulburări de echilibru, dificultăți de concentrare.

Paraclinic: hemogramă, frotiu de sânge periferic, examenul măduvei osoase, sideremie, concentrația serică a vitaminei B12.

Riscul de apariție a anemiei pernicioase este crescut la vegetarieni, consumatorii cronici de alcool, consumul cronic de medicamente (omeprazol, lansoprazol), pacienții cu gastrectomie, infecții bacteriene și parazitare ale intestinului subțire.

Talasemiile

Talasemiile sunt afecțiuni hematologice cu transmitere ereditară, caracterizate printr-un defect în sinteza hemoglobinei, ceea ce se traduce prin micșorarea dimensiunilor globulelor roșii și adesea prin anemie.

Se descriu mai multe forme de talasemie:

- *alfa-talasemie* – care poate evolua de la forme silențioase clinic (asimptomatice) până la cele severe, ce necesită tratament prin transfuzii de sânge sau chiar forme incompatibile cu viața;
- *beta-talasemie minoră* – pacienții pot prezenta paloare moderată, splenomegalie, colecistită cronică, litiază biliară;
- *beta-talasemie majoră* – manifestările clinice apar de obicei în primele luni de viață; acești pacienți prezintă paloare, icter, splenomegalie, hepatomegalie, iritabilitate, insomnii, retard staturo-ponderal, oase casante; speranța de viață este scurtă, decesul survenind în prima sau a doua decadă de viață.

Investigarea pacientului cu talasemie include:

- anamneză;
- examen clinic obiectiv;
- hemogramă;
- frotiu de sânge periferic;
- sideremie;
- teste genetice pentru evaluarea genelor care cauzează tala-semia.

4.7.2. Sindroame hemoragipare

Purpura comună

Purpura comună este cea mai întâlnită tulburare vasculară, manifestată prin echimoze și fragilitate vasculară crescută. Are o incidență mai mare la persoanele de sex feminin, mai ales după instalarea menopauzei. Această purpură afectează de obicei țesutul adipos al coapselor, ducând la apariția echimozelor.

În purpura senilă, crește riscul sângerărilor chirurgicale post-traumatice. Fragilitatea vasculară afectează vasele de calibru mic și apare tranzitor în febră, hipotiroidism, după consumul unor medicamente (de exemplu, aspirină).

Purpura anafilactică Henoch-Schönlein

Purpura anafilactică Henoch-Schönlein este cea mai frecventă vasculită datorată hipersensibilizării și determină afectare tegumentară, articulară, digestivă și renală.

Originea vasculitei este imună, rezultat al unei reacții antigen-anticorp la nivelul peretelui vascular.

La baza mecanismului imun stau:

- penicilina;
- diureticele tiazidice;
- vaccinul antigripal;
- unele alimente: ouă, lapte, ciocolată, capșuni, mure etc.

Apare mai frecvent la copii, adolescenți și adulții tineri, afectând predominant sexul masculin.

Tabelul 15. Tabloul clinic în purpura anafilactică Henoch-Schönlein.

➤ Debutul este de obicei brusc, cu :
– astenie
– cefalee
– febră
– poliartralгии
– dureri abdominale
➤ Perioada de stare :
– purpura cutanată – elementele purpurice sunt de culoare roșie, localizate simetric pe fețele de extensie ale membrilor inferioare, fese, antebrate, și mai rar pe față și trunchi ; se asociază cu leziuni de tip alergic (urticarie), dar și cu leziuni veziculoase sau chiar necrotice
– sindromul articular - dureri articulare prezente în special la genunchi și glezne, însoțite de tumefacție și limitarea mișcărilor
– sindromul abdominal – dureri abdominale cu caracter colicativ, asociate sau nu cu greață, vărsături, diaree
– sindromul renal – hematurie, proteinurie

În general, prognosticul este bun, boala evoluând spre vindecare spontană în două până la trei săptămâni, fără sechele.

Purpura trombocitopenică indusă de medicamente

Trombocitopenia semnifică scăderea numărului de plachete sanguine (trombocite) sub valoarea normală: 150 000- 450 000/mm³. Poate fi indusă de consumul unor medicamente, precum ciclofosamidă, diuretice tiazidice, clorochina, heparină, digitoxină, estrogeni.

Evoluția clinică poate varia de la simple peteșii până la hemoragii severe.

La majoritatea pacienților, numărul trombocitelor crește la 8-10 zile de la întreruperea administrării și nu necesită tratament.

Hemofilia

Hemofilia este o boală ereditară caracterizată din punct de vedere biologic, prin deficitul factorilor de coagulare, VIII – hemofilia A, și IX- hemofilia B. Apare exclusiv la bărbați, femeile fiind doar purtătoare.

Tabloul clinic

Manifestările hemoragice încep să apară din momentul în care copilul mic învață să meargă, odată cu aceasta crescând riscul producerii traumatismelor.

Sângerările au aspecte clinice și localizări diferite:

- *hemartroze* – sunt principalele manifestări prezente la pacienții hemofilici, având tendință la recidivă și localizare la nivelul următoarelor articulații: umăr, cot, mână, șold, genunchi, gleznă; factorul declanșator este întotdeauna traumatic; se însoțesc de durere articulară intensă, tumefacție, impotență funcțională; fenomenele regresează în 10-14 zile;
- *hematoame* – au localizări variate, putând fi superficiale sau profunde; cele superficiale pot fi ușor recunoscute datorită colorării tegumentelor în albastru-violaceu; cele profunde se formează în interiorul maselor musculare, fiind afectați bicepsul, tricepsul, deltoidul, cvadricepsul, mușchii abdominali, mușchii fesieri;
- *epistaxis* – cauzat de grataj, traumatisme, afecțiuni respiratorii; poate varia de la forme clinice ușoare până la cele severe;
- *sângerări ale limbii* – datorate traumatismelor sau chiar masticăției;

- *gingivoragii* – localizate sau la nivelul întregii arcade dentare;
- *hematurie*;
- *hemoragie digestivă*;
- *hemoragii intracraniene*.

Prognosticul vital este favorabil; mortalitatea se poate datora unor complicații apărute în evoluția bolii: hemoragie intracrani-ană, hemoragie masivă postoperatorie, septicemie prin infectarea unui hematom.

Coagularea intravasculară diseminată (CID)

Coagularea intravasculară diseminată (CID) este un sindrom care apare ca urmare a unei activități exagerate a mecanismului de coagulare.

Tabelul 16. Principalele cauze ale CID

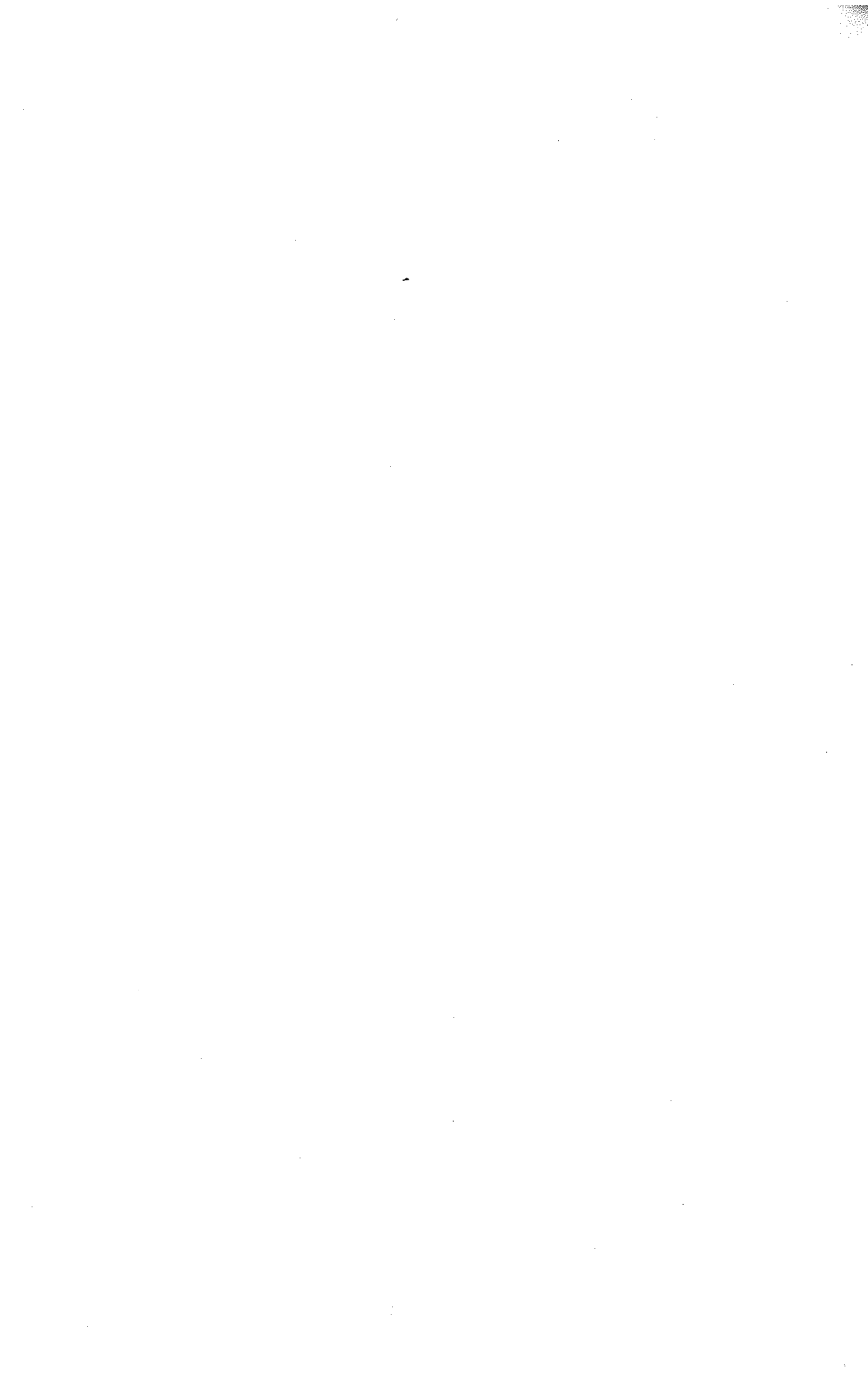
Intervenții chirurgicale: cord, torace, abdomen
Stări de șoc: hemoragic, traumatic, toxico-septic
Sindroame obstetricale: retenția de făt mort, dezlipirea prematură de placentă
Neoplasme
Infestații parazitare (malaria), infecții bacteriene (bacili gram negativi) și virale
Leziuni tisulare: arsuri, degerături
Mușcăături de șerpi veninoși

Din punct de vedere clinic, CID poate fi *acută* (în septicemii, postoperator) sau *cronică* (în cancerul de prostată sau ciroza hepatică).

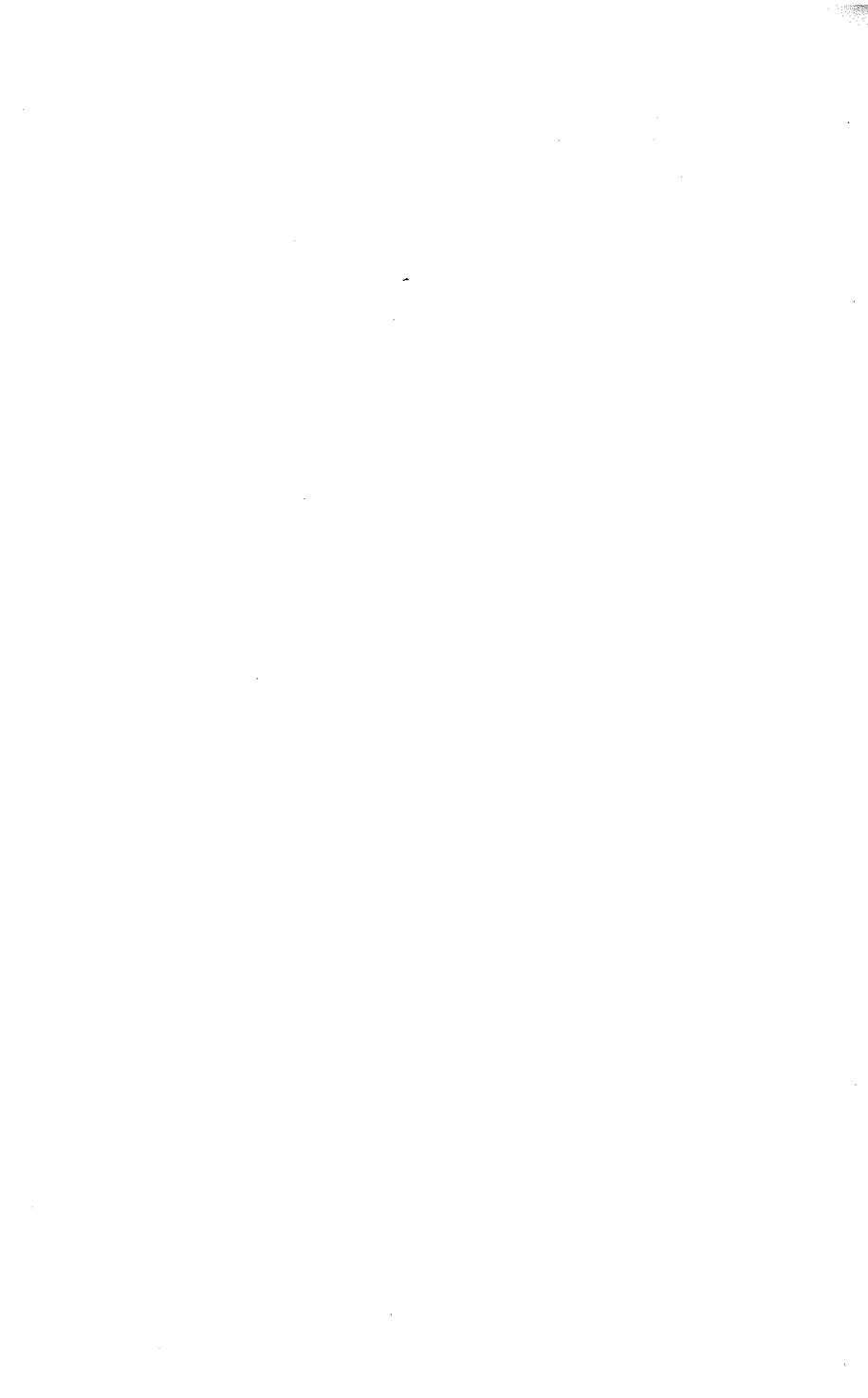
Forma cronică este asimptomatică. La bolnavii simptomatici sunt prezente:

- *manifestări hemoragice*, de exemplu echimoze, epistaxis, hematurie, sângerări la locul puncției venoase;
- *manifestări tromboembolice*: cu localizare cutanată (necroză), cerebrală (accident vascular cerebral), digestivă, respiratorie, renală.

Prezența la același bolnav a hemoragiilor multiple și a trombozelor ridică suspiciunea clinică de coagulare vasculară diseminată, pentru stabilirea diagnosticului de certitudine fiind necesară evaluarea paraclinică prin teste de laborator



TESTE DE EVALUARE



I. COMPLEMENT SIMPLU ȘI MULTIPLU CU 5 VARIANTE

1. Care dintre următoarele afirmații privind disfagia este falsă :
 - a) reprezintă o dificultate în deglutiție;
 - b) poate fi orofaringiană sau esofagiană;
 - c) se poate asocia cu odinofagie;
 - d) poate fi cauzată de un proces obstructiv esofagian;
 - e) se poate asocia cu disurie.

2. Care dintre următoarele afirmații despre disurie este adevărată :
 - a) este o tulburare de diureză;
 - b) reprezintă cantitatea anormală de urină în 24 ore;
 - c) este determinată de un obstacol vezical;
 - d) poate determina insuficiență renală;
 - e) necesită administrarea de diuretice;

3. Ortopneea este :
 - a) este o poziție antidispneică;
 - b) este o poziție normală;
 - c) apare în criza de astm bronșic;
 - d) apare în edemul pulmonar acut;
 - e) apare în tetanos.

4. Mersul stepat apare în :
 - a) miopatiile grave;

- b) coree;
 - c) hemiplegia spastică;
 - d) inegalitatea membrelor inferioare;
 - e) paralizia nervului sciatic. popliteu extern.
5. Faciesul adenoidian se caracterizează prin :
- a) este specific copiilor cu polipi nazali sau vegetații adenoide;
 - b) prezintă îngustarea nasului, proeminența buzei și a arcadei superioare;
 - c) este asociat cu voce nazonată;
 - d) este însoțit de icter și venectazii;
 - e) se asociază cu tulburări ale auzului.
6. Anoftalmia desemnează :
- a) lipsa de umiditate a globilor oculari;
 - b) colecție purulentă în camera anterioară a ochiului;
 - c) protruzia din orbită a globilor oculari;
 - d) absența globilor oculari;
 - e) inegalitatea pupilară.
7. Paloarea tegumentelor apare în :
- a) anemie;
 - b) oboseală marcată;
 - c) stare febrilă;
 - d) obezitate;
 - e) tuberculoză.
8. Paloarea generalizată cu tentă pământie („teroasă“) sugerează :
- a) anemie feriprivă;
 - b) anemie megaloblastică;
 - c) anemie hemolitică;
 - d) anemia din insuficiența renală cronică;
 - e) anemie posthemoragică.

9. Paloarea generalizată „albă ca varul“, recent instalată sugerează :
- a) anemie Biermer ;
 - b) anemie posthemoragică acută ;
 - c) leucemie cronică ;
 - d) anemie hemolitică ;
 - e) insuficiență renală cronică
10. Astenia progresivă însoțită de paloare generalizată evocă :
- a) poliglobulie ;
 - b) hipertiroidism ;
 - c) anemie ;
 - d) diabet zaharat ;
 - e) bronșită cronică.
11. Edemul renal este :
- a) roșu și dur ;
 - b) alb, moale și pufos ;
 - c) mai pronunțat seara ;
 - d) dureros ;
 - e) pruriginos.
12. Tusea se apreciază prin :
- a) caracter ;
 - b) frecvență ;
 - c) condiții de producere ;
 - d) fenomene asociate ;
 - e) toate.
13. Dispneea poate apărea în :
- a) obstrucție a căilor respiratorii superioare ;
 - b) pneumonie acută ;
 - c) reflux gastroesofagian ;
 - d) pleurezie ;
 - e) criza de astm bronșic.

14. Alura ventriculară se apreciază la nivelul :
- a) arterei radiale ;
 - b) arterei pedioase ;
 - c) venei jugulare ;
 - d) arterei carotide ;
 - e) venei safene.
15. Polakiuria reprezintă :
- a) creșterea numărului de micțiuni/24 ore însoțită de creșterea volumului urinar ;
 - b) creșterea numărului de micțiuni/24 ore fără creșterea volumului urinar ;
 - c) imposibilitatea golirii vezicii printr-o micțiune spontană ;
 - d) eliminarea dificilă a urinei ;
 - e) inversarea raportului normal nictemeral al micțiunilor.
16. Cefaleea este caracterizată prin, cu excepția :
- a) durerea resimțită la nivelul extremității cefalice ;
 - b) intensă sau moderată ;
 - c) nu apare în HTA ;
 - d) un simptom local ;
 - e) subacută.
17. Hipotermia poate apărea în :
- a) hipertiroidism ;
 - b) comă barbiturică ;
 - c) intoxicația cu cocaină ;
 - d) intoxicația cu morfină ;
 - e) expunere prelungită la frig.
18. Sincopa se caracterizează prin :
- a) pierderea bruscă și tranzitorie a conștienței ;
 - b) incapacitatea menținerii ortostatismului ;
 - c) durată mai mare de cinci ore ;
 - d) revenire tardivă la o stare de conștiență normală ;

- e) revenire rapidă la o stare de conștiență normală.
19. Faciesul hipotiroidian se caracterizează prin :
- a) piele subțire și umedă ;
 - b) aspect inexpressiv ;
 - c) piele îngroșată și palidă ;
 - d) buze groase ;
 - e) exoftalmie bilaterală.
20. Cianoza adevărată :
- a) este o colorație brun-roșcată a tegumentelor ;
 - b) este o colorație albastră-violacee a tegumentelor și mucoaselor ;
 - c) este determinată de scăderea hemoglobinei reduse în sângele capilar sub 5 g/dl ;
 - d) este determinată de creșterea hemoglobinei reduse în sângele capilar peste 5 g/dl ;
 - e) apare în insuficiența renală.
21. Pruritul generalizat poate apărea în :
- a) Uremie ;
 - b) diabet zaharat ;
 - c) sindrom icteric ;
 - d) dermatoze alergice ;
 - e) pediculoză.
22. Subnutriția poate apărea în :
- a) neoplasme ;
 - b) hipertiroidie ;
 - c) diabet zaharat ;
 - d) anorexie psihogenă ;
 - e) toate.
23. Edemul alergic :
- a) este cianotic, dur și nepruriginos ;

- b) se instalează brusc ;
- c) este alb-rozat, moale și ușor pruriginos ;
- d) este localizat îndeosebi la nivelul feței ;
- e) poate interesa limba și epiglota, putând genera asfixie acută.

24. Leziunile hemoragice cutaneomucoase sunt :

- a) peteșii ;
- b) echimoze ;
- c) gingivoragii ;
- d) vezicule ;
- e) epistaxis.

25. Durerea toracică cauzată de fracturile costale este :

- a) accentuată de mișcările respiratorii ;
- b) accentuată de efort ;
- c) neaccentuată de efort ;
- d) accentuată de tuse ;
- e) obiectivată prin palparea locală.

26. Turgescența venelor jugulare este apreciată prin :

- a) Palpare ;
- b) inspecție ;
- c) auscultație ;
- d) percuție ;
- e) investigații paraclinice.

27. Durerea de natură cardiacă este descrisă după următorii parametri :

- a) sediu și iradiere ;
- b) durată ;
- c) mod de apariție ;
- d) intensitate ;
- e) condiții de retrocedare.

28. Inspecția pacientului cu boală cardiacă relevă:
- a) ortopnee;
 - b) cianoză generalizată;
 - c) turgescența venelor jugulare;
 - d) prezența edemelor declive;
 - e) paloare generalizată.
29. Pacientul cu boală respiratorie poate prezenta toate, cu excepția:
- a) dispnee;
 - b) tuse productivă;
 - c) spute hemoptice;
 - d) cianoza perioronazală;
 - e) dureri lombare.
30. Hematemeza este o hemoragie internă care se exteriorizează prin:
- a) expectorație;
 - b) defecație;
 - c) vărsătură;
 - d) micțiune;
 - e) niciuna.
31. Pirozsisul este:
- a) senzație de constricție toracică
 - b) senzație de arsură retrosternală
 - c) calmat de ingestia alimentelor fierbinți
 - d) accentuat de primodecubitul nocturn
 - e) reprezintă micțiune întreruptă.
32. Poliuria:
- a) este o tulburare de micțiune;
 - b) este o tulburare de diureză;
 - c) reprezintă creșterea volumului urinar peste 2 000 ml/24 ore;
 - d) reprezintă creșterea numărului de micțiuni/24 ore;
 - e) apare după hemoragii masive.

33. Polakiuria are următoarea semnificație :

- a) micțiuni frecvente ;
- b) micțiuni rare ;
- c) micțiuni dureroase ;
- d) absența micțiunilor ;
- e) micțiune în doi timpi.

34. Care dintre următoarele definesc disuria :

- a) micțiuni frecvente ;
- b) micțiuni dureroase ;
- c) micțiune cu efort ;
- d) micțiune întreruptă ;
- e) absența micțiunilor.

35. Micțiunea fiziologică este :

- a) confortabilă ;
- b) eficientă ;
- c) permanentă ;
- d) voluntară ;
- e) involuntară.

36. Anuria obstructivă constă în :

- a) imposibilitatea micțiunii ;
- b) absența diurezei ;
- c) hematurie ;
- d) micțiune în doi timpi ;
- e) micțiuni frecvente.

37. Tulburările de micțiune sunt :

- a) poliuria ;
- b) disuria ;
- c) oliguria ;
- d) polakiuria ;
- e) anuria.

38. În boala Parkinson, pacientul poate prezenta :
- a) mers „cosit“;
 - b) mers stepat;
 - c) mers cu pași mici, aplecat în față;
 - d) mers talonat;
 - e) mers dansant.
39. Mersul pacientului cu afecțiuni cerebeloase este :
- a) talonat;
 - b) legănat, de „rață“;
 - c) ebrios, titubant;
 - d) dansant;
 - e) „cosit“.
40. Un pacient cu hemipareză va avea un mers :
- a) stepat;
 - b) „cosit“;
 - c) dansant;
 - d) talonat;
 - e) ebrios.
41. Starea de sănătate a organismului este influențată de :
- a) compoziția aerului inspirat;
 - b) presiunea parțială a gazelor componente ale aerului;
 - c) proprietățile fizice ale aerului;
 - d) cubajul de aer al încăperii;
 - e) existența sau inexistența aparatului de aer condiționat.
42. Prin inspecție se poate aprecia :
- a) perimetrul toracic;
 - b) greutatea;
 - c) aspectul coloanei vertebrale;
 - d) atitudinea și postura;
 - e) funcțiile vitale.

43. Acțiunea frigului asupra organismului poate produce :
- bradicardie ;
 - tahicardie ;
 - hipoestezie ;
 - hiperpnee ;
 - agitație psihomotorie.
44. Observația este o metodă importantă de examinare care presupune capacitatea de a identifica detaliile, de aceea asistenta medicală va sesiza prin observație :
- modificările tegumentelor ;
 - modificările fanerelor ;
 - modificări de postură ;
 - modificarea zgomotelor cardiace ;
 - tulburările de tranzit.
45. Asistenta medicală culege date despre pacient, de la :
- pacientul însuși ;
 - familie ;
 - prieteni ;
 - documente medicale ;
 - toate.
46. În diagnosticul de nursing, manifestările clinice căutate de asistenta medicală sunt :
- scăderea în greutate ;
 - mobilitatea redusă ;
 - modificări de culoare a tegumentelor ;
 - durerea precordială ;
 - reflexe osteotendinoase vii.
47. Precizați care afirmații sunt corecte :
- osteoporoza este mai frecventă la adolescenți ;
 - ateroscleroza afectează mai ales femeile tinere ;
 - cardiopatia ischemică este mai rară la femei până la menopauză ;

- d) bărbații au mai frecvent gută;
- e) minerii au risc redus de îmbolnăvire.

48. Principalele simptome de alertă întâlnite în afecțiunile cardiovasculare sunt:

- a) dispneea de efort;
- b) durerea precordială;
- c) claudicația intermitentă;
- d) durerea abdominală;
- e) grețuri și vărsături.

49. Prin culegerea de date, asistenta medicală trebuie să pună în evidență următoarele informații:

- a) antecedentele familiale;
- b) condițiile de viață;
- c) condițiile de muncă;
- d) aportul scăzut de sare;
- e) predispoziția ereditară.

50. Icterul se poate însoți de următoarele manifestări clinice:

- a) inapetență;
- b) urine hiperchrome;
- c) scaune decolorate;
- d) dispnee;
- e) somnolență.

51. Temperatura corporală se măsoară respectând următoarele:

- a) se plasează termometrul axilar și se lasă 10 minute;
- b) se plasează termometrul rectal și se lasă 3 minute;
- c) pentru temperatura rectală se va folosi numai termometrul individual;
- d) se lasă termometrul la îndemâna copilului;
- e) temperatura rectală este mai mică decât temperatura axilară.

52. Precizați care este calea de administrare corectă a tuberculei:

- a) intramusculară;
- b) subcutanată;
- c) orală;
- d) intradermică;
- e) intravenoasă.

53. Care dintre următoarele semne sunt specifice laringitei:

- a) vărsătura;
- b) tahicardia;
- c) tahipneea;
- d) disfonia;
- e) rinoreea.

54. Termenul de „apendicită“ definește:

- a) inflamația apendicelui vermicular;
- b) inflamația colonului;
- c) prezența scaunelor cu consistență scăzută;
- d) durere abdominală instalată brusc;
- e) prezența scaunelor cu sânge roșu.

55. Edemele renale au următoarele caracteristici:

- a) albe, moi, pufoase;
- b) cianotice, dure;
- c) sunt prezente la față și pleoape;
- d) mai accentuate matinal;
- e) în placcarde, pruriginoase.

56. În reușita examenului medical al copilului trebuie să se țină seama de:

- a) antecedentele medicale patologice ale părinților;
- b) aptitudinile copilului;
- c) condiții de ordin nutrițional, igienic și psihosocial ale copilului;

- d) talia părinților;
- e) existența unei patologii genetice sau congenitale.

57. Care sunt parametrii care trebuie măsurați înainte de examenul clinic general al copilului?

- a) tensiunea arterială;
- b) proba de efort;
- c) temperatura;
- d) greutatea, talia, perimetrele cranian, toracic și abdominal;
- e) măsurarea pulsului.

58. Ce calități trebuie să întrunească un bun profesionist din domeniul medical:

- a) severitate;
- b) aptitudini pentru efectuarea procedurilor speciale;
- c) capacitatea de evaluare a bolnavului;
- d) abilități practice;
- e) aptitudini de comunicare.

59. Care dintre următoarele leziuni elementare se vindecă fără cicatrice?

- a) papula;
- b) ulcerația;
- c) eroziunea;
- d) scuama;
- e) macula purpurică.

60. Care din următoarele leziuni elementare au diametrul sub 0,5 cm?

- a) flictena;
- b) papula;
- c) nodulul;
- d) vezicula;
- e) fisura.

61. Febra ridicată ($39 - 40^{\circ}\text{C}$), însoțită de frison sau frisoane repetate, se poate întâlni în :
- a) pneumoniile acute bacteriene ;
 - b) pielonefritele acute ;
 - c) bronșita cronică acutizată ;
 - d) infecțiile urinare joase ;
 - e) bronșiectaziile infectate.
62. Regurgitațiile, aspirația traheală, răgușeala sunt consecința :
- a) disfagiei esofagiene ;
 - b) disfagiei orofaringiene ;
 - c) disfoniei ;
 - d) tusei lătrătoare ;
 - e) epigastralgiei.
63. Vărsăturile pot fi, cu excepția :
- a) lichidiene.
 - b) bilioase ;
 - c) sangvinolente ;
 - d) fecaloide ;
 - e) cu aspect piogen.
64. Obezitatea morbidă poate duce la următoarele complicații :
- a) apnee de somn ;
 - b) tromboză venoasă profundă ;
 - c) dislipidemie ;
 - d) embolie pulmonară ;
 - e) creșterea speranței de viață.
65. Documentele de evidență a pacientului internat sunt :
- a) foaia de observație ;
 - b) foaia de temperatură ;
 - c) certificatul medical ;
 - d) avizul epidemiologic ;
 - e) rețeta.

66. Rolul asistentei medicale în îngrijirea pacientului cu durere :
- administrează medicația antalgică la indicația medicului ;
 - modifică tratamentul antalgic dacă durerea se accentuează ;
 - urmărește efectul tratamentului antalgic ;
 - urmărește efectele secundare ale terapiei antalgice ;
 - în cazul persistenței durerii sub tratament cu antalgice de linia întâi, administrează opiacee.
67. Semnele de sarcină sunt, cu excepția :
- abdomen mărit de volum ;
 - amenoree ;
 - vergeturi alb-sidefii la nivelul abdomenului ;
 - leucoree urât mirositoare ;
 - sâni de consistență mai mică.
68. Despre edem este adevărat că :
- reprezintă o acumulare de glucide în mușchi ;
 - reprezintă o acumulare de proteine în derm ;
 - reprezintă o acumulare de apă și electroliți (Na mai ales) în țesutul subcutanat ;
 - reprezintă o acumulare de lipide în țesutul subcutanat ;
 - reprezintă o indurare scleroasă.
69. Despre hipocratismul digital este adevărat, cu excepția :
- apare prin proliferarea țesutului conjunctiv subunghial ;
 - unghiile sunt cianotice ;
 - unghiile au aspect de „geam mat“ ;
 - unghiile au aspect de „sticlă de ceasornic“ ;
 - degetele au aspect de „băț de toboșar“.
70. Examenul clinic obiectiv include :
- inspecția, auscultația, percuția, palparea ;
 - inspecția, percuția, auscultația ;

- c) palparea, auscultația, percuția ;
 - d) inspecția, palparea, percuția, auscultația ;
 - e) inspecția, palparea, recoltarea de sânge pentru analize.
71. Eritemul facial apare în, cu excepția :
- a) mediu supraîncălzit ;
 - b) emoții ;
 - c) stare febrilă ;
 - d) anemie megaloblastică ;
 - e) leucemie.
72. Despre icter este fals că :
- a) poate apărea în hepatite acute ;
 - b) clinic, se manifestă de la valori ale bilirubinei serice de peste 2 mg/dl ;
 - c) se poate asocia cu scaune decolorate și urine hiperchrome ;
 - d) se asociază cu cianoză și somnolență ;
 - e) poate fi determinat de consumul exagerat de ouă.
73. Echimozele pot apărea, cu excepția :
- a) spontan ;
 - b) după traumatisme cutanate ;
 - c) în brohopneumopatii ;
 - d) în administrare de anticoagulante ;
 - e) în sindroame hemoragipare.
74. Tusea apare în, cu excepția :
- a) infecții bronhopulmonare ;
 - b) aspirare de corp străin intrabronșic ;
 - c) reflux gastroesofagian ;
 - d) TBC osos ;
 - e) gripă.
75. Hemoptizia apare în :
- a) TBC pulmonar ;

- b) ulcer gastric ;
- c) varice esofagiene ;
- d) sindrom Mallory-Weiss ;
- e) hemofilie

76. Hemoptizia înseamnă :

- a) hemoragie digestivă superioară exteriorizată prin vărsătură ;
- b) hemoragie digestivă superioară exteriorizată prin fecale ;
- c) hemoragie pulmonară exteriorizată prin expectorație ;
- d) hemoragie pulmonară exteriorizată prin vărsătură ;
- e) hemoragie esofagiană exteriorizată prin vărsătură.

77. Este fals că dispneea din bolile pulmonare :

- a) se accentuează la altitudine ;
- b) se poate asocia cu cianoză ;
- c) dispare la efort, față de dispneea cardiacă, care apare la efort ;
- d) poate fi prezentă în absența cianozei ;
- e) poate fi inspiratorie sau expiratorie.

78. În BPOC se întâlnesc următoarele, cu excepția :

- a) dispnee ;
- b) fatigabilitate ;
- c) folosirea musculaturii respiratorii accesorii ;
- d) cianoză ;
- e) tuse cu expectorație.

79. În astmul bronșic apar, cu excepția :

- a) dispnee cu expir prelungit ;
- b) febră, frisoane, junghi toracic ;
- c) spută perlată ;
- d) senzație de constricție toracică ;
- e) wheezing.

80. Cianoza apare în :
- a) criza de astm bronșic ;
 - b) bronhopneumonie ;
 - c) BPOC ;
 - d) tetralogia Fallot ;
 - e) ciroza hepatică.
81. Despre febră sunt adevărate următoarele, cu excepția :
- a) reprezintă un mecanism de apărare ;
 - b) apare la toți pacienții cu infecție bacteriană ;
 - c) nu este același lucru cu hipertermia ;
 - d) apare frecvent în pneumonii ;
 - e) nu se administrează antitermice la o temperatură mai mică de 38,5°C.
82. Se consideră hipotermică persoana care are temperatura centrală mai mică de :
- a) 28°C ;
 - b) 30°C ;
 - c) 35°C ;
 - d) 33°C ;
 - e) 36°C.
83. Anorexia este definită ca :
- a) lipsa poftei de mâncare ;
 - b) senzația de sațietate precoce ;
 - c) teama de a ingera alimente cu gust neplăcut ;
 - d) incapacitatea de a înghiți din cauza unui obstacol mecanic ;
 - e) apetit crescut.
84. Durerea abdominală din apendicita acută este definită ca :
- a) colică ;
 - b) crampă ;
 - c) lovitură de cuțit ;
 - d) durere instalată progresiv ;
 - e) durere instalată brusc.

85. Care dintre următoarele semne nu este întâlnit în peritonita acută :
- a) respirație superficială ;
 - b) perete abdominal moale ;
 - c) tahicardie, hipotensiune ;
 - d) diminuarea sonorității intestinale ;
 - e) absența zgomotelor intestinale.
86. Vărsătura este definită prin, cu excepția :
- a) evacuarea aerului din stomac ;
 - b) este un act reflex coordonat de doi centri nervoși și efectuat de stomac ;
 - c) este expulzarea bruscă a conținutului gastric prin gură ;
 - d) este precedată de greață și hipersalivație ;
 - e) se realizează prin contractarea stomacului, relaxarea cardiei și ridicarea vălului palatin cu închiderea glotei.
87. Pruritul din icterul obstructiv se datorează creșterii valorii plasmatice a :
- a) transaminazelor ;
 - b) colesterolului ;
 - c) acizilor și sărurilor biliare ;
 - d) bilirubinei ;
 - e) fosfatazei alcaline.

Răspunsuri:

1 – e; 2 – c; 3 – a, c, d; 4 – e; 5 – a, b, c, e; 6 – d; 7 – c;
8 – d; 9 – b; 10 – c; 11 – b; 12 – e; 13 – a, b, d, e; 14 – a, b,
d; 15 – a; 16 – c, e; 17 – b, c, d, e; 18 – a, b, e; 19 – b, c, d;
20 – b, d; 21 – a, c, d; 22 – e; 23 – b, c, d, e; 24 – a, b; 25 – a,
b, d, e; 26 – b; 27 – a, b, c, d, e; 28 – b, c, d; 29 – e; 30 – c;
31 – b, d; 32 – b, c; 33 – a; 34 – d; 35 – a, b, d; 36 – b; 37 – b,
d; 38 – c; 39 – c; 40 – b; 41 – a, b, c; 42 – c, d; 43 – a, b, c, d;
44 – a, b, c; 45 – e; 46 – a, b, c, d; 47 – a-F, b-F, c-A, d-A, e-F;
48 – a, b, c; 49 – a, b, c, e; 50 – a, b, c, e; 51 – a, b, c; 52 – d;
53 – d; 54 – a; 55 – a, c, d; 56 – a, c, e; 57 – c, d, e; 58 – b, d,
e; 59 – a, c, d, e; 60 – b, d; 61 – a, b; 62 – b; 63 – e; 64 – a,
b, c; 65 – a, b; 66 – a, c, d; 67 – a, b, c, e; 68 – c; 69 – c; 70 –
d; 71 – d, e; 72 – d, e; 73 – c; 74 – d; 75 – a; 76 – c; 77 – c;
78 – b; 79 – b; 80 – a, b, c, d; 81 – c; 82 – c; 83 – a; 84 – a;
85 – b; 86 – a; 87 – c.

II. ADEVĂRAT SAU FALS

1. Frecvența respiratorie este de 16-18 respirații pe minut în repaus.
2. Faringele este organul în care se încrucișează calea respiratorie și cea digestivă.
3. Dispneea este simptomul dominant în bronșita cronică.
4. Printre factorii favorizanți ai bronșitei cronice se numără fumatul, inhalarea unor iritanți bronșici (ciment, vapori).
5. În sindromul emfizematos, spațiile alveolare pot ajunge până la 2-3 mm sau chiar 2-3 cm.
6. Pleurita uscată este de obicei secundară unui proces pulmonar subiacent precum bronșita acută virală, bronșita cronică obstructivă.
7. Percuția efectuată la pacientul cu emfizem decelează hipersonoritate pulmonară difuză și dispariția matității cardiace.
8. Hidrotoraxul semnifică o acumulare de sânge în cavitatea pleurală secundară unei pneumonii sau unui neoplasm pulmonar.

9. Alergia este cel mai puternic factor predispozant al astmului bronșic.
10. Printre factorii declanșatori ai crizelor de astm bronșic se numără alimente precum ouă, arahide, crustacee.
11. Bronhopneumonia este caracterizată printr-o infecție mai mult sau mai puțin întinsă a bronșioloanelor și alveolelor pulmonare, cu sau fără interesarea interstițiului pulmonar.
12. Examenul obiectiv la pacientul cu atelectazie pulmonară evidențiază bombarea hemitoracelui afectat, hipersonoritate pulmonară.
13. Fumatul este principalul factor incriminat în apariția cancerului bronhopulmonar.
14. Insuficiența coronariană reprezintă incapacitatea arterelor coronariene de a furniza inimii un aport corespunzător de sânge neoxigenat.
15. Angina pectorală este cea mai frecventă formă de manifestare a cardiopatiei ischemice.
16. Durerea din angina pectorală stabilă apare în repaus sau chiar în somn.
17. În infarctul miocardic acut durerea nu cedează la administrarea de nitroglicerină.
18. Electrocardiograma este cel mai important examen paraclinic în infarctul miocardic acut.
19. Durerea din pericardita acută uscată se accentuează în inspir profund și în decubit dorsal.

20. Pericardita exsudativă reprezintă o acumulare de lichid în sacul pericardic, care poate ajunge până la 50 ml.
21. Hipertensiunea arterială este definită ca o creștere persistentă a tensiunii arteriale peste 140/90 mmHg.
22. Intestinul subțire este cel mai lung segment al tubului digestiv, putând atinge 4-6 m.
23. Cel mai important indicator al scăderii nivelului de bilirubină este apariția icterului.
24. Diagnosticul diferențial al icterului se face cu carotenodermia.
25. Ocluziile mecanice se datorează blocării lumenului intestinal prin tumori, fecaloame etc.
26. Investigarea sindromului diareic cuprinde examinarea scaunului prin coprocultură și examen coproparazitologic.
27. Sindromul de malabsorbție semnifică incapacitatea stomacului de a absorbi substanțele nutritive din alimentele ingerate.
28. Prin orificiul uretral, urina este eliminată din vezica urinară în uretră.
29. Sindromul nefrotic se caracterizează printr-o excreție crescută de proteine, peste 3,5 g/24 h.
30. Bradipneea și hipotensiunea arterială sunt elementele clinice cel mai frecvent întâlnite în glomerulonefrita acută.

Răspunsuri:

**1 - A; 2 - A; 3 - F; 4 - A; 5 - A; 6 - F; 7 - A; 8 - F; 9 - A;
10 - A; 11 - A; 12 - F; 13 - A; 14 - F; 15 - A; 16 - F; 17 - A;
18 - A; 19 - A; 20 - F; 21 - A; 22 - A; 23 - F; 24 - A; 25 - A;
26 - A; 27 - F; 28 - A; 29 - A; 30 - F; 31 - A; 32 - F; 33 - F;
34 - A; 35 - A; 36 - A; 37 - F; 38 - A; 39 - F; 40 - F; 41 - A;
42 - A; 43 - F; 44 - A; 45 - F; 46 - A; 47 - A; 48 - A; 49 - F;
50 - A.**

III. COMPLEMENT MULTIPLU CU 3 VARIANTE

1. Investigarea pacientului cu bronșită cronică presupune :
 - a) anamneză ;
 - b) radiografie abdominală ;
 - c) explorări funcționale respiratorii.
2. Bronșita cronică astmatiformă se caracterizează clinic prin :
 - a) tuse cu expectorație purulentă ;
 - b) wheezing, dispnee ;
 - c) cefalee, tuse iritativă.
3. Din punct de vedere al etiologiei, bronșita acută poate fi :
 - a) virală ;
 - b) bacteriană ;
 - c) obstructivă.
4. La pacienții cu emfizem, inspecția relevă :
 - a) torace în formă de „butoi“ ;
 - b) sonoritate pulmonară difuză ;
 - c) limitarea amplitudinii mișcărilor respiratorii.

5. Printre factorii declanșatori ai crizelor de astm bronșic se numără :
- eritromicina ;
 - aspirina ;
 - polenul.
6. Starea de rău astmatic :
- are o durată de câteva minute/zeci de minute ;
 - durează minimum 24 ore ;
 - pune în pericol viața bolnavului.
7. Cele mai frecvente cauze ale atelectaziei pulmonare sunt :
- corpi străini aspirați intrabronșic ;
 - pneumotorax ;
 - pneumonie acută virală.
8. Infarctul pulmonar :
- apare în urma obstrucției acute a unei ramuri a arterei pulmonare ;
 - apare în urma obstrucției acute a unei ramuri a venei pulmonare ;
 - se caracterizează clinic prin alterarea rapidă a stării generale, anxietate, senzație de moarte iminentă.
9. În etiologia cardiopatiei ischemice intră :
- hemoragiile digestive superioare ;
 - ateroscleroza ;
 - diabetul zaharat.
10. În cardiopatia ischemică, conform OMS, se descriu următoarele manifestări clinice :
- cardiopatie ischemică dureroasă ;
 - cardiopatie ischemică nedureroasă ;
 - cardiopatie ischemică asimptomatică.

11. Cardiopatia ischemică dureroasă cuprinde :
 - a) infarctul miocardic acut ;
 - b) aritmiile ;
 - c) angină pectorală.

12. Caracteristicile durerii din angina pectorală :
 - a) sediu retrosternal ;
 - b) apariție la efort ;
 - c) durată de câteva ore.

13. Durerea din angina pectorală :
 - a) dispare la administrarea de nitroglicerină ;
 - b) iradiază tipic în epigastru ;
 - c) durează 1-5 minute.

14. Din punct de vedere biologic, în infarctul miocardic este importantă determinarea următoarelor enzime :
 - a) TGO ;
 - b) TGP ;
 - c) CK-MB.

15. Principalele cauze ale insuficienței cardiace sunt :
 - a) bolile coronariene ;
 - b) infarctul miocardic acut ;
 - c) colagenozele.

16. În etiologia pericarditelor acute intră :
 - a) infecțiile virale și bacteriene ;
 - b) tuberculoza ;
 - c) traumatismele toracice.

17. Tabloul clinic din tamponada cardiacă include :
 - a) dispnee intensă ;
 - b) puls slab ;
 - c) bradicardie.

18. Factorii favorizanți ai hipertensiunii arteriale sunt :
- sedentarismul ;
 - obezitatea ;
 - ateroscleroza.
19. Hipertensiunea arterială secundară are drept cauze :
- hipertiroidismul ;
 - nefropatia diabetică ;
 - tamponada cardiacă.
20. Icterul neonatal :
- apariția icterului la prematuri și unii nou-născuți se datorează imaturității hepatice ;
 - cazurile ușoare nu necesită tratament, ci doar supraveghere ;
 - se remite de obicei în câteva săptămâni.
21. Consecințele icterului nuclear sunt :
- hipoacuzie ;
 - hipotensiune arterială ;
 - retard mintal.
22. Sindromul ocluziv intestinal :
- este mai frecvent întâlnit la nou-născuți ;
 - semnifică încetarea tranzitului intestinal pentru gaze și materii fecale ;
 - incidența sa crește odată cu înaintarea în vârstă.
23. Principalii factori etiologici ai sindromului ocluziv intestinal sunt :
- invaginarea unei anse intestinale ;
 - volvulus intestinal ;
 - herniile.

24. Sindromul ocluziv intestinal se caracterizează clinic prin :
- a) durere abdominală și vărsături ;
 - b) oprirea tranzitului intestinal ;
 - c) anurie
25. Tabloul clinic în sindromul colestatic cuprinde :
- a) prurit ;
 - b) urine hiperchrome ;
 - c) disfagie
26. Cauzele cele mai frecvente ale diareei acute sunt :
- a) antibioticele ;
 - b) antiinflamatoarele nesteroidiene ;
 - c) infecția cu *Salmonella*.
27. Simptomatologia sindromului de malabsorbție include :
- a) diaree apoasă ;
 - b) anemie prin deficit de fier ;
 - c) hemiplegie.
28. Caracteristicile edemului renal :
- a) este alb, moale, pufos ;
 - b) lasă godeu ;
 - c) este localizat la nivelul membrelor superioare.
29. Sindromul nefrotic se clasifică din punct de vedere etiologic, în :
- a) sindrom nefrotic pur ;
 - b) sindrom nefrotic primitiv ;
 - c) sindrom nefrotic secundar.
30. Sindromul nefrotic pur asociază :
- a) hipoproteinemie ;
 - b) proteinurie ;
 - c) edem.

31. Glomerulonefrita acută :

- a) poate apărea la orice vârstă ;
- b) se caracterizează prin hematurie, proteinurie ;
- c) se caracterizează clinic prin hipotensiune, bradipnee.

32. Printre factorii favorizanți ai apariției calculilor renali se numără :

- a) aport lichidian insuficient ;
- b) infecțiile urinare ;
- c) hipercalciuria.

33. Colica renală :

- a) are debut brusc, în plină stare de sănătate ;
- b) iriază caracteristic spre fața internă a coapsei ;
- c) este precedată de dureri abdominale difuze.

34. Insuficiența renală acută de cauză prerenală este cauzată de :

- a) hemoragii ;
- b) deshidratare ;
- c) inhibitori ai enzimei de conversie.

35. Factorii de prognostic nefavorabil în insuficiența renală acută sunt :

- a) vârsta peste 60 de ani ;
- b) atopia ;
- c) preexistența unor leziuni renale.

36. Insuficiența renală cronică în stadiul compensat se caracterizează paraclinic prin :

- a) scăderea densității urinare ;
- b) scăderea ratei de filtrare glomerulară ;
- c) hipotensiune arterială.

37. Principalele funcții ale sistemului limfatic :
- a) participă la homeostazie ;
 - b) transportă substanțe nutritive : lipide, proteine, vitamine liposolubile ;
 - c) ganglionii limfatici sunt, de asemenea, și organe ale sistemului imunitar.
38. Simptomatologia meningitelor cuprinde :
- a) fotofobie ;
 - b) redoare de ceafă ;
 - c) vărsături.
39. Meningitele bacteriene au ca agent etiologic :
- a) meningococul ;
 - b) citomegalovirusul ;
 - c) pneumococul.
40. Manifestările digestive din anemii sunt reprezentate de :
- a) disfagie ;
 - b) vărsături ;
 - c) paloare.
41. Principalele cauze ale scăderii depozitelor de fier din organism sunt :
- a) alimentație deficitară ;
 - b) sarcină ;
 - c) perioada de creștere.
42. Anemia feriprivă :
- a) se datorează scăderii cantității de fier din organism ;
 - b) se manifestă clinic prin paloare, astenie ;
 - c) se datorează deficitului de vitamină B12.

43. Manifestările clinice din anemia feriprivă includ :
- a) păr friabil, fără luciu ;
 - b) tegumente palide, uscate ;
 - c) hematurie.
44. Pica :
- a) semnifică un apetit neobișnuit pentru pământ (geofagie) ;
 - b) semnifică un apetit neobișnuit pentru gheață (pagofagie) ;
 - c) este caracteristică formelor severe de anemie feriprivă.
45. Sursele de vitamina B12 sunt reprezentate de :
- a) legume verzi ;
 - b) carne ;
 - c) stridii.
46. Riscul de apariție a anemiei pernicioase este crescut la :
- a) vegetarieni ;
 - b) consumatorii cronici de alcool ;
 - c) pacienții cu gastrectomie.
47. Anemia cronică simplă :
- a) apare secundar unor boli cronice : tuberculoză, sarcoidoză ;
 - b) simptomatologia este cea a bolii de bază ;
 - c) are prognostic nefavorabil pe termen lung.
48. Manifestările clinice din beta-talasemia majoră includ :
- a) splenomegalie ;
 - b) hepatomegalie ;
 - c) paloare.
49. Hemartrozele :
- a) sunt principalele manifestări la pacienții hemofilici ;
 - b) factorul declanșator este cel alergic ;
 - c) sunt localizate în articulația umărului, cotului.

50. Manifestările hemoragice din coagularea intravasculară diseminată cuprind :

- a) hematurie ;
- b) epistaxis ;
- c) hemartroze.

Răspunsuri

1 – a, c; 2 – a, b; 3 – a, b; 4 – a, c; 5 – b, c; 6 – b, c; 7 – a, b;
8 – a, c; 9 – b, c; 10 – a, b; 11 – a, c; 12 – a, b; 13 – a, c; 14
– a, c; 15 – a, b; 16 – a, b, c; 17 – a, b; 18 – a, b, c; 19 – a, b;
20 – a, b; 21 – a, c; 22 – b, c; 23 – a, b, c; 24 – a, b; 25 – a, b;
26 – a, c; 27 – a, b; 28 – a, b; 29 – b, c; 30 – a, b, c; 31 – a, b;
32 – a, b, c; 33 – a, b; 34 – a, b, c; 35 – a, c; 36 – a, b; 37 – a,
b, c; 38 – a, b, c; 39 – a, c; 40 – a, b; 41 – a, b, c; 42 – a, b;
43 – a, b; 44 – a, b, c; 45 – b, c; 46 – a, b, c; 47 – a, b; 48 – a,
b, c; 49 – a, c; 50 – a, b.

BIBLIOGRAFIE

1. Ion I. Bruckner, *Semiologie medicală*, Editura Medicală, București, 2002.
2. Victoria Ulmeanu, *Simptome, semne și sindroame, în exemple și probleme*, volumul I și II, Editura Muntenia & Leda, Constanța, 2001.
3. Victor Papilian, *Anatomia omului*, volumul II, Editura All, 2010.
4. I. Albu, R. Georgia, *Anatomie clinică*, Editura All, 2010.
5. Minodora Dobreanu, *Biochimie clinică, Implicații practice*, ediția a II-a, Editura Medicală, 2010.
6. Mihaela Maria Toma, *Hematologie practică*, Editura Ovidius University Press, Constanța, 2001.
7. Monica Moldoveanu, *Geriatric și geropatologie pentru asistenți medicali*, Editura All, 2011.
8. Adrian Covic, Maria Covic, Liviu Segall, Paul Gusbeth-Tatomir, *Manual de nefrologie*, Editura Polirom, Iași, 2007.
9. Trevor Weston, *Atlas de anatomie*, Editura Vox, 1997.
10. L. Gherasim, *Medicină internă*, volumul I – Bolile aparatului respirator. Bolile reumatice, Editura Medicală, București, 2002.
11. L. Gherasim, *Medicină internă*, volumul al II-lea – Bolile cardiovasculare. Bolile metabolice, Editura Medicală, București, 2000.

12. L. Gherasim, *Medicină internă, volumul al III-lea – Bolile digestive, hepatice și pancreatice*, Editura Medicală, București, 1999.
13. L. Gherasim, *Medicină internă, volumul al IV-lea – Bolile aparatului renal*, Editura Medicală, București, 2002.
14. M. Coculescu, *Endocrinologie clinică, note de curs*, Ediția a III-a, București, 1998.
15. Werner Kahle, Michael Frotscher, *Color Atlas of Human Anatomy*, vol. 2, 3, Thieme, 2003.
16. *Larousse, Dicționar de medicină*, Editura Univers enciclopedic, București, 1998.
17. M. Beuran, G. Popa, *Ghidul medicului de gardă*, Editura SCRIPTA, București, 1997.

CUPRINS

Introducere în semiologie. Definiții	5
Capitolul 1 – Utilizarea terminologiei medicale în efectuarea anamnezei	9
1.1. Semne, simptome și sindroame prin care se manifestă boala.....	9
1.1.1. Simptomul.....	9
1.1.2. Semnul	9
1.1.3. Sindromul	10
1.2. Componentele anamnezei	10
1.2.1. Abordarea pacientului.....	10
1.2.2. Foaia de observație	11
1.3. Termeni medicali frecvent utilizați în efectuarea anamnezei	35
1.3.1. Sufixe medicale.....	35
1.3.2. Prefixe medicale.....	36
1.3.3. Termeni specifici și abrevieri.....	37
Capitolul 2 – Modificările observate de asistenta medicală la inspecția generală.....	39
2.1. Metode fizice de examen clinic	39
2.1.1. Inspecția.....	41
2.1.2. Palparea.....	42
2.1.3. Percuția	43
2.1.4. Auscultația	44
2.2. Modificări observabile la inspecția generală	45

2.2.1. Atitudinea.....	45
2.2.2. Faciesul.....	50
2.2.3. Modificări tegumentare.....	52
2.2.4. Țesutul celular subcutanat – noduli subcutanați.....	73
2.2.5. Sistemul ganglionar.....	74
2.2.6. Starea de nutriție.....	74
2.2.7. Sistemul osteoarticular.....	79
2.2.8. Statura și tipul constituțional.....	81
2.2.9. Starea de conștiență.....	83
2.2.10. Starea neurologică.....	92
2.2.11. Examinarea sânelui.....	101
2.2.12. Starea psihică.....	102
2.2.13. Tulburări de sensibilitate și percepție.....	103
Capitolul 3 – Manifestări cauzate de diferite afecțiuni	104
3.1. Simptome-cheie.....	104
3.1.1. Febra.....	104
3.1.2. Hipotermia.....	107
3.1.3. Durerea.....	107
3.1.4. Cefaleea.....	108
3.1.5. Tusea.....	108
3.1.6. Vărsăturile.....	108
3.1.7. Frisonul.....	109
3.1.8. Transpirația.....	110
3.1.9. Vertijul.....	110
3.1.10. Extrasistolele.....	111
3.1.11. Amenoreea.....	111
3.1.12. Eructația.....	111
3.1.13. Pirozismul.....	112
3.1.14. Epistaxisul.....	112
3.1.15. Hematomul.....	113
3.1.16. Oliguria.....	114
3.1.17. Anuria.....	114

3.1.18. Disfagia și odinofagia.....	115
3.1.19. Disfonia.....	115
3.1.20. Colica.....	115
3.1.21. Anorexia.....	116
3.1.22. Astenia	117
3.1.23. Dispneea	118
3.1.24. Disuria.....	119
3.1.25. Palpitațiile	120

Capitolul 4 – Modificări observate în diferite

sindroame.....	121
4.1. Semiologia aparatului respirator	121
4.1.1. Noțiuni de anatomie a aparatului respirator.....	121
4.1.2. Sindromul bronșitei acute	123
4.1.3. Sindromul bronșitei cronice.....	123
4.1.4. Sindromul emfizematos	125
4.1.5. Sindromul pleural : sindromul pleuritei uscate, pleureziile, empiemul pleural, hidrotoraxul, hemotoraxul, pneumotoraxul	125
4.1.6. Sindromul din astmul bronșic.....	128
4.1.7. Sindromul de condensare pulmonară: sindromul de condensare din pneumonia pneumococică, bronhopneumonie, infarctul pulmonar, atelectazia pulmonară	130
4.1.8. Sindromul din cancerul bronhopulmonar	132
4.2. Semiologia aparatului cardiovascular	133
4.2.1. Noțiuni de anatomie a aparatului cardiovascular	133
4.2.2. Sindromul din insuficiență coronariană: angina pectorală, infarctul miocardic acut	134
4.2.3. Sindromul din insuficiența cardiacă.....	136
4.2.4. Sindroame pericardice : sindromul de pericardită acută uscată, sindromul de pericardită acută exsudativă, tamponada cardiacă	137

4.2.5. Hipertensiunea arterială	139
4.3. Semiologia aparatului digestiv.....	140
4.3.1. Anatomia aparatului digestiv	140
4.3.2. Sindromul icteric	144
4.3.3. Sindromul ocluziv intestinal	147
4.3.4. Sindromul colestatic	149
4.3.5. Sindromul diareic : diareea acută, diareea cronică..	149
4.3.6. Sindromul de malabsorbție	150
4.4. Semiologia aparatului renal	152
4.4.1. Noțiuni de anatomie a aparatului renal	152
4.4.2. Sindromul edematos	154
4.4.3. Sindromul nefrotic	155
4.4.4. Sindromul glomerulonefritei acute	156
4.4.5. Sindromul glomerulonefritei cronice.....	157
4.4.6. Sindromul litiazei renale.....	158
4.4.7. Sindromul insuficienței renale acute.....	159
4.4.8. Sindromul insuficienței renale cronice	161
4.5. Semiologia sistemului ganglionar.....	162
4.5.1. Anatomia sistemului ganglionar	162
4.5.2. Adenopatiile	164
4.6. Semiologia sistemului nervos	166
4.6.1. Noțiuni de anatomie a sistemului nervos.....	166
4.6.2. Sindromul meningeal	167
4.6.3. Sindromul de hipertensiune intracraniană	168
4.7. Semiologia hematologică.....	169
4.7.1. Sindroame anemice: noțiuni generale, anemia feriprivă, anemia cronică simplă, anemia pernicioasă, talasemiile	169
4.7.2. Sindroame hemoragipare : purpura comună, purpura anafilactică Henoch-Schönlein, purpura trombocitopenică indusă de medicamente, hemofilia, coagularea intravasculară diseminată.....	173

TESTE DE EVALUARE	179
I. Complement simplu și multiplu cu 5 variante.....	181
II. Adevărat sau fals	201
III. Complement multiplu cu 3 variante.....	207
BIBLIOGRAFIE.....	217