

Praktyczny przewodnik po testach i manewrach ortopedycznych

Bark • Łokieć • Nadgarstek • Biodro • Kolano • Kręgosłup • Staw skokowy i stopa



50 stron praktycznej nauki klinicznej



Przewodnik
szybkiej powtórki



Pozycja
pacjenta



Pozycja
badającego



Wykonanie



Wynik
dodatni



Znaczenie
kliniczne



Prawa autorskie i ważna informacja



1. Prawa autorskie

© 2026. Wszelkie prawa zastrzeżone.

Niniejsza publikacja jest chroniona prawem autorskim. Zabronione jest kopiowanie, rozpowszechnianie, odsprzedaż i publikowanie całości lub fragmentów bez uprzedniej zgody właściciela praw.



2. Charakter materiału

Materiał ma charakter edukacyjny i służy do nauki testów oraz manewrów ortopedycznych. Nie zastępuje pełnego badania lekarskiego, diagnostyki obrazowej ani indywidualnej oceny klinicznej pacjenta.



3. Bezpieczeństwo i interpretacja

- Interpretuj wynik testu w połączeniu z wywiadem, obserwacją, badaniem funkcjonalnym i innymi testami.
- Pojedynczy test rzadko stanowi samodzielne rozpoznanie.
- W przypadku ostrego urazu, silnego bólu, deformacji lub objawów neurologicznych konieczna jest odpowiednia konsultacja medyczna.



Zapamiętaj: test specjalny jest narzędziem wspomagającym decyzję kliniczną, a nie jedyną podstawą rozpoznania.

Spis treści

00		Okładka
01		Prawa autorskie i ważna informacja
02		Spis treści
03		Wprowadzenie — jak korzystać z przewodnika
04		Moduł 01 — Podstawy badania ortopedycznego i interpretacji testów
05		Cel badania ortopedycznego i logika testów specjalnych
06		Zasady poprawnego wykonywania testów specjalnych
07		Jak interpretować wyniki testów
08		Czerwone flagi i bezpieczeństwo badania
09		Szybka karta badania i dokumentacji
10–16		Moduł 02 — Bark
17–23		Moduł 03 — Łokieć i nadgarstek
24–30		Moduł 04 — Biodro
31–37		Moduł 05 — Kolano
38–42		Moduł 06 — Kręgosłup
43–47		Moduł 07 — Staw skokowy i stopa
48–49		Moduł 08 — Integracja kliniczna i szybka powtórka



Układ przewodnika został zaprojektowany tak, aby umożliwić zarówno naukę etapami, jak i szybką powtórkę kliniczną.

Wprowadzenie — jak korzystać z przewodnika

1 Dla kogo jest ten materiał?

Przewodnik został przygotowany z myślą o studentach kierunków medycznych, lekarzach, fizjoterapeutach oraz wszystkich osobach, które chcą sprawnie powtarzać najważniejsze testy i manewry ortopedyczne.



2 Jak zbudowana jest każda karta testu?



3 Jak uczyć się z przewodnika?

Najpierw poznaj cel i znaczenie testu.

Następnie przeanalizuj ustawienie pacjenta i badającego.

Zwracaj uwagę na kierunek ruchu i stabilizację segmentu.

Porównuj wynik z obrazem klinicznym i innymi testami.



Zapamiętaj: pojedynczy test rzadko daje pełne rozpoznanie — liczy się cały obraz kliniczny.

MODUŁ 01

Podstawy badania ortopedycznego i interpretacji testów

Ten moduł porządkuje podstawowe zasady badania ortopedycznego, logikę używania testów specjalnych oraz reguły bezpiecznej interpretacji wyników. To fundament, który ułatwia zrozumienie kolejnych części przewodnika.

W tym module



Cel badania ortopedycznego i logika testów specjalnych



Zasady poprawnego wykonywania testów specjalnych



Jak interpretować wyniki testów



Czerwone flagi i bezpieczeństwo badania



Szybka karta badania i dokumentacji



Cel badania ortopedycznego i logika testów specjalnych



Po co wykonujemy test specjalny?

- ✓ potwierdzenie podejrzenia
- ✓ różnicowanie struktur
- ✓ ocena niestabilności
- ✓ prowokacja charakterystycznego objawu



Zapamiętaj

Test specjalny jest najcenniejszy wtedy, gdy wynika z dobrze poprowadzonego badania.

Zasady poprawnego wykonywania testów specjalnych

1 Przed testem

- ✓ Wyjaśnij pacjentowi cel badania.
- ✓ Ustaw pacjenta wygodnie i bezpiecznie.
- ✓ Porównaj stronę badaną z przeciwną.
- ✓ Ustal wyjściowy poziom bólu i zakres ruchu.

2 W trakcie testu

- ✓ Stabilizuj segment proksymalny.
- ✓ Przykładaj siłę stopniowo i kontrolowanie.
- ✓ Prowadź ruch w prawidłowym kierunku.
- ✓ Obserwuj twarz pacjenta, napięcie ochronne i kompensacje.

3 Po teście

- ✓ Zanotuj lokalizację bólu lub uczucie niestabilności.
- ✓ Określ, czy objaw był zgodny z dolegliwością pacjenta.
- ✓ Porównaj wynik z innymi testami i wywiadem.



Najczęstsze błędy

- ✗ zbyt duża siła
- ✗ brak stabilizacji
- ✗ nieprawidłowe ustawienie kończyny
- ✗ pominięcie porównania stron
- ✗ nadinterpretacja pojedynczego wyniku



Praktyczna wskazówka

Najpierw opanuj ustawienie i stabilizację — dopiero potem zwiększaj precyzję interpretacji.

Jak interpretować wyniki testów

Rodzaj reakcji	Co może oznaczać	Wskazówka interpretacyjna
 Ból miejscowy	podrażnienie danej struktury	zwróć uwagę na dokładną lokalizację i etap ruchu.
 Ból promieniujący	udział struktur nerwowych lub ból rzutowany	porównaj z testami neurologicznymi i wywiadem.
 Uczucie niestabilności	niewydolność więzadłowa lub zaburzenie kontroli	ocen także stabilność dynamiczną i mechanizm urazu.
 Przeskakiwanie / trzask	konflikt, przemieszczenie lub objaw mechaniczny	zwróć uwagę, czy objaw jest bolesny i powtarzalny.
 Ograniczenie końcowego zakresu	szttywność, obrona mięśniowa lub blok mechaniczny	porównaj ruch aktywny i bierny.
 Objaw neurologiczny	drażnienie korzenia, nerwu obwodowego lub struktur centralnych	nie ignoruj czerwonych flag.

Wynik dodatni ≠ rozpoznanie

- liczy się zgodność z objawami
- zwiększ wartość testu przez łączenie kilku prób
- uwzględniaj czułość i swoistość



Najlepsza interpretacja wynika z połączenia wzorca objawów, badania funkcjonalnego i testów specjalnych.

Czerwone flagi i bezpieczeństwo badania



Przerwij test lub zmodyfikuj badanie, jeśli pojawi się:



nagły, ostry lub nieproporcjonalnie silny ból



wyraźna deformacja lub podejrzenie zwicnięcia



niemożność obciążania po świeżym urazie



narastające drętwienie, osłabienie lub objawy neurologiczne



zawroty głowy, zasłabnięcie lub silna reakcja wazowagalna



objawy naczyniowe: bledość, zimno, brak tętna obwodowego



Szczególna ostrożność

- świeży uraz
- stan po operacji
- podejrzenie złamania
- stan zapalny o dużym nasileniu
- wysoka drażliwość bólu



Nie prowokuj objawów na siłę. Test ma dostarczyć informacji klinicznej, a nie maksymalnie nasilić ból.



Dobra praktyka



uprzedź pacjenta o przebiegu testu



zawsze kontroluj pozycję kończyny



obserwuj reakcję pacjenta



w razie wątpliwości wybieraj mniej prowokujące badanie

Szybka karta badania i dokumentacji

Bark • Łokieć • Nadgarstek • Biodro • Kolano • Kręgosłup • Staw skokowy i stopa



Uniwersalny szablon opisu testu



Nazwa testu



Cel testu



Pozycja pacjenta



Pozycja badającego



Wykonanie
krok po kroku

1

2

3

4

5



Wynik dodatni



Znaczenie
kliniczne



Najczęstszy błąd



Praktyczna
wskazówka



Szybka notatka kliniczna



strona badana



nasilenie objawu



lokalizacja bólu



uczucie niestabilności /
blokowania



porównanie
z drugą stroną



Dobra dokumentacja powinna zawierać



kontekst objawu



reakcję pacjenta



warunki wykonania



wniosek kliniczny



Zapamiętaj:

precyzyjny opis testu
ułatwia powtarzalność
badania i komunikację
kliniczną.

MODUŁ 02

Bark

Specjalne testy kliniczne bólu barku, stożka rotatorów, ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego, obróbka stawowego i niestabilności.



BÓL



SIŁA



Nie pytaj tylko: który test jest dodatni? Najpierw ustal, jaką strukturę lub funkcję chcesz ocenić.

W tym module



testy Neera i Hawkinsa-Kennedy'ego



test Jobe'a i ocenę rotacji zewnętrznej



Drop Arm Test i External Rotation Lag Sign



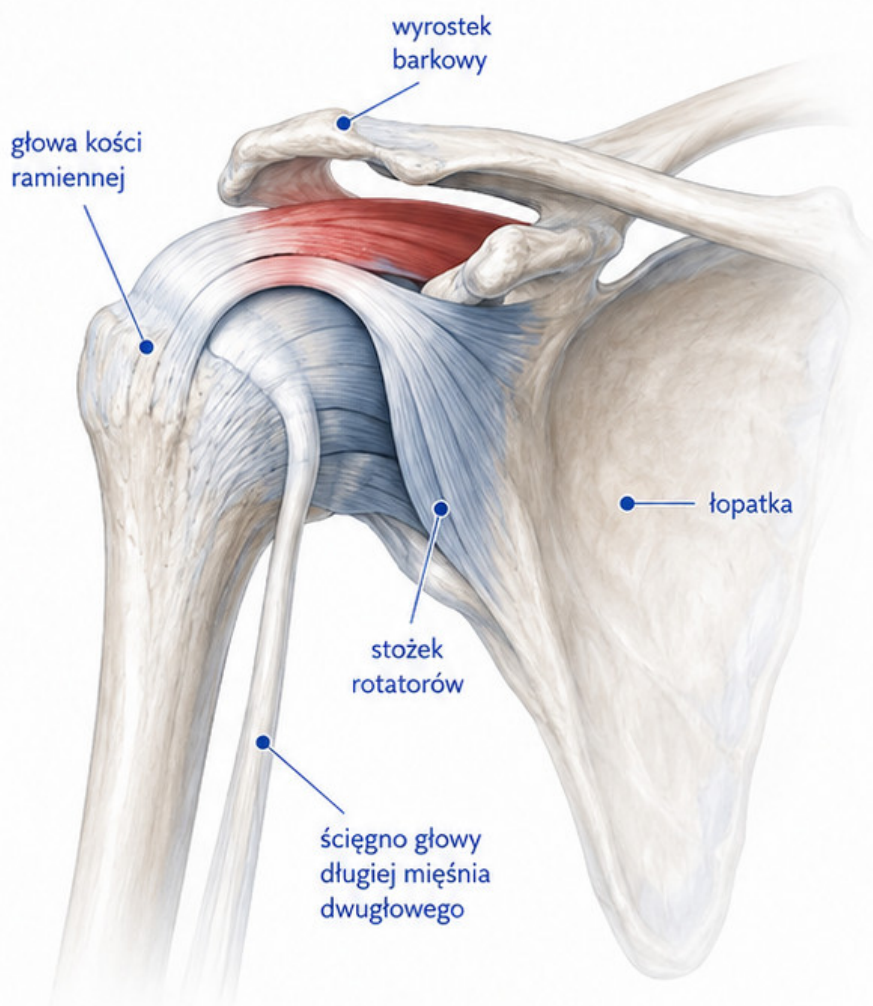
testy Speeda i Yergasona



test O'Brien i Biceps Load II



Apprehension Test i Relocation Test



STABILNOŚĆ



INTERPRETACJA

Testy prowokujące ból podczas elewacji i rotacji barku

1 TEST NEERA



Cel:

Ocena, czy wymuszona elewacja barku prowokuje objawy charakterystyczne dla bolesnych struktur w przestrzeni podbarkowej.



Pozycja pacjenta:

Pacjent siedzi lub stoi, kończyna górna rozluźniona.



Pozycja badającego:

Badający stoi obok lub nieco za pacjentem. Jedną ręką kontroluje okolicę łopatki, drugą prowadzi kończynę.



Wykonanie:

1. Ustabilizuj łopatkę.
2. Ustaw kończynę w rotacji wewnętrznej.
3. Biernie unosz ramię w kierunku maksymalnej elewacji.
4. Obserwuj moment i lokalizację pojawienia się bólu.



Wynik dodatni:

Odtworzenie charakterystycznego bólu barku podczas końcowej fazy biernego unoszenia.

2 TEST HAWKINSA-KENNEDY'EGO



Cel:

Prowokacja objawów podczas rotacji wewnętrznej barku przy uniesionej kończynie.



Pozycja pacjenta:

Pacjent siedzi lub stoi.



Wykonanie:

1. Unieś ramię do około 90° zgięcia.
2. Utrzymuj łokieć zgięty.
3. Kontrolując kończynę, wykonaj rotację wewnętrzną barku.
4. Zapytaj o lokalizację i charakter prowokowanego bólu.



Wynik dodatni:

Odtworzenie bólu barku zgodnego z dolegliwościami pacjenta.



Znaczenie kliniczne:

Neer i Hawkins-Kennedy powinny być interpretowane razem z wywiadem, oceną zakresu ruchu, siły oraz innymi testami barku, a nie jako samodzielne potwierdzenie jednego rozpoznania.



Najczęstszy błąd:

Wykonanie ruchu zbyt gwałtownie oraz uznanie każdego bólu pojawiającego się w barku za wynik specyficzny dla jednej struktury.



Zapamiętaj:

Test prowokacyjny mówi przede wszystkim, czy dany ruch odtwarza objawy. Nie traktuj go jak gotowej diagnozy.

Czy problem dotyczy siły stożka rotatorów?

TEST JOBE'A — EMPTY CAN TEST

-  **Cel:** Ocena funkcji związanej przede wszystkim z mięśniem nadgrzebieniowym i stożkiem rotatorów.
-  **Pozycja pacjenta:** Pacjent siedzi lub stoi.
-  **Ustawienie:** ramiona uniesione około 90°, kończyny ustawione lekko do przodu w płaszczyźnie łopatkki, kciuki skierowane w dół.
-  **Wykonanie:** Badający przykłada nacisk w dół, a pacjent próbuje utrzymać pozycję ramion.
-  **Obserwuj:** wyraźną różnicę siły między stronami, odtworzenie charakterystycznego bólu, niemożność utrzymania pozycji.
-  **Wynik dodatni:** Klinicznie istotny ból i/lub osłabienie podczas oporu, interpretowane w kontekście całego badania.



ROTACJA ZEWNĘTRZNA PRZECIW OPOROWI

-  **Cel:** Ocena funkcji struktur odpowiedzialnych za rotację zewnętrzną barku, szczególnie części tylnej stożka rotatorów.
-  **Pozycja:** Łokcie zgięte około 90°, ramiona blisko tułowia.
-  **Wykonanie:** Pacjent wykonuje rotację zewnętrzną przeciw oporowi badającego.
-  **Porównaj stronę** prawą i lewą pod względem: siły, bólu, jakości ruchu, możliwości utrzymania pozycji.



Praktyczna wskazówka:

Wyraźna utrata siły i sam ból nie są tym samym objawem. Należy zanotować je oddzielnie.



Myśl klinicznie:

Czy pacjent nie może utrzymać pozycji z powodu bólu, czy z powodu rzeczywistego osłabienia?

Drop Arm Test i External Rotation Lag Sign

1 DROP ARM TEST

 **Cel:** Ocena zdolności pacjenta do kontrolowanego utrzymywania i opuszczania uniesionej kończyny.

 **Pozycja pacjenta:** siedząca lub stojąca.

 **Wykonanie:**

1. Unieś ramię pacjenta do odwiedzenia.
2. Poproś pacjenta o samodzielne utrzymanie pozycji.
3. Następnie poproś o powolne opuszczanie kończyny.
4. Obserwuj kontrolę ruchu.

 **Wynik dodatni:** Pacjent nie potrafi utrzymać lub kontrolowanie opuszczać kończyny, a ramię gwałtownie opada albo występuje znaczna utrata kontroli.

 **Najczęstszy błąd:** Mylenie przerywania ruchu spowodowanego silnym bólem z rzeczywistą utratą zdolności utrzymania kończyny.



2 EXTERNAL ROTATION LAG SIGN

 **Cel:** Ocena zdolności do utrzymania ustawienia barku w rotacji zewnętrznej.

 **Wykonanie:**

1. Badający ustawia kończynę pacjenta blisko maksymalnej bezbolesnej rotacji zewnętrznej.
2. Pacjent ma utrzymać ustawienie.
3. Badający ostrożnie zmniejsza podtrzymanie.
4. Obserwuje, czy kończyna zachowuje pozycję.

 **Wynik dodatni:** Widoczna utrata wcześniej ustawionej rotacji zewnętrznej — tzw. lag.



Zapamiętaj: Test o wysokiej swoistości może być szczególnie pomocny, gdy jest dodatni. Wynik ujemny nie zawsze wystarcza do wykluczenia problemu.

Test Speeda i test Yergasona

TEST SPEEDA



Cel: Prowokacja objawów podczas obciążania struktur przedniej części barku i kompleksu związanego ze ścięgnem głowy długiej mięśnia dwugłowego.



Pozycja pacjenta: Pacjent siedzi lub stoi. Łokieć wyprostowany, przedramię w supinacji.



Wykonanie:

1. Pacjent unosi ramię do przodu.
2. Badający przykładą opór skierowany w dół.
3. Pacjent utrzymuje pozycję przeciw oporowi.



Wynik dodatni: Odtworzenie charakterystycznego bólu w przedniej części barku, szczególnie w okolicy bruzdy międzyguzkowej (bruzda bicipitalna).

Bruzda
międzyguzkowa
(bruzda bicipitalna)



TEST YERGASONA



Pozycja: Ramię przy tułowiu, łokieć zgięty około 90°, przedramię początkowo ustawione bardziej w pronacji.



Wykonanie: Pacjent próbuje wykonać supinację przedramienia oraz rotację zewnętrzną przeciw oporowi badającego.



Wynik dodatni: Odtworzenie charakterystycznego bólu w przedniej części barku podczas manewru.



Znaczenie kliniczne:

Testy Speeda i Yergasona mają służyć jako fragment całego badania przedniego bólu barku, a nie jako autonomiczne potwierdzenie jednej patologii.



Najczęstszy błąd:

Ocenianie wyłącznie tego, czy boli, bez określenia gdzie dokładnie pacjent odczuwa ból.



Pytaj pacjenta:

"Czy to jest Twój typowy ból?
Gdzie dokładnie go czujesz?"

Test O'Briena i Biceps Load II

A — TEST O'BRIENA — ACTIVE COMPRESSION TEST

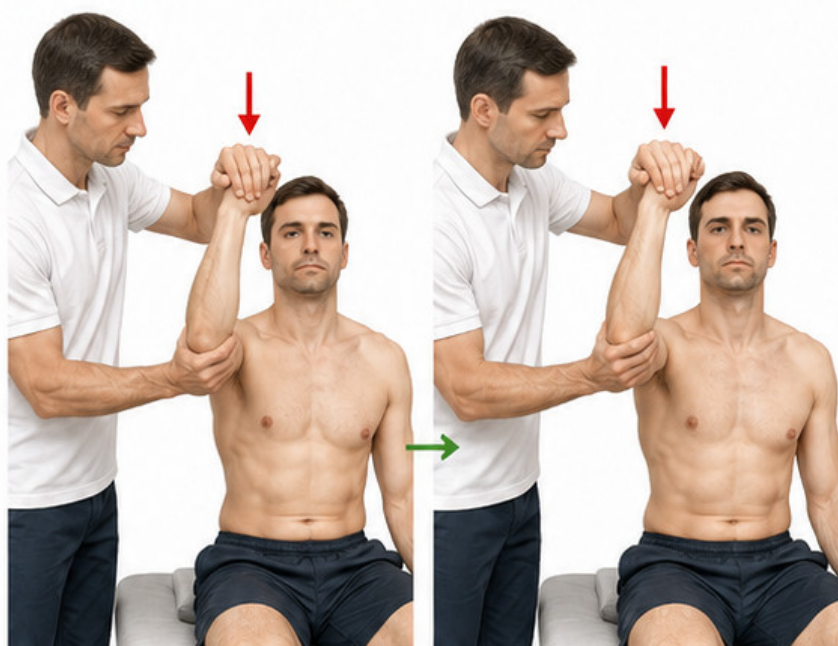
Cel: Prowokacja objawów związanych z kompleksem obrąbka i przednio-górnymi strukturami barku.

Pozycja: ramię uniesione do około 90°, lekko przywiedzione w kierunku środka ciała, pierwsza faza wykonywana z rotacją wewnętrzną.

Wykonanie:

1. Badający wywiera nacisk w dół.
2. Pacjent przeciwstawia się naciskowi.
3. Następnie ustawienie kończyny zostaje zmienione w kierunku rotacji zewnętrznej/supinacji.
4. Manewr zostaje powtórzony.

Co porównać: Czy charakterystyczny ból zmienia się pomiędzy dwoma ustawieniami?



Faza 1: rotacja wewnętrzna (kciuk skierowany w dół)

Faza 2: rotacja zewnętrzna/supinacja (kciuk skierowany w górę)

B — BICEPS LOAD II

Cel: Ocena objawów mogących wiązać się z górną częścią obrąbka i przyczepem kompleksu biceps–obrąbek.

Pozycja: Pacjent leży na plecach. Bark jest ustawiony w odwiedzeniu i rotacji zewnętrznej, łokieć pozostaje zgięty.

Wykonanie: Badający prosi pacjenta o wykonanie zgięcia łokcia przeciw oporowi.

Wynik dodatni: Nasilenie lub odtworzenie głębokiego bólu barku podczas obciążenia.



Pułapka

Ból podczas jednego testu obrąbka nie oznacza automatycznie uszkodzenia SLAP.

Apprehension Test i Relocation Test

Testy pomagające w ocenie przedniej niestabilności stawu ramiennego. Wykonuj płynnie, kontrolując ruch i obserwując reakcję pacjenta.

1 POZYCJA STARTOWA → 2 APPREHENSION → 3 RELOCATION



1 APPREHENSION TEST — TEST OBAWY



Cel: Ocena objawów charakterystycznych dla przedniej niestabilności stawu ramiennego.



Pozycja: Najlepiej w kontrolowanej pozycji leżącej. Bark odwiedziony, łokieć zgięty.



Wykonanie:

1. Stabilizuj kończynę pacjenta.
2. Stopniowo zwiększaj rotację zewnętrzną barku.
3. Obserwuj twarz, napięcie mięśniowe i reakcję pacjenta.
4. Zapytaj, czy pojawia się uczucie niestabilności lub obawa przed zwinięciem.



Wynik dodatni:

Wyraźne uczucie zagrożenia wysunięciem stawu lub charakterystyczna obawa pacjenta w prowokacyjnej pozycji.



Ważne:

Sam ból nie powinien być automatycznie utożsamiany z klasycznym wynikiem dodatnim testu obawy.

2 RELOCATION TEST — TEST RELOKACYJNY



Wykonanie:

Po pojawieniu się objawów w kontrolowanym ustawieniu badający przykładą stabilizującą siłę skierowaną ku tyłowi na głowę kości ramiennej.



Obserwuj:

Czy poczucie obawy lub charakterystyczne objawy zmniejszają się po zastosowaniu stabilizacji.



Znaczenie kliniczne:

Zmniejszenie objawów po relokacji może wspierać podejrzenie przedniej niestabilności w odpowiednim kontekście klinicznym.



Bezpieczeństwo:

Nie wykonywać gwałtownej rotacji zewnętrznej i nie dążyć do maksymalnego sprowokowania uczucia zwinięcia.



Zapamiętaj:

W niestabilności kluczowa może być obawa przed wysunięciem stawu, a nie tylko ból.

MODUŁ 03

Łokiec i nadgarstek

Testy prowokacyjne, stabilność więzadłowa, nerwy obwodowe i najczęstsze zespoły przeciążeniowe.

W tym module opanujesz



test Cozena



test Milla



test Maudsleya



test koślawości łokcia



Moving Valgus Stress Test



ocenę nerwu łokciowego



test Finkelsteina



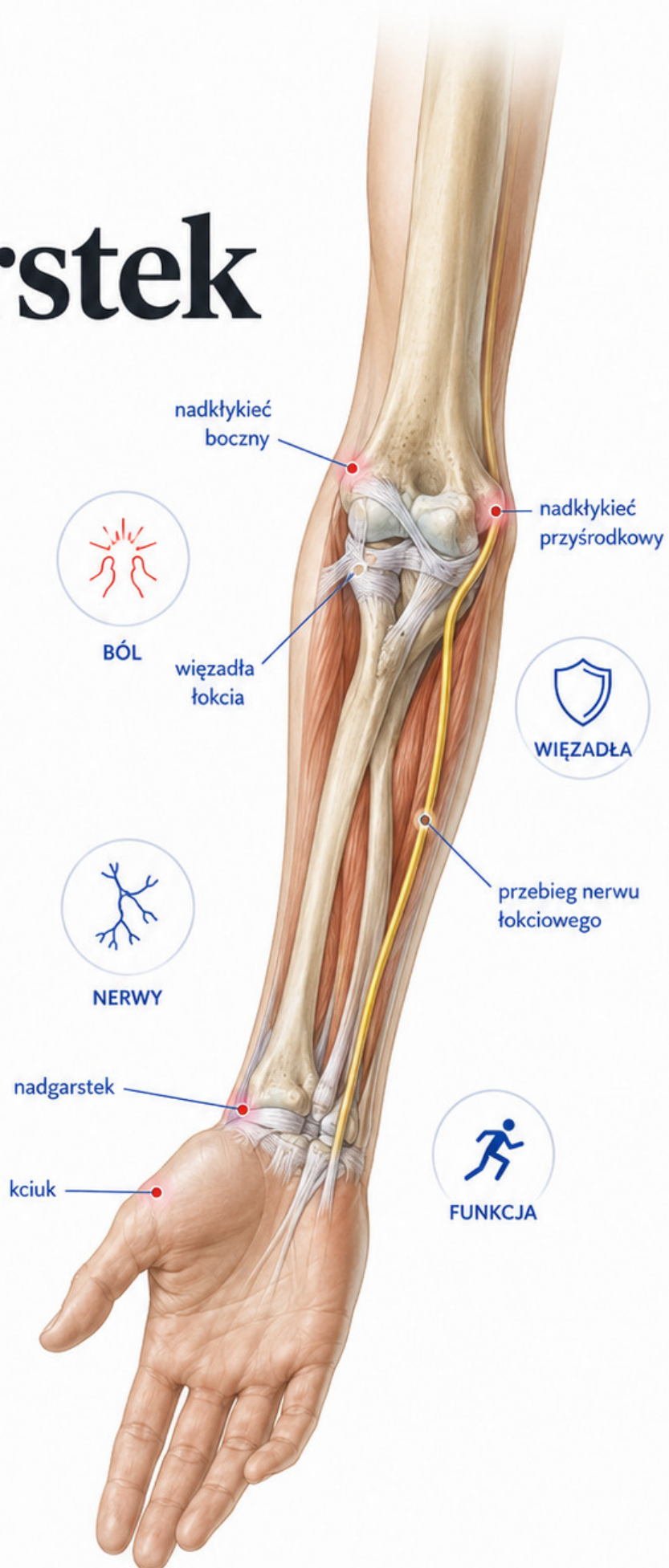
test Phalena



objaw Tinela w okolicy nadgarstka



podstawową ocenę stabilności struktur nadgarstka



Test Cozena, test Milla i test Maudsleya

Ból bocznej części łokcia

1 COZEN — NAPIĘCIE



Cel: Prowokacja objawów poprzez czynne napięcie prostowników nadgarstka przeciw oporowi.



Wykonanie: Pacjent wykonuje wyprost nadgarstka przeciw oporowi badającego.



Wynik dodatni: Odtworzenie charakterystycznego bólu w okolicy nadkłykcia bocznego kości ramiennej.

2 MILL — ROZCIĄNIĘCIE



Cel: Prowokacja objawów poprzez rozciąganie struktur związanych z grupą prostowników nadgarstka.



Wykonanie: Badający kontrolowanie ustawia kończynę w kombinacji ruchów zwiększających rozciąganie prostowników nadgarstka, obejmującej wyprost łokcia, pronację przedramienia i zgięcie nadgarstka.



Wynik dodatni: Odtworzenie typowego bólu w okolicy nadkłykcia bocznego.

3 MAUDSLEY — OPÓR PALCA



Cel: Prowokacja bólu podczas oporowanego wyprostu palca środkowego.



Wykonanie: Przy ustabilizowanej kończynie pacjent prostuje palec środkowy przeciw oporowi badającego.



Wynik dodatni: Odtworzenie bólu bocznej części łokcia.



Ułatw sobie zapamiętanie:

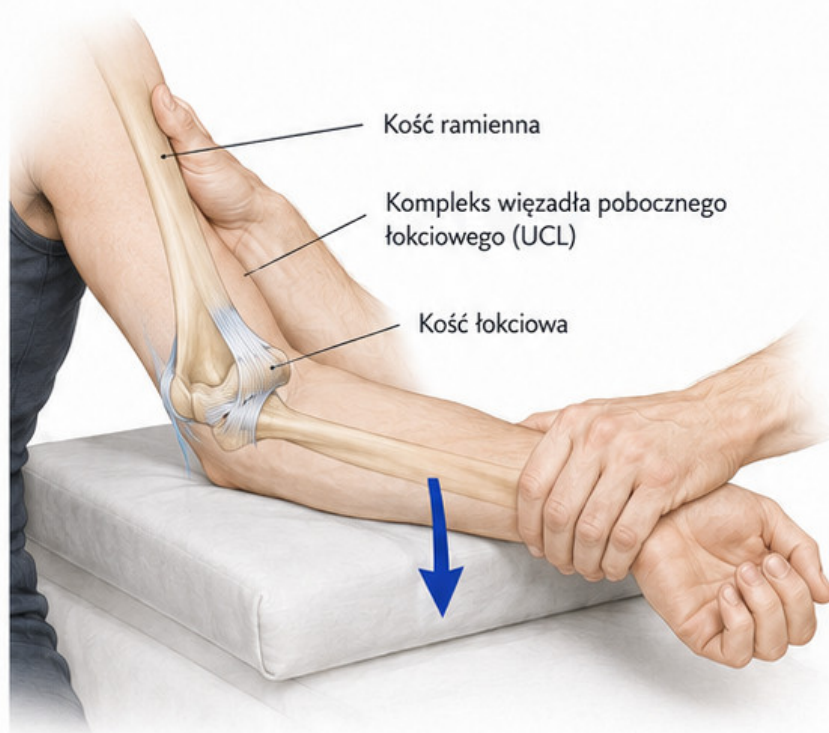
Cozen = aktywny opór

Mill = bierne rozciąganie

Maudsley = palec środkowy przeciw oporowi

Valgus Stress Test i Moving Valgus Stress Test

Stabilność przyśrodkowej części łokcia



VALGUS STRESS TEST – TEST KOŚŁAWOŚCI



Cel: Ocena bólu i/lub zwiększonej niestabilności podczas obciążenia przyśrodkowych struktur stabilizujących łokieć.



Pozycja:

Kończyna pacjenta powinna być dobrze podparta, aby pacjent nie napinał niepotrzebnie mięśni.



Wykonanie:

Badający stabilizuje ramię i kontrolowanie przykładą siłę koślawiającą do stawu łokciowego.



Obserwuj:

ból po stronie przyśrodkowej, wyraźną różnicę pomiędzy stronami, poczucie niestabilności, jakość końcowego oporu.

MOVING VALGUS STRESS TEST

ZGIĘCIE → RUCH → WYPROST



Cel: Prowokacja bólu związanego z przyśrodkowym kompleksem więzadłowym podczas ruchu łokcia pod utrzymywanym obciążeniem koślawym.



Wykonanie krok po kroku:

1. Ustaw łokieć w znacznym zgięciu.
2. Przyłóż umiarkowany, kontrolowany moment koślawiający.
3. Utrzymując obciążenie, stopniowo prostuj łokieć.
4. Zapytaj pacjenta, czy pojawia się charakterystyczny ból przyśrodkowej części łokcia.



Najczęstszy błąd:

Przykładanie zbyt dużej, gwałtownej siły zamiast kontrolowanego stresu koślawego.

1 ZGIĘCIE



2 RUCH



3 WYPROST



Zapamiętaj: Nie szukaj wyłącznie bólu. Porównuj także stabilność, reakcję końcową i stronę przeciwną.

Objaw Tinela i test zgięciowo-uciskowy łokcia

Ocena podrażnienia nerwu łokciowego (zespół kanału łokciowego)

1 OBJAW TINELA NAD NERWEM ŁOKCIOWYM



Cel:

Sprawdzenie, czy mechaniczna stymulacja nerwu łokciowego odtwarza typowe objawy.



Pozycja pacjenta:

Pacjent siedzi, łokieć rozluźniony i lekko zgięty.



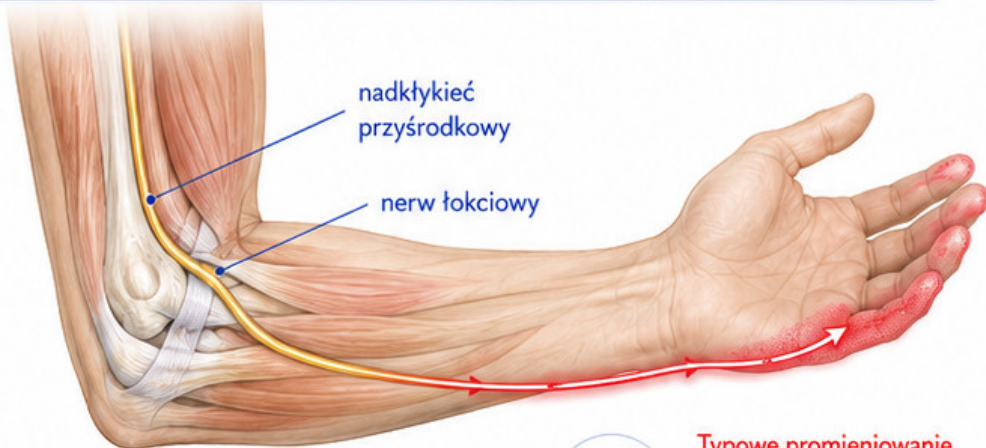
Wykonanie krok po kroku:

1. Zlokalizuj nerw łokciowy za nadkłykiem przyśrodkowym.
2. Delikatnie opukuj przebieg nerwu palcem lub młoteczkiem neurologicznym.
3. Nie używaj dużej siły.
4. Zapytaj, gdzie pacjent odczuwa objaw.



Wynik dodatni:

Mrowienie, parestezje lub uczucie „prądu” promieniujące do palca małego i łokciowej części palca serdecznego.



Typowe promieniowanie objawów do palca małego i łokciowej części palca serdecznego

A — OPUKIWANIE



B — ZGIĘCIE + UCISK



2 TEST ZGIĘCIOWO-UCISKOWY ŁOKCIA



Cel:

Prowokacja objawów przez zgięcie łokcia + kontrolowany ucisk nerwu.



Wykonanie:

1. Zegnij łokieć maksymalnie.
2. Utrzymuj pozycję przez 30–60 sekund.
3. Zastosuj delikatny ucisk na nerw łokciowy w okolicy kanału łokciowego (za nadkłykiem przyśrodkowym).
4. Obserwuj wystąpienie drętwienia, mrowienia lub parestezji.

DODATKOWO OCENĆ:



Czucie: palca małego i łokciowej części palca serdecznego.



Siłę mięśni ręki: chwyt, odwiedzenie palca małego, przywiedzenie palców.



Symetrię: porównaj z kończyną przeciwną.



Objawy nocne: budzenie się w nocy z drętwieniem ręki.



Wpływ długiego zgięcia łokcia: telefon, sen, jazda samochodem.



Najczęstszy błąd:

Każdy miejscowy ból przy opukiwaniu traktowany jako dodatni Tinel.



Zapamiętaj:

Ból miejscowy to nie to samo co parestezje w przebiegu nerwu.

Test Finkelsteina w podejrzeniu choroby de Quervaina

Prowokacja bólu po stronie promieniowej nadgarstka.

TEST FINKELSTEINA



Cel:

prowokacja objawów związanych z pierwszym przedziałem prostowników nadgarstka (APL i EPB).



Pozycja pacjenta:

przedramię podparte, dłoń i nadgarstek rozluźnione.



Wykonanie — wariant kontrolowany:

1. Ustaw nadgarstek neutralnie.
2. Uchwyć kciuk delikatnie.
3. Stopniowo przemieszczaj kciuk i nadgarstek w kierunku rozciągania po stronie promieniowej.
4. Zatrzymaj ruch przy odtworzeniu typowych dolegliwości.



Wynik dodatni:

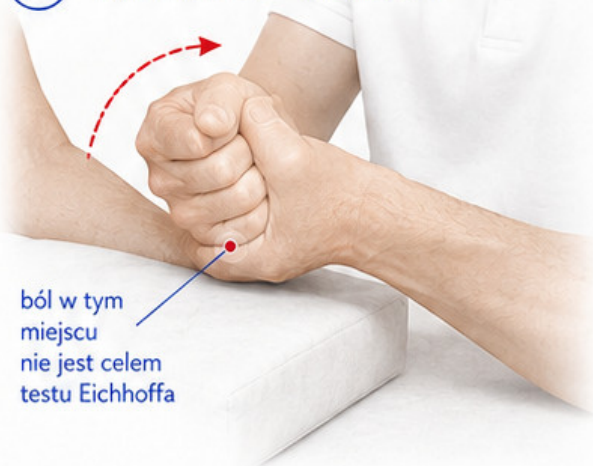
ból po stronie promieniowej nadgarstka przy wyrostku rylcowatym kości promieniowej.



PRAWIDŁOWO — FINKELSTEIN



NIE MYL Z — EICHHOFF



WAŻNE — FINKELSTEIN ≠ EICHHOFF

Test Eichhoffa



Pacjent chowa kciuk do dłoni, zaciska palce wokół kciuka i nadgarstek jest odchylany łokciowo.

Test Finkelsteina



Badający kontroluje kciuk i stopniowo prowokuje napięcie struktur bez agresywnego zaciskania kciuka w pięści.



Prawidłowo wykonany test Finkelsteina jest mniej agresywny i ogranicza ryzyko wyników fałszywie dodatnich.



Najczęstszy błąd: gwałtowne odchylenie łokciowe z kciukiem mocno schowanym w dłoń i nazywanie tego testem Finkelsteina.



Zapamiętaj: Test ma odtworzyć charakterystyczny ból, a nie wywołać maksymalny możliwy dyskomfort.

Test Phalena, objaw Tinela i test uciskowy kanału nadgarstka

Zespół kanału nadgarstka

1 PHALEN — ZGIĘCIE



Cel: sprawdzenie, czy zgięcie nadgarstków prowokuje objawy nerwu pośrodkowego.

Wykonanie: pacjent zgina nadgarstki; grzbiety dłoni naprzeciw siebie; utrzymuje pozycję; pyta o drętwienie, mrowienie lub ból.

Wynik dodatni: parestezje w obszarze unerwianym przez nerw pośrodkowy.

2 TINEL — OPUKIWANIE



Wykonanie: delikatnie opukuj przebieg nerwu pośrodkowego nad kanałem nadgarstka.

Wynik dodatni: uczucie mrowienia lub „prądu” promieniujące do palców unerwianych przez nerw pośrodkowy.

3 DURKAN — UCISK



Cel: prowokacja objawów przez bezpośredni ucisk kanału nadgarstka.

Wykonanie: badający przykładą kciuki nad przebiegiem nerwu pośrodkowego i stosuje umiarkowany ucisk.

Wynik dodatni: odtworzenie charakterystycznych parestezji.

OBSZAR TYPOWEGO UNERWIENIA NERWU POŚRODKOWEGO



Dodatkowo oceń:

- czucie w palcach
- siłę mięśni kłębki kciuka
- chwyt i funkcję ręki
- objawy nocne
- czy potrząsanie ręką zmniejsza dolegliwości



Najczęstszy błąd:

ból nadgarstka bez typowych objawów neurologicznych traktowany jako pewny wynik dodatni.



Interpretacja:

Testy prowokacyjne wspierają badanie. Nie zastępują oceny neurologicznej ani — gdy istnieją wskazania — dalszej diagnostyki.

Test Watsona i DRUJ Ballottement Test

Stabilność nadgarstka

Niestabilność nadgarstka to nie jedna patologia.

TEST WATSONA — SCAPHOID SHIFT TEST



Cel:

ocena objawów mogących towarzyszyć niestabilności łódeczkowato-księżycowatej.



Pozycja pacjenta:

przedramię podparte, ręka rozluźniona.



Pozycja badającego:

kciuk badającego na dłoniowej części kości łódeczkowatej, druga ręka kontroluje śródręcze.



Wykonanie:

1. Rozpocznij w odchyleniu łokciowym.
2. Utrzymuj kontrolowany nacisk na kość łódeczkowatą.
3. Przemieszczaj nadgarstek do odchylenia promieniowego.
4. Oceń ból, przeskakiwanie i porównaj z drugą stroną.



Wynik dodatni:

typowy ból i/lub wyraźne nieprawidłowe przeskoczenie.

1 ODCHYLENIE ŁOKCIOWE



2 ODCHYLENIE PROMIENIOWE



DRUJ BALLOTTEMENT TEST



Cel:

ocena stabilności dalszego stawu promieniowo-łokciowego.



Wykonanie:

1. Stabilizuj kość promieniową wraz z kośćmi nadgarstka.
2. Drugą ręką obejmij dalszą część kości łokciowej.
3. Przenieś ją grzbietowo i dłoniowo.
4. Porównaj zakres, jakość oporu i objawy ze stroną przeciwną.



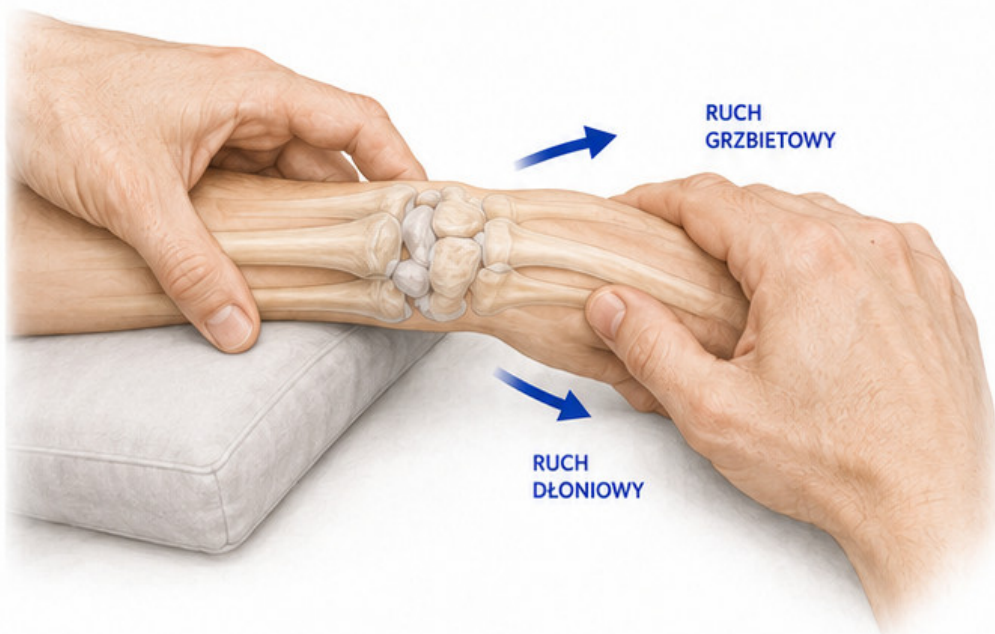
Wynik dodatni:

zwiększona ruchomość, nieprawidłowy końcowy opór i/lub odtworzenie dolegliwości.



Najczęstszy błąd:

interpretowanie naturalnej obustronnej wiotkości jako patologii.



Zasada:

W testach stabilności porównanie ze stroną przeciwną jest często równie ważne jak sam ruch.

Biodro

Od ograniczenia ruchomości i bólu pachwiny do oceny stabilizacji miednicy i funkcji mięśni.



W biodrze lokalizacja prowokowanego bólu jest równie ważna jak sam fakt jego wystąpienia.

W tym module opanujesz



test FABER,



test FADIR,



test Thomasa,



test Ely'ego,



test Obera,



test Trendelenburga,



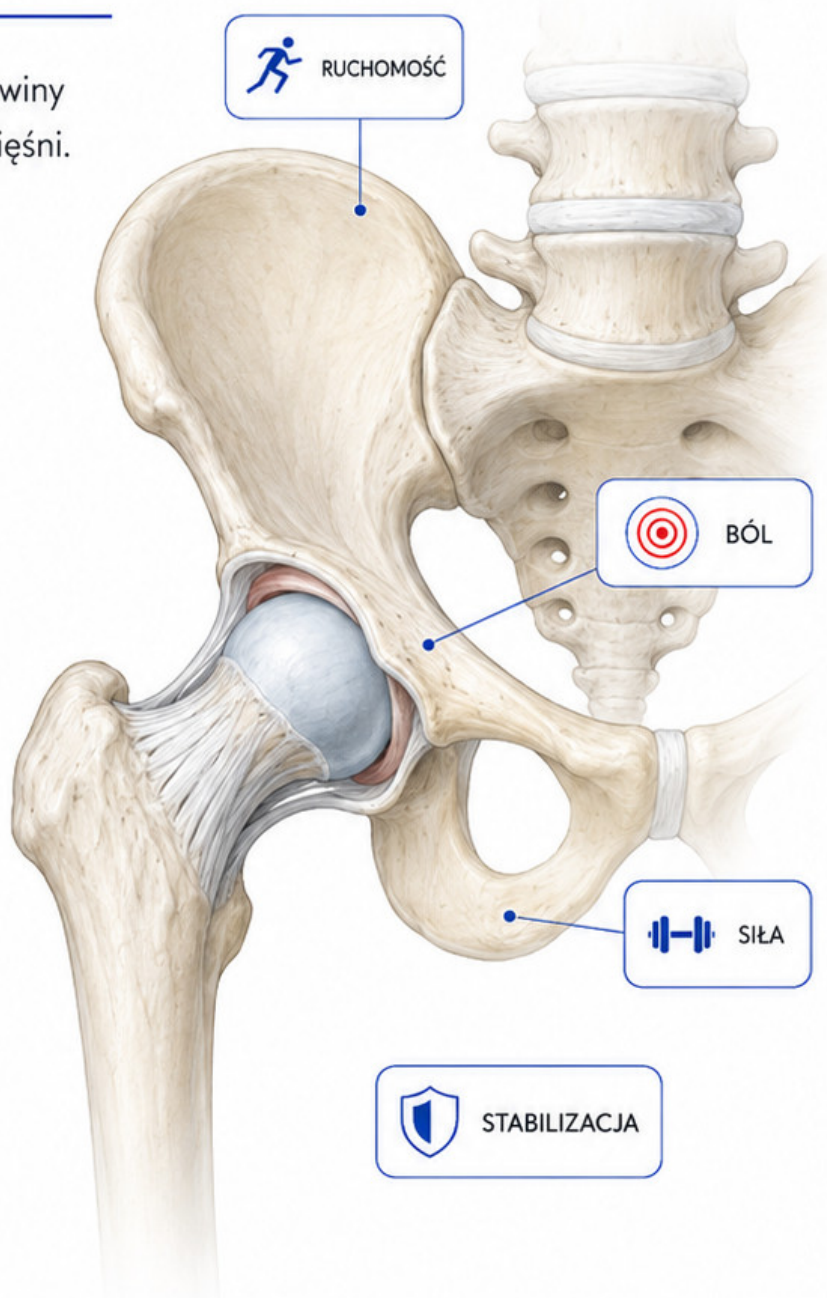
Log Roll Test,



test Stinchfielda,



późniejszą integrację z testem Scour.



pachwina



boczna
część
biodra



tylna
część
miednicy

FABER — zgięcie, odwiedzenie i rotacja zewnętrzna

FABER

F	Flexion — zgięcie
AB	Abduction — odwiedzenie
ER	External Rotation — rotacja zewnętrzna



Cel:

provokacyjna ocena biodra oraz okolicy miednicy podczas kombinacji zgięcia, odwiedzenia i rotacji zewnętrznej.



Pozycja pacjenta:

leżenie na plecach.



Wykonanie krok po kroku:

1. Zegnij badaną kończynę.
2. Ustaw biodro w odwiedzeniu i rotacji zewnętrznej.
3. Oprzyj kostkę przy przeciwległym udzie/kolanie, tworząc cyfrę 4.
4. Stabilizuj przeciwległą stronę miednicy.
5. Delikatnie obniżaj kolano.



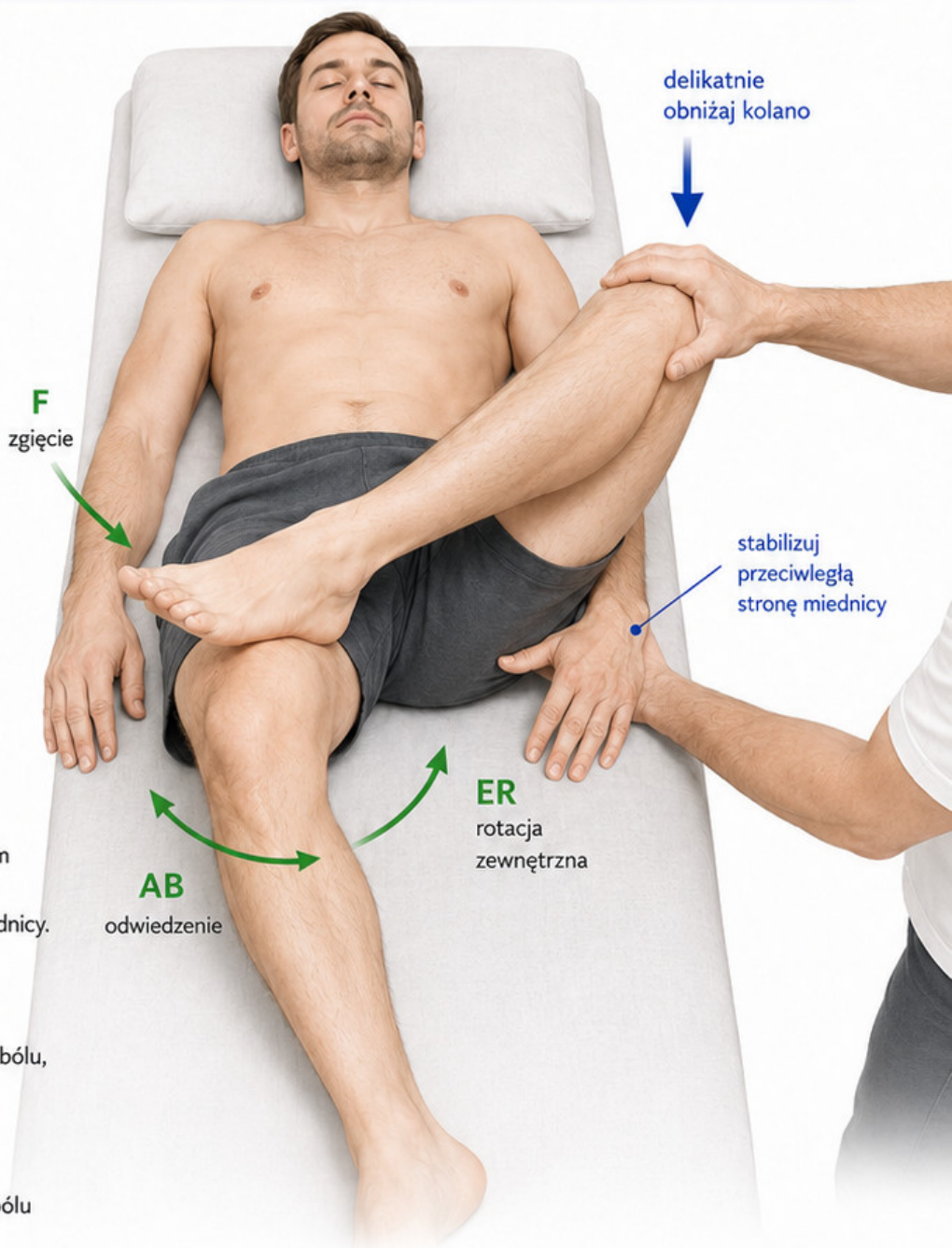
Obserwuj:

zakres ruchu, asymetrię, lokalizację bólu, jakość końcowego oporu, ruch kompensacyjny miednicy.



Wynik dodatni:

odtworzenie charakterystycznego bólu i/lub wyraźne ograniczenie ruchu.



Interpretacja: lokalizacja bólu



Ból w pachwinie — może kierować uwagę w stronę struktur biodra.



Ból bardziej ku tyłowi — wymaga szerszego rozważenia struktur miednicy i okolicy krzyżowo-biodrowej.

Nie przypisuj lokalizacji bólu jednej konkretnej diagnozie bez dalszej oceny.



Najczęstszy błąd:

unoszenie przeciwległej połowy miednicy z kozetki.



Zapamiętaj:

W FABER zawsze zapisuj GDZIE pojawił się ból — nie tylko czy test był dodatni.

FADIR — prowokacja objawów w zgięciu i rotacji wewnętrznej

FADIR

F — Flexion — zgięcie

AD — Adduction — przywiedzenie

IR — Internal Rotation — rotacja wewnętrzna



Cel:

sprawdzenie, czy kombinacja zgięcia, przywiedzenia i rotacji wewnętrznej biodra odtwarza typowy ból pacjenta.



Pozycja pacjenta:

leżenie na plecach.



Wykonanie:

zegnij staw biodrowy;
zegnij kolano; przywiedź udo;
stopniowo wykonaj rotację
wewnętrzną; zapytaj
o lokalizację i charakter bólu.



Wynik dodatni:

odtworzenie charakterystycznych objawów, często w okolicy pachwiny lub przedniej części biodra.

1 ZGIĘCIE



Zegnij staw biodrowy i zegnij kolano.

2 PRZYWIEDZENIE



Przywiedź udo (przybliż do linii środkowej).

3 ROTACJA WEWNĘTRZNA



Stopniowo wykonaj rotację wewnętrzną. Zapytaj o lokalizację i charakter bólu.



Znaczenie kliniczne:

dodatni FADIR wskazuje, że określona pozycja prowokuje dolegliwości, ale sam wynik nie rozróżnia wiarygodnie wszystkich przyczyn bólu wewnątrzstawowego.



Najczęstsze błędy:

- wykonywanie ruchu gwałtownie
- używanie nadmiernej siły
- niezwracanie uwagi na ruch miednicy
- zapis „dodatni” bez wskazania lokalizacji bólu



Nie pomył:

FABER →
odwiedzenie +
rotacja zewnętrzna

FADIR →
przywiedzenie +
rotacja wewnętrzna

Test Thomasa, test Ely'ego i test Obera

Długość i elastyczność struktur przedniej i bocznej części uda

1

THOMAS — ZGINACZE BIODRA



Cel:

ocena ograniczenia wyprostu biodra i potencjalnego skrócenia zginaczy biodra.



Pozycja:

pacjent leży na plecach.



Wykonanie:

pacjent przyciąga jedno kolano do klatki piersiowej; badający kontroluje ustawienie miednicy i odcinka lędźwiowego; druga kończyna pozostaje rozluźniona; oceń położenie uda względem kozetki.



Najważniejsza zasada:

kontrola pochylenia miednicy jest niezbędna.

2

ELY — PROSTY UDA



Cel:

ocena elastyczności mięśnia prostego uda.



Pozycja:

pacjent leży na brzuchu.



Wykonanie:

stabilizuj miednicę; biernie zginaj kolano; obserwuj przedwczesne zgięcie biodra lub uniesienie miednicy; porównaj obie strony.

3

OBER — STRUKTURY BOCZNE



Cel:

ocena ograniczenia przywiedzenia biodra i napięcia struktur bocznej części uda.



Pozycja:

pacjent leży na boku.



Wykonanie:

ustabilizuj miednicę; ustaw górną kończynę w odwiedzeniu i wyproście biodra; kontrolowanie pozwól kończynie przejść do przywiedzenia; obserwuj zakres i kompensację miednicy.



Wspólna zasada:

Jeżeli miednica zaczyna się kompensacyjnie poruszać, przestajesz mierzyć wyłącznie to, co chciałeś ocenić.

Stabilizacja miednicy podczas stania na jednej kończynie

TEST TRENDELENBURGA

A STABILNA MIEDNICA



B OPADANIE MIEDNICY



C KOMPENSACJA TUŁOWIA



Cel:

ocena zdolności organizmu do kontrolowania ustawienia miednicy podczas podporu na jednej kończynie.



Pozycja pacjenta:

pacjent stoi wyprostowany; badający obserwuje miednicę od tyłu.



Wykonanie:

poproś o uniesienie jednej stopy; pacjent pozostaje w podporze na przeciwnej kończynie; obserwuj oboje grzbień biodrowe; zwróć uwagę także na tułów, kolano i stopę; porównaj stronę prawą i lewą.



Klasyczny dodatni objaw:

miednica po stronie uniesionej kończyny opada zamiast pozostać stabilna.



Obserwuj również:

- przechylenie tułowia
- rotację miednicy
- drżenie i brak kontroli
- czas utrzymania pozycji
- ból
- kompensacyjne ustawienie kolana



Najczęstszy błąd:

patrzenie wyłącznie na miednicę bez zauważenia silnego przechylenia tułowia nad kończynę podporową.



Myśl funkcjonalnie

Test Trendelenburga pokazuje strategię utrzymania miednicy w podporze jednonóż — nie tylko wynik jednego mięśnia.

Dwa różne sposoby prowokacji objawów biodra

Log Roll Test i test Stinchfielda

1 LOG ROLL TEST

**Cel:**

ocena reakcji biodra na bierną rotację przy minimalnym napięciu mięśniowym pacjenta.

**Pozycja:**

pacjent leży na plecach, kończyna wyprostowana i rozluźniona.

**Wykonanie:**

uchwycić kończynę przy stopie lub dalszym podudziu; delikatnie „roluj” całą kończynę w rotację wewnętrzną i zewnętrzną; nie unosi uda i nie wymuszaj dużego ruchu; porównaj obie strony.

**Obserwuj:**

ból, asymetrię rotacji, nadmierną rotację zewnętrzną, przeskakiwanie, uczucie niestabilności.

**Wynik dodatni:**

typowe dolegliwości i/lub wyraźna asymetria.



BIERNIE
↔
AKTYWNE

2 TEST STINCHFIELDA — RESISTED STRAIGHT LEG RAISE

**Cel:**

sprawdzenie reakcji biodra podczas aktywnego uniesienia wyprostowanej kończyny przeciw oporowi.

**Pozycja:**

pacjent leży na plecach.

**Wykonanie:**

kończyna wyprostowana; pacjent unosi ją niewielką odległość nad kozetkę; badający przykładają kontrolowany opór w dół; pacjent utrzymuje pozycję.

**Wynik dodatni:**

charakterystyczny ból w okolicy biodra lub pachwiny podczas aktywnego obciążenia.

**LOG ROLL:**

pacjent pozostaje rozluźniony → badający wykonuje bierną rotację.

**STINCHFIELD:**

pacjent aktywnie pracuje → biodro jest obciążane przeciw oporowi.



Najczęstszy błąd: w Stinchfieldzie pozwalanie na silne zgięcie kolana lub kompensację tułowiem.



Zapamiętaj: Ten sam ból biodra może zachowywać się inaczej podczas biernego ruchu i aktywnego obciążenia. Ta różnica jest informacją kliniczną.

**Następnie:**

Scour Test
i integracja badania biodra

Jak połączyć wyniki testów biodra w jedną hipotezę kliniczną?

Scour Test i integracja badania biodra

SCOUR TEST — TEST KOMPRESYJNO-ROTACYJNY BIODRA



Cel:

Sprawdzenie, czy kontrolowane obciążenie powierzchni stawowych podczas ruchu odtwarza charakterystyczne objawy biodra.



Pozycja pacjenta:

Pacjent leży na plecach.



Pozycja badającego:

Badający stoi po stronie testowanej kończyny, kontrolując kolano oraz dalszą część uda.



Wykonanie krok po kroku:

1. Zegnij biodro i kolano badanego pacjenta.
2. Zastosuj delikatną siłę osiową skierowaną przez kość udową w stronę stawu biodrowego.
3. Utrzymując kontrolowane obciążenie, powoli prowadź biodro przez łuk przywiedzenia i odwiedzenia.
4. Dodaj kontrolowaną rotację biodra.
5. Zapytaj pacjenta o ból, przeszkakiwanie, blokowanie lub inne znane mu objawy.



Wynik dodatni:

Odtworzenie charakterystycznego głębokiego bólu biodra, mechanicznego przeszkakiwania lub innych objawów znanych pacjentowi.



Znaczenie kliniczne:

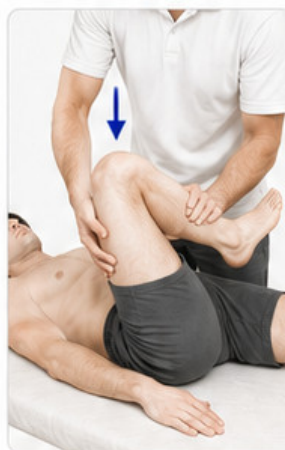
Dodatni Scour może zwiększać podejrzenie, że objawy są związane ze strukturami stawu biodrowego, ale nie wskazuje samodzielnie jednej konkretnej patologii.

1 POZYCJA



Zegnij biodro i kolano badanego pacjenta.

2 KOMPRESJA



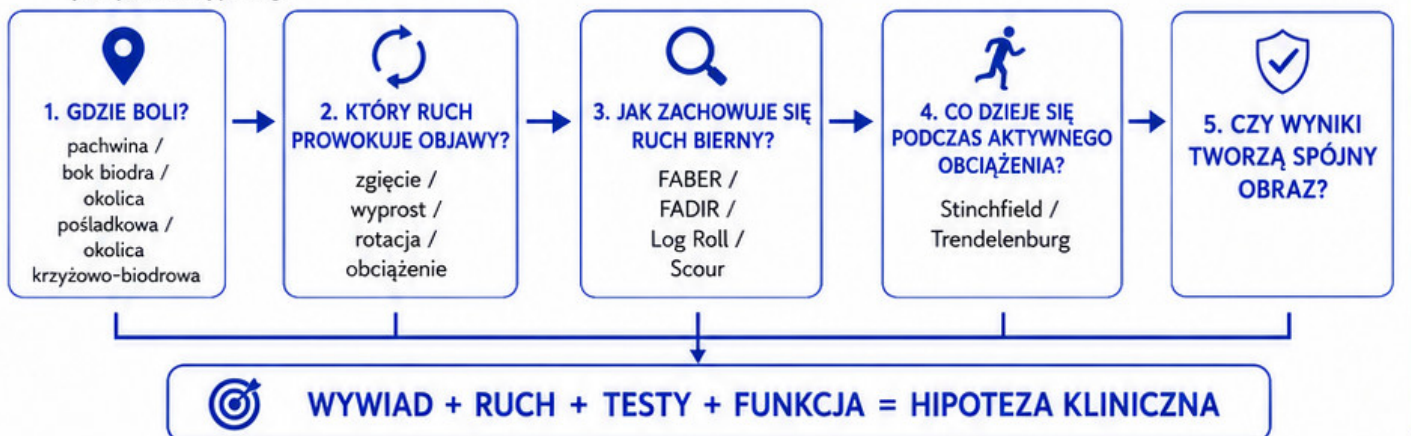
Zastosuj delikatną siłę osiową skierowaną przez kość udową w stronę stawu biodrowego.

3 RUCH PO ŁUKU



Utrzymując kontrolowane obciążenie, prowadź biodro przez łuk i dodaj rotację.

INTEGRACJA MODUŁU BIODRA



MINI-PRZYKŁAD KLINICZNY

Pacjent: ból pachwiny podczas głębokiego przysiadu.

Badanie: FADIR odtwarza znany ból. Scour również prowokuje głęboki ból. Stinchfield prowokuje objawy podczas obciążenia.

Interpretacja: Kilka zgodnych informacji może wzmacniać hipotezę dotyczącą źródła wewnątrzstawowego, ale nadal nie mówi automatycznie, jaka dokładnie struktura jest uszkodzona.



Najczęstszy błąd:

Wykonywanie Scour z dużą siłą i zbyt szybkim ruchem, przez co test staje się bolesny nawet bez odtworzenia charakterystycznych objawów pacjenta.



Najważniejsza lekcja modułu



Nie szukaj jednego magicznego testu biodra. Szukaj zgodności wielu informacji.



Kolano

Stabilność, więzadła, łąkotki i staw rzepkowo-udowy – najważniejsze testy kliniczne krok po kroku.

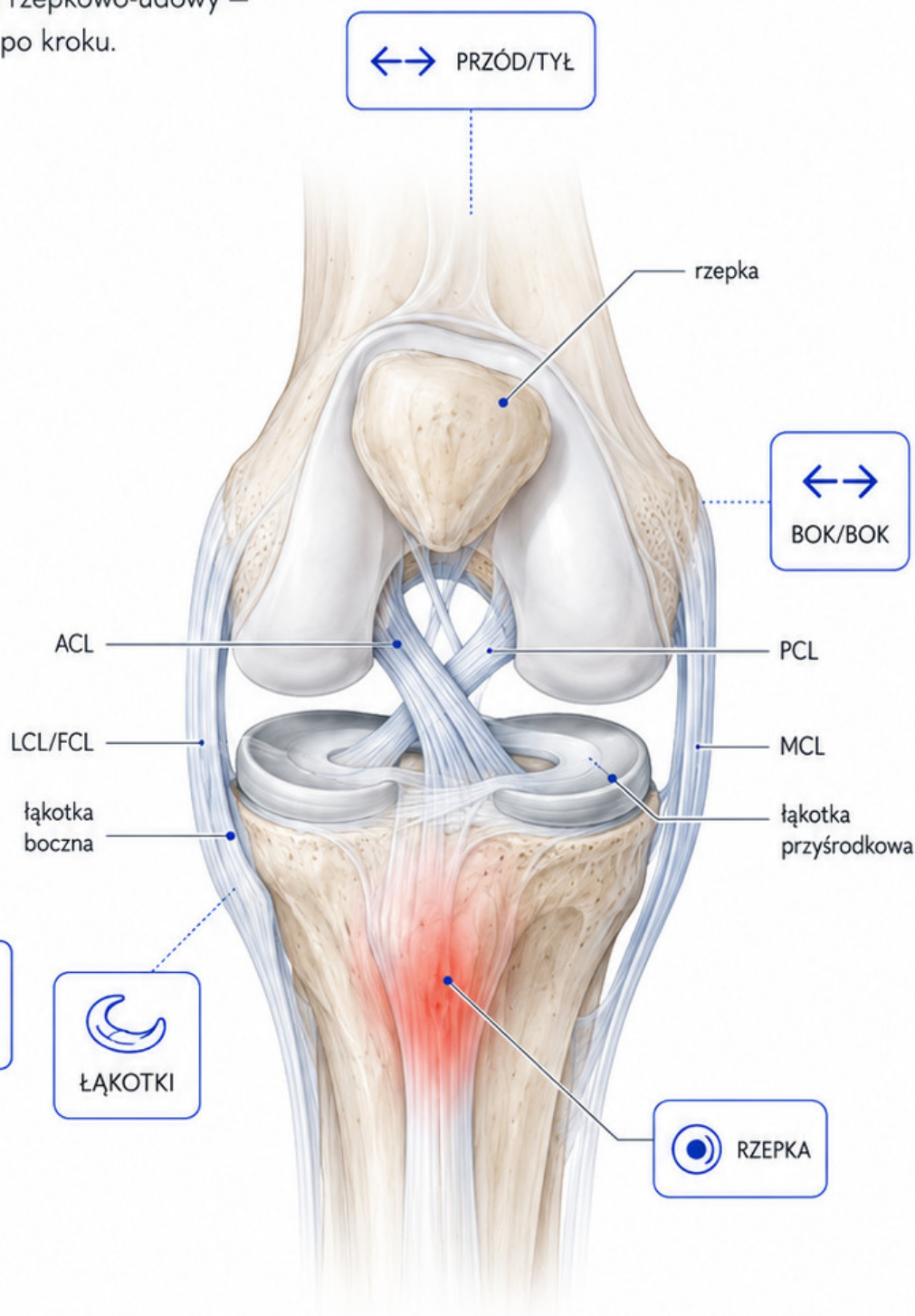
Co czytelnik opanuje:

-  test Lachmana,
-  test szuflady przedniej,
-  Pivot Shift Test,
-  test szuflady tylnej,
-  Posterior Sag Sign,
-  Quadriceps Active Test,
-  Valgus Stress Test,
-  Varus Stress Test,
-  test McMurraya,
-  test Thessaly,
-  ocenę szpary stawowej,
-  Patellar Apprehension Test.

“ Najpierw ustal kierunek niestabilności lub charakter bólu. Dopiero potem dobierz manewr.

Co dodatkowo obserwować przed testami specjalnymi:

- obrzęk,
- zakres ruchu,
- możliwość obciążania kończyny,
- ustawienie kolana,
- chód,
- lokalizację bólu,
- mechanizm urazu.



Ocena przedniej translacji piszczeli

Więzadło krzyżowe przednie: Lachman i szuflada przednia

TEST LACHMANA



Cel:

Ocena przedniego przemieszczania piszczeli względem kości udowej oraz jakości końcowego oporu.



Pozycja pacjenta:

Pacjent leży na plecach. Kolano jest lekko zgięte, około 20–30°.



Pozycja badającego:

Jedna ręka stabilizuje dalszą część kości udowej. Druga obejmuje bliższą część piszczeli.



Wykonanie krok po kroku:

1. Rozluźnij kończynę pacjenta.
2. Ustabilizuj kość udową.
3. Przenieść piszczel ku przodowi.
4. Oceń wielkość translacji.
5. Oceń jakość końcowego oporu.
6. Porównaj z drugim kolaniem.



Wynik dodatni:

Zwiększona przednia translacja piszczeli oraz/lub wyraźnie bardziej miękki końcowy opór w porównaniu ze stroną przeciwną.



Praktyczna wskazówka:

Nie oceniaj tylko 'ile się rusza'. Zwróć uwagę również na end-feel, czyli charakter końcowego oporu.

TEST SZUFLADY PRZEDNIEJ



Pozycja pacjenta:

Leżenie na plecach, kolano zgięte około 90°, stopa ustabilizowana.



Wykonanie:

1. Obejmij bliższą część piszczeli obiema rękami.
2. Kciuki ustaw w okolicy szpary stawowej.
3. Upewnij się, że mięśnie tylnej części uda są rozluźnione.
4. Przenieść piszczel w kierunku przednim.



Wynik dodatni:

Większa przednia translacja niż po stronie przeciwnej i/lub nieprawidłowy końcowy opór.

LACHMAN – 20–30°



większy ruch
+
miękki opór
=
większe podejrzenie
niestabilności
ACL

SZUFLADA PRZEDNIA – 90°



Najczęstsze błędy:

- brak rozluźnienia pacjenta,
- rotacja piszczeli podczas testu,
- ocenianie tylko zakresu ruchu bez końcowego oporu,
- brak porównania z drugim kolaniem.



Ułatw sobie zapamiętanie

*“Lachman = małe zgięcie.
Szuflada = duże zgięcie.”*

Dynamiczna niestabilność rotacyjna kolana

Pivot Shift Test

PIVOT SHIFT TEST



Cel:

Ocena dynamicznej przednio-bocznej niestabilności kolana.



Pozycja pacjenta:

Pacjent leży na plecach. Kończyna powinna być możliwie rozluźniona.



Wykonanie — uproszczony schemat dydaktyczny:

1. Unieś i podtrzymuj kończynę.
2. Kontroluj stopę i piszczel.
3. Zastosuj odpowiednią rotację piszczeli oraz kontrolowany stres koślawy.
4. Powoli przeprowadź kolano przez zakres zgięcia.
5. Obserwuj nagłą zmianę położenia bliższej części piszczeli.



Wynik dodatni:

Wyraźne dynamiczne przemieszczenie/redukcja piszczeli, często odbierane jako charakterystyczne 'przeskoczenie'.

1 WYPROST / MAŁE ZGIĘCIE



Pozycja wyjściowa. Kończyna uniesiona, lekko odwiedziona.

2 ZGIĘCIE



- Zgięcie kolana
- Rotacja piszczeli (wewnętrzna)
- Stres koślawy (na stronę boczną)

3 REDUKCJA



Nagła redukcja/przeskoczenie bliższej części piszczeli podczas dalszego zgięcia.

Czym różni się od Lachmana?



LACHMAN: ocena translacji przedniej w kontrolowanej pozycji.



PIVOT SHIFT: ocena dynamicznej niestabilności podczas kombinacji ruchu, rotacji i obciążenia koślawego.



Bezpieczeństwo i komfort:

Nie wykonywać manewru agresywnie. Szczególnie w ostrym, bolesnym urazie obrzęk i odruchowe napięcie mięśni mogą utrudniać ocenę.



Najczęstszy błąd:

Próba wykonania ruchu szybko i siłowo zamiast płynnej, kontrolowanej kombinacji ruchów.



Zapamiętaj:

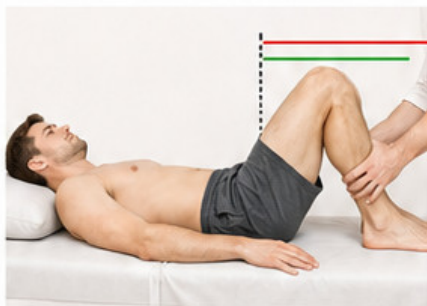
„Lachman bada głównie translację. Pivot Shift pokazuje niestabilność w ruchu.”

Posterior Sag Sign, szuflada tylna i Quadriceps Active Test

Więzadło krzyżowe tylne

1 SAG — PATRZ

POSTERIOR SAG SIGN —
OBJAW TYLNEGO OPADANIA PISZCZELI



Pozycja:

Pacjent leży na plecach. Biodra i kolana są zgięte.



Wykonanie:

Obserwuj z boku pozycję bliższej części piszczeli względem kości udowej.



Wynik dodatni:

Piszczel po stronie badanej znajduje się bardziej ku tyłowi niż po stronie przeciwnej.



Najpierw patrz.

Potem ciągnij lub naciskaj.

2 DRAWER — PRZESUŃ

TEST SZUFLADY TYLNEJ



Pozycja:

Kolano zgięte około 90°.



Wykonanie:

1. Upewnij się, że piszczel rozpoczyna z prawidłowej pozycji.
2. Obejmij bliższą część piszczeli.
3. Przyłóż kontrolowaną siłę w kierunku tylnym.
4. Oceń translację i końcowy opór.
5. Porównaj strony.



Wynik dodatni:

Zwiększona tylna translacja piszczeli w porównaniu ze zdrową stroną.

3 QUADRICEPS — AKTYWUJ

QUADRICEPS ACTIVE TEST



Cel:

Ocena, czy aktywacja mięśnia czworogłowego powoduje przesunięcie wcześniej „zapadniętej” piszczeli ku przodowi.



Wykonanie:

Przy zgiętym kolanie badający stabilizuje stopę, a pacjent napina mięsień czworogłowy.



Wynik dodatni:

Widoczne przesunięcie piszczeli do przodu podczas aktywacji mięśnia czworogłowego.

USTAWIENIE PISZCZELI (WIDOK Z BOKU)



— zielona =
prawidłowe
ustawienie
piszczeli

- - - czerwona =
posterior sag



Bardzo ważne:

„Przed testowaniem ACL sprawdź, czy piszczel nie jest już przesunięta ku tyłowi.”



Najczęstszy błąd:

Rozpoczęcie testu szuflady przedniej przy piszczeli już przesuniętej ku tyłowi i błędne uznanie jej powrotu do pozycji neutralnej za nadmierną translację przednią.

Valgus Stress Test i Varus Stress Test

Więzadła poboczne kolana

VALGUS STRESS TEST — TEST KOŚŁAWOŚCI



Główna oceniana strona:

Przyśrodkowa część kolana.



Cel:

Ocena stabilności struktur przeciwdziałających nadmiernemu koślawieniu.



Wykonanie:

1. Ustabilizuj kończynę.
2. Ustaw kolano w niewielkim zgięciu.
3. Jedną ręką kontroluj boczną część kolana.
4. Drugą kontroluj dalszą część podudzia.
5. Zastosuj delikatny stres koślawy.
6. Oceń ból, zakres otwierania i końcowy opór.

VALGUS
→
OTWIERA
STRONĘ
PRZYŚRODKOWĄ

VARUS STRESS TEST — TEST SZPOTAWOŚCI



Główna oceniana strona:

Boczna część kolana.



Wykonanie:

1. Ustaw kolano w niewielkim zgięciu.
2. Stabilizuj przyśrodkową stronę stawu.
3. Przyłóż kontrolowaną siłę powodującą stres szpotawy.
4. Oceń różnicę pomiędzy stronami.

VARUS
→
OTWIERA
STRONĘ
BOCZNĄ



Co zapisać dla obu testów:

- ból,
- stopień otwierania szpary stawowej,
- jakość końcowego oporu,
- różnicę między stronami,
- ustawienie, w którym pojawia się niestabilność.



Nie zapisuj wyłącznie:
'valgus dodatni'.



Lepszy zapis:

'Ból przyśrodkowy bez wyraźnie zwiększonej wiotkości' lub
'zwiększone otwieranie przyśrodkowe względem strony przeciwnej'.



Najczęstszy błąd:

Wykonywanie testu bez ustabilizowania kończyny, przez co całe biodro obraca się zamiast powstawać kontrolowany stres w kolanie.



Zapamiętaj:

"Valgus → przyśrodkowo.
Varus → bocznie."

Test McMurraya, test Thessaly i palpacja szpary stawowej

Łąkotki

1 TEST MCMURRAYA



Cel:

Prowokacja objawów łąkotkowych podczas zgięcia, wyprostu i rotacji kolana.



Pozycja pacjenta:

Pacjent leży na plecach.



Wykonanie dydaktyczne:

1. Maksymalnie kontrolowanie zegnij kolano w komfortowym zakresie.
2. Kontroluj piętę i szparę stawową.
3. Wprowadź odpowiednią rotację piszczeli.
4. Powoli prostuj kolano.
5. Zwróć uwagę na ból, kliknięcie lub wyraźne mechaniczne przeskoczenie.



Wynik dodatni:

Odtworzenie charakterystycznego bólu w obrębie szpary stawowej i/lub wyraźnego mechanicznego objawu.

2 TEST THESSALY



Pozycja:

Pacjent stoi na jednej nodze z kolaniem lekko zgiętym.



Wykonanie:

1. Zapewnij pacjentowi możliwość podparcia dla bezpieczeństwa.
2. Pacjent lekko zgina kolano.
3. Utrzymując stopę na podłożu, wykonuje kontrolowaną rotację ciała i kolana w obie strony.
4. Ocenić odtworzenie bólu szpary stawowej, blokowania lub przeskakiwania.



Bezpieczeństwo:

Nie stosować jako pierwszego manewru u pacjenta, który nie jest w stanie bezpiecznie stać na jednej kończynie.

3 BOLESNOŚĆ SZPARY STAWOWEJ



Co zrobić:

Palpować przyśrodkową i boczną szparę stawową i porównać lokalizację z bólem zgłaszanym przez pacjenta.

MCMURRAY — BIERNY



THESSALY — OBCIĄŻENIOWY



SZPARA STAWOWA — PALPACJA



ZASADA INTERPRETACJI

Mechanizm urazu + objawy mechaniczne + lokalizacja bólu + kilka zgodnych elementów badania

jest bardziej użyteczne niż:

‘jeden dodatni McMurray = uszkodzona łąkotka’.



Najczęstszy błąd:

Uznawanie każdego “kliknięcia” w kolanie za patologiczny objaw łąkotkowy bez odtworzenia dolegliwości pacjenta.



Zapamiętaj:

“Łąkotka: nie poluj na kliknięcie. Szukaj spójnego obrazu klinicznego.”

Patellar Apprehension Test i dynamiczna ocena rzepki

Niestabilność rzepki

Ilustracja A
prawidłowa pozycja rzepki



Ilustracja B
delikatna translacja boczna



Ilustracja C
pacjent sygnalizuje obawę



PATELLAR APPREHENSION TEST — TEST OBAWY RZEPKI



Cel:

Ocena obawy i objawów związanych z boczną niestabilnością rzepki.



Pozycja pacjenta:

Pacjent leży na plecach. Mięsień czworogłowy powinien być rozluźniony.



Wykonanie:

1. Delikatnie obejmij rzepkę.
2. Stopniowo przemieść ją w kierunku bocznym.
3. Obserwuj twarz pacjenta, napięcie mięśnia czworogłowego i zachowanie kończyny.
4. Zapytaj, czy pacjent czuje, że rzepka "zaraz wyskoczy".



Wynik dodatni:

Wyrażna obawa przed zwichnięciem lub podwichnięciem, próba zatrzymania manewru albo charakterystyczne odruchowe napięcie mięśniowe.

Ból $\neq$ apprehension.



BÓL $\neq$ OBAWA PRZED ZWICHNIĘCIEM



MOVING PATELLAR APPREHENSION TEST



Koncepcja:

Ocena zachowania rzepki i obawy pacjenta podczas stopniowej zmiany zgięcia kolana, zamiast badania wyłącznie w jednej statycznej pozycji.



Dodatkowo obserwuj:

- tor ruchu rzepki,
- asymetrię,
- nadmierną translację boczną,
- J-sign,
- ustawienie kończyny,
- historię wcześniejszego zwichnięcia.



Najczęstszy błąd:

Przesuwanie rzepki zbyt mocno, aby "udowodnić" niestabilność. Test powinien zakończyć się, gdy pojawia się jednoznaczna obawa pacjenta.



Zapamiętaj:

"W teście niestabilności interesuje Cię przede wszystkim uczucie utraty kontroli nad rzepką, a nie sam ból."

Kręgosłup

Odcinek szyjny, odcinek lędźwiowy,
objawy korzeniowe i okolica krzyżowo-biodrowa.



W kręgosłupie bezpieczeństwo i badanie neurologiczne mają pierwszeństwo przed prowokowaniem bólu.

Co czytelnik opanuje:



Spurling Test,



Cervical Distraction Test,



Upper Limb Tension Test,



test uniesienia wyprostowanej kończyny — SLR,



Slump Test,



testy prowokacyjne okolicy krzyżowo-biodrowej,



podstawowe rozpoznawanie objawów neurologicznych,



czerwone flagi wymagające zmiany dalszego postępowania.

Przed testami specjalnymi zawsze oceń:



mechanizm i początek objawów,



lokalizację bólu,



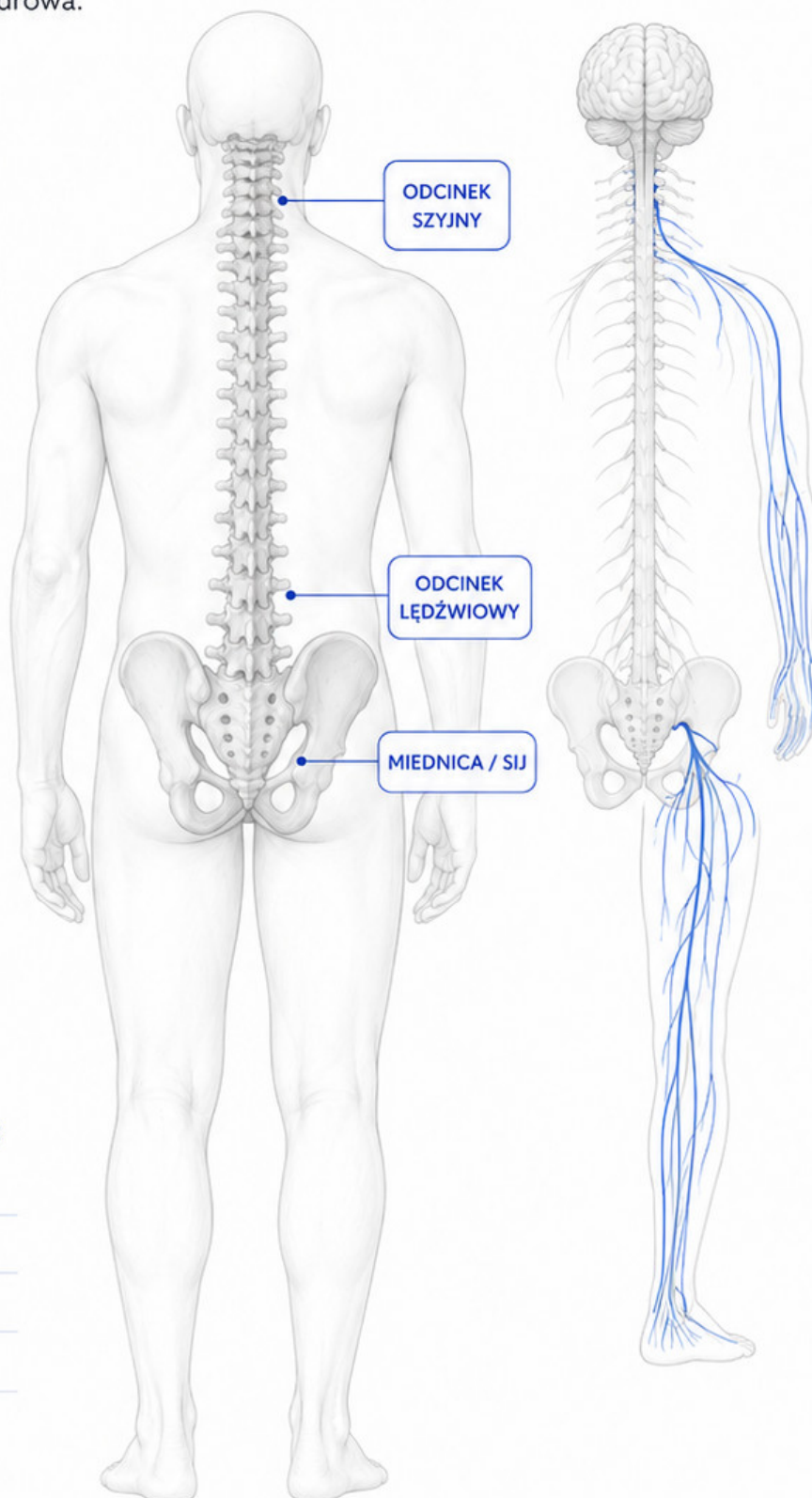
promieniowanie,



czucie, siłę i odruchy, jeśli istnieją wskazania,



objawy alarmowe.



Spurling, dystrakcja i Upper Limb Tension Test

Odcinek szyjny i objawy korzeniowe

1 SPURLING TEST



Cel:

Sprawdzenie, czy ustawienie i kontrolowana kompresja odcinka szyjnego odtwarzają charakterystyczne objawy korzeniowe w kończynie górnej.



Pozycja pacjenta:

Pacjent siedzi.



Wykonanie:

1. Ustaw szyję kontrolowanie w kierunku strony objawowej zgodnie z przyjętą techniką.
2. Zastosuj bardzo delikatne obciążenie osiowe.
3. Natychmiast przerwij przy znacznym nasileniu objawów.
4. Zapytaj, gdzie objawy są odczuwane.



Wynik dodatni:

Odtworzenie charakterystycznego promieniującego bólu, parestezji lub innych znanych objawów w kończynie górnej, a nie wyłącznie miejscowego dyskomfortu szyi.

1 — SPURLING: PROWOKACJA



2 CERVICAL DISTRACTION TEST — TEST DYSTRAKCJI



Cel:

Sprawdzenie, czy delikatne zmniejszenie obciążenia struktur szyjnych redukuje objawy.



Wykonanie:

1. Podeprzyj głowę pacjenta.
2. Zastosuj łagodną, kontrolowaną trakcję osiową.
3. Obserwuj zmianę objawów kończyny górnej.



Wynik wspierający hipotezę:

Zmniejszenie charakterystycznego promieniowania lub parestezji podczas dystrakcji.

2 — DYSTRAKCJA: ODPROWADZENIE OBCIĄŻENIA



3 UPPER LIMB TENSION TEST — ULTT



Cel:

Ocena mechanosensytywności struktur nerwowych kończyny górnej.



Koncepcja wykonania:

Kończyna jest stopniowo ustawiana poprzez kombinację ruchów barku, łokcia, przedramienia i nadgarstka odpowiednią dla badanego nerwu.



Nie oceniał wyłączenie:

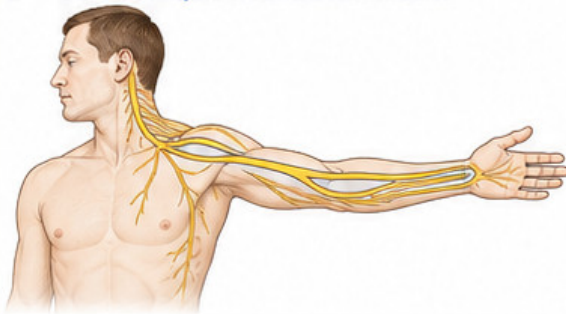
„Czy pacjent czuje napięcie?”



Oceniaj:

- czy odtwarzany jest znany objaw,
- czy istnieje różnica między stronami,
- czy objaw zmienia się po ruchu odległego segmentu,
- czy rozkład objawów ma charakter neurogeny.

3 — ULTT: NAPIĘCIE NEURODYNAMICZNE



SCHEMAT INTERPRETACJI

1 SPURLING

Czy objawy są prowokowane?

2 DYSTRAKCJA

Czy objawy się zmniejszają?

3 ULTT

Czy układ nerwowy zachowuje się nieprawidłowo podczas kontrolowanego obciążenia?



BADANIE NEUROLOGICZNE



czucie



siła



odrzuchy



rozkład objawów



Bezpieczeństwo:

Nie wykonywać agresywnej kompresji szyi. Przed testami prowokacyjnymi należy rozważyć obecność objawów wskazujących na poważniejszą patologię lub uszkodzenie neurologiczne.



Najczęstszy błąd:

Uznanie miejscowego bólu karku podczas Spurlinga za taki sam wynik jak odtworzenie charakterystycznych objawów korzeniowych w kończynie.



Zapamiętaj:

„Radikulopatii szyjnej nie rozpoznaje się na podstawie samego Spurlinga. Szukaj zgodności objawów i kilku elementów badania.”

TESTY SPECJALNE + BADANIE NEUROLOGICZNE + WYWIAD = INTERPRETACJA

Straight Leg Raise i Slump Test

Odcinek lędźwiowy i objawy korzeniowe

STRAIGHT LEG RAISE — SLR

Polska nazwa: Test uniesienia wyprostowanej kończyny dolnej.



Cel:

Ocena napięcia struktur nerwowych oraz obecności objawów korzeniowych w obrębie odcinka lędźwiowego.



Pozycja pacjenta:

Leży na plecach, druga kończyna zgięta w stawie biodrowym i kolanowym, stopa oparta na podłożu.



Pozycja badającego:

Stoi lub klęczy po stronie testowanej kończyny.



Wykonanie krok po kroku:

1. Ustal pozycję wyjściową pacjenta i wyjaśnij test.
2. Unieś kończynę, utrzymując kolano w pełnym wyproście.
3. Unieś do momentu wystąpienia pierwszych objawów lub oporu.
4. Zanoś kąt uniesienia i charakter objawu.
5. Wykonaj różnicowanie strukturalne (poniżej).
6. Opuść kończynę i ponownie oceń.



Wynik dodatni:

Wystąpienie objawu korzeniowego (ból promieniujący poniżej kolana, mrowienie, drętwienie) w zakresie typowym dla pacjenta, które zmienia się podczas różnicowania strukturalnego.



Nie wystarczy:

Samo uczucie rozciągania tylnej części uda.

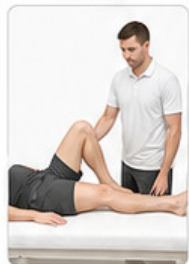
RÓZNICOWANIE STRUKTURALNE

Niewielka zmiana w ustawieniu stopy, która zmienia objaw, dostarcza informacji neurodynamicznej.

START

UNIESIENIE

RÓZNICOWANIE



SLUMP TEST



Cel:

Ocena wrażliwości struktur nerwowych dynamicznie w pozycjach obciążających układ nerwowy.



Pozycja pacjenta:

Siedzi na brzegu stołu do badania, biodra i kolana zgięte, stopy oparte na podłożu.



Wykonanie dydaktyczne:

1. Zaokrągł tułów (zgięcie lędźwiowo-piersiowe).
2. Zegnij szyję (zgięcie do przodu).
3. Wyprostuj kolano testowanej kończyny.
4. Zegnij stopę grzbietowo.
5. Cofnij zmiany w odwrotnej kolejności i oceniaj zmianę objawu na każdym etapie.



Wynik dodatni:

Wywołanie lub nasilenie typowego objawu korzeniowego, który zmniejsza się przy cofaniu zmian pozycji.

TUŁÓW → SZYJA → KOLANO → STOPA



SLR i Slump Test nie powinny być traktowane jako samodzielny dowód na jedną konkretną patologię. Interpretuj je w kontekście całego obrazu klinicznego.



TYPOWY OBJAW



ZMIANA OBJAWU
PO MODYFIKACJI



WIĘCEJ INFORMACJI
KLINICZNEJ



Zapamiętaj:

Test neurodynamiczny nie jest testem elastyczności mięśni.
Kluczowe jest zachowanie charakterystycznych objawów.



Najczęstsze błędy:

- uznawanie każdego napięcia tylnej części uda za wynik dodatni;
- wykonywanie całej sekwencji zbyt szybko;
- brak pytania o dokładną lokalizację objawu;
- brak modyfikacji pozycji po sprowokowaniu objawów.

Testy prowokacyjne SIJ — nie jeden test, lecz zestaw wyników

Okolice stawu krzyżowo-biodrowego

Ocena bólu w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego nie powinna opierać się na pojedynczym teście ustawienia miednicy, lecz na zestawie testów prowokacyjnych odtwarzających charakterystyczny ból pacjenta.



ZASADA GŁÓWNA



Nie pytaj: Czy miednica jest skrzywiona?



Pytaj: Czy różne, kontrolowane sposoby obciążenia okolicy SIJ konsekwentnie odtwarzają charakterystyczny ból pacjenta?

1 DISTRACTION TEST

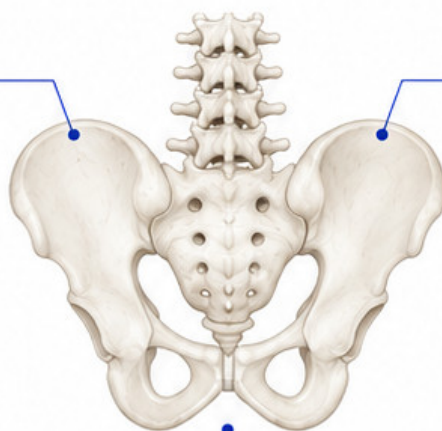


- Pozycja:** pacjent leży na plecach.
- Wykonanie:** kontrolowany nacisk na kolce biodrowe przednie górne (ASIS).
- Wynik dodatni:** Odtworzenie charakterystycznego bólu pacjenta.

2 THIGH THRUST



- Pozycja:** pacjent leży na plecach, biodro zgięte. Miednica ustabilizowana.
- Wykonanie:** siła osiowa przez kość udową.
- Wynik dodatni:** Odtworzenie charakterystycznego bólu pacjenta.



3 COMPRESSION TEST



- Pozycja:** pacjent leży na boku.
- Wykonanie:** siła przez boczną część miednicy w kierunku przyśrodkowym.
- Wynik dodatni:** Odtworzenie charakterystycznego bólu pacjenta.

4 SACRAL THRUST



- Pozycja:** pacjent leży na brzuchu.
- Wykonanie:** kontrolowany nacisk bezpośrednio na kość krzyżową.
- Wynik dodatni:** Odtworzenie charakterystycznego bólu pacjenta.

5 GAENSLER TEST



- Pozycja:** pacjent leży na plecach.
- Wykonanie:** obciążenie miednicy poprzez ustawienie kończyny po przeciwnej stronie.
- Wynik dodatni:** Odtworzenie charakterystycznego bólu pacjenta.

JAK INTERPRETOWAĆ ZESTAW?

	0–1 zgodny test	→	słabsze wsparcie hipotezy SIJ.
	Kilka testów odtwarzających ten sam charakterystyczny ból	→	większa zgodność obrazu, ale nadal konieczny kontekst kliniczny.



TEN SAM ZNANY BÓL W KILKU TESTACH > POJEDYNCZY PRZYPADKOWY BÓL



Najczęstszy błąd:

Uznawanie bólu pojawiającego się w różnych miejscach podczas różnych testów za pięć dodatnich testów SIJ.



Zapamiętaj:

W SIJ liczy się klaster prowokacji bólu, a nie jeden magiczny manewr.

Kiedy przerwać standardowe testowanie i rozszerzyć ocenę?

Objawy neurologiczne i czerwone flagi

NAJPIERW: SZYBKI SCREENING NEUROLOGICZNY



CZUCIE

Czy występuje nowe lub postępujące drętwienie?



SIŁA

Czy występuje obiektywne, szczególnie narastające osłabienie?



ODRUCHY

Czy istnieje istotna asymetria odpowiadająca obrazowi neurologicznemu?



CHÓD I KOORDYNACJA

Czy sposób chodzenia uległ nagłej lub wyraźnej zmianie?



FUNKCJA PĘCHERZA I JELIT

Czy pojawiły się nowe zaburzenia kontroli lub oddawania moczu/stolca?



CZERWONE FLAGI — NIE IGNORUJ

- nowa dysfunkcja pęcherza lub jelit,
- nowe zaburzenia czucia w okolicy krocza / „siodła”,
- szybko narastający lub znaczny deficyt neurologiczny,
- poważny uraz w wywiadzie z podejrzeniem złamania,
- objawy ogólne sugerujące infekcję w odpowiednim kontekście,
- podejrzenie choroby nowotworowej w połączeniu z niepokojącym obrazem klinicznym,
- objawy mogące sugerować ucisk rdzenia lub ogona końskiego.

SCHEMAT DECYZYJNY

BRAK OBJAWÓW ALARMOWYCH → BADANIE



brak czerwonych flag



kontynuuj logiczne badanie kliniczne



interpretuj wyniki w odpowiednim kontekście



planuj leczenie oparte na faktach

OBJAW ALARMOWY → STOP



OCENA
BEZPIECZEŃSTWA



DALSZA
DIAGNOSTYKA

nie skupiaj się na wykonywaniu kolejnych testów prowokacyjnych; konieczna jest odpowiednia, często pilna dalsza ocena medyczna.



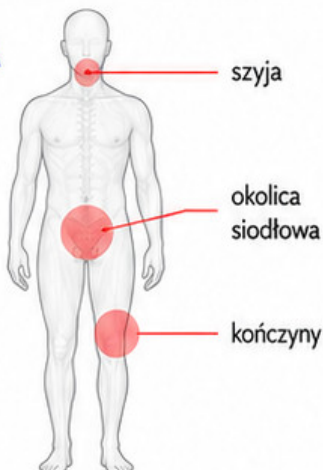
WAŻNE: RED FLAG ≠ DIAGNOZA



Pojedyncza czerwona flaga nie zawsze oznacza poważną patologię.



Kilka zgodnych niepokojących informacji + odpowiedni kontekst kliniczny powinno znacząco obniżyć próg do rozszerzenia diagnostyki.



Najważniejsza
zasada modułu:

Najlepszy test kliniczny to czasem decyzja, aby nie wykonywać kolejnego testu prowokacyjnego.

Staw skokowy i stopa

Stabilność więzadłowa, urazy syndesmozy, ścięgno Achillesa i ból podeszwowej części stopy.

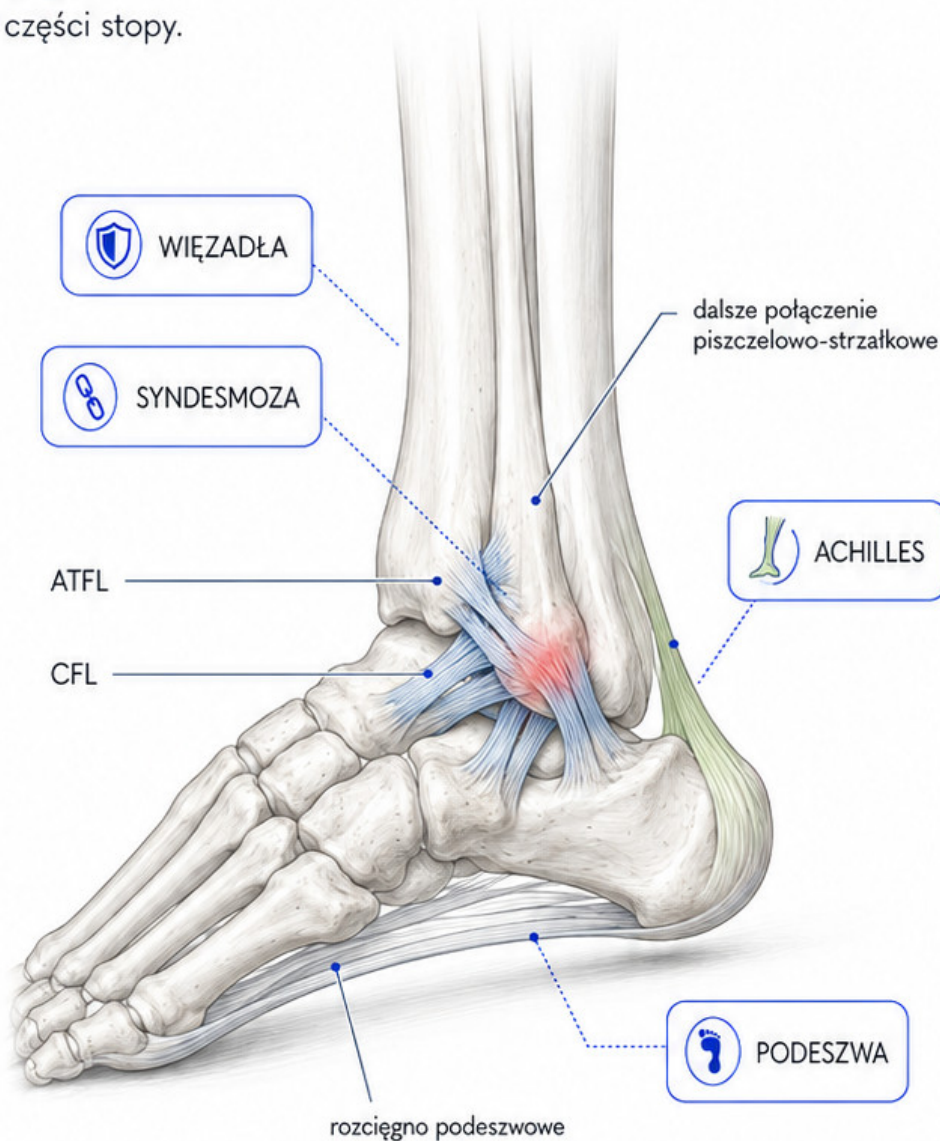
Co czytelnik opanuje:

-  Anterior Drawer Test stawu skokowego,
-  Talar Tilt Test,
-  Squeeze Test,
-  External Rotation Stress Test,
-  Thompson Test,
-  ocenę napięcia spoczynkowego ścięgna Achillesa,
-  Windlass Test,
-  funkcjonalną ocenę stopy.

“ Lokalizacja obrzęku i bólu + mechanizm urazu + test = znacznie więcej informacji niż sam test.

Przed wykonaniem testów oceń:

- mechanizm urazu,
- możliwość obciążenia kończyny,
- lokalizację obrzęku i zasinienia,
- bolesność palpacyjną,
- zakres ruchu,
- deformację,
- stan neuro-naczyniowy, jeśli obraz urazu tego wymaga.



Anterior Drawer Test i Talar Tilt Test

Więzadła boczne stawu skokowego

ANTERIOR DRAWER TEST — SZUFLADA PRZEDNIA STAWU SKOKOWEGO

Główna struktura: Więzadło skokowo-strzałkowe przednie — ATFL.



Cel:

Ocena przedniej translacji kości skokowej względem kości piszczelowej i integralności ATFL.



Pozycja pacjenta:

Pacjent leży na plecach. Kolano zgięte około 20–30°, stopa swobodnie wystająca poza koniec leżyska.



Wykonanie:

1. Ustaw się naprzeciwko stopy pacjenta.
2. Stabilizuj dystalną część kości piszczelowej jedną ręką (kciuk z przodu, palce z tyłu).
3. Drugą ręką obejmij piętę/kość skokową (kciuki na śródstopiu).
4. Wykonaj powolny, kontrolowany ruch translacyjny piętę/kości skokowej do przodu.
5. Oceń zakres ruchu oraz jakość końcowego oporu.
6. Porównaj z drugą stroną.



Wynik dodatni:

Zwiększona przednia translacja lub wyraźnie miękki końcowy opór w porównaniu ze stroną przeciwną, często z bólem w okolicy przednio-bocznej stawu.



TALAR TILT TEST

Główna struktura oceniana przy inwersji:
Więzadło piętowo-strzałkowe — CFL.



Wykonanie:

1. Pacjent leży na plecach, kolano zgięte około 20–30°.
2. Stabilizuj dystalną część kości piszczelowej i strzałkowej jedną ręką.
3. Drugą ręką obejmij piętę i ustaw stopę w pozycji neutralnej (90° względem podudzia).
4. Wykonaj powolne, kontrolowane przechylenie kości skokowej do wewnątrz (inwersja).
5. Oceń ból, zakres ruchu oraz jakość końcowego oporu.



Zwróć uwagę na ból, zakres ruchu i jakość końcowego oporu w porównaniu ze stroną przeciwną.



PORÓWNANIE



ANTERIOR DRAWER

→ ruch translacyjny
→ głównie ATFL



TALAR TILT

→ ruch przechylenia
→ szczególnie CFL



Najczęstsze błędy:

- brak rozluźnienia pacjenta;
- testowanie ostrego urazu z nadmierną siłą;
- porównywanie wyłącznie ilości ruchu bez jakości końcowego oporu;
- brak porównania z drugą kostką.



Zapamiętaj:

Drawer = translacja.
Tilt = przechylenie.

Squeeze Test i External Rotation Stress Test

Podejrzenie urazu syndesmozy



SYNDESMOZA — CO TO JEST?

Syndesmoza piszczelowo-strzałkowa to kompleks struktur więzadłowych stabilizujących dalsze połączenie kości piszczelowej i strzałkowej.



Typowy mechanizm mogący zwiększyć podejrzenie: uraz z komponentem rotacji zewnętrznej stopy względem podudzia i/lub znacznym obciążeniem rotacyjnym.

SQUEEZE TEST



Cel

Ocena integralności syndesmozy piszczelowo-strzałkowej.



Pozycja

Pacjent leży na plecach.
Kolano wyprostowane, staw skokowy w pozycji neutralnej.



Wykonanie

1. Złap piszczel i strzałkę dłońmi na wysokości ok. 10–15 cm powyżej stawu skokowego.
2. Ściskaj kości, kompresując je względem siebie.
3. Obserwuj reakcję bólową pacjenta.



Wynik dodatni

Ból wywołany uciskiem w okolicy syndesmozy, zwykle wysoko nad stawem skokowym.



EXTERNAL ROTATION STRESS TEST



Cel

Ocena stabilności syndesmozy w warunkach stresu rotacyjnego.



Wykonanie

1. Pacjent leży na plecach, kolano wyprostowane.
2. Jedną ręką stabilizuj podudzie na wysokości ok. 10–15 cm powyżej kostki.
3. Drugą ręką chwyć stopę za przodostopie.
4. Zrób rotację zewnętrzną stopy względem unieruchomionego podudzia.
5. Obserwuj reakcję bólową pacjenta.



Wynik dodatni

Ból w okolicy syndesmozy (wysoko nad stawem skokowym) podczas rotacji zewnętrznej stopy.



BÓL WYSOKO NAD STAWEM SKOKOWYM? → POMYŚL O SYNDESMOZIE

CO JESZCZE ZWIĘKSZA PODEJRZENIE?

- ból położony bardziej proksymalnie niż przy typowym bocznym skręceniu,
- ból przy obciążaniu,
- mechanizm rotacyjny,
- bolesność w przebiegu syndesmozy,
- kilka zgodnych testów klinicznych.



Najczęstszy błąd:

Uznawanie ujemnego Squeeze Test za wystarczające wykluczenie urazu syndesmozy.



Zapamiętaj:

Wysokie skręcenie kostki wymaga innego sposobu myślenia niż typowy uraz ATFL.

Thompson Test i napięcie spoczynkowe ścięgna

Ścięgno Achillesa

THOMPSON TEST — CALF SQUEEZE TEST



Cel:

Ocena ciągłości funkcjonalnej ścięgna Achillesa.



Pozycja pacjenta:

Pacjent leży na brzuchu.
Stopy swobodnie zwisają poza krawędź stołu.



Wykonanie krok po kroku:

1. Pacjent leży na brzuchu, stopy zwisają swobodnie.
2. Zlokalizuj brzuch mięśnia łydki.
3. Ściśnij mięsień łydki w jego najszerszej części.
4. Obserwuj reakcję stopy.
5. Porównaj z drugą stroną.



Prawidłowa reakcja:

Przy ucisku łydki stopa wykonuje zgięcie podaszowe.



Wynik wskazujący na możliwe zerwanie:

Brak zgięcia podaszowego stopy lub wyraźnie osłabiona reakcja w porównaniu ze stroną przeciwną.

1. POZYCJA



Pacjent leży na brzuchu.
Stopy swobodnie zwisają
poza krawędź stołu.

2. UCISK ŁYDKI



Ściśnij mięsień łydki
w jego najszerszej części.

3A. STOPA REAGUJE PRAWIDŁOWA REAKCJA



Stopa wykonuje zgięcie
podeszwowe.

3B. BRAK OCZEKIWANEJ REAKCJI PODWAŻA CIĄGŁOŚĆ ŚCIĘGNA



Brak zgięcia podaszowego
stopy lub reakcja wyraźnie
słabsza niż po stronie przeciwnej.

PORÓWNAJ NAPIĘCIE SPOCZYNKOWE



Obserwuj:

Czy jedna stopa
znajduje się w wyraźnie
mniejszym zgięciu
podeszwowym
niż druga.

- mechanizm urazu
- nagłe uczucie „uderzenia” w tył łydki
- zdolność chodzenia
- zdolność wspięcia na palce
- wyczuwalna przerwa w przebiegu ścięgna
- obrzęk i zasinienie



WAŻNA PUŁAPKA

Pacjent potrafi poruszyć stopą

≠

Achilles na pewno jest ciągły.

Inne mięśnie również mogą wykonywać
zgięcie podaszowe.

Nie używać testu do pewnego wykluczenia
częściowego uszkodzenia ścięgna.



Zapamiętaj: Ściśnij łydkę i patrz na stopę — *nie na samą łydkę.*

Windlass Test i funkcjonalna ocena stopy

Rozciągnij podszewkę i funkcja stopy

WINDLASS TEST



Cel:

Ocena, czy bierne wyprostowanie palucha napina rozciągnij podszewkę i odtwarza typowy ból pacjenta.

DLACZEGO WINDLASS?



WYPROST
PALUCHA



NAPRĘŻENIE
ROZCIĘGNA



ZMIANA ŁUKU
STOPY



WERSJA W OBCIĄŻENIU



Pozycja:

Pacjent stoi w lekkim wykroku na badanej nodze.

1. Złap paluch jedną ręką.
2. Wyprostuj paluch pasywnie.
3. Obserwuj, czy pojawia się typowy ból w obrębie stopy.
4. Powtórz na zdrowej stronie dla porównania.



Wynik dodatni:

Wyprostowanie palucha odtwarza typowy ból pacjenta w obrębie przysródkowej części stopy / pięty.



FUNKCJONALNA OCENA STOPY



PO TESTACH NA KOZETCE — POPATRZ NA PACJENTA W RUCHU



1. STANIE JEDNONÓŻ

Oceń stabilność łuku, kontrolę miednicy i asymetrię.



2. WSPINANIE NA PALCE

Obserwuj wysokość wspięcia, ból i symetrię obciążenia.



3. CHÓD

Zwróć uwagę na fazę odciążenia, przetoczenie stopy i asymetrię.



4. PRZYSIAD / KROK

Oceń kontrolę kolana, ustawienie stopy i wzorec obciążenia.

LOKALIZACJA BÓLU MA ZNACZENIE



przysródkową część guza piętowego

śródstopie

okolicę Achillesa

boczną część stawu skokowego



Najczęstszy błąd:

Nazywanie każdego bólu podszewkowej strony stopy plantar fasciitis bez uwzględnienia lokalizacji, historii i innych możliwych źródeł objawów.



Najważniejsza lekcja modułu:

Test na kozetce mówi, jak struktura reaguje na manewr. Funkcja pokazuje, jak pacjent radzi sobie z obciążeniem.

Integracja kliniczna i szybka powtórka

Nie chodzi o zapamiętanie największej liczby testów.

Chodzi o wybranie właściwego testu we właściwym momencie.

WYWIAD → HIPOTEZA → TEST → INTERPRETACJA → DECYZJA

- 1 TESTUJ HIPOTEZĘ**

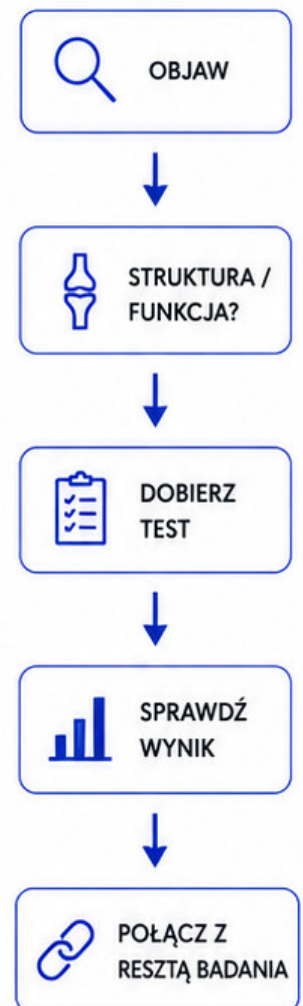
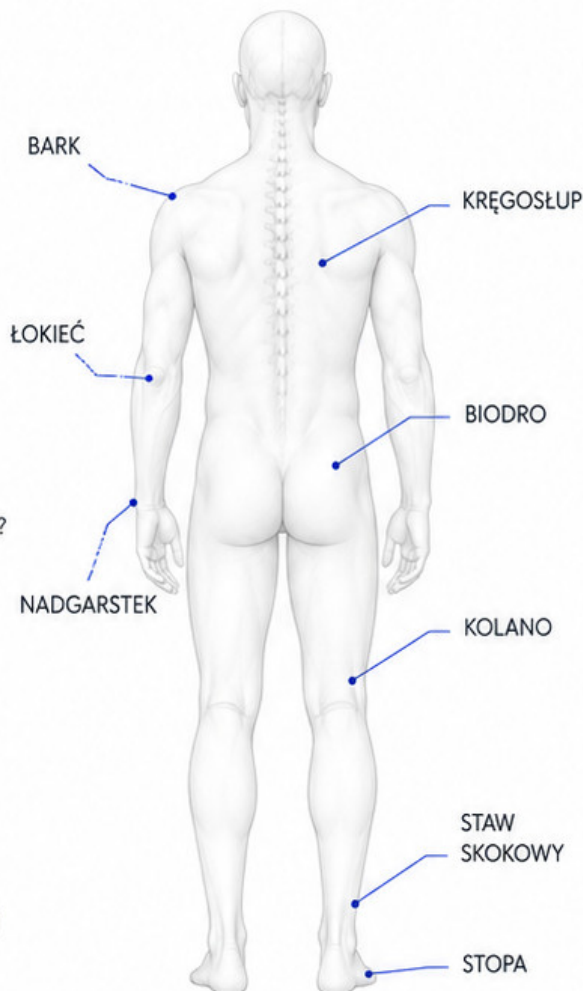
Nie rozpoczynaj od pytania:
Który test znam?
Rozpoczynaj od:
Co chcę sprawdzić?
- 2 ODTWARZAJ CHARAKTERYSTYCZNY OBJAW**

Sam dyskomfort podczas
prowokacyjnej pozycji nie zawsze
oznacza wynik dodatni.
Pytaj: Czy to jest Twój typowy objaw?
- 3 PORÓWNUJ STRONY**

Szczególnie przy:
testach stabilności, sile,
zakresie ruchu,
kończowym oporze.
- 4 ŁĄCZ INFORMACJE**

Jeden test = jedna informacja.
Kilka zgodnych wyników + wywiad
+ badanie = znacznie silniejsza
hipoteza kliniczna.
- 5 WIEDZ, KIEDY PRZERWAĆ**

Bezpieczeństwo pacjenta jest
ważniejsze od dokończenia
listy testów.



Następna strona jest Twoją kartą
szybkiej powtórki. Wróć do niej przed
zajęciami, egzaminem lub badaniem pacjenta.

Od objawu do właściwego testu — mapa kliniczna

Karta szybkiej powtórki



BARK

PROBLEM KLINICZNY	TEST	NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ
• Ból podczas elewacji / prowokacja struktur podbarkowych	Neer / Hawkins-Kennedy	Czy zostaje odtworzony charakterystyczny ból?
• Funkcja stożka rotatorów	Jobe / rotacja zewnętrzna przeciw oporowi	Ból czy rzeczywiste osłabienie?
• Podejrzenie większego uszkodzenia stożka	Drop Arm / External Rotation Lag Sign	Czy pacjent utrzymuje pozycję?
• Przednia część barku / kompleks bicepsa	Speed / Yergason	Ból w bruździe międzyżygowej?
• Niestabilność przednia	Apprehension + Relocation	Obawa przed zwichnięciem, nie tylko ból.



BIODRO

PROBLEM KLINICZNY	TEST	NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ
• Prowokacja w zgięciu + rotacji wewnętrznej	FADIR	Ból w pachwinie, przód biodra?
• Zgięcie + odwiedzenie + rotacja zewnętrzna	FABER	Ból w pachwinie lub po stronie pośladkowej?
• Długość struktur mięśniowych	Thomas / Ely / Ober	Ograniczenie elastyczności odpowiednich tkanek?
• Kontrola miednicy	Trendelenburg	Opadanie miednicy po stronie przeciwnej?
• Bierna rotacja biodra	Log Roll	Ból wewnątrz stawu?
• Aktywne obciążenie	Stinchfield	Ból w pachwinie przy uniesieniu prostej nogi?
• Kompresja + ruch stawu	Scour	Ból wewnątrz stawu podczas ruchu?



KRĘGOSŁUP

PROBLEM KLINICZNY	TEST	NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ
• Podejrzenie radikulopatii szyjnej	Spurling + Distraction + ULTT	Odtworzenie objawów promieniujących?
• Objawy promieniujące do kończyny dolnej	SLR + Slump	Prowokacja bólu / neurologii w kończynie dolnej?
• Podejrzenie bólu SIJ	zestaw testów prowokacyjnych, nie pojedynczy test	Co najmniej 3 z 5 testów dodatnich?
• Niepokojące objawy neurologiczne / czerwone flagi	 przerwij rutynowe testowanie i oceń bezpieczeństwo dalszego postępowania.	



ŁOKIEĆ I NADGARSTEK

PROBLEM KLINICZNY	TEST	NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ
• Ból bocznej części łokcia	Cozen / Mill / Maudsley	Ból nad kłykiem bocznym?
• Stabilność przysiadkowa łokcia	Valgus Stress / Moving Valgus	Ból lub rozluźnienie przysiadkowe?
• Objawy nerwu łokciowego	Tinel / zgięcie + ucisk	Drgnięcie, mrowienie w obrębie n. łokciowego?
• Ból promieniowej części nadgarstka	Finkelstein	Ból po stronie promieniowej?
• Objawy nerwu pośrodkowego	Phalen / Tinel / Durkan	Drgnięcie, mrowienie w obrębie n. pośrodkowego?
• Niestabilność nadgarstka	Watson / DRUJ Ballotement	Ból lub niepewność mechaniczna?



KOLANO

PROBLEM KLINICZNY	TEST	NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ
• ACL — przednia translacja	Lachman / szuflada przednia	Zwiększona translacja, miękki koniec?
• ACL — niestabilność dynamiczna	Pivot Shift	Przeskok / redukcja tibii podczas ruchu?
• PCL	Posterior Sag / szuflada tylna / Quadriceps Active	Zwiększona translacja tylna / ubytek quad?
• MCL / strona przysiadkowa	Valgus Stress	Ból lub rozluźnienie przysiadkowe?
• LCL / strona boczna	Varus Stress	Ból lub rozluźnienie boczne?
• Podejrzenie problemu łąkotki	McMurray / Thessaly / palpacja szpary	Ból mechaniczny, zatraski, tkliwość w szparze?
• Niestabilność rzepki	Patellar Apprehension	Obawa przed zwichnięciem, nie tylko ból?



STAW SKOKOWY I STOPA

PROBLEM KLINICZNY	TEST	NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ
• ATFL	Anterior Drawer	Zwiększona translacja przednia?
• CFL	Talar Tilt	Zwiększone przechylenie talusa bocznie?
• Syndesmoza	Squeeze + External Rotation	Ból w okolicy stawu piszczelowo-strzałkowego?
• Podejrzenie zerwania Achillesa	Thompson + napięcie spoczynkowe	Brak zgięcia podeszwowego przy ucisku łydki?
• Ból podeszwowej części pięty	Windlass + palpacja + funkcja	Ból przy windlass, tkliwość, ograniczona funkcja?



UNIWERSALNY ALGORYTM — 6 PYTAŃ

- 1 GDZIE JEST OBJAW?
- 2 JAKI RUCH LUB OBCIĄŻENIE GO PROWOKUJE?
- 3 JAKĄ STRUKTURĘ LUB FUNKCJĘ PODEJRZEWAM?
- 4 KTÓRY TEST NAJLEPIEJ SPRAWDZI TĘ HIPOTEZĘ?
- 5 CZY TEST ODTWARZA CHARAKTERYSTYCZNY OBJAW LUB NIEPRAWIDŁOWĄ FUNKCJĘ?
- 6 CZY WYNIK PASUJE DO RESZTY BADANIA?



**TEST NIE JEST DIAGNOZĄ.
TEST JEST ELEMENTEM
ROZUMOWANIA KLINICZNEGO.**



Nie musisz wykonywać wszystkich testów. Musisz wiedzieć, **dlatego wybierasz właśnie ten.**