

la Regulamentul privind organizarea și efectuarea expertizei medicale a funcționarilor publici cu statut special din cadrul Ministerului Afacerilor Interne și Centrului Național Anticorupție, a candidaților pentru angajare în funcții publice cu statut special din aceste instituții și a candidaților pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale Ministerului Afacerilor Interne

METODICA EFECTUĂRII EXAMENULUI MEDICAL

I. Principii generale

1. Examenul medical reprezintă unul din **momentele** principale ale activității cu caracter profilactic. De calitatea lui depinde în mare măsură evoluția ulterioară a stării de sănătate a angajatului. Scopul acestui examen este determinarea corespunderii stării de sănătate a examinatului funcției încredințate/preconizate, excluderea (la persoanele practic sănătoase) a maladiilor cronice, care pot servi ca contraindicații de activitate în unele condiții concrete de muncă.

Examenul medical se efectuează ziua, în încăperi luminoase, calde și spațioase, destinate special pentru acest scop. Dacă este imposibil de a folosi lumina zilei, iluminarea artificială trebuie să fie pe deplin suficientă pentru munca medicilor. Fiecărui medic i se repartizează o încăpere separată. Persoanele supuse expertizei trebuie să fie dezbrăcate.

Starea sănătății persoanelor supuse expertizei se determină prin studierea datelor anamnestice și examinarea obiectivă multilaterală a acestora, indiferent de faptul dacă acestea prezintă sau nu acuze privind starea sănătății, cu înscrierea datelor în Fișa de examinare.

2. Rezultatele dispensarizării, prezentate de persoanele supuse expertizei, nu-i eliberează pe medici de examenul medical al acestora. Totodată, luând în considerație concluziile (stabilite în baza criteriilor prevăzute în Protocoalele Clinice Naționale) instituției medico-sanitare, unde a fost investigată, tratată, supravegheată persoana în cauză.

3. La examenul medical în masă medicii folosesc o metodă unificată de examinare, care presupune un consum minim de timp, cu stabilirea unui tablou cât mai amplu al stării sănătății persoanei supuse expertizei. În acest scop, examinarea organelor și sistemelor se efectuează conform unei scheme stabilite și într-o astfel de succesiune, încât examenul medical să se efectueze mai rapid.

4. În procesul examenului medical este important de a depista nu numai defectul fizic și de a stabili caracterul afecțiunii, ci și de a determina gradul de dereglare și cel de compensare al funcției organului (sistemului) afectat și adaptabilitatea funcțională a organismului în ansamblu, fapt care stă în baza deciziei respective de expertiză.

5. În toate cazurile de suspiciuni ale devierii de la normal, persoana în cauză trebuie supusă unui examen minuțios, în funcție de modificările depistate de către medicii experți. Dacă după examenul ambulator diagnosticul rămâne incert, persoana supusă expertizei este trimisă pentru investigații în staționar (în cazul persoanelor angajate MAI/CNA) și examinare în clinici specializat, catedrele de profil din cadrul USMF „N. Testemițanu”.

II. Examenul antropometric

6. Indicii antropometrici care se apreciază în scopul expertizei medicale, sunt: înălțimea, greutatea corpului, în baza cărora se calculează Indicele Masei Corporale (IMC).

Examenul antropometric se realizează de către personalul medical mediu cu ajutorul aparatelor de măsurat, standardizate.

7. Înălțimea persoanei examinate se determină în poziția verticală. Pentru măsurarea staturii în poziția verticală persoana examinată ia loc pe suportul antropometrului, atingând stinghia verticală cu regiunea dorsală interscapulară, fesele și călcâiele. Capul stă drept, astfel ca incizura supra-tragică a pavilionului urechii și unghiul exterior al fantei palpebrale să se afle pe aceeași linie orizontală. Stinghia mobilă a antropometrului trebuie să se lipească strâns de creștet.

8. Greutatea corpului se determină cu ajutorul cântarului medical. Persoana examinată stă în picioare la mijlocul platformei cântarului. Indicii se înscriu cu exactitatea de 0,1 kg.

9. Perimetrul cutiei toracice se măsoară prin aplicarea, fără presiune, a panglicii centimetrice de măsurat, posterior – sub unghiul scapulelor, anterior – pe marginea inferioară a areolelor mamare. În cazul acesta, persoana examinată stă liniștită cu mâinile lăsate în jos. Se notează trei indici: în momentul pauzei respiratorii, la inspirația maximă și la expirația maximă.

10. Forța mâinilor se determină cu dinamometrul de mână, care se comprimă cu un efort maxim al mâinii întinse orizontal, mai întâi – a mâinii drepte, apoi a celei stângi.

Forța lombară se determină folosind dinamometrul lombar. Persoana examinată întinde la maximum mânerul dinamometrului, aflat la nivelul articulațiilor genunchilor, fără a îndoi picioarele.

III. Examenul stării psihice

11. Examenul stării psihice a persoanei supuse expertizei se efectuează după testarea în laboratorul psihofiziologic cu examinarea psihologului. Medicul psihiatru cel mai des se întâlnește cu stările limitrofe și maladii cu evoluție lentă, cu disimularea examinațiilor, cu greutatea în determinarea rapidă a nozologiilor simptomatice a patologiei depistate. De aceea, o deosebită atenție se atrage fiecărui izvor de informație. Se studiază documentele care caracterizează persoana examinată: datele din fișa medicală, extrasele de la medicul de familie, livretul militar, care pot conține informații despre patologia suportată, referințe de la instituții de învățământ, de la serviciu, în unele cazuri din subdiviziunile unde a activat, informațiile de la părinți, rude, din instituțiile medico-saniare de la locul de trai (Adeverință medicală, Certificat privind aptitudinea de a deține și a folosi arme și muniții, a practica activități sociale și profesionale cu responsabilitate sportivă, Aviz consultativ narcologic pentru dreptul de a fi admis la cursuri de șoferi, angajarea la lucru cu regim special, eliberarea autorizației de achiziționare a armelor și munițiilor aferente, ș.a.). În discuție cu persoana examinată medicul psihiatru studiază acuzele, anamneza ereditară – dacă nu este agravată cu prezența maladiilor psihice la rude, anamneza vieții, prezența traumelor cranio-cerebrale în anamneză, neuroinfecțiilor suportate, convulsiilor, somnambulismului, informații despre prezența patologiei perinatale, tulburărilor neurotice și de comportament, prezența în trecut a episoadelor delirante, halucinațiilor, episoadelor de depersonalizare etc., deprinderi vicioase (consumul alcoolului, drogurilor), prezența gândurilor suicidale, interesele și pasiunile examinatului. La examinare se atrage atenție la expresia feței, mimicii, a particularităților mersului, pozei, mișcărilor, atitudinea față de examinare, prezența autolezionilor, tatuajelor, semnelor după injecții în special celor intravenoase.

12. Principalul în aprecierea stării psihice este metoda clinică de examinare, care trebuie asociată cu examinarea psihologică și dacă sunt indicații se folosesc și alte metode de examinare instrumentale paraclinice, (ecoencefalografia, electroencefalografia, tomografia computerizată a encefalului, RMN etc). Examinarea stării psihice se efectuează în următoarea succesiune: se apreciază starea cunoștinței, atenției, memoriei, gândirii, intelectului, sferei emoțional-volitivă, se determină simptomatologia psihopatologică.

La examinarea atenției se menționează stabilitatea acesteia, epuizarea, distragerea și capacitatea de concentrare. La examenul memoriei se stabilește rapiditatea și exactitatea memorizării, reproducerea evenimentelor trecute și celor curente, existența pseudoreminiscenței, tipul amneziei (retrograd, anterograd) etc.

La aprecierea gândirii se atrage atenția asupra logicii succesiunii raționamentelor și deducțiilor, predominarea gândirii abstracte asupra celei concrete și invers, prezența perseverenței, vâscozității, incoerenței, rezonieriei, stereotipiei gândirii, etc. Se determină ritmul gândirii (accelerat, obișnuit, încetinit). Se apreciază dacă sunt idei delirante, obsesii, etc.

La determinarea stării sferei emoționale se apreciază starea de spirit (ridicată, echilibrată, abătută), oscilațiile patologice ale dispoziției, durata, nuanța acestora. Se evidențiază dacă emoțiile sunt adecvate sau neadecvate după manifestările lor exterioare, capacitatea de a-și controla sentimentele. În calitate de criteriu de diagnostic se studiază nivelul adaptării sociale, particularitățile personale. Sfera volitivă se apreciază în conformitate cu particularitățile înclinațiilor și comportamentul persoanei examinate.

Se stabilește dacă sunt sau nu tulburări de percepție: iluzii, halucinații, conținutul acestora, atitudinea față de acestea (critica deplină, parțială, indiferența), modificarea calității percepției spațiului, timpului, propriei persoane etc. Pentru depistarea acestor tulburări, precum și a delirului și a ideilor obsesive este nevoie de un interogatoriu bine orientat în acest scop al persoanei examinate.

Diagnosticul bolii psihice sau a stării limitrofe, stabilită la candidații pentru angajare în serviciu sau studii - nu poate să influențeze la statutul social a examinatului, datele sunt confidențiale.

În cazul efectuării expertizei medicale a angajaților MAI/CNA, ce suferă de o boală psihică sau stare limitrofă – expertiza medicală se efectuează după examinare în staționar în instituțiile specializate, cu prezentarea documentelor (caracteristica de serviciu ce conține detalii despre prezența unor semne de îmbolnăvire psihică sau comportament neadecvat și extrasul din cartela de ambulator).

În cazul prezenței unei tulburări psihice, când persoana trimisă pentru examinare conform stării psihice nu este capabilă să-și expună liberul consimțământ – internarea în staționarul specializat este obligatorie și se efectuează în modul stabilit de lege. În celelalte cazuri, când este necesară efectuarea expertizei psihiatrice (tulburări limitrofe ș.a.), cu consimțământul examinatului se întocmește bilet de trimitere pentru spitalizare programată în scopul stabilirii sau precizării diagnosticului și efectuării expertizei psihiatrice. Condiția obligatorie pentru spitalizare în aceste cazuri este exprimarea liberului consimțământ sau cererea pacientului. În caz de refuz de a efectua expertiza psihiatrică, angajatul MAI/CNA își argumentează refuzul în scris sub formă de raport, care se anexează la fișa examenului medical, examinarea medicală se întrerupe, decizia medicală în acest caz nu se adoptă, despre ce se informează, în timp util, conducerea subdiviziunii MAI unde examinatul își exercită serviciul **sau, după caz, conducerea CNA.**

IV. Examenul sistemului nervos

13. Examenul sistemului nervos constă din: studierea documentației medicale, interogarea, examinarea clinico-neurologică obiectivă și instrumentale paraclinice a persoanei în cauză. La interogare se clarifică acuzele, anamneza vieții, se atrage atenția asupra existenței în anamneză a acceselor pierderii cunoștinței, convulsiilor, modificărilor de vorbire, auz, vedere, tulburări neurologice în infecțiile suportate, traumelor sistemului nervos central și celui periferic, tratamentului în instituțiile de profil psihiatric și neurologic, se stabilește timpul încetării enurezisului. Se precizează informații despre ereditate – dacă la rude au fost crize convulsive, episoade de pierdere a cunoștinței, crize de miastenie, tulburări mintale, abuz de alcool, consum de droguri.

La investigare se apreciază starea de conștiință, particularitățile mersului, starea pielii, mucoaselor, sistemului muscular. Principalul în examinare este metoda clinică, dar la necesitate dacă sunt indicații apoi și alte metode de examinare instrumentale paraclinice: electroencefalografia (EEG), ecografia Doppler cervicală și transcraniană, tomografia computerizată (CT), rezonanța magnetică nucleară (RMN), PET (SPECT) a encefalului ș.a. În cazul când sunt prezente semne ale leziunilor traumatiche în regiunea țesuturilor moi ale capului (cicatrice), este nevoie de a se convinge de absența leziunilor oaselor craniene chiar și în cazul când persoana examinată neagă existența în trecut a unor traumatisme craniene, este necesar de a efectua radiografia craniului.

14. Examenul neurologic începe cu cercetarea funcției nervilor cranieni, Se examinează funcția nervilor oculomotori și a inervației simpatice a ochiului, poziția globilor oculari, mișcările oculare în sus, în jos, medial și lateral. Se stabilesc forma și mărimea pupilelor, uniformitatea acestora, precum și reflexul la lumină (direct și concomitent), convergența, acomodarea.

La cercetarea funcției nervului trigemen se examinează starea sensibilității faciale, a musculaturii masticatoare, amplitudinea mișcărilor mandibulei, reflexele cornean și conjunctival.

Se stabilesc funcțiile celorlalți nervi cranieni. Se examinează dacă sunt egale pliurile cutanate ale frunții, lățimea fantelor palpebrale, posibilitatea de a miji ochii și a încrunta sprâncenele, simetria pliurilor nazolabiale la arătarea dinților.

Se determină funcția motorie a aparatului vestibular (nistagmus, dereglări de echilibru, probele de coordonare).

Se examinează mobilitatea palatului moale, sonoritatea vocii, capacitatea de deglutiție, posibilitățile de rotație a capului și de elevație a umerilor, volumul mișcărilor limbii la scoaterea acesteia, existența fibrilațiilor musculare și atrofiei mușchilor linguali.

15. La examinarea sferei motorii se controlează volumul mișcărilor active și pasive ale extremităților superioare și inferioare, coordonarea actelor motorii (ataxia statică și dinamică), forța, tonusul și troficitatea mușchilor. Se atrage atenția asupra existenței de tulburări involuntare, contracturi, atrofii.

În continuare se examinează reflexele tendinoase, cutanate și pe mucoase. Fiecare reflex se examinează din dreapta și din stânga, se compară rapiditatea și egalitatea lor. Se stabilește existența sau absența reflexelor patologice (Babinski, Rossolimo, Gordon ș.a.), starea sensibilității superficiale și a celei profunde (dureroase, termice, tactile, articulare).

16. La examinarea sistemului nervos vegetativ se atrage atenția asupra culorii tegumentelor (fața, trunchiul, extremitățile), existenței tulburărilor trofice, se stabilesc umezeala și temperatura pielii prin palpare. Se controlează reflexele vegetative cutanate (dermografismul local și cel reflector, reflexul pielii), ocular cardiac D/Așchner, cervical vegetativ, ortostatic.

Minimum indicat al examenului obiectiv al sistemului nervos este obligatoriu.

În cazul efectuării expertizei medicale a angajaților MAI/CNA, ce suferă de maladie neurologică expertiza medicală se efectuează după investigare și tratament staționar în instituțiile specializate, cu prezentarea documentelor (caracteristica de serviciu ce conține detalii despre prezența unor semne de îmbolnăvire și extrasul din fișa de staționar).

În cazul prezenței unei tulburări neurologice, când persoana trimisă pentru examinare conform stării sănătății, spitalizarea programată este obligatorie, dar angajatul MAI/CNA nu este de acord, atunci își argumentează refuzul înscris, sub formă de raport, care se anexează la fișa examenului medical. Examinarea medicală se întrerupe, decizia medicală în acest caz nu se adoptă, despre ce se informează conducerea subdiviziunii MAI, unde examinatul își exercită serviciul sau, după caz, conducerea CNA.

V. Examenul organelor interne

17. Examenul organelor interne include studierea acuzelor, anamnezei, precum și examenul obiectiv, care începe cu investigarea generală. Se atrage atenția asupra aspectului exterior, constituției, culorii, elasticității și umidității pielii, apoi, prin metoda palpației - asupra stării țesutului celuloadipos subcutanat, ganglionilor limfatici, mușchilor.

18. Aparatul circulator. Examinarea vaselor se efectuează prin investigarea și palparea arterelor și venelor, auscultația vaselor mari și studierea sistemului vascular prin metode instrumentale. Se stabilesc ritmul, frecvența, tensiunea și volumul pulsului, pulsația posibilă a arterelor și venelor în diverse regiuni, care poate indica la unele afecțiuni ale cordului sau vaselor mari. Se măsoară tensiunea arterială în repaus (șezând). Pentru a exclude o sporire accidentală a tensiunii arteriale la măsurarea de o singură dată, este necesar, fără a scoate manșeta, de a măsura tensiunea arterială de câteva ori și de a lua în considerare ultima din cele mai mici cifre. La necesitate, măsurarea repetată a tensiunii arteriale se face după o pauză de odihnă de 10—15 minute. Tensiunea sistolică (maximală) normală oscilează între 100 și 139 mm ai coloanei de mercur, cea diastolică (minimală) - între 60 și 89 mm ai coloanei de mercur. Un semn veridic al hipertensiunii arteriale va fi considerată tensiunea arterială măsurată repetat, care depășește cifra de 150 și 95 mm ai coloanei de mercur.

Prin palpație și percuție se determină granițele cordului, suprafața lui, puterea și rezistența șocului apexian, existența șocului cardiac, vibrația cutiei toracice, alte pulsații în regiunea cordului și în vecinătatea lui. La auscultația inimii în diverse poziții ale persoanei examinate (culcat, stând în picioare, după un efort fizic, la reținerea respirației) se apreciază sonoritatea zgomotelor cardiace (intensificare, atenuare, accentuare) și caracterul acestora (scindarea, dedublarea, apariția altor zgomote), precum și existența suflurilor cardiace. La auscultația suflului se va stabili relația acestuia cu faza activității cardiace (sistolică, diastolică), caracterul, intensitatea, durata, localizarea și iradierea predominantă. Diagnosticul diferențial al suflurilor organice și funcționale, precum și al viciilor cardiace se efectuează numai după examenul complex, incluzând metodele instrumentale (radiologice, cardiografice, funcționale).

19. Aparatul respirator. La aprecierea acuzelor se atrage atenția asupra caracterului dispneei (fiziologică sau patologică, cu inspirație dificilă, expirație dificilă sau mixtă), particularitatea tusei (durata, timpul apariției, tăria, tembrul, prezența sputei și particularitățile acesteia), localizarea, intensitatea, iradierea durerilor în piept și legătura acestora cu actul respirator și cu tusea.

La examinare se apreciază culoarea pielii și a mucoaselor vizibile, forma cutiei toracice, poziția claviculelor, foselor supra și subclaviculare, scapulelor, simetria hematuricelor, tipul respirației, frecvența, ritmul și profunzimea mișcărilor respiratorii, participarea în actul respirator a mușchilor auxiliari.

Prin palpare se depistează localizarea durerii în regiunea cutiei toracice și rezistența (elasticitatea) acesteia, vibrația vocală, murmurul și clapotajul pleural.

Prin percuția comparativă se stabilesc granițele pulmonare, mobilitatea marginilor inferioare ale plămânilor, înălțimea poziției vârfurilor plămânilor și lățimea acestora, de asemenea se depistează modificările sunetului percutor pulmonar în stările patologice (scurtare, submatitate sau matitate în prezență de lichid în cavitatea pleurală, procese inflamatorii sau tumorale în plămâni; caracterul timpanic al sunetului, la acumularea aerului în cavitatea pleurală, la existența cavităților în plămân – abces, cavernă, pneumatizări sporite ale parenchimului pulmonar – emfizem).

La auscultație se stabilește caracterul suflurilor respiratorii în diferite faze ale respirației, forța și durata lor. Se apreciază suflurile respiratorii principale (vezicular, bronșic), schimbarea lor și zgomotele respiratorii secundare (ralurile, crepitația, murmurul pleural).

Dacă s-au depistat simptome suspecte pentru o boală pulmonară, sunt folosite metodele de examinare radiologice, instrumentale și de laborator.

20. Capacitatea vitală a plămânilor se stabilește folosind spirometrul. Persoana examinată, după o inspirație maximă, face expirația maximă în tubul spirometrului. Rezultatele spirometriei (pletismografia etc.) în normă sau patologie se evaluează conform anexei nr. 17.

21. Organele cavității abdominale. O deosebită atenție se acordă analizei acuzelor și anamnezei. La examinare se apreciază starea cavității bucale (dinții, gingiile, limba, mucoasele). Inspecția și palparea organelor abdominale se efectuează în poziția culcată și verticală. Prin metoda palpării superficiale, apoi a celei profunde glisante se evidențiază locurile sensibile la durere, iritarea peritoneului, existența unei hernii a liniei albe, defansul peretelui abdominal, precum și contururile, consistența, localizarea unor organe ale cavității abdominale și formațiuni tumorale ale acesteia. Dacă sunt mărite ficatul, splina, dimensiunile acestora se indică în centimetri.

Prin percuție se determină limita superioară a ficatului, limita inferioară a stomacului și dimensiunile splinei. Când se depistează simptome care indică o afecțiune a organelor cavității abdominale, se înfăptuiesc investigații suplimentare (radiologice, instrumentale, de laborator etc.).

VI. Examenul chirurgical

22. Medicul studiază ținuta în planul sagital și frontal. Ținuta corectă se caracterizează prin poziția dreaptă (verticală) a capului și simetria contururilor liniilor cervicobrahiale, poziția mediană a liniei apofizelor spinoase, nivelului uniform și dislocației simetrice a unghiurilor scapulelor, configurația similară a triunghiurilor taliei, contururile ușor proeminente ale cutiei toracice, forma regulată a membrelor inferioare.

Se studiază starea tegumentelor. Dacă sunt cicatrice, se apreciază caracterul și originea lor.

Prin examinarea cutiei toracice se evaluează deformațiile legate de deformarea coloanei vertebrale sau fără legătură cu aceasta (torace în pânne sau în carenă). Se determină poziția claviculelor.

Se inspectează abdomenul, forma lui. La examinarea organelor genitale se atrage atenția asupra anomaliilor de dezvoltare ale penisului, uretrei, testiculelor.

Dacă există o asimetrie a scapulelor, aceasta poate fi legată de deformația coloanei vertebrale sau boala Sprengel – ridicarea congenitală a scapulei. Cea mai frecventă formă a deformației coloanei vertebrale este cifoza toracică, mai rar - lordoza, în segmentul lombar - mai frecvent accentuarea lordozei, mai rar cifoza. Se atrage atenția asupra existenței și gradului de manifestare a scoliozei.

23. Se apreciază poziția persoanei supuse expertizei. O poziție forțată poate fi condiționată de senzații dureroase, de modificările anatomice sau de stările patologice stabilite în urma compensării.

Extremitatea se poate afla în poziția rotației interioare sau exterioare, adducției sau abducției, flexiei sau extensiei.

Pentru determinarea fracturilor, luxațiilor și altor leziuni învechite ale oaselor și articulațiilor se atrage atenția asupra poziției punctelor de reper principale, proeminențelor osoase, epicondiliilor. Într-o articulație normală a cotului în poziția extensiei antebrațului epicondiliul humerusului și apexul

olecranului se găsesc pe aceeași linie. La flexie în articulația cotului aceste puncte de reper formează un triunghi echilateral cu vârful pe olecran.

24. Se studiază forma și poziția bazinului. De reținut că la multe persoane (până la 80 la sută) în normă un picior este mai scurt decât celălalt. La scurtarea piciorului cu 2 cm și peste, se depistează o deformare evidentă a bazinului. În poziția abducției piciorului scurtat deformația bazinului dispăre. Deformarea compensatorie a coloanei vertebrale în asemenea cazuri nu poate fi clasată ca deformație. La o lungime egală a picioarelor cu deformarea bazinului, trebuie exclusă deformarea coloanei vertebrale, fapt care necesită o examinare suplimentară.

Se notează simetria pliurilor fesiere și proeminențelor trohanterului mare al oaselor femurale.

Se examinează regiunea sacrococcigiană și cea a anusului pentru depistarea canalelor coccigiene epiteliale și a complicațiilor acestora, a unor manifestări ale paraproctitei cronice, a fistulelor pararectale, hemoroizilor, dehiscentei anusului. Cercetarea prolapsurilor posibile ale hemoroizilor și prolapsului rectal se efectuează la un scremet ușor și puternic, în poziția de genoflexie a persoanei în cauză.

25. La examinarea membrelor inferioare se determină poziția axelor acestora. Se evidențiază: picioare drepte; genu-varus, cu devierea laterală a genunchilor, când axele coapsei și gambei formează un unghi deschis în interior; genu – valgus, când genunchii formează un unghi deschis în exterior. Pentru determinarea genu – varus se măsoară distanța dintre proeminențele condililor mediali ai oaselor femurale, genu – valgus — distanța dintre maleolele mediale ale gambelor. Se atrage atenția la culoarea pielii membrelor inferioare, prezența edemelor, tulburărilor trofice (ulcere, pigmentație), dilatarea varicoasă a venelor subcutanate. Se examinează picioarele și tălpile.

26. La palparea craniului pot fi depistate defecte ale oaselor bolții în urma unui traumatism sau intervenții chirurgicale, prezența unor formațiuni tumorale ale țesuturilor moi și oaselor.

27. Se determină starea ganglionilor limfatici periferici, glandei tiroide, turgorul și temperatura pielii, dezvoltarea musculaturii.

28. Prin palparea abdomenului se determină starea peretelui abdominal anterior în repaos sau în scremet (hernii ale liniei albe, ombilicale, inghinale, postoperatorii), starea organelor interne, inelelor inghinale externe. Dacă există o hernie, se apreciază mărimea, conținutul și reductibilitatea ei.

29. Se palpează testiculele, anexele acestora, elementele cordonului spermatic și prostata în scopul depistării criptorhismului, anomaliilor de dezvoltare, hidrocelului și funiculocelului, tumorilor, calculelor, afecțiunilor inflamatorii ale prostatei etc.

30. Pentru evaluarea stării aparatului locomotor și a coloanei vertebrale este important de a depista nu atât modificările anatomice, cât a determina capacitățile funcționale ale acestora. La stabilirea aptitudinii pentru serviciu, trebuie de reținut că anchiloză unei articulații mari într-o poziție funcțional utilă a extremității (segmentului) într-o serie de cazuri nu limitează volumul obișnuit al lucrărilor executate. Poziție funcțional utilă a articulațiilor, când mișcarea este limitată, se consideră:

articulația umărului—abducția brațului de la trunchi până la un unghi de 80—90 de grade la mișcarea acestuia înainte cu 30 de grade, astfel ca la antebrațul îndoit în articulația cotului mâna să poată atinge gura;

articulația cotului — flexia sub un unghi de 90 de grade;

articulația radiocarpiană — flexia dorsală sub un unghi de 165 de grade;

articulațiile interfalangiene—flexia sub un unghi de 120 de grade;

articulația coxofemurală — flexia sub un unghi de 145—155 de grade, abducția sub 8—10 grade;

articulația genunchiului — flexia sub un unghi de 170— 175 de grade;

articulația tibiotarsiană — flexia plantară sub un unghi de 95 de grade.

31. Studiarea amplitudinii mișcărilor în articulațiile extremităților începe cu executarea unor mișcări active și pasive în toate planurile, precum și a mișcărilor de supinație și pronație. La necesitate se stabilește forța musculară a extremităților superioare și inferioare prin executarea mișcărilor când persoana în cauză opune rezistență dinamometriei.

32. Măsurarea perimetrului extremităților se efectuează cu panglica centimetrică pe sectoarele simetrice. Pe coapsă - în treimea superioară, medie și inferioară, pe braț și pe gambă — în partea mai voluminoasă a acestora.

33. Pentru evitarea erorilor de măsurare a volumului mișcărilor în articulații se folosește următoarea metodică:

Articulația umărului — flexie: persoana în cauză stă lateral spre medic. Brațul fix al raportorului se instalează paralel cu axa verticală a trunchiului, axul și brațul mobil — paralel și în centrul liniei care unește tuberculul mare al humerusului cu epicondilul lateral al acestuia. Persoana în cauză ridică maximal mâinile drept înaintea fără a antrena centura scapulară și a devia trunchiul. Extensie — în aceleași condiții mâinile maximal deviate înapoi. Abducție — persoana în cauză stă cu spatele spre medic. Unghiurile scapulare la un nivel, marginea medială a scapulei este paralelă axei verticale a coloanei vertebrale. Brațul fix al raportorului se instalează paralel axei verticale a trunchiului, cel mobil — paralel cu linia care unește acromionul cu olecranonul. Mâinile se desfac lateral maximal posibil.

Articulația cotului — flexie și extensie: persoana în cauză stă lateral către medic, mâinile lăsate în jos, cu palmele înainte. Brațul fix al raportorului se instalează paralel cu linia care unește tuberculul mare al humerusului cu condilul lateral al acestuia, cel mobil - paralel cu linia care unește condilul lateral al humerusului cu apofiza stiloidă a osului radial. Antebrațul se îndoaie lent la limita posibilă. Axul raportorului trebuie să coincidă cu axa de rotație a articulației cotului (linia care unește marginea inferioară a epicondilului lateral și a celui medial).

Articulația radiocarpiană — extensie dorsală și flexie palmară: antebrațul și mâna în planul orizontal, primul deget — e în poziție de adducție. Brațul fix al raportorului se instalează paralel cu linia care unește apofiza stiloidă a osului radial și marginea exterioară a tendonului mușchiului biceps, cel mobil — de-a lungul osului doi metacarpian. Se efectuează flexia palmară și extensia dorsală, totodată axul raportorului trebuie să coincidă cu axa transversală a articulației.

Articulația coxofemurală - flexie și extensie. Persoana examinată e în decubit dorsal, piciorul examinat este întins, celălalt - maximal îndoit în articulațiile coxofemurală și a genunchiului și fixat în această poziție cu mâna omonimă. Brațul fix al raportorului se instalează paralel cu linia care unește vârful fosei axilare cu trohanterul mare, cel mobil - pe linia care unește trohanterul mare cu condilul lateral al femurului. În timpul măsurărilor piciorul examinat se îndoaie în articulația genunchiului. Abducția: persoana în cauză e în decubit dorsal, picioarele întinse, călcâiele împreună, mâinile de-a lungul trunchiului. Brațul fix al raportorului se stabilește pe linia: procesul xifoid - simfiza pubiană—condilul medial al femurului. Piciorul examinat se abduce maximal.

Articulația genunchiului — flexie și extensie: persoana în cauză e în decubit dorsal. Brațul fix al raportorului se stabilește paralel cu linia care unește trohanterul mare cu condilul lateral al femurului, cel mobil — paralel cu linia care unește capul fibulei cu maleola laterală. Se efectuează la început flexia, apoi extensia maximală a gambei.

Articulația tibiotarsiană — flexia plantară și dorsala: persoana în cauză e în decubit dorsal, laba piciorului sub un unghi de 90 de grade. Brațul fix al raportorului se stabilește paralel cu linia care unește capul fibulei cu condilul lateral, cel mobil — de marginea laterală (bolta) a labei piciorului.

La toate măsurările trebuie de urmărit cu minuțios ca în timpul mișcărilor în articulații brațele raportorului să nu devieze de la liniile de măsurare menționate.

Volumul mișcărilor în articulații, în normă și patologie, se determină în conformitate cu anexa nr. 18.

34. Lungimea extremității se măsoară cu panglica centimetrică. Se folosesc puncte similare de reper, ținându-se cont de axa extremității. Pentru extremitatea superioară această axă trece prin centrul capului humerusului și proeminența capitată a umărului, capetele oaselor radial și ulnar, pentru extremitatea inferioară — prin axa anterosuperioară a ilionului, marginea medială a patelui și primul deget, pe linia dreaptă care unește aceste puncte. Pentru depistarea scurtării extremităților o mare importanță are compararea lungimii reale (anatomice) și celei relative ale extremității. În anchiloze, contracturi ale articulațiilor, devierea laterală sau medială a gambei, stări patologice ale articulației coxofemorale lungimea anatomică a extremității bolnave și a celei sănătoase poate fi aceeași, iar lungimea relativă a extremității bolnave — mai mică. Lungimea anatomică a extremității se măsoară pe segmente, iar cea relativă — pe linia dreaptă de la începutul până la capătul extremității.

Lungimea anatomică a brațului se măsoară de la tuberculul mare al humerusului până la olecran, a antebrațului — de la olecran până la apofiza stiloidă a radiusului. Lungimea anatomică a

femurului se măsoară de la vârful trohanterului mare până la fisura articulației genunchiului, a gambei — de la fisura articulației genunchiului până la capătul inferior al maleolei laterale. Suma dimensiunilor obținute pentru fiecare extremitate va constitui lungimea ei anatomică.

Lungimea relativă a extremității superioare se determină prin măsurarea în linie dreaptă, de la acromion până la vârful celui de-al treilea deget, a celei inferioare—de la spina iliacă anterosuperioară până la marginea plantară.

35. Examinarea coloanei vertebrale începe cu realizarea efortului axial și determinarea punctelor dureroase, care se precizează suplimentar prin percuția regiunii vârfurilor apofizelor spinoase și prin palparea punctelor paravertebrale. Volumul mișcărilor în segmentul cervical coloanei vertebrale se determină prin înclinarea și rotirea capului.

În normă, anteflexia capului este posibilă cu 40 de grade și se execută până la atingerea bărbiei de stern; retroflexia este posibilă într-atât în cât ceafa primește poziția orizontală; lateral — până la atingerea cu regiunea umărului. Rotirea capului în ambele părți este posibilă până la 85 de grade. Mișcările laterale în sectoarele toracic și lombar ale coloanei vertebrale sunt posibile în limitele 25—30 de grade de la linia verticală.

Coloana vertebrală preponderent participă la mișcările anteroposterioare.

Limitarea mobilității coloanei vertebrale în direcția anteroposterioară se determină la flexia anterioară activă. În loc de formarea unui arc uniform, coloana vertebrală rămâne dreaptă și înclinarea înainte se produce pe contul flexiei în articulațiile coxofemorale. Flexia ulterioară devine posibilă doar la genuflexie ce se observă la ridicarea de către persoana în cauză a unui obiect nu prea mare de pe podea.

Dacă există suspiciuni de deformare a coloanei vertebrale, proiecțiile vârfurilor apofizelor spinoase se notează pe piele cu soluție de verde brilliant. Deformația coloanei vertebrale poate fi măsurată. În acest scop se folosește firul cu greutate, care se fixează pe apofiza spinoasă a vertebrei VII cervicale cu emplastru. Dacă firul cu greutate va trece exact în dreptul plicii interfesiere, atunci scolioza se consideră echilibrată. Dacă este o deviere a firului cu greutate, atunci mărimea ei trebuie măsurată pe parcursul deformației pentru compararea ulterioară cu datele radiografice. Se compară distanța dintre marginea omoplatului și coloanei vertebrale în punctele simetrice, se apreciază indicii determinării forței lombare (dinamometriei). Deoarece deformațiile vădite ale coloanei vertebrale sunt însoțite de tulburarea funcției respirației pulmonare, este necesar de determinat capacitatea vitală a plămânilor, minut-volumul respirator, ventilația pulmonară maximă etc.

În scopul confirmării deformației coloanei vertebrale examenul trebuie completat de radiografia coloanei vertebrale în pozițiile verticală și orizontală ale corpului, etc.

Gradul scoliozei se stabilește conform radiogramelor în baza măsurării unghiurilor scoliozei (după V. D. Ceaklin): scolioza de gradul I: 1 – 10 grade; de gradul II: 11 – 25 de grade; de gradul III: 26 – 50 de grade; de gradul IV: - peste 50 de grade.

Gradul platipodiei se stabilește prin metoda radiologică. Se execută radiograme în plan lateral ale labelor picioarelor în poziția stând în picioare sub greutate (fără încălțăminte). Pe radiograme, prin construirea unui triunghi, se determină unghiul bolții longitudinale și înălțimea bolții. Unghiul este format de liniile duse de la marginea inferioară a joncțiunii cuneonaviculare spre vârful tuberozității calcaneului și capul primului os metatarsian. Se determină înălțimea bolții – lungimea perpendicularei coborâte din înălțimea unghiului bolții longitudinale în baza triunghiului, liniei care unește suprafața tuberozității osului calcaneu cu suprafața plantară a capului primului os metatarsian. Pentru aprecierea modificărilor patologice ale labei piciorului se vor utiliza următoarele tabele:

Tabelul nr.1

Indicii gradului platipodiei longitudinale

Gradul platipodiei	Înălțimea bolții plantare (mm)	Unghiul bolții longitudinale (în grade)
Picior normal	39 – 36	125 – 130
Gradul I	35 – 25	131 – 140
Gradul II	24 – 17	141 – 155
Gradul III	Mai puțin de 17	Mai mare de 155

Indicii gradului platipodiei transversale

Gradul platipodiei	Unghiul între oasele I – II metatarsiene (în grade)	Unghiul devierii halucelui (în grade)
Gradul I	10 – 12	15 – 20
Gradul II	13 – 15	21 – 30
Gradul III	16 – 20	31 – 40
Gradul IV	Mai mare de 20	Mai mare de 40

Aprecierea radiologică a modificărilor organice la platipodiei

Stadiul artrozei	Starea și dimensiunile fisurii articulare	Prezența proliferațiilor marginale osoase la marginile fisurii articulare și dimensiunilor lor	Starea suprafețelor articulare și marginilor articulare ale oaselor articulare
Stadiul I	Îngustare nu mai mult de 50%	Sunt prezente; dimensiunile până la 1 mm	Schimbări lipsesc
Stadiul II	Îngustare de 50% și mai mult	Sunt prezente; dimensiunile mai mult de 1 mm	Deformația fisurilor articulare cu osteoscleroză subhondrală
Stadiul III	Obliterare aproape totală	Proliferațiile marginale pronunțat manifestate	Deformația pronunțată cu osteoscleroză subhondrală

36. În poziția culcată persoanei supuse expertizei prin palpație și auscultație se controlează pulsația vaselor marginale. La necesitate se efectuează reovasografia cu proba medicamentoasă, angiografia, flebografia, doplerografia și alte investigații, care furnizează indici obiectivi ai stării circulației sanguine.

VII. Examenul otorinolaringologic

37. Examenul urechii, gâtului, nasului se efectuează într-o încăpere fonoizolată cu o lungime de cel puțin 6 m. Anamneza precizează maladiile suportate ale urechii, nasului și gâtului. Concomitent se depistează defecte ale vorbirii, se stabilește caracterul și gradul de manifestare ale acestora.

Examenul obiectiv se efectuează într-o încăpere întunecată, cu o sursă laterală de lumină artificială. În încăpere se pot afla concomitent cel mult două persoane, medicul și examinatul. Pentru examinarea acuității auditive, distanta, pe podea sau de-a lungul peretelui, se marchează anticipat, în metri și jumătăți de metru. Investigarea începe cu examinarea exterioară, după care se cercetează simțul olfactiv, respirația nazală, cavitatea bucală și auzul.

38. La examinarea organului auditiv se examinează pavilionul urechii și apofizele mastoide cu determinarea concomitentă a sensibilității acestora. Dacă sunt modificări ale membranei timpanice (perforație, cicatrice), se efectuează examenul cu ajutorul speculului pneumatic Siegle, la necesitate – timpanometria.

39. Se examinează căile respiratorii superioare privind funcțiile respiratorie și defecte de vorbire, se depistează defecte de fonație, se precizează gradul de sonoritate al vocii, tembrul acesteia, prezența rinofoniei. Se inspectează părțile exterioare și cavitatea nasului, faringelui, rinofaringelui, laringelui. Totodată se atrage atenția asupra halenei fetide la persoana examinată.

40. La examinarea cavității nazale (rinoscopia anterioară) se folosește speculul nazal. Se examinează starea mucoasei, se precizează prezența sau absența puroiului, polipilor, se apreciază starea septului nazal, prezența cristelor, spinelor, care îngustează meaturile nazale. Se realizează rinoscopia posterioară cu ajutorul oglinzii nazofaringiene și se controlează respirația nazală, proba Glatzel. La prezența tulburărilor manifeste ale respirației nazale, mirosului fetid din nas, disfoniei,

rinolaliei, modificărilor amigdalelor, tumorilor faringelui sau ulcerelor pe mucoasă, se efectuează un examen mai detaliat. La prezența gângăvelii (bâlbâielii), se recurge, după caz, la consultul neurologului, psihiatrului, logopedului.

41. Simțul olfactiv se examinează cu ajutorul celor patru mirosuri standard: soluție 0,5% acid acetic (miros slab), alcool etilic pur (miros mediu), tinctură obișnuită de valeriană (miros puternic), soluție de amoniac (miros ultraputernic). Aceste lichide se păstrează în flacoane de aceeași formă și culoare, numerotate. Pentru stabilirea disimulării se folosește un flacon identic cu apă distilată proaspătă. Persoanele supuse expertizei, cu simțul olfactiv substanțial diminuat, în lipsa afecțiunilor cavității nazale, urmează a fi examinate minuțios de neurolog.

42. Examenul faringelui se efectuează după revizia vizuală prealabilă a cavității bucale. Se atrage atenție asupra stării mucoasei amigdalelor (amigdalele se elevează din loja lor, se controlează conținutul criptelor și aderența amigdalelor cu stâlpii palatini) și ganglionilor limfatici cervicali.

43. După examinarea organelor otorinolaringiene se stabilește acuitatea auditivă pentru vorbirea în șoaptă. Funcția auditivă a fiecărei urechi se determină aparte. Pentru examinare pot fi folosite nu numai cuvintele din tabelul Voyacek, dar și numeralele de la 21 la 99, persoana examinată nu trebuie să vadă fața și mișcările buzelor medicului.

În scopul respectării intensității uniforme a vorbirii în șoaptă, medicul pronunță cuvintele cu ajutorul aerului rămas în plămâni după expirație. Examinarea începe de la distanța de cel puțin 6 m. Acuitate auditivă definitivă se consideră acea distanță (în metri și jumătăți de metru), de la care persoana examinată repetă toate sau majoritatea absolută (5 din 6 sau 5 din 5) a cuvintelor, pronunțate de medic în șoaptă.

În toate cazurile suspecte, când scăderea auzului nu corespunde datelor obiective, se efectuează examenul multilateral al auzului și altor organe ORL. La suspiciunea veridicității mărturisirii persoanei examinate pentru examinarea auzului, se aplică teste de control.

La necesitate (existența acuzelor, selectare specială, precizarea diagnosticului etc.), se efectuează: probe cu diapazoane, audiometria, cercetarea barofuncției urechii cu ajutorul manometrului auricular sau în barocameră, timpanometria, funcției vestibulare cu ajutorul testului Barany, posturografia.

VIII. Examenul organului vizual

44. Examenul organului vizual se efectuează într-o încăpere luminoasă de o sursă de lumină difuză, care dă posibilitatea de a determina acuitatea vizuală de la distanța de 5 metri. Pentru realizarea oftalmoscopiei, schiascopiei etc. este necesară o cameră întunecată. Pentru cercetarea simțului cromatic în perioada crepusculară a zilei încăperea trebuie să dispună de o sursă de iluminare artificială cu tub luminescent.

45. La culegerea anamnezei se atrage atenție la particularitățile văzului persoanei examinate, la maladiile și traumatismele suportate, cât celor generale, atât și a organului vizual; se precizează ereditatea (nistagmus congenital, hemeralopie etc.). În procesul convorbirii se atrage atenția asupra poziției și mobilității globilor oculari, direcției privirii, stării pleoapelor, a marginii ciliare etc.

46. Examenul simțului cromatic se realizează la o iluminare bună de zi sau iluminare artificială cu tub luminescent. Sursa de lumină trebuie să fie instalată în afara câmpului vizual al persoanei examinate și să ilumineze bine tabelele. Pentru cercetarea percepției cromatice se folosesc tabelele policromatice.

În cazul unei percepții normale a culorilor, persoană examinată citește corect toate tabelele și semnele camuflate. În cazul unei senzații cromatice diminuate este necesar de a stabili gradul ei (forma și tipul) după clasificare, conducându-se de îndrumările metodice, expuse în explicațiile pentru folosirea tabelelor policromatice și în explicațiile din paragraful corespunzător al Baremului medical. Este deosebit de important să se evidențieze exact tricromazia anomală de tip C, în care semnalele cromatice în activitatea practică se disting corect.

47. Acuitatea vizuală se determină cu ajutorul tabelelor. Acuitatea vizuală deplină se consideră după acel rând din tabela cu caractere de cea mai mică mărime, în care persoana examinată citește încă corect caracterele. Pentru rândurile de caractere, care corespund acuității vizuale de la 0,7 până la 1,0 la citire greșită a cel mult unui caracter din rând, acuitatea vizuală de asemenea se consideră deplină. Datele acuității vizuale fără corecție se înscriu separat pentru ochiul drept și cel

stâng. Dacă acuitatea vizuală fără corecție este scăzută (chiar la unul din ochi), atunci ea se determină cu corecția binoculară deplină și practic tolerantă, determinată printr-o metodă subiectivă. Practic, corecție binoculară tolerantă se consideră acea corecție, la care diferența dintre puterea lentilelor ochiului drept și celui stâng, de regulă, nu depășește 3,0 D. Datele acuității vizuale cu corecție deplină și practic tolerantă se înscriu separat pentru ochiul drept și cel stâng.

Acuitatea vizuală în apropiere se cercetează separat la fiecare ochi cu ajutorul tabelelor pentru apropiere, prezentată de la distanța de 30 – 40 cm și iluminată de după spatele persoanei examinate. Distanța se măsoară de la marginea exterioară a orbitei până la text.

48. Gradul și caracterul anomaliei refracției se determină prin autokeratorefractometrie computerizată. Datele obținute la autokeratorefractometrie se verifică printr-o metodă subiectivă (cu ajutorul lentilelor). Dacă datele autokeratorefractometrie și ale cercetării subiective diferă cu mai mult de 1,0 D, se determină poziția celui mai apropiat punct al vederii clare.

După aceasta, se inspectează vizual orbitele, fantele palpebrale, pleoapele, poziția orificiilor lacrimale; prin apăsarea regiunii sacului lacrimal se controlează starea acestuia; se atrage atenția asupra mărimii globilor oculari, poziției acestora în orbite, conjunctivelor palpebrale. Cu ajutorul unei lupe, la iluminarea laterală se inspectează vizual sclera (se atrage atenție asupra culorii acesteia), corneea, camera anterioară, irisul, pupila și cristalinul. Starea cristalinului și a corpului vitros se examinează în lumină directă.

După aceasta se efectuează oftalmoscopia, prin care se apreciază starea papilei nervului optic, regiunii petei galbene, periferiei fundului de ochi și vaselor retinei.

X. Examenul ginecologic

49. Metoda principală a examenului ginecologic este palparea bimanuală, care dă posibilitatea de a aprecia obiectiv starea uterului (poziția, mărimea, forma, consistența, gradul de mobilitate etc.), anexelor uterine și ligamentelor sacrouterine. La necesitate – tușul rectal.

50. În investigațiile ginecologice se folosesc cele mai simple metode de cercetare instrumentală: examenul vaginului și colului uterin cu ajutorul oglinzilor, histerometria, puncția bolții posterioare, biopsia colului uterin, recoltarea aspiratului din cavitatea uterină, cromodiagnosticul (reacția cromatică a mucoasei colului uterin după badijonarea cu soluție Lugol), citologia frotiurilor vaginale, colposcopia etc.

51. În cervicita cronică, uretrită, inflamația glandelor vestibulare vaginale, proctită se folosesc diverse procedee de provocare, în scopul acutizării artificiale a procesului patologic pentru a facilita depistarea agentului patogen specific sau accentuarea semnelor clinice caracteristice. Pot fi de asemenea folosite procedee locale de provocare: mecanice (dilatarea uretrei sau a canalului cervical cu dilatatori), masajul simplu al uretrei sau al colului uterin etc.; chimice (badijonarea cu protargol, soluție Lugol, soluție 10% sare de bucătărie); fizioterapeutice (ionoforeza, diatermia, băile locale de lumină, spălăturile fierbinți, etc.); biologice (injectarea secretului canalului cervical în colul uterin). În acest scop poate fi folosită și provocarea alimentară sau provocarea specifică cu administrarea vaccinei.

Corelația dintre statură și greutatea corpului în normă și în tulburările de nutriție

a) vârsta 15 – 17 ani

VÂRSTA (ani)	ÎNĂLȚIMEA (cm)		MASA CORPORALĂ (kg)	
	băieți	fete	băieți	fete
15	149	148	37,8	39,4
	153	151	40,8	43,7
	158	156	46,9	47,6
	172	167	60,2	58,0
	178	170	65,1	63,9
	181	172	76,5	73,6
16	154	151	41,2	42,4
	158	155	45,4	46,8
	162	158	51,8	51,0
	177	169	65,9	61,0
	182	172	73,0	66,2
	185	174	82,5	76,1
17	159	154	46,4	45,2
	163	157	50,5	48,4
	168	161	56,8	52,4
	181	170	70,6	62,0
	185	173	78,0	68,0
	187	175	86,2	79,0

b) vârstă de 18 - 25 ani

Hipo- trofie (IGC 18,5)	Malnutri- ție (IGC 18,5-19,4)	Corelația normală dintre statura și greutatea corpului (IGC 19,5 – 22,9)			Hipernu- triție (IGC 23,0-27,4)	Obezitate de gr. I (IGC 27,5 – 29,9)	Obezitate de gr. II (IGC 30,0–34,9)	Obezitate de gr. III (IGC 35,5-39,9)	Obezitate de gr. IV (IGC 40,0 și mai mult)
		Statura		Greutatea corpului					
		cm	m2						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41,6	41,7-43,7	150	2,25	43,8-51,7	51,8-61,4	61,8-67,7	67,5-78,7	78,8-89,9	90,0
42,1	42,2-44,4	151	2,28	44,5-52,3	52,4-62,6	62,7-68,3	68,4-79,7	79,8-91,1	91,2
42,7	42,8-44,9	152	2,31	45,0-53,0	53,1-63,4	63,5-69,2	69,3-80,8	80,9-92,3	92,4
43,3	43,4-45,5	153	2,34	45,6-53,7	53,8-64,2	64,3-70,1	70,2-81,8	81,9-93,5	93,6
43,8	43,9-46,1	154	2,37	46,2-54,4	54,5-65,1	65,2-71,0	71,1-82,9	83,0-94,7	94,8
44,4	44,5-46,7	155	2,40	46,8-55,1	55,2-65,9	66,0-71,9	72,0-83,9	84,0-95,9	96,0
44,9	45,0-47,3	156	2,43	47,4-55,8	55,9-66,7	66,8-72,8	72,9-84,9	85,0-97,1	97,2
45,5	45,6-47,9	157	2,46	48,0-56,5	56,6-67,3	67,7-73,7	73,8-86,0	86,1-98,3	98,4
46,1	46,2-48,4	158	2,49	48,5-57,2	57,3-68,4	68,5-74,6	74,7-87,1	87,2-99,5	99,6
46,6	46,7-49,0	159	2,52	49,1-57,9	58,0-69,2	69,3-75,5	75,6-88,1	88,2-100,7	100,8
47,3	47,4-49,8	160	2,56	49,9-58,8	58,9-70,3	70,4-76,7	76,8-89,5	89,6-102,3	102,4
47,9	48,0-50,4	161	2,59	50,5-59,5	59,6-71,1	71,2-77,6	77,7-90,6	90,7-103,5	103,6
48,5	48,6-51,0	162	2,62	51,1-60,2	60,3-72,0	72,1-78,5	78,6-91,6	91,7-104,7	104,8
49,0	49,1-51,5	163	2,65	51,6-60,9	61,0-72,8	72,9-79,4	79,5-92,7	92,8-105,9	106,0
49,6	49,7-52,2	164	2,68	52,3-61,5	61,6-73,6	73,7-80,3	80,4-93,7	93,8-107,1	107,2
50,3	50,4-52,9	165	2,72	53,0-62,5	62,6-74,7	74,8-81,5	81,6-95,1	95,2-108,7	108,8
50,8	50,9-53,5	166	2,75	53,6-63,2	63,3-75,5	75,6-82,4	82,5-96,2	96,3-109,9	110,0
51,6	51,7-54,1	167	2,78	54,2-63,8	63,9-76,4	76,5-83,3	83,4-97,2	97,3-111,1	111,2
52,2	52,3-54,9	168	2,82	55,0-64,8	64,9-77,5	77,6-84,5	84,6-98,6	98,7-112,7	112,8
52,7	52,8-55,6	169	2,85	55,6-65,5	65,6-78,3	78,4-85,4	85,5-99,7	99,8-113,9	114,0
53,4	53,5-56,2	170	2,89	56,3-66,4	66,5-79,4	79,5-86,6	86,7-101,1	101,2-115,5	115,6
54,0	54,1-56,8	171	2,92	56,9-67,1	67,2-80,2	80,3-87,5	87,6-102,1	102,2-116,7	116,8
54,5	54,6-57,4	172	2,95	57,5-67,7	67,8-81,0	81,1-88,4	88,5-103,2	103,3-117,9	118,0
55,3	55,4-58,2	173	2,99	58,3-68,7	68,8-82,1	82,2-89,6	89,7-104,6	104,7-119,5	119,6
55,8	55,9-58,8	174	3,02	58,9-69,4	69,5-83,0	83,1-90,5	90,6-105,6	105,7-120,7	120,8
56,6	56,7-59,6	175	3,06	59,7-70,3	70,4-84,1	84,2-91,7	91,8-107,0	107,1-122,2	122,4
57,1	57,2-60,1	176	3,09	60,2-71,0	71,1-84,9	85,0-92,6	92,7-108,1	108,2-123,5	123,6
57,9	58,0-60,9	177	3,13	61,0-71,9	72,0-86,0	86,1-93,8	93,9-109,5	109,6-125,1	125,2
58,4	58,5-61,5	178	3,16	61,6-72,6	72,7-96,8	86,9-94,7	94,8-110,5	110,6-126,3	126,4
59,2	59,3-62,3	179	3,20	62,4-73,5	73,6-87,9	88,0-95,9	96,0-111,9	112,0-127,9	128,0
59,9	60,0-63,1	180	3,24	63,2-74,4	74,5-89,0	89,1-97,1	97,2-113,3	113,4-129,5	129,6
60,5	60,6-63,6	181	3,27	63,7-75,1	75,2-89,8	89,9-98,0	98,1-114,4	114,5-130,7	130,8
61,2	61,3-64,4	182	3,31	64,5-76,0	76,1-90,9	91,0-99,2	99,3-115,8	115,9-132,3	132,4
61,8	61,9-65,0	183	3,34	65,1-76,7	76,8-91,8	91,9-100,1	100,2-116,8	116,9-133,5	133,6
62,5	62,6-65,8	184	3,38	65,9-77,6	77,7-92,9	93,0-101,3	101,4-118,2	118,3-135,1	135,2
63,3	63,4-67,2	185	3,42	67,3-78,6	78,7-94,0	94,1-102,5	102,6-119,6	119,7-136,7	136,8
63,8	63,9-67,6	186	3,45	67,7-79,3	79,4-94,8	94,9-103,4	103,5-120,7	120,8-137,9	138,0
64,5	64,6-67,9	187	3,49	68,0-80,2	80,3-95,9	96,0-104,6	104,7-122,1	122,2-139,5	139,6
65,3	65,4-68,7	188	3,53	68,8-81,1	81,2-97,0	97,1-105,8	105,9-123,5	123,6-141,1	141,2
66,0	66,1-69,5	189	3,57	69,6-82,0	82,1-98,1	99,2-107,0	107,1-124,9	125,0-142,7	142,8
66,8	66,9-70,3	190	3,61	70,4-82,9	83,0-99,2	99,3-108,2	108,3-126,3	126,4-144,3	144,4
67,3	67,4-70,9	191	3,64	71,2-83,6	83,7-100,0	100,1-109,1	109,2-127,3	127,4-145,5	145,6
68,1	68,2-71,7	192	3,68	71,8-84,5	84,6-101,1	101,2-110,3	110,4-128,7	128,8-147,1	147,2
68,8	68,9-72,4	193	3,72	72,5-85,5	85,6-102,2	102,3-111,5	111,6-130,1	130,2-148,7	148,8
69,5	69,6-73,2	194	3,76	73,3-86,4	86,5-103,3	103,4-112,7	112,8-131,5	131,6-150,3	150,4
70,3	70,4-74,0	195	3,80	74,1-87,3	87,4-104,4	104,5-113,9	114,0-132,9	133,0-151,9	152,0
71,0	71,1-74,8	196	3,84	74,9-88,2	88,3-105,5	105,6-115,1	115,2-134,3	134,4-153,5	153,6
71,8	71,9-75,5	197	3,88	75,6-89,2	89,3-106,6	106,7-116,3	116,4-135,7	135,8-155,1	155,2
72,5	72,6-76,3	198	3,92	76,4-90,1	90,2-107,7	107,8-117,5	117,6-137,1	137,2-156,7	156,8
73,2	73,3-77,1	199	3,96	77,2-91,0	91,1-108,8	108,9-118,7	118,8-138,5	138,6-158,3	158,4
74,0	74,1-77,9	200	4,00	78,0-91,9	92,0-109,9	110,0-119,9	120,0-139,9	140,0-159,9	160,0

c) vârstă de 26 – 45 ani

Hipo- trofie (IGC 18,5)	Malnutri- ție (IGC 18,5-19,4)	Corelația normală dintre statura și greutatea corpului (IGC 19,5 – 22,9)			Hipernu- triție (IGC 23,0-27,4)	Obezitate de gr. I (IGC 27,5 – 29,9)	Obezitate de gr. II (IGC 30,0–34,9)	Obezitate de gr. III (IGC 35,5-39,9)	Obezitate de gr. IV (IGC 40,0 și mai mult)
		Statura		Greutatea corpului kg					
		cm	m2						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42,7	42,8-44,9	150	2,25	45,0-58,4	58,5-62,9	63,0-69,7	69,8-80,8	80,9-92,1	92,2
43,3	43,4-45,5	151	2,28	45,6-59,0	59,1-63,6	63,7-70,5	70,6-81,9	82,0-93,4	93,5
43,9	44,0-46,1	152	2,31	46,2-60,0	60,1-64,6	64,7-71,5	71,6-82,9	83,0-94,6	94,7
44,4	44,5-46,7	153	2,34	46,8-60,7	60,8-65,4	65,5-72,4	72,5-84,1	84,2-95,8	95,9
45,0	45,1-47,3	154	2,37	47,4-61,5	61,6-66,3	66,4-73,4	73,5-85,2	85,3-97,1	97,2
45,6	45,7-47,9	155	2,40	48,0-62,3	62,4-67,1	67,2-74,3	74,4-86,3	86,4-98,3	98,4
46,2	46,3-48,5	156	2,43	48,6-63,1	63,2-67,9	68,0-75,2	75,3-87,4	87,5-99,5	99,6
46,7	46,8-49,1	157	2,46	49,2-63,9	64,0-68,8	68,9-76,2	76,3-88,5	88,6-100,8	100,9
47,3	47,4-49,7	158	2,49	49,8-64,6	64,7-69,6	69,7-77,1	77,2-89,5	89,6-102,0	102,1
47,9	48,0-50,3	159	2,52	50,4-65,4	65,5-70,5	71,6-78,0	78,1-90,6	90,7-103,2	103,3
48,6	48,7-51,1	160	2,56	51,2-66,5	66,6-71,6	71,7-79,3	79,4-92,1	92,2-104,9	105,0
49,2	49,3-51,7	161	2,59	51,8-67,2	67,3-72,4	72,5-80,2	80,3-93,1	93,2-106,1	106,2
49,8	49,9-52,3	162	2,62	52,4-68,0	68,1-73,3	73,4-81,1	81,2-94,2	94,3-107,3	107,4
50,3	50,4-52,9	163	2,65	53,0-68,8	68,9-74,1	74,2-82,0	82,1-95,3	95,4-108,5	108,6
50,9	51,0-53,5	164	2,68	53,6-69,6	69,7-74,9	75,0-83,0	83,1-96,4	96,5-109,8	109,9
51,7	51,8-54,3	165	2,72	54,4-70,6	70,7-76,1	76,2-84,2	84,3-97,8	97,9-111,4	111,5
52,2	52,3-54,9	166	2,75	55,0-71,4	71,5-76,9	77,0-85,1	85,2-98,9	99,0-112,7	112,8
52,8	52,9-55,5	167	2,78	55,6-72,2	72,3-77,7	77,8-86,1	86,2-100,0	100,1-113,9	114,0
53,6	53,7-56,3	168	2,82	56,4-73,2	73,3-78,9	79,0-87,3	87,4-101,4	101,5-115,5	115,6
54,1	54,2-56,9	169	2,85	57,0-74,0	74,1-79,7	79,8-88,2	88,3-102,5	102,6-116,7	116,8
54,9	55,0-57,7	170	2,89	57,8-75,0	75,1-80,8	80,9-89,5	89,6-103,9	104,0-118,4	118,5
55,5	55,6-58,3	171	2,92	58,4-75,8	75,9-81,7	81,8-90,4	90,5-105,0	105,1-119,6	119,7
56,0	56,1-58,9	172	2,95	59,0-76,0	76,1-82,5	82,6-91,4	91,5-106,1	106,2-120,8	120,9
56,8	56,9-59,7	173	2,99	59,8-77,6	77,7-83,6	83,7-92,6	92,7-107,5	107,6-122,5	122,6
57,4	57,5-60,3	174	3,02	60,4-78,4	78,5-84,5	84,6-93,5	93,6-108,6	108,7-123,7	123,8
58,1	58,2-61,1	175	3,06	61,2-79,5	79,6-85,6	85,7-94,6	94,7-110,1	110,2-125,3	125,4
58,7	58,8-61,7	176	3,09	61,8-80,2	80,3-86,4	86,5-95,7	95,8-111,1	111,2-126,6	126,7
59,5	59,6-62,5	177	3,13	62,6-81,4	81,5-87,5	87,6-96,9	97,0-112,6	112,7-128,2	128,3
60,0	60,1-63,1	178	3,16	63,2-82,1	82,2-88,4	88,5-97,9	98,0-113,7	113,8-129,5	129,6
60,8	60,9-63,9	179	3,20	64,0-83,1	83,2-89,5	89,6-99,1	99,2-115,1	115,2-132,1	132,2
61,5	61,6-64,7	180	3,24	64,8-84,1	84,2-90,6	90,7-100,3	100,4-116,5	116,6-132,7	132,8
62,1	62,2-65,3	181	3,27	65,4-84,9	85,0-91,5	91,6-101,2	101,3-117,6	117,7-134,0	134,1
62,9	63,0-61,1	182	3,31	66,2-86,2	86,0-92,6	92,7-102,5	102,6-119,1	119,2-135,6	135,7
63,4	63,5-66,7	183	3,34	66,8-86,7	86,8-93,4	93,5-103,4	103,5-120,1	120,2-136,8	136,9
64,2	64,3-67,5	184	3,38	67,6-87,8	87,0-94,5	94,6-104,7	104,8-121,6	121,7-138,5	138,6
65,0	65,1-68,3	185	3,42	68,4-88,8	88,9-95,7	95,8-105,9	106,0-123,0	123,1-140,1	140,2
65,5	65,6-68,9	186	3,45	69,0-89,6	89,7-96,5	96,6-106,9	107,0-124,1	124,2-141,4	141,5
66,3	66,4-69,7	187	3,49	69,8-90,6	90,7-97,6	97,7-108,1	108,2-125,5	125,6-143,0	143,1
67,1	67,2-70,2	188	3,53	70,6-91,7	91,8-98,7	98,8-109,3	109,4-127,0	127,1-144,6	144,7
67,8	67,9-71,3	189	3,57	71,4-92,7	92,8-99,9	100,0-110,6	110,7-128,4	128,5-146,3	146,4
68,6	68,7-72,1	190	3,61	72,2-93,8	93,9-101,0	101,1-111,8	111,9-129,8	129,9-147,9	148,0
69,1	69,2-72,7	191	3,64	72,8-94,5	94,6-101,8	101,9-112,7	112,8-130,9	131,0-149,1	149,2
69,9	70,0-73,5	192	3,68	73,6-95,6	95,7-102,9	103,0-114,0	114,1-132,4	132,5-150,8	150,9
70,6	70,7-74,3	193	3,72	74,4-96,6	96,7-104,1	104,2-115,2	115,3-133,8	133,9-152,4	152,5
71,4	71,5-75,1	194	3,76	75,2-97,7	97,8-105,2	105,3-116,6	116,7-135,3	135,4-154,1	154,2
72,2	72,3-75,9	195	3,80	76,0-98,7	98,8-106,3	106,4-117,7	117,8-136,7	136,8-155,7	155,8
72,9	73,0-76,7	196	3,84	76,8-99,7	99,8-107,4	107,5-118,9	119,0-138,1	138,2-157,3	157,4
73,7	73,8-77,5	197	3,88	77,6-100,8	100,9-108,5	108,6-120,2	120,3-139,6	139,7-159,0	159,1
74,5	74,6-78,3	198	3,92	78,4-101,8	101,9-109,7	109,8-121,4	121,5-141,0	141,1-160,6	160,7
75,2	75,3-79,1	199	3,96	79,2-102,9	103,0-110,8	110,9-122,7	122,8-142,5	142,6-162,3	162,4
76,0	76,1-79,9	200	4,00	80,0-103,9	104,0-111,9	112,0-123,9	124,0-143,9	144,0-163,9	164,0

Aprecierea amplitudinii mișcărilor în articulații (în grade)

Articulația	Mișcările	Norma	Limitarea mișcărilor		
			neînsemnată	moderată	accentuată
Umărului cu centura scapulară	Flexie	180	115	100	80
	Extensie	40	30	20	15
	Abducție	180	115	100	80
Cotului	Flexie	40	80	90	100
	Extensie	180	150	140	120
	Pronație	180	135	90	60
	Supinație	180	135	90	60
Mâinii	Flexie	75	35	20 - 25	15
	Extensie	65	30	20 - 25	15
	Abducție:				
	-radială	20	10	5	
	-ulnară	40	25	15	2 - 3
					10
Coxofemurală	Flexie	75	100	110	120
	Extensie	180	170	160	150
	Abducție	50	25	20	15
Genunchiului	Flexie	40	60	90	110
	Extensie	180	175	170	160
Talocrurală	Flexie plantară	130	120	110	100
	Flexie dorsală (extensie)	70	75	80	85

**Indicii
gradelor insuficienței respiratorii (pulmonare)**

Nr. d/o	Indicii	În normă	Gradul insuficienței respiratorii (pulmonare)		
			gr. I (ne semnificativă)	Gr. II (moderată)	gr. III (accentuată)
1.	Clinici: a) dispnee;	abs.	La eforturi accesibile anterioare	La efort fizic obișnuit	Permanentă în repaus
	b) frecvența respirației în min;	până la 20	În limitele normei	21-28	29 și mai frecventă
	c) cianoză;	abs.	abs. sau neînsemnată, intensificându-se după efort fizic	Vădită, uneori accentuată	Accentuat manifestată, difuză
	d) pulsul în repaus (în 1 min)	până la 80	E accentuat	Tendința spre accelerare	Accelerare accentuată
2.	Instrumentali : a) saturația hemoglobinei în %;	> 90	90 - 80	79 - 60	<60
	b) capacitatea vitală a plămânilor (CVP) în % față de valoarea cuvenită ;	90 -85	84 - 70	69 - 50	<50
	c) ventilația pulmonară maximală (VPM) în % față de valoarea cuvenită	85 - 75	74 - 55	54 - 35	<35
	d) volumul expirației forțate într-o secundă (VEF) în % ;	85 - 75	74 - 55	54 - 35	<35
	e) indicele Tifno (corelația VEF/CVP) în %	>70	70 - 55	54 - 40	<40