

Decizie de indexare a faptei de plagiat la poziția 00108 / 28.06.2014 și pentru admitere la publicare în volum tipărit

care se bazează pe:

A. Nota de constatare și confirmare a indiciilor de plagiat prin fișa suspiciunii inclusă în decizie.

Fișa suspiciunii de plagiat / Sheet of plagiarism's suspicion	
Opera suspicionată (OS) Suspicious work	Opera autentică (OA) Authentic work
OS SINESCU, Ioanel. Litiiza aparatului urinal. In: SINESCU, I. ed. <i>Urologie clinică</i> . București : Editura Medicală AMALTEA. 1998. p.141-161.	OA SPIRNAK, J.P. and RESNICK, M.I. Urinary stones. In: TANAGHO, E.A. and McANINCH, J.W. eds. <i>Smith's General urology</i> . 13th edition, Norwalk, California: Appleton & Lange. 1992. p.271-298.
Incidența minimă a suspiciunii / Minimum incidence of suspicion	
p. 141: 34s - p.142:03s	p.271: 22s - p.271:29d
p.142: Tabel 11-2	p.275: Table 16-1
p.153: 26s – p.153:40s	p.290: 30d – p.290:45d
Fișa întocmită pentru includerea suspiciunii în Indexul Operelor Plagiate în România de la Sheet drawn up for including the suspicion in the Index of Plagiarized Works in Romania at www.plagiate.ro	

Notă: Prin „p.72:00” se înțelege paragraful care se termină la finele pag.72. Notăția „p.00:00” semnifică până la ultima pagină a capitolului curent, în întregime de la punctul inițial al preluării.

Note: By „p.72:00” one understands the text ending with the end of the page 72. By „p.00:00” one understands the taking over from the initial point till the last page of the current chapter, entirely.

B. Fișa de argumentare a calificării de plagiat alăturată, fișă care la rândul său este parte a deciziei.

Echipa Indexului Operelor Plagiate în România

Fișa de argumentare a calificării

Nr. crt.	Descrierea situației care este încadrată drept plagiat	Se confirmă
1.	Preluarea identică a unor pasaje (piese de creație de tip text) dintr-o operă autentică publicată, fără precizarea întinderii și menționarea provenienței și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice.	✓
2.	Preluarea a unor pasaje (piese de creație de tip text) dintr-o operă autentică publicată, care sunt rezumate ale unor opere anterioare operei autentice, fără precizarea întinderii și menționarea provenienței și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice.	
3.	Preluarea identică a unor figuri (piese de creație de tip grafic) dintr-o operă autentică publicată, fără menționarea provenienței și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice.	
4.	Preluarea identică a unor tabele (piese de creație de tip structură de informație) dintr-o operă autentică publicată, fără menționarea provenienței și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice.	
5.	Republicarea unei opere anterioare publicate, prin includerea unui nou autor sau de noi autori fără contribuție explicită în lista de autori	
6.	Republicarea unei opere anterioare publicate, prin excluderea unui autor sau a unor autori din lista inițială de autori.	
7.	Preluarea identică de pasaje (piese de creație) dintr-o operă autentică publicată, fără precizarea întinderii și menționarea provenienței, fără nici o intervenție personală care să justifice exemplificarea sau critica prin aportul creator al autorului care preia și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice.	✓
8.	Preluarea identică de figuri sau reprezentări grafice (piese de creație de tip grafic) dintr-o operă autentică publicată, fără menționarea provenienței, fără nici o intervenție care să justifice exemplificarea sau critica prin aportul creator al autorului care preia și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice.	
9.	Preluarea identică de tabele (piese de creație de tip structură de informație) dintr-o operă autentică publicată, fără menționarea provenienței, fără nici o intervenție care să justifice exemplificarea sau critica prin aportul creator al autorului care preia și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice.	✓
10.	Preluarea identică a unor fragmente de demonstrație sau de deducere a unor relații matematice care nu se justifică în regăsirea unei relații matematice finale necesare aplicării efective dintr-o operă autentică publicată, fără menționarea provenienței, fără nici o intervenție care să justifice exemplificarea sau critica prin aportul creator al autorului care preia și însușirea acestora într-o lucrare ulterioară celei autentice.	
11.	Preluarea identică a textului (piese de creație de tip text) unei lucrări publicate anterior sau simultan, cu același titlu sau cu titlu similar, de un același autor / un același grup de autori în publicații sau edituri diferite.	
12.	Preluarea identică de pasaje (piese de creație de tip text) ale unui cuvânt înainte sau ale unei prefețe care se referă la două opere, diferite, publicate în două momente diferite de timp.	

Notă:

a) Prin „proveniență” se înțelege informația din care se pot identifica cel puțin numele autorului / autorilor, titlul operei, anul apariției.

b) Plagiatul este definit prin textul legii¹.

„...plagiatură – expunerea într-o operă scrisă sau o comunicare orală, inclusiv în format electronic, a unor texte, idei, demonstrații, date, ipoteze, teorii, rezultate ori metode științifice extrase din opere scrise, inclusiv în format electronic, ale altor autori, fără a menționa acest lucru și fără a face trimitere la operele originale...”.

Tehnic, plagiatul are la bază conceptul de **piesă de creație** care²:

„...este un element de comunicare prezentat în formă scrisă, ca text, imagine sau combinat, care posedă un subiect, o organizare sau o construcție logică și de argumentare care presupune niște premise, un raționament și o concluzie. Piesa de creație presupune în mod necesar o formă de exprimare specifică unei persoane. Piesa de creație se poate asocia cu întreaga operă autentică sau cu o parte a acesteia...”

cu care se poate face identificarea operei plagiate sau suspicioase de plagiat³:

„...O operă de creație se găsește în poziția de operă plagiată sau operă suspicioasă de plagiat în raport cu o altă operă considerată autentică dacă:

- Cele două opere tratează același subiect sau subiecte înrudite.
- Opera autentică a fost făcută publică anterior operei suspicioase.
- Cele două opere conțin piese de creație identificabile comune care posedă, fiecare în parte, un subiect și o formă de prezentare bine definită.
- Pentru piesele de creație comune, adică prezente în opera autentică și în opera suspicioasă, nu există o menționare explicită a provenienței. Menționarea provenienței se face printr-o citare care permite identificarea piesei de creație preluate din opera autentică.
- Simpla menționare a titlului unei opere autentice într-un capitol de bibliografie sau similar acestuia fără delimitarea întinderii preluării nu este de natură să evite punerea în discuție a suspiciunii de plagiat.
- Piesele de creație preluate din opera autentică se utilizează la construcții realizate prin juxtapunere fără ca acestea să fie tratate de autorul operei suspicioase prin poziția sa explicită.
- În opera suspicioasă se identifică un fir sau mai multe fire logice de argumentare și tratare care leagă aceleași premise cu aceleași concluzii ca în opera autentică...”

¹ Legea nr. 206/2004 privind buna conduită în cercetarea științifică, dezvoltarea tehnologică și inovare, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 505 din 4 iunie 2004

² ISOC, D. Ghid de acțiune împotriva plagiatului: bună-conduită, prevenire, combatere. Cluj-Napoca: Ecou Transilvan, 2012.

³ ISOC, D. Prevenitor de plagiat. Cluj-Napoca: Ecou Transilvan, 2014.

518425

Sub redacția
I. SINESCU



UROLOGIE CLINICĂ



Editura Medicală AMALTEA

coperta: M.C. Popescu-Drânda
fotocompoziție: Cezar Trante, Simona Derla
paginare: Cezar Trante
culegere: Ana-Magdalena Zainea, Amalia Trofor
corectură: Dr. Daniela Popescu, Dr. Carmen Rotaru
tehnoredactare computerizată: AMALTEA TehnoPlus
consilier editorial: Dr. Iuliana Cârstoiu

editori: Dr. M.C. Popescu-Drânda
Dr. Cristian Cârstoiu

Urologie Clinică / I. Sinescu
ISBN 973-97507-8-8
© 1998 - Editura Medicală AMALTEA
P.O.Box 9-27, 72100, București

Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate Editurii Medicale AMALTEA.
Nici o parte a acestui volum nu poate fi reprodusă, în nici o formă, fără permisiunea scrisă a
Editurii Medicale AMALTEA.

sub redacția
I. SINESCU

UROLOGIE CLINICĂ



Editura Medicală AMALTEA
București, 1998

sub redacția

Conf. Dr. I. SINESCU

U.M.F. „Carol Davila” – București

*Clinica de Chirurgie Urologică
Spitalul Clinic Fundeni – București*

Autori:

Dr. Emil Angelescu

Dr. Marinela Antonesi

Dr. Nicolae Calomfirescu

Conf. Dr. Alexandru Ciocâlțeu

Dr. Radu Constantiniu

Dr. Gabriel Glück

Conf. Dr. Lucian Iliescu

Dr. Marcian Manu

Dr. Rucsandra Manu

Prof. Dr. Ioan Romoșan

Conf. Dr. Ioanel Sinescu

LITIAZA APARATULUI URINAR

Conf. Dr. I. Sinescu

Litiază aparatului urinar a fost descrisă încă din antichitate de egipteni, greci și romani (aproximativ 7000 de ani î.Ch.), care i-au înregistrat simptomatologia și au imaginat unele modalități terapeutice. Litiază renală se întâlnește în prezent în statele dezvoltate cu o frecvență medie de circa 0,1% din populația generală. Distribuția geografică este neuniformă, litiază renală fiind endemică în Asia de Sud-Est, Orientul Mijlociu, India, Coasta estică a SUA etc., în timp ce în alte zone ca Africa tropicală sudică, raritatea cazurilor o face practic necunoscută clinicienilor.

Etiopatogenie. Din multitudinea de teorii etiopatogenice care încearcă să explice litogeneza, unele discordante sau chiar contradictorii, s-au impus cele descrise mai jos, care se regăsesc cel puțin izolat, dar cel mai adesea asociate, la fiecare pacient litiazic:

Suprasaturarea urinară. O soluție este suprasaturată atunci când conține o cantitate mai mare de substanță decât cea care poate fi dizolvată în condiții standard. Pe plan clinic, suprasaturarea urinară apare în două circumstanțe majore: (1) Eliminări excesive de săruri în urină și (2) Scăderea volumului urinar. Deși, în mod normal, urina este definită ca fiind o soluție suprasaturată de cristaloizi și alte substanțe, rezultat al funcției de concentrare a rinichiului, ea se găsește în „echilibru”, cristaloizii neprecipitând și neformându-se calculi. Eliminările excesive de săruri sau alți constituenți urinari, cu creșterea mult peste normal a concentrațiilor acestora în urină, asociată cu scăderea volumului urinar (deci a solventului) constituie condițiile obligatorii ale perturbării „echilibrului” urinei, aceasta devenind metastabilă, producându-se precipitarea constituenților urinari și inițindu-se astfel formarea calculilor.

Teoria matriceală. Cristalele se depun pe o matrice organică constituită din proteine serice și urinare: albumine, α_1 - și α_2 -globuline, gamaglobuline, mico-proteine, glicozaminoglicani, substanța matriceală A, substanța matriceală B etc. Cercetările clinice și experimentele au demonstrat că toți calculii urinari, indiferent de compoziția lor chimică, au un element structural comun: matricea organică.

Teoria nucleului de precipitare. Conform acestei teorii, formarea calculilor este inițiată de prezența unui corp străin sau a unui cristal în urina suprasaturată, acesta reprezentând elementul care favorizează depunerea constituenților urinari, precipitabili, cu creșterea lor ulterioară prin apoziiții succesive.

Teoria inhibitorilor cristalizării urinare. Unele substanțe urinare ca magneziul, zincul, pirofosfații, citrații, fosfocitrații, unele mucoproteine, acidul ribonucleic, glicozaminoglicani, diverse glicopeptide, condroitinsulfatul etc. inhibă cristalizarea urinară. Absența sau concentrația scăzută în urină a acestor substanțe permite cristalizarea și deci favorizează formarea calculilor.

La teoriile litogenetice descrise, care se regăsesc asociate ca mod de acțiune, se pot adăuga unii factori de risc suplimentari, care influențează gradul și severitatea clinică a afecțiunii litiazice. Aceștia includ statusul metabolic al pacientului (deseori cu determinism genetic), dezechilibre hormonale, obiceiuri alimentare, condiții de mediu, anomalii anatomice ale aparatului urinar, infecții urinare cronice etc. Rezultă așadar că există, în fapt, un complex de factori de risc, cu mecanisme de acțiune diferite, care concură la apariția concrețiunii litiazice în aparatul urinar, factori cu importanță litogenetică inegală de la un pacient la altul.

Locul anatomic al formării calculilor. Există câteva teorii diferite privitoare la locul exact al litogenezei, al formării calculilor în aparatul urinar:

- (1) Depunerea materialului litogen pe membrana bazală a tubilor colectori și pe suprafața papilei renale (teoria lui Randall), formându-se așa-numitele „plăcuțe Randall”, care ulterior se detașează de papilă și cad în cavitatea caliceală, unde prin apoziiții ulterioare, prin aderarea constituenților urinari, concrețiunea crește în dimensiuni, apărând calculul clinic manifest.
- (2) Depunerea precipitatelor litiazice în interiorul limfaticelor renale, urmată de colmatarea acestora, ruperea membranei ce le separă de tubii colectori și pătrunderea lor ulterioară în cavitățile urinare (Teoria lui Carr).

Tabel 11-1. Diferitele tipuri de calculi urinari.

Tip de calculi	Incidență	Compoziție
Calcici	71%	Preponderent oxalat de Ca – 33% Preponderent fosfat de Ca – 5% Mixt (oxalat + fosfat de Ca) – 33%
Necalcici	29%	Fosfat amoniacomagnezian* – 20% Acid uric – 6% Cistină – 3%
Rari	1%	Urați Xantină Proteine Droguri (acetazolamidă, silicați etc.)

*Calculii de fosfat amoniacomagnezian se împregnează secundar cu calciu, prin fenomenul de epitaxie sau nucleație heterogenă, devin slab radioopaci și sunt încadrați, în genere, în categoria calculilor calcici sau radioopaci. Din acest motiv, privitor la radioopacitate, se afirmă că aproximativ 90% din calculii urinari sunt radioopaci, iar restul de 10% sunt radiotransparenți.

(3) Depunerea în tubii renali de material celular amorf, necrozat și calcificat sau chiar de microcalculi, realizând litiaza intranefronală.

Compoziția calculilor urinari. Studiul compoziției calculilor urinari este foarte important, întrucât anumite structuri chimice sunt condiționate specific de unele cauze sau factori litogenetici. În prezent, în locul analizei chimice clasice a calculilor, incomplet informativă, se preferă studiile de spectrofotometrie în infraroșu sau cele de cristalografie. Astfel de studii efectuate pe loturi mari de bolnavi litiazici au furnizat următoarea structură compozițională a calculilor urinari:

Prezența calciului în compoziția calculilor le conferă radioopacitate, care va fi cu atât mai intensă cu cât concentrația calciului în structura chimică a calculului va fi mai mare. În același timp, densitatea calculului se corelează direct proporțional cu radioopacitatea (tabel 11-2). Acestea vor fi deosebite de duritatea mecanică a calculilor, ceea ce are consecințe practice, pe plan terapeutic.

Morfologia calculilor urinari. Din punct de vedere morfologic întâlnim următoarele categorii de calculi urinari:

- (1) Unici – situați în calice, în bazinetul renal sau ureter;
- (2) Multipli – situați în calice sau/și în bazinetul renal și ureter;

Tabel 11-2. Densitatea relativă a diferitelor tipuri de calculi urinari.

Tipul de calcul	Densitate	Grad de radioopacitate
Fosfat de calciu	22,0	Foarte radioopac
Oxalat de calciu	10,8	Radioopac
Fosfat amoniaco-magnezian	4,1	Moderat radioopac
Cistină	3,7	Slab radioopac
Acid uric	1,4	Radiotransparent
Xantină	1,4	Radiotransparent

- (3) Coraliformi – mulându-se pe bazinet și grupele caliceale, realizând o piesă litiazică unică, asociind sau nu fragmente litiazice separate, unice sau multiple, situate în calice.

Consecințele anatomo-patologice ale litiazei urinare. Mai rapid sau mai lent, cu simptomatologie clinică zgomotoasă sau „pe tăcute”, orice calcul este agresiv pentru aparatul urinar care îl conține. Consecințele anatomo-patologice depind de localizare, de numărul de calculi, de gradul de obstrucție pe care-l provoacă, de durata acesteia, de asocierea cu infecția urinară, de durata evoluției în timp, de starea aparatului urinar preexistentă apariției calculului și de o multitudine de alți factori proprii pacientului. Aceștia sunt:

Obstrucția urinară, indusă de prezența obstacolului mecanic reprezentat de calcul. Aceasta poate fi completă sau incompletă, după mărimea și localizarea calculului, ori acută sau cronică după modalitatea de instalare. Obstrucția litiazică are drept rezultată hiperpresiunea în căile urinare supraiacente obstacolului. În consecință, obstrucția litiazică se manifestă clinic printr-o serie de semne și simptome, care au un substrat anatomo-patologic corespunzător:

- (1) Durerea. Poate îmbrăca mai multe forme:
 - colică renală în eventualitatea obstrucției bruște și complete a joncțiunii pieloureterale sau a ureterului;
 - nefralgie caracteristică obstrucțiilor incomplete, cronice, induse în special de calculii caliceali sau coraliformi, care permit scurgerea urinei cu un grad de hiperpresiune supraiacentă.
- (2) Dilatația supraiacentă obstacolului, reprezentată prin ureterohidronefroză, hidronefroză sau hidrocalicoză, în raport cu topografia calculului care determină obstrucție urinară. Dilatația supraiacentă are drept consecință, urmare a hiperpresiunii din calea urinară, distrucția morfologică a nefronilor, a parenchimului renal, cu subțierea și atrofia acestuia. Distrucția morfologică descrisă are drept

stomie, uneori perioade de câteva săptămâni, metoda prezentând, totuși, riscul hemoragiei consecutiv manevrelor transparenchimotoase. Indicațiile acestei metode terapeutice sunt superpozabile celor pentru chirurgia deschisă.

Litotriția extracorporeală ESWL (extracorporeal shock waves lithotripsy). Această metodă permite îndepărtarea calculilor renali fără o intervenție chirurgicală directă pe rinichi. Pacientul necesită anestezie regională sau generală, calculii sunt reperați radiologic sau ecografic și sunt dezintegrați prin unde de șoc produse printr-un electrod (sau printr-o multitudine de alte mecanisme), care sunt focalizate pe concrețiunea litiazică. Undele de șoc provoacă leziuni tisulare minime, cu excepția celor pulmonare. Metoda poate fi aplicată tuturor tipurilor de calculi, chiar coraliformi, adesea fiind necesară drenarea rinichiului cu catetere ureterale tip Cook. Pentru calculii mari sau litiaza multiplă sunt necesare mai multe ședințe de litotriție extracorporeală. Calculii de oxalat monohidrat și de cistină se fragmentează greu prin această metodă.

Litiazile complexe, recidivate, pot fi tratate prin metode combinate, mulți pacienți litiazici nu mai necesită astăzi procedee de chirurgie clasică pentru dezobstrucție.

Tratamentul litiazei ureterale

Ambele uretere, drept și stâng, sunt interesate în procentaj egal de litiaza renală mobilizată cu scopul eliminării spontane. Tratamentul litiazei ureterale depinde de mărimea și localizarea calculilor, vârsta pacientului, prezența sau absența infecției tractului urinar, anatomia acestuia, amploarea simptomatologiei clinice și a consecințelor anatomopatologice ale obstrucției. S-a demonstrat că un procentaj foarte ridicat, 31-93% din calculii ureterali, se pot elimina spontan. Se apreciază că aproximativ 90% din calculii ureterali pelvini, cu diametre de până la 4 mm, se elimină spontan, în timp ce pentru calculii cu diametre între 4 și 5 mm această posibilitate scade sub 50%, iar pentru calculii cu diametru mai mare de 6 mm, se consemnează doar 20% eliminări spontane, naturale. Pentru calculii localizați în ureterul proximal, posibilitatea eliminării spontane este mult mai redusă.

Tratamentul litiazei ureterale este:

- (1) **Expectativa** presupune administrarea de analgice și cură moderată de diureză. Este indicată pentru toți calculii ureterali cu diametre mai mici de 5 mm, care au posibilități de eliminare pe căi naturale, fără complicații septice sau insuficiențe renale acute obstructive. Se vor efectua radiografii abdominale pe gol la 1-2 săptămâni interval, pentru monitorizarea progresiei calculilor spre vezică. În eventualitatea apariției febrei asociate infecției tractului urinar, a colicilor renale subintrate, refractare la tratament, a grețurilor și vărsăturilor severe, a

obstrucțiilor severe pe rinichi unic, cu anurii consecutive sau a impactării calculului în ureter, pacientul va fi internat în spital cu indicație de tratament activ, endourologic sau chirurgical.

- (2) **Tratamentul endourologic.** Presupune tehnici de abordare percutanată, transrenală sau ascendentă, de ureteroscopie propriu-zisă, prin care calculul poate fi extras mecanic, utilizând sonde extractoare (cu dublu balon sau coșuleț) sub control fluoroscopic sau se efectuează litotriția „in situ”, calculul fiind dezintegrat cu unde hidroelectrice, ultrasonice, laser etc., manevre care îndepărtează obstacolul și evită intervenția chirurgicală clasică. După caz, aceste procedee impun fie nefrostomia percutanată temporară, fie drenajul intern, cu sonde Cook, al rinichiului dezobstruat prin tehnici de endourologie. Procedeele endourologice, pentru urologii și centrele specializate au o rată de succes de circa 60-70% din cazuri. Complicațiile acestor procedee includ infecțiile de tract urinar, hematurii persistente, perforații ureterale etc. Pentru calculii ureterali proximali și distali (în proporție mai redusă pentru cei iliaci, suprapuși peste reperele osoase ale bazinului), litotriția este urmată de succes în circa 30-40%, în special pentru cazurile la care s-a reușit drenajul intern cu sonde Cook, care creează un spațiu între calcul și peretele ureteral adiacent.
- (3) **Tratamentul chirurgical.** Indicațiile tratamentului chirurgical sunt reprezentate de:
 - (a) Eșecurile eliminărilor spontane, ale procedeelelor endourologice și a ESWL
 - (b) Calculii ureterali complicați cu infecții urinare severe, obstrucții pe rinichi unic cu anurie consecutivă, anomalii anatomice ureterale etc.

În funcție de localizarea calculului, abordul chirurgical poate fi lombar, iliac sau pelvian și constă în izolarea ureterului, ureterotomia longitudinală pe calcul, extragerea acestuia, verificarea permeabilității ureterale în amonte și în aval și ureterorafie etanșă. Pentru pacienții cu pielonefrite severe, rinichi unic, anurici este indicată efectuarea unei forme de drenaj (ureterostomie „in situ”, drenaj intern cu sondă Cook etc.).

Litiaza vezicală

- (1) Forma primitivă este relativ rară și survine în special la copii, pe aparat urinar cu urină sterilă. Este foarte rară, excepțională, la fete. Etiopatogenic este incriminată dieta săracă în proteine și fosfați sau sindroamele diareice și deshidratările din zonele calde, tropicale. În zonele endemice (Orientul Mijlociu, China, India, Indonezia), calculii vezicali sunt compuși predominant din urat acid de amoniu.
- (2) Forma secundară. Litiaza vezicală se formează consecutiv unor afecțiuni ce induc stază urinară (adenom și cancer prostatic, strictură și valve