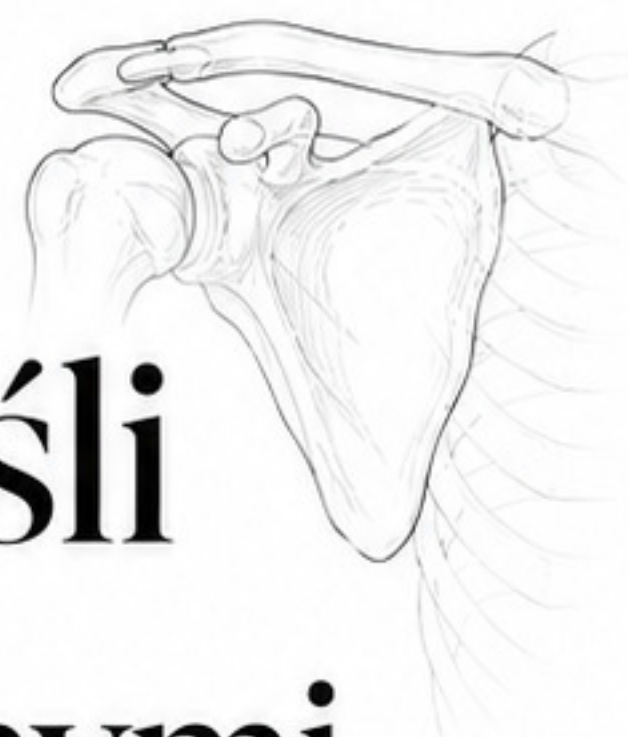
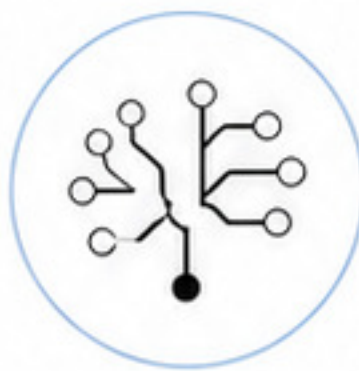
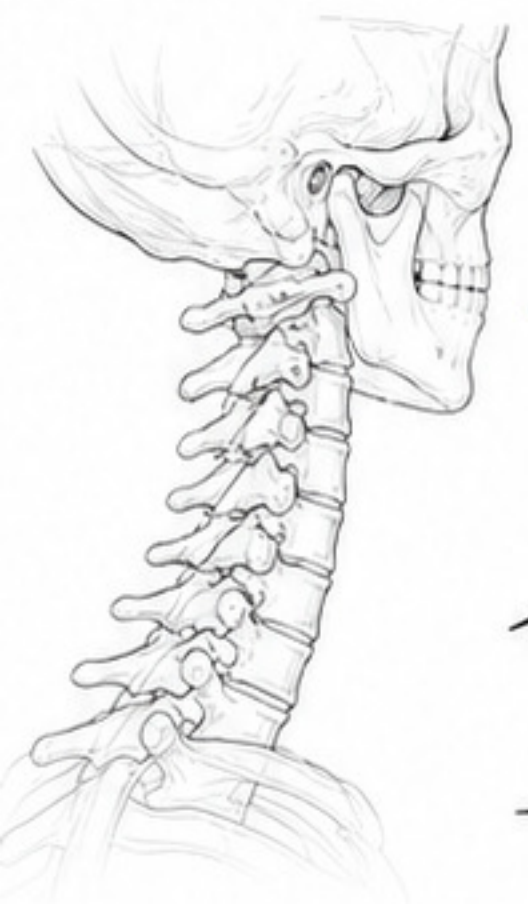
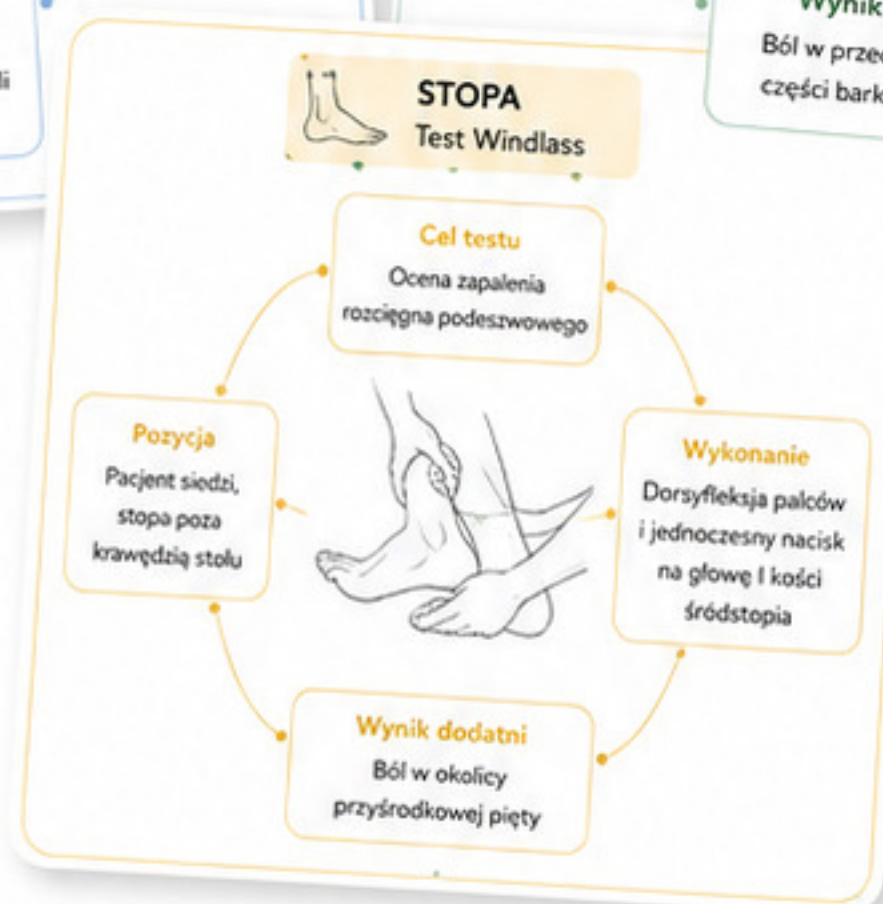
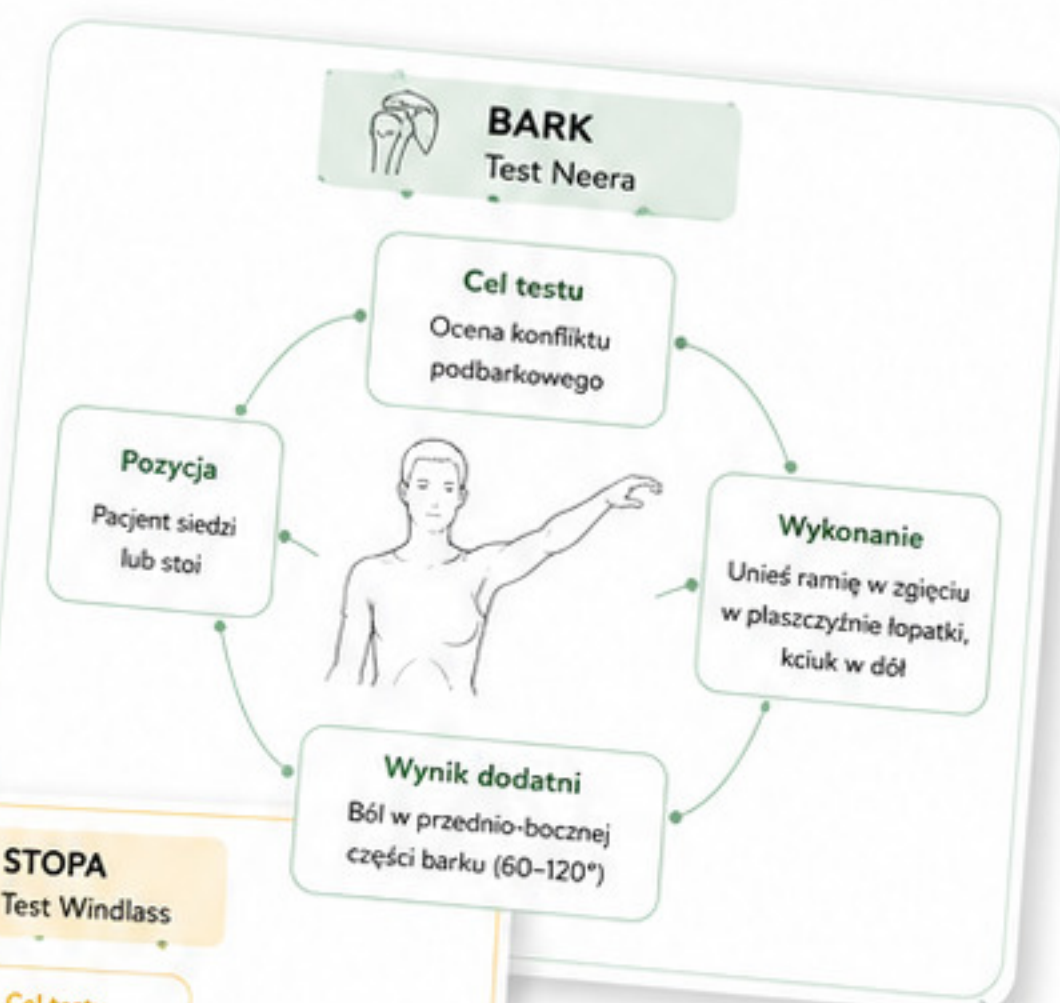
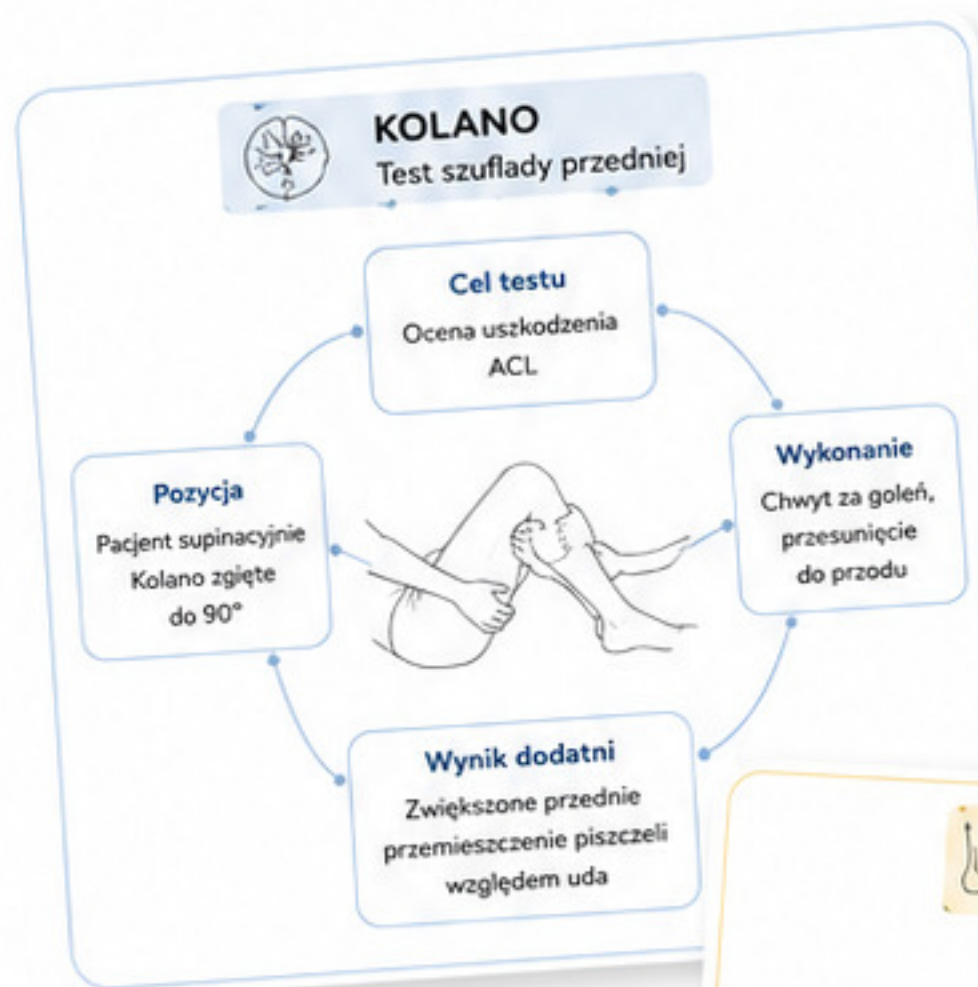
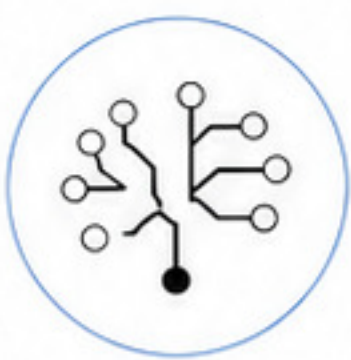




100+ map myśli z testami ortopedycznymi w osteopatii

PRAKTYCZNA, ILUSTROWANA BIBLIOTEKA
DO SZYBKIEGO PRZEGLĄDU KLINICZNEGO





Prawa autorskie i informacja kliniczna

1 | Prawa autorskie

Niniejsza publikacja, w tym wszystkie teksty, ilustracje, schematy i układy graficzne, podlega ochronie prawnej na mocy przepisów o prawie autorskim.

Materiał przeznaczony jest wyłącznie do osobistego użytku edukacyjnego i zawodowego nabywcy.

Kopiowanie, odsprzedaż, rozpowszechnianie lub publikowanie całości lub części publikacji w jakiegokolwiek formie – elektronicznej, drukowanej lub innej – bez uprzedniej pisemnej zgody wydawcy jest zabronione.

2 | Informacja kliniczna

Materiał ma charakter edukacyjny i stanowi wsparcie w rozumowaniu klinicznym. Nie zastępuje pełnego wywiadu, badania przedmiotowego, diagnostyki różnicowej, badań obrazowych – gdy są wskazane – ani konsultacji lekarskiej.

Wynik pojedynczego testu nie jest rozpoznaniem. Interpretacja powinna łączyć wywiad, badanie, klastery testów, kontekst kliniczny, przeciwwskazania oraz zasady bezpieczeństwa.

Niektóre testy mogą prowokować objawy.

Wykonuj je ostrożnie i przerwij procedurę, jeśli pojawią się niepokojące objawy.

TEST KLINICZNY

Rotacja szyi

Delikatnie poproś o rotację w prawo i w lewo.



BEZPIECZEŃSTWO

Przerwij test, jeśli wystąpi ból ostry, zawroty głowy, drętwienie, osłabienie lub inne niepokojące objawy.



PAMIĘTAJ



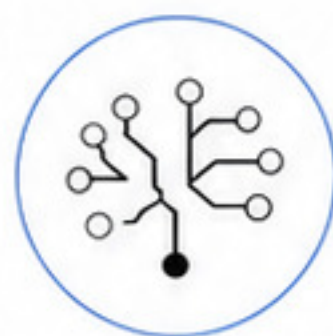
Połącz wywiad, badanie i kontekst kliniczny



Korzystaj z klastrów testów



Zawsze respektuj przeciwwskazania i zasady bezpieczeństwa



Spis treści



105
map myśli

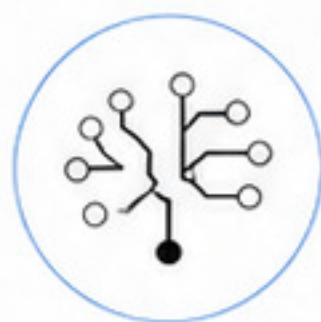
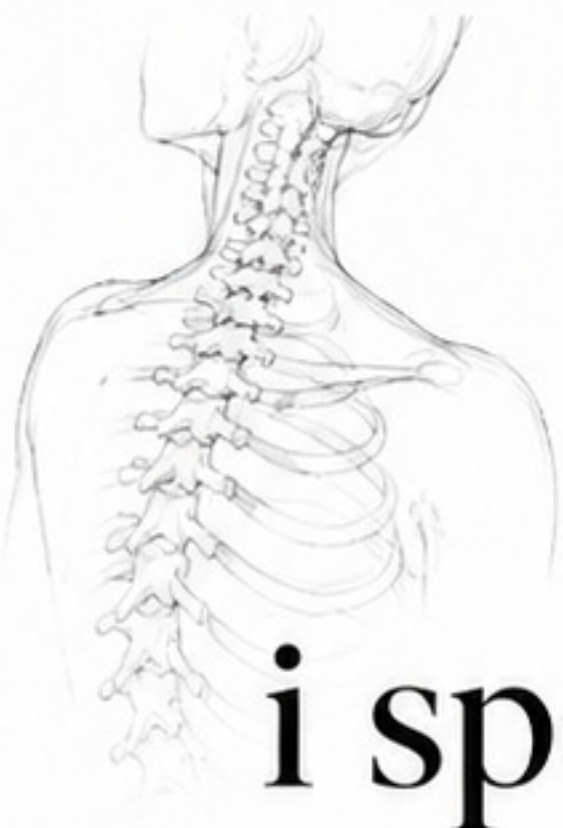


10
modułów



szybki
przegląd
kliniczny

00		Okladka		
01		Prawa autorskie i informacja kliniczna		
02		Spis treści		
03		Wprowadzenie i sposób korzystania z map		
01		Moduł 01 — Odcinek szyjny kręgosłupa		04–08
04		Subokładka modułu		
05		Radikulopatia szyjna — prowokacja i odciążenie		
06		Neurodynamika i ból pochodzenia szyjnego		
07		Stabilność górnego odcinka szyjnego		
08		Objawy górnego neuronu ruchowego		
02		Moduł 02 — Bark i obręcz barkowa		09–14
09		Subokładka modułu		
10		Konflikt podbarkowy i ból prowokowany		
11		Stożek rotatorów — mięsień nadgrzebieniowy		
12		Stożek rotatorów — mięśnie podgrzebieniowy i podłopatkowy		
13		Ścięgno głowy długiej bicepsa i staw barkowo-obojczykowy		
14		Niestabilność stawu ramennego		
03		Moduł 03 — Łokieć, nadgarstek i ręka		15–19
15		Subokładka modułu		
16		Nadkłykieć boczny i przyśrodkowy		
17		Stabilność więzadłowa łokcia		
18		Ucisk nerwów obwodowych		
19		Nadgarstek, kciuk i kości nadgarstka		
04		Moduł 04 — Klatka piersiowa, żebra i górny otwór klatki piersiowej		20–23
20		Subokładka modułu		
21		Testy zespołu górnego otworu klatki piersiowej		
22		Mobilność pierwszego żebra i żeber		
23		Klatka piersiowa i deformacje strukturalne		
05		Moduł 05 — Odcinek lędźwiowy i objawy korzeniowe		24–28
24		Subokładka modułu		
25		Nerw kulszowy i objawy korzeniowe		
26		Nerw udowy i górne korzenie lędźwiowe		
27		Prowokacja bólu i ruchomość odcinka lędźwiowego		
28		Stabilność i odpowiedź na ruch		

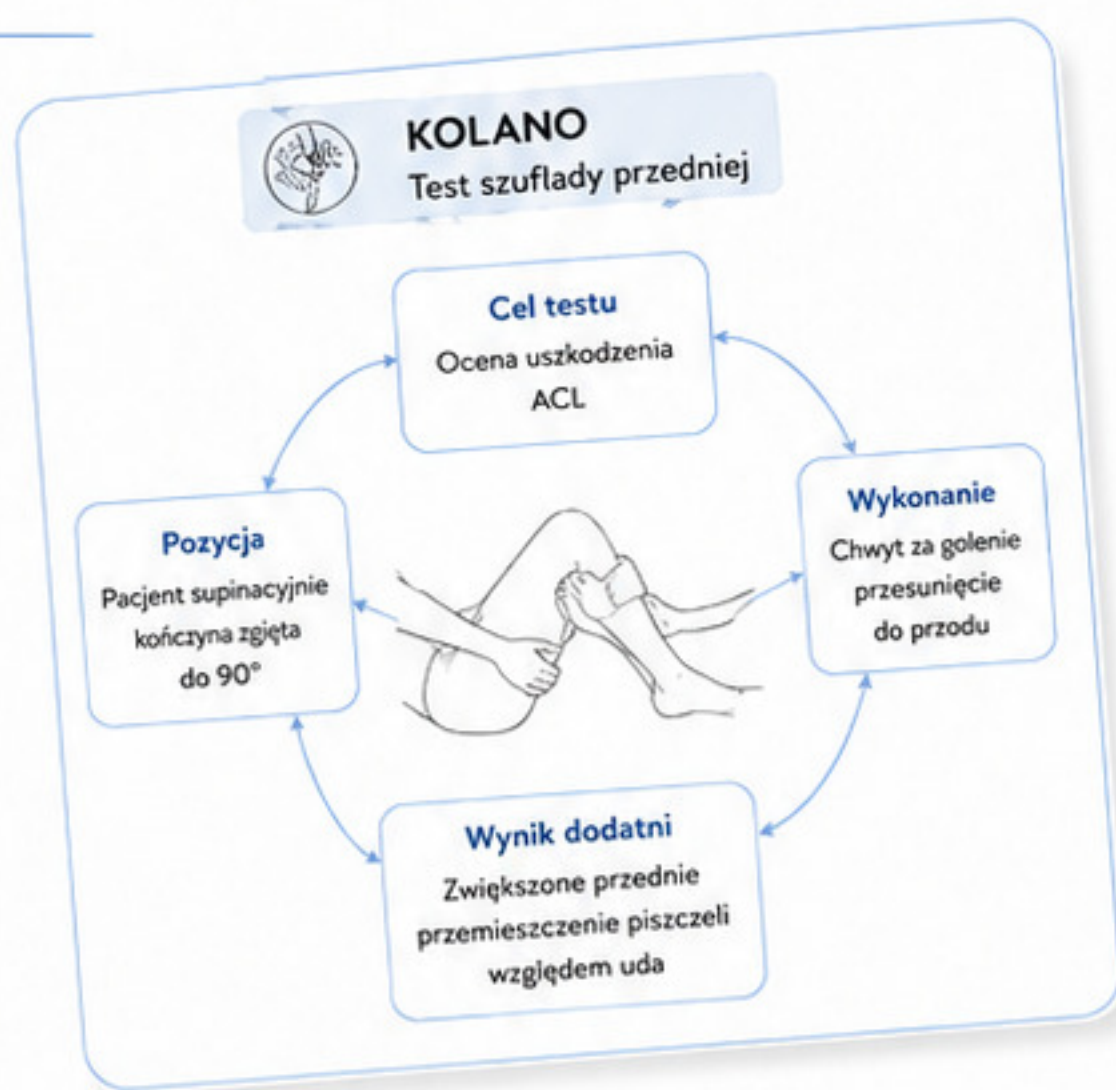


Wprowadzenie i sposób korzystania z map

1 | Wprowadzenie

To publikacja będąca praktyczną, ilustrowaną biblioteką **105** map myśli z testami ortopedycznymi i klinicznymi wykorzystywanymi w osteopatii, fizjoterapii i terapii manualnej.

Każda mapa przedstawia test w przejrzystej formie: cel, wykonanie, interpretację oraz kluczowe uwagi – aby umożliwić szybki przegląd i bezpieczne zastosowanie w praktyce.



2 | Jak czytać pojedynczą mapę?

- 1 Nazwa testu
- 2 Co ocenia?
- 3 Pozycja pacjenta
- 4 Pozycja terapeuty
- 5 Jak wykonać?
- 6 Wynik dodatni
- 7 Co może sugerować?
- 8 Uwaga kliniczna / ograniczenia
- 9 Miniaturowa ilustracja lub sekwencja 2–3 pozycji



3 | Jak korzystać w praktyce?

- 1 Określ główny problem kliniczny.
- 2 Wybierz odpowiedni region i grupę testów.
- 3 Łącz wynik z wywiadem, badaniem i innymi testami.
- 4 Zwróć uwagę na przeciwwskazania, czerwone flagi i potrzebę dalszej diagnostyki.



NIEBIESKI
= anatomia /
pozycjonowanie



ZIELONY
= wynik /
interpretacja



BURSZTYN
= uwagi
praktyczne



CZERWIEN
= bezpieczeństwo



Wynik pojedynczego testu nie stanowi samodzielnej diagnozy.
Największą wartość ma interpretacja kombinacji wyników w kontekście klinicznym.



MODUŁ 01

Odcinek szyjny kręgosłupa

10 map myśli • strony 05–08



W tym module



radikulopatia szyjna



neurodynamika



stabilność górnego odcinka szyjnego

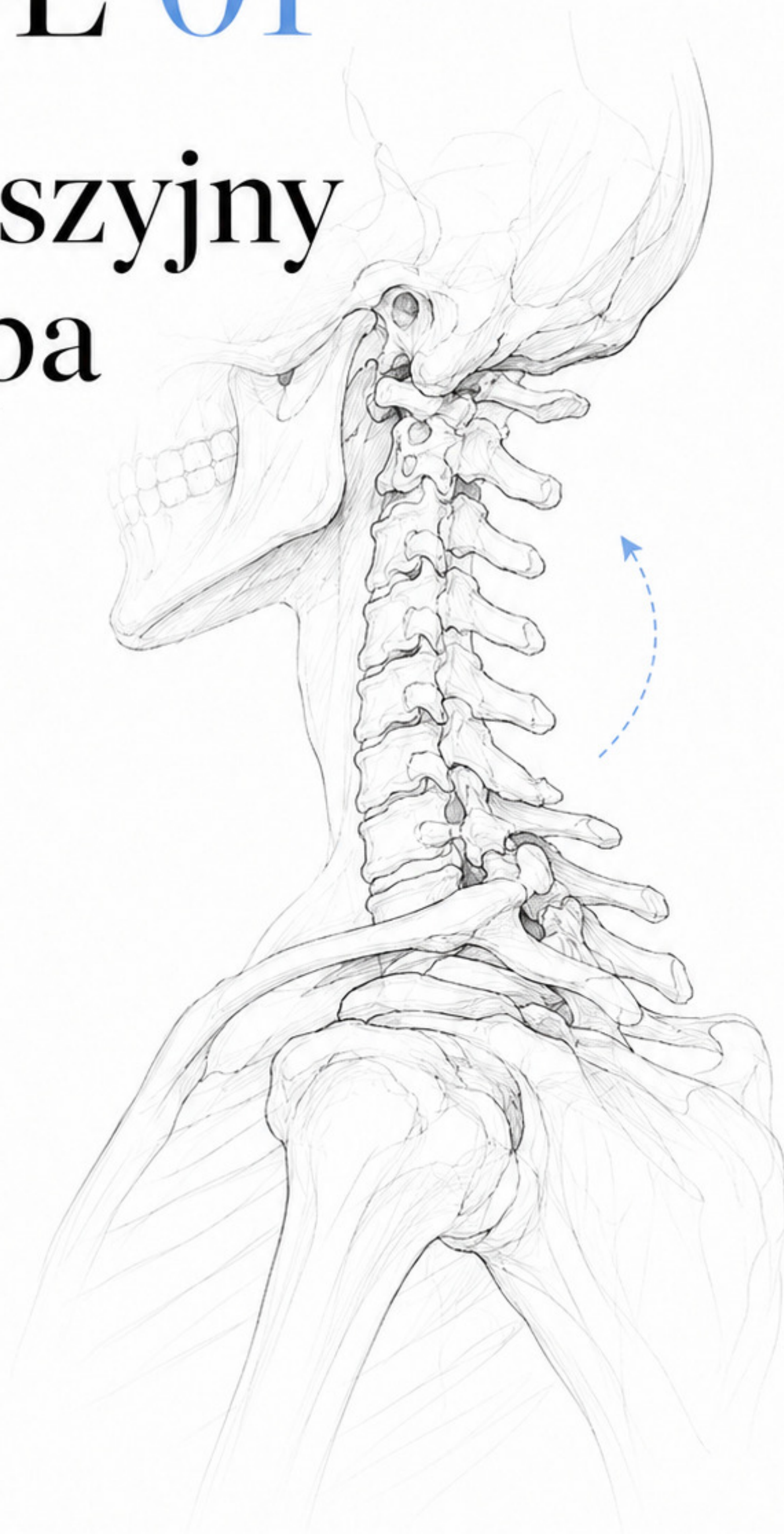


objawy górnego neuronu ruchowego



Cel modułu

szybkie przypomnienie testów prowokacyjnych, odciążających, neurodynamicznych i przesiewowych.





Interpretuj łącznie z wywiadem, badaniem neurologicznym i innymi testami.

Radikulopatia szyjna — prowokacja i odciążenie

1 Test Spurlinga

	Co ocenia?	Prowokacja objawów korzeniowych w wyniku zamknięcia otworu międzykręgowego.
	Pozycja pacjenta	Siedzi wyprostowany, stopy oparte, ramiona rozluźnione.
	Pozycja terapeuty	Stoi obok lub za pacjentem.
	Jak wykonać?	Zgięcie boczne w stronę badaną, następnie wyprost szyi i osiowy ucisk w kierunku podłogi. Utrzymaj 5–10 sekund.



Wynik dodatni
Reprodukcja typowego bólu promieniującego do ramienia lub parestezji.

Co może sugerować?
Podrażnienie korzenia nerwowego na poziomie otworu międzykręgowego (ucisk foraminalny).

Uwaga kliniczna / ograniczenia
Unikaj przy zawrotach głowy, nadciśnieniu, niestabilności szyi, osteoporozie. Test prowokacyjny – nie służy do diagnozy samodzielnej.

2 Test dystrykcyjny szyjny

	Co ocenia?	Odciążenie struktur nerwowych szyi poprzez delikatną trakcję.
	Pozycja pacjenta	Leży na plecach, szyja w pozycji neutralnej, ramiona wzdłuż tułowia.
	Pozycja terapeuty	Stoi przy głowie pacjenta.
	Jak wykonać?	Uchwyć potylicę i żuchwę, wykonaj delikatne rozciąganie w osi szyi na 10–15 sekund.



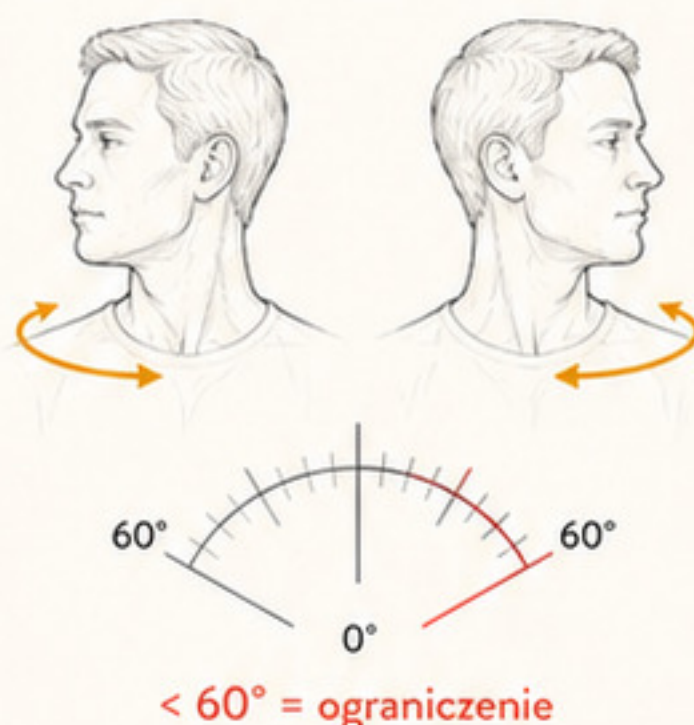
Wynik dodatni
Zmniejszenie lub ustąpienie bólu promieniującego do ramienia podczas trakcji.

Co może sugerować?
Zmniejszenie napięcia korzenia nerwowego lub tkanek okołonerwowych po odciążeniu.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
Unikaj przy niestabilności szyi, świeżym urazie, chorobie nowotworowej, osteoporozie, zawrotach głowy. Stosuj delikatnie.

3 Rotacja szyi < 60°

	Co ocenia?	Ograniczenie czynnego zakresu rotacji szyi.
	Pozycja pacjenta	Siedzi wyprostowany, patrzy przed siebie.
	Pozycja terapeuty	Stoi z boku pacjenta.
	Jak wykonać?	Poproś pacjenta o maksymalną rotację w prawo i w lewo. Zmierz kątemierzem lub obserwuj subiektywnie.



Wynik dodatni
Czynna rotacja szyi < 60° po jednej lub obu stronach.

Co może sugerować?
Dysfunkcję stawów międzykręgowych, napięcie tkanek miękkich, podrażnienie korzeniowe.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
Interpretuj łącznie z innymi objawami i testami. Ograniczenie może wynikać również z bólu, artrozy lub dysfunkcji mięśniowo-powięziowych.



Neurodynamika i ból pochodzenia szyjnego

1 ULNT1 – nerw pośrodkowy

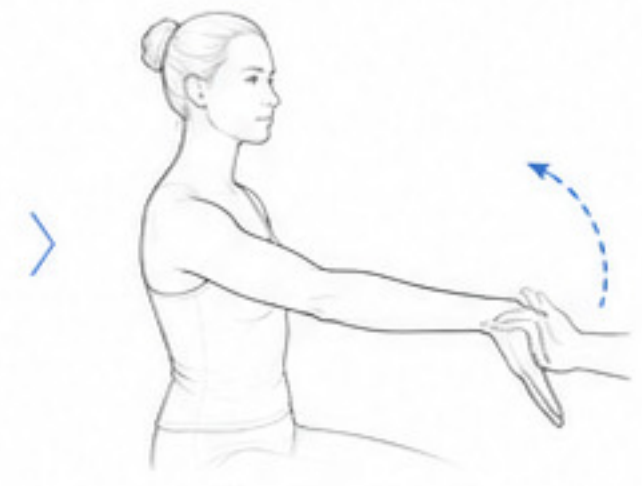
Nazwa testu	ULNT1 – nerw pośrodkowy
Co ocenia?	Mechanowrażliwość nerwu pośrodkowego, reprodukcję objawów, różnicę strona–strona.
Pozycja pacjenta	Siedząca.
Pozycja terapeuty	Stoi bokiem/półprzodem do badanej kończyny.
Jak wykonać?	Sekwencyjnie: depresja barku → odwiedzenie barku 90° → supinacja przedramienia → wyprost nadgarstka i palców → wyprost łokcia.
Wynik dodatni	Reprodukcja bólu/objawów promieniujących do ręki/dłoni lub przedwczesny opór.
Co może sugerować?	Podrażnienie lub przeciążenie nerwu pośrodkowego w kontekście szyi/barku/kończyny górnej.
Uwaga kliniczna / ograniczenia	Porównaj z drugą stroną. Interpretuj w kontekście obrazu klinicznego. Unikaj testu przy ostrych uszkodzeniach tkanek lub silnym bólu.

KROK 1



Depresja barku i odwiedzenie 90° oraz supinacja.

KROK 2



Wyprost nadgarstka i palców oraz wyprost łokcia.

2 ULNT2b – nerw promieniowy

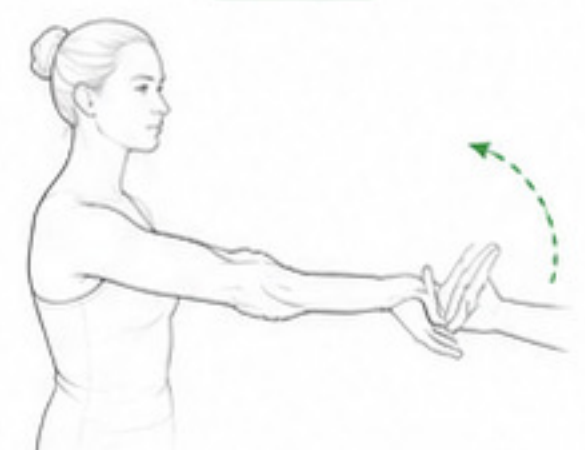
Nazwa testu	ULNT2b – nerw promieniowy
Co ocenia?	Mechanowrażliwość nerwu promieniowego, reprodukcję objawów, różnicę strona–strona.
Pozycja pacjenta	Siedząca.
Pozycja terapeuty	Stoi za lub bokiem do pacjenta.
Jak wykonać?	Sekwencyjnie: depresja barku → przywiedzenie barku → rotacja wewnętrzna ramienia → pronacja przedramienia → zgięcie nadgarstka i palców → wyprost łokcia.
Wynik dodatni	Reprodukcja bólu/objawów promieniujących do tylnej/dystalnej części kończyny górnej lub opór.
Co może sugerować?	Podrażnienie lub przeciążenie nerwu promieniowego w kontekście szyi/barku.
Uwaga kliniczna / ograniczenia	Porównaj z drugą stroną. Test bardziej wymagający – stosuj stopniowo. Ostrożnie u pacjentów z ostrą radikulopatią lub po urazach.

KROK 1



Depresja barku, przywiedzenie, rotacja wewnętrzna ramienia i pronacja przedramienia.

KROK 2



Zgięcie nadgarstka i palców oraz wyprost łokcia.

3 ULNT3 – nerw łokciowy

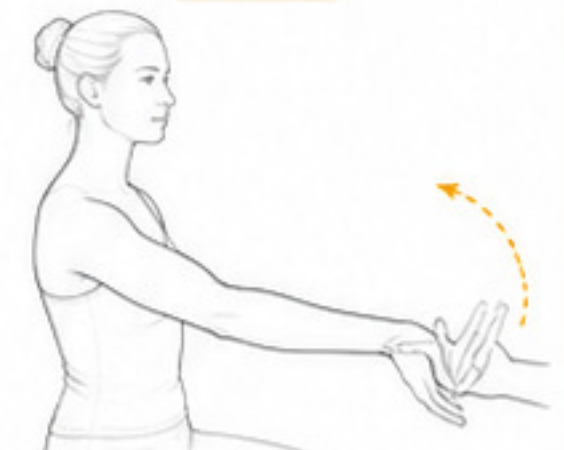
Nazwa testu	ULNT3 – nerw łokciowy
Co ocenia?	Mechanowrażliwość nerwu łokciowego, reprodukcję objawów, różnicę strona–strona.
Pozycja pacjenta	Siedząca.
Pozycja terapeuty	Stoi za lub bokiem do badanej kończyny.
Jak wykonać?	Sekwencyjnie: depresja barku → odwiedzenie barku 90° → rotacja zewnętrzna ramienia → supinacja przedramienia → wyprost nadgarstka i palców → wyprost łokcia.
Wynik dodatni	Reprodukcja bólu/objawów wzdłuż nerwu łokciowego (do łokcia/przedramienia/dłoni) lub opór.
Co może sugerować?	Podrażnienie lub przeciążenie nerwu łokciowego w kontekście szyi/barku/kończyny górnej.
Uwaga kliniczna / ograniczenia	Porównaj z drugą stroną. Uwzględnij możliwe uwięźnięcia w rowku nerwu łokciowego. Unikaj testu przy ostrym bólu lub świeżych urazach.

KROK 1



Depresja barku, odwiedzenie 90°, rotacja zewnętrzna ramienia i supinacja przedramienia.

KROK 2



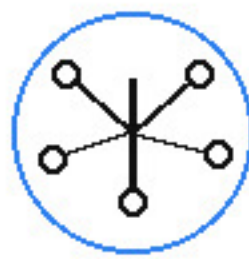
Wyprost nadgarstka i palców oraz wyprost łokcia.

NOTATKA PRAKTYCZNA



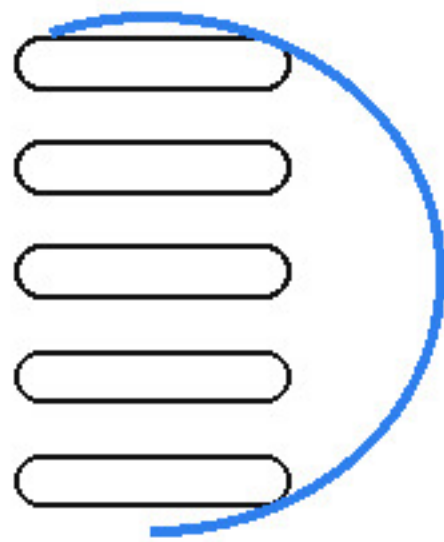
Różnicuj tkankę nerwową od mięśniowo-powięziowej, stosując różnicowanie strukturalne.

- ✓ Porównuj z niesymptomatyczną stroną.
- ✓ Modyfikacja objawów i różnicowanie strukturalne są kluczowe.
- ✓ Interpretuj w kontekście całego obrazu klinicznego.



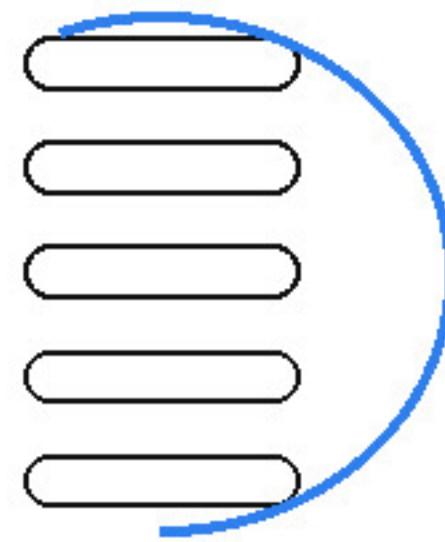
Stabilność górnego odcinka szyjnego

1 Test Sharpa-Pursera



Co ocenia?	stabilność stawu szczytowo-obrotowego C1-C2.
Pozycja	siedząca, głowa w pozycji neutralnej.
Jak wykonać?	stabilizuj C2, wykonaj delikatny ruch głowy ku tyłowi.
Wynik dodatni	zmniejszenie bólu, objawów lub wyczuwalne ślizgnięcie.
Uwaga	nie wykonuj przy podejrzeniu niestabilności, urazie lub objawach neurologicznych.

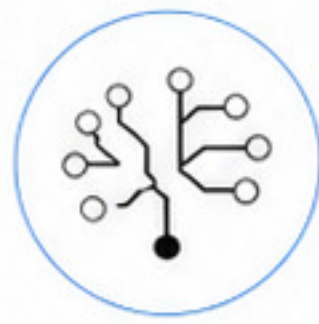
2 Test więzadła skrzydłowego



Co ocenia?	integralność więzadła skrzydłowego i kontrolę C1-C2.
Pozycja	siedząca, szyja neutralna.
Jak wykonać?	stabilizuj C2 i oceń małe ruchy boczne oraz rotacyjne.
Wynik dodatni	nadmierny ruch lub brak sprzężenia C2 z ruchem głowy.
Uwaga	ruch ma być bardzo delikatny; porównuj z innymi badaniami.

Zasada interpretacji

Najpierw bezpieczeństwo: ból, objawy neurologiczne, świeży uraz lub podejrzenie choroby zapalnej są powodem przerwania testu.

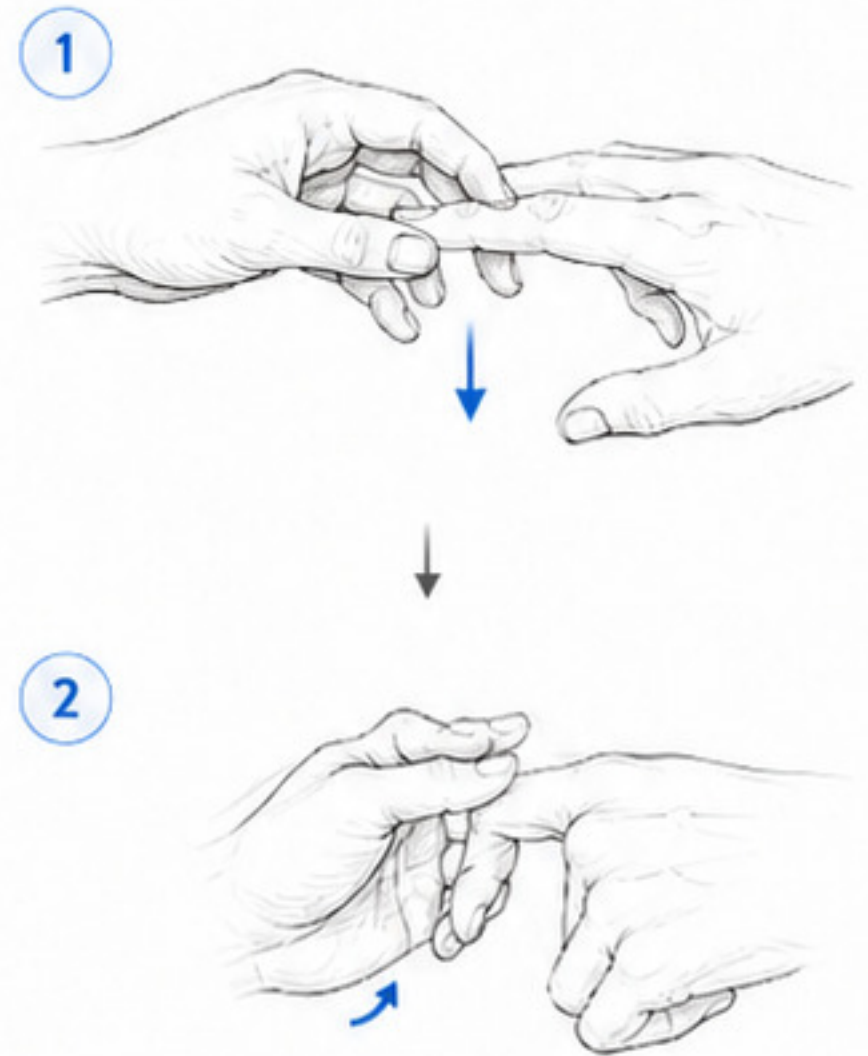


Objawy górnego neuronu ruchowego

Poniższe testy są objawami przesiewowymi i mogą sugerować zajęcie górnego neuronu ruchowego lub postać mielopatyczną. Interpretuj je w kontekście pełnego obrazu klinicznego.

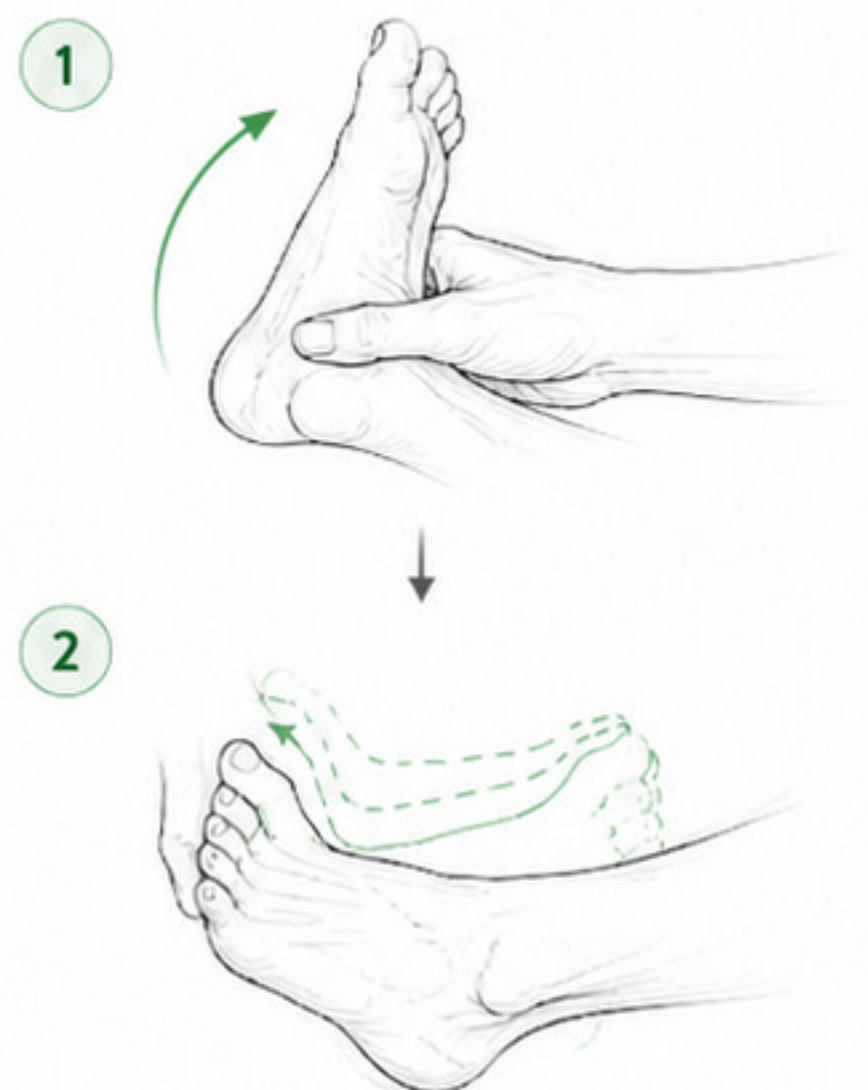
1 Objaw Hoffmanna

	Nazwa testu	Objaw Hoffmanna
	Co ocenia?	Pobudliwość drogi piramidowej (korowo-rdzeniowej).
	Pozycja pacjenta	Siedząca, ręka ułożona w lekkiej pronacji, ramię i przedramię podparte.
	Pozycja terapeuty	Terapeuta siedzi naprzeciwko lub obok pacjenta.
	Jak wykonać?	1) Złap palec środkowy pacjenta tuż dystalnie do stawu międzypaliczkowego. 2) Szybko opuść paznokciec w dół (ruch „strzałki”).
	Wynik dodatni	Szybkie zgięcie kciuka i/lub palca wskazującego.
	Co może sugerować?	Zajęcie górnego neuronu ruchowego, mielopatia szyjna, uszkodzenie dróg piramidowych.
	Uwaga kliniczna / ograniczenia	Może występować u zdrowych (zwłaszcza po 20 r.ż.). Brak swoistości – interpretuj łącznie z innymi objawami i badaniem neurologicznym.

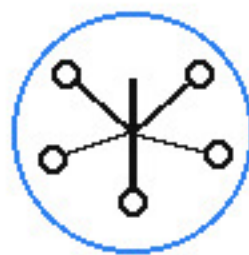


2 Klonus stopy

	Nazwa testu	Klonus stopy
	Co ocenia?	Pobudliwość odruchowa dróg piramidowych kończyn dolnych.
	Pozycja pacjenta	Leżąca na plecach, noga luźno wyprostowana. Stopa w pozycji neutralnej.
	Pozycja terapeuty	Terapeuta przy stopie pacjenta.
	Jak wykonać?	1) Utrzymaj stopę i gwałtownie wykonaj pasywną dorsyflexję (zgięcie grzbietowe). 2) Utrzymaj napięcie przez 2–3 sekundy.
	Wynik dodatni	Rytmiczne, kloniczne zgięcia podeszwowe i grzbietowe utrzymujące się ≥ 3 –5 cykli lub > 5 sekund.
	Co może sugerować?	Zajęcie górnego neuronu ruchowego, uszkodzenie dróg piramidowych (np. mielopatia, udar).
	Uwaga kliniczna / ograniczenia	Może występować u zdrowych. Zmęczenie, lęk, ból mogą wpływać na wynik. Interpretuj w kontekście całego badania.



Wyniki dodatnie wymagają szerszej oceny neurologicznej i korelacji z innymi objawami.



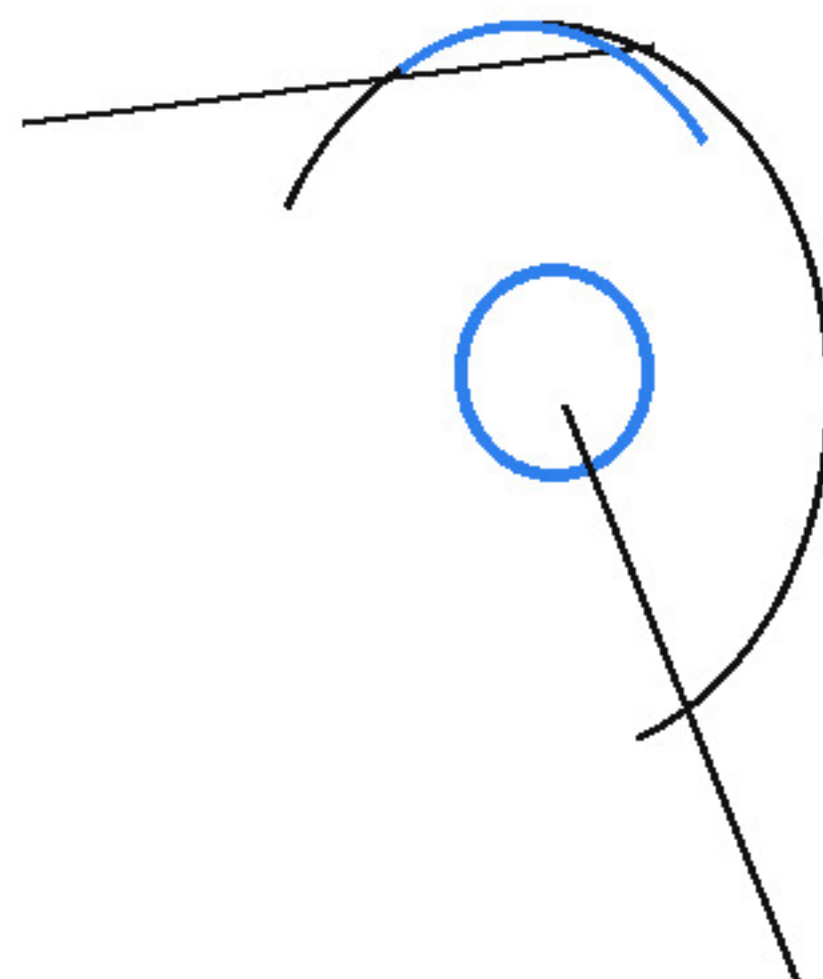
MODUŁ 02

Bark i obręcz barkowa

15 map myśli • strony 10-14

W tym module

- ✓ konflikt podbarkowy i ból prowokowany
- ✓ stożek rotatorów
- ✓ ścięgno głowy długiej bicepsa
- ✓ staw barkowo-obojczykowy
- ✓ niestabilność stawu ramiennego



Cel modułu:

Szybkie przypomnienie najczęściej stosowanych testów barku i obręczy barkowej.



Konflikt podbarkowy i ból prowokowany



Łącz wynik z wywiadem, badaniem i innymi testami barku.

1

Test Neera



Co ocenia?

Ocena konfliktu podbarkowego.



Pozycja pacjenta

Pacjent siedzi lub stoi.



Pozycja terapeuty

Terapeuta stabilizuje łopatkę i biernie unosi ramię w zgięciu.



Jak wykonać?

Unieś ramię pacjenta w płaszczyźnie strzałkowej do maksymalnego zgięcia z jednoczesną stabilizacją łopatki.



Wynik dodatni

Ból w przednio-bocznej części barku podczas uniesienia ramienia.



Co może sugerować?

Konflikt podbarkowy.



Uwaga kliniczna / ograniczenia

Interpretuj łącznie z innymi testami i objawami klinicznymi.

2

Test Hawkinsa-Kennedy'ego



Co ocenia?

Ocena konfliktu podbarkowego.



Pozycja pacjenta

Ramię w 90° zgięcia w stawie barkowym i łokieć w 90° zgięcia.



Pozycja terapeuty

Terapeuta stoi obok badanego.



Jak wykonać?

Utrzymaj ramię w pozycji 90°/90° i wykonaj rotację wewnętrzną ramienia.



Wynik dodatni

Prowokacja bólu w przednio-bocznej części barku.



Co może sugerować?

Podrażnienie struktur podbarkowych (stożek rotatorów, kaletka podbarkowa).



Uwaga kliniczna / ograniczenia

Stosuj ostrożnie u pacjentów z ostrym bólem i ograniczonym zakresem ruchu.

3

Bolesny łuk odwodzenia



Co ocenia?

Ocena bólu prowokowanego podczas odwodzenia ramienia.



Pozycja pacjenta

Pacjent stoi lub siedzi.



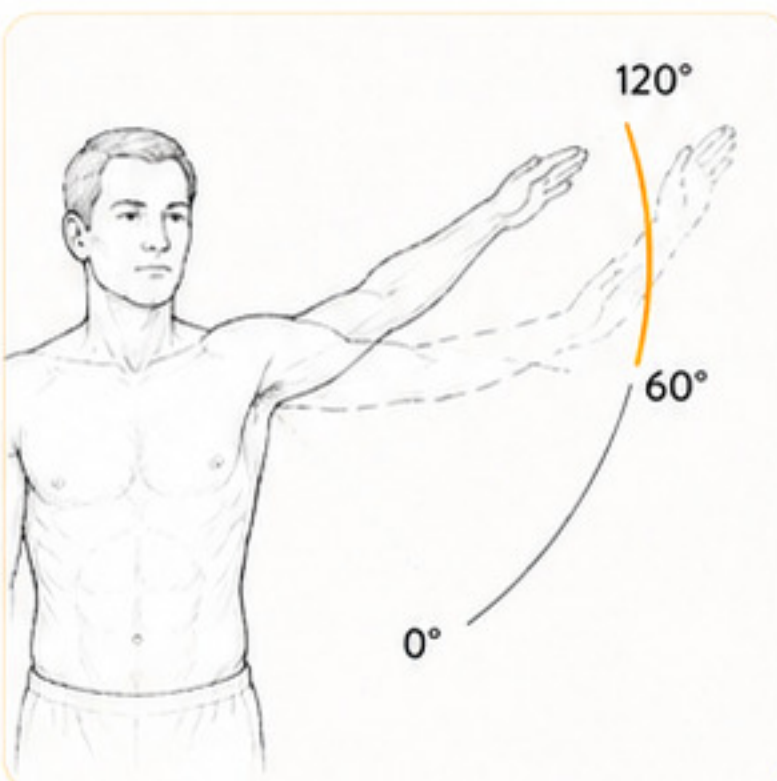
Pozycja terapeuty

Terapeuta obserwuje ruch i wskazuje zakres bólu.



Jak wykonać?

Poproś pacjenta o czynne odwodzenie ramienia w płaszczyźnie czołowej od 0° do maksymalnego zakresu.



Wynik dodatni

Ból występuje głównie w zakresie 60–120° odwodzenia.



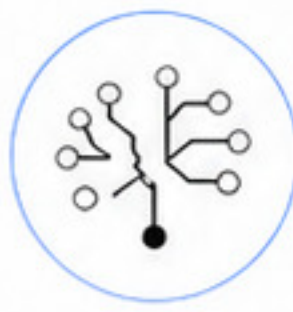
Co może sugerować?

Konflikt podbarkowy lub przeciążenie stożka rotatorów.



Uwaga kliniczna / ograniczenia

Wynik nie stanowi samodzielnego rozpoznania. Interpretuj łącznie z wywiadem i innymi testami.



Stożek rotatorów – mięsień nadgrzebieniowy

1 Test Jobe'a (Empty Can)

Ocena mięśnia nadgrzebieniowego.



Pozycja pacjenta

Siedząca lub stojąca. Odwiedzenie ramion w płaszczyźnie łopatk (~30° przed czoło), kciuki skierowane w dół.



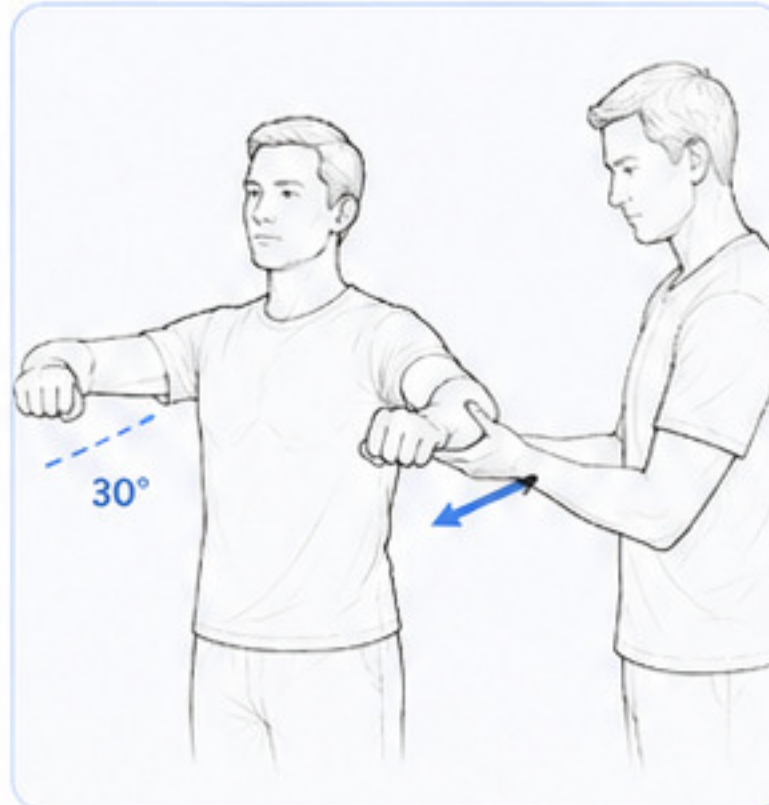
Pozycja terapeuty

Stoi z boku pacjenta. Stawia opór na dystalnej części ramienia w kierunku addukcji.



Jak wykonać?

Pacjent odwodzi ramiona i utrzymuje pozycję. Terapeuta przykłada opór. Utrzymaj 5 sekund.



Wynik dodatni

Ból w okolicy barku lub osłabienie w porównaniu ze stroną przeciwną.



Co może sugerować?

Tendinopatię lub uszkodzenie mięśnia nadgrzebieniowego.



Uwaga kliniczna

Porównaj stronę objawową z bezobjawową.

2 Test Full Can

Ocena nadgrzebieniowego przy mniejszej prowokacji konfliktu.



Pozycja pacjenta

Siedząca lub stojąca. Odwiedzenie ramion w płaszczyźnie łopatk (~30° przed czoło), kciuki skierowane ku górze.



Pozycja terapeuty

Stoi z boku pacjenta. Stawia opór na dystalnej części ramienia w kierunku addukcji.



Jak wykonać?

Pacjent odwodzi ramiona i utrzymuje pozycję. Terapeuta przykłada opór. Utrzymaj 5 sekund.



Wynik dodatni

Ból w okolicy barku lub osłabienie w porównaniu ze stroną przeciwną.



Co może sugerować?

Dysfunkcję mięśnia nadgrzebieniowego.



Uwaga kliniczna

Interpretuj razem z innymi testami stożka rotatorów.

3 Test opadającego ramienia (Drop Arm)

Ocena większego uszkodzenia nadgrzebieniowego.



Pozycja pacjenta

Siedząca lub stojąca. Odwiedź ramię do ~90° w płaszczyźnie łopatk (kciuk do góry).



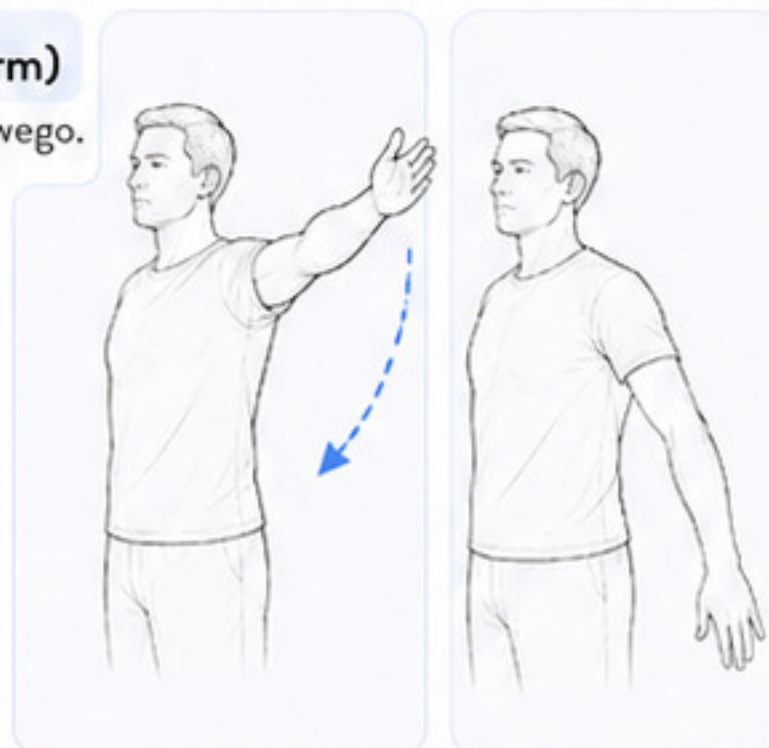
Pozycja terapeuty

Stoi z boku lub za pacjentem. Obserwuje kontrolę opuszczania ramienia.



Jak wykonać?

Poproś pacjenta, aby powoli opuszczał ramię do boku. Obserwuj tor ruchu i kontrolę.



Wynik dodatni

Opadanie ramienia lub niemożność kontroli ruchu podczas opuszczania.



Co może sugerować?

Uszkodzenie mięśnia nadgrzebieniowego lub całego stożka rotatorów.



Uwaga kliniczna

Nie używaj jako jedynej podstawy rozpoznania.



Wskazówka praktyczna

Ból i osłabienie mają większą wartość po korelacji z funkcją i zakresem ruchu.



Stożek rotatorów — mięśnie podgrzebieniowy i podłopatkowy

1

Test Patte'a — ocena podgrzebieniowego / rotacji zewnętrznej



**Pozycja
pacjenta**

Odwiedź ramię około 90°
w płaszczyźnie łopatki,
łokieć zgięty 90°.



**Pozycja
terapeuty**

Stabilizuje łopatkę i stawia
opór rotacji zewnętrznej
przedramienia.



Wynik dodatni

Ból lub osłabienie podczas
oporu.



**Co może
sugerować?**

Dysfunkcję mięśnia
podgrzebieniowego.



Wynik dodatni

Ból lub osłabienie.



Co może sugerować?

Dysfunkcję mięśnia
podgrzebieniowego.



Uwaga kliniczna

Interpretuj w kontekście
całego badania barku.

2

Lift-off — ocena podłopatkowego



**Pozycja
pacjenta**

Dłoń ułożona na odcinku
lędźwiowym (grzbiet dłoni
na plecach).



Ruch

Pacjent odsuwa rękę
od pleców, prostując łokieć
i odrywając dłoń.



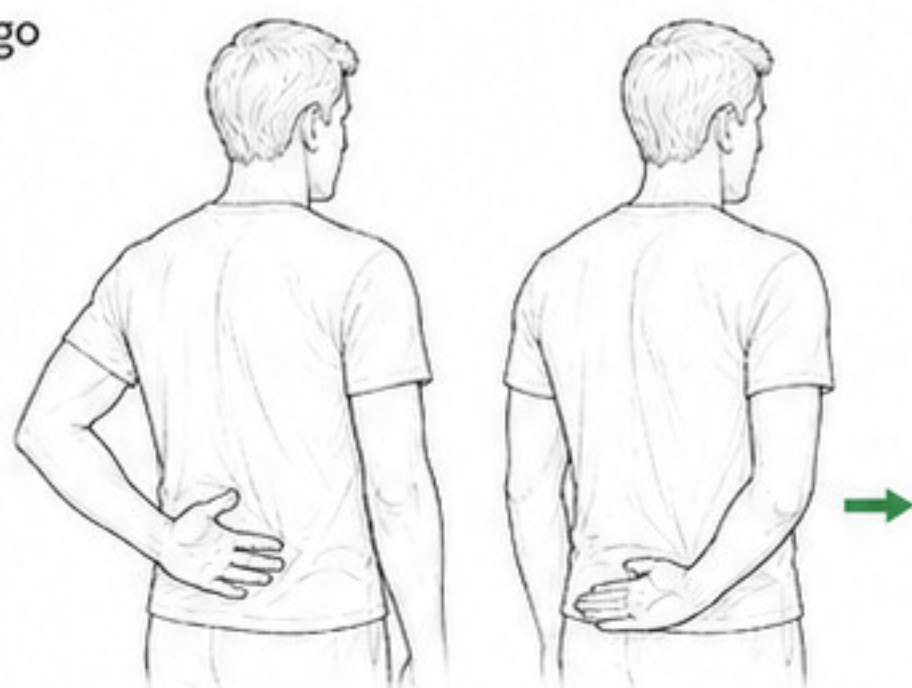
Wynik dodatni

Nieemożność wykonania ruchu
lub osłabienie / ból.



**Co może
sugerować?**

Dysfunkcję mięśnia
podłopatkowego.



Wynik dodatni

Nieemożność wykonania
lub osłabienie / ból.



Co może sugerować?

Dysfunkcję mięśnia
podłopatkowego.



Uwaga kliniczna

Ograniczenia ruchomości
mogą zafałszować wynik.

3

Belly-press — ocena podłopatkowego, gdy lift-off jest trudny



**Pozycja
pacjenta**

Dłoń na brzuchu (nad pępkiem),
łokieć zgięty i utrzymywany
z przodu ciała.



Ruch

Pacjent naciska dłoń do brzucha,
utrzymując stałą pozycję łokcia
przed ciałem.



Wynik dodatni

Cofanie się łokcia do tyłu
lub kompensacja ruchem
nadgarstka.



**Co może
sugerować?**

Osłabienie mięśnia
podłopatkowego.



Wynik dodatni

Cofanie łokcia lub kompensacja
nadgarstkiem.



Co może sugerować?

Osłabienie mięśnia
podłopatkowego.

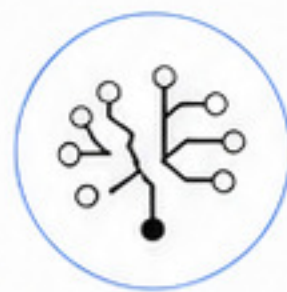


Uwaga kliniczna

Porównaj jakość ruchu
stronami.



Uwzględnij ból, siłę i kontrolę ruchu —
nie tylko sam wynik dodatni.



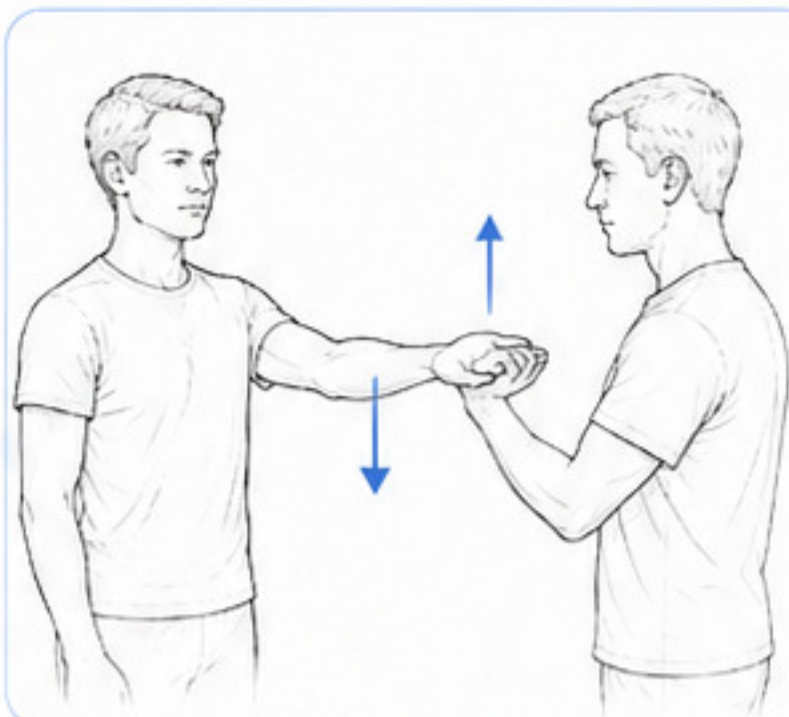
Ściągno głowy długiej bicepsa i staw barkowo-obojczykowy

1

Test Speeda

Ocena ścięgna głowy długiej bicepsa

	Co ocenia?	Obciążenie ścięgna głowy długiej bicepsa.
	Pozycja pacjenta	Ramię uniesione w zgięciu do 90°, łokieć wyprostowany, przedramię w supinacji.
	Pozycja terapeuty	Stoi z przodu. Chwyta dłoń pacjenta i stawia opór przy unoszeniu ramienia.
	Jak wykonać?	Pacjent unosi ramię do 90°, utrzymując supinację. Terapeuta stawia opór w kierunku opuszczania ramienia.



Wynik dodatni

Ból w bruździe międzyguzkowej (dolnej części rowka) podczas testu lub po nim.



Co może sugerować?

Tendinopatię ścięgna głowy długiej bicepsa (LHB).



Uwaga kliniczna / ograniczenia

Wynik łącz z badaniem palpacyjnym i innymi testami.

2

Test Yergasona

Ocena ścięgna bicepsa / stabilności w bruździe

	Co ocenia?	Ściągno głowy długiej bicepsa oraz jego stabilność w bruździe.
	Pozycja pacjenta	Łokieć zgięty do 90°, ramię przy tułowiu, przedramię w pozycji neutralnej.
	Pozycja terapeuty	Stoi z boku lub z przodu. Stawia opór przy supinacji.
	Jak wykonać?	Pacjent wykonuje supinację przedramienia przeciw oporowi terapeuty.



Wynik dodatni

Ból lub uczucie przeskakiwania w bruździe międzyguzkowej podczas supinacji lub po niej.



Co może sugerować?

Podrażnienie, zapalenie lub niestabilność ścięgna LHB w bruździe.



Uwaga kliniczna / ograniczenia

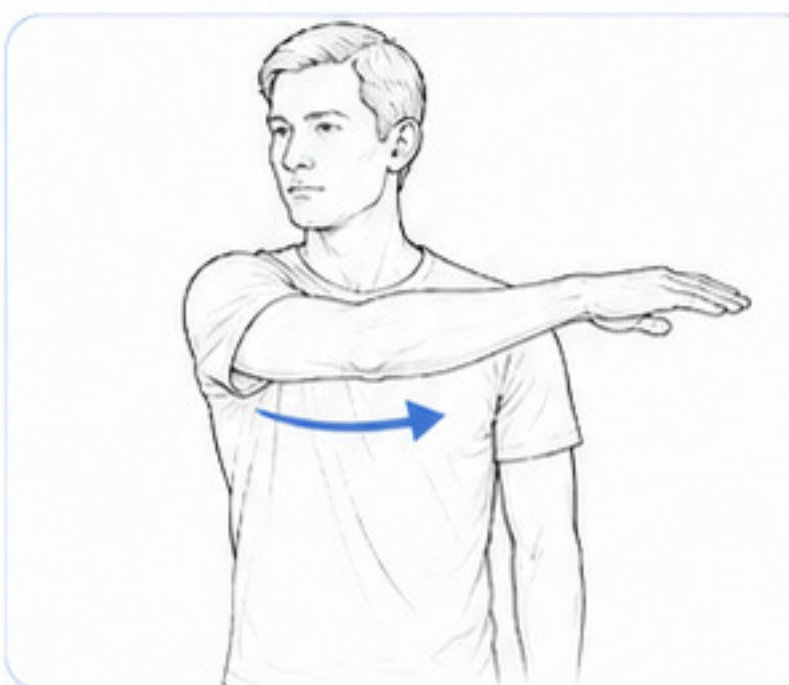
Wykonuj ostrożnie, szczególnie u pacjentów z ostrym bólem.

3

Test addukcji poziomej (Cross-body / Scarf)

Ocena stawu barkowo-obojczykowego

	Co ocenia?	Staw barkowo-obojczykowy (AC).
	Pozycja pacjenta	Ramię uniesione do 90° w płaszczyźnie czołowej.
	Pozycja terapeuty	Stoi z boku lub z przodu.
	Jak wykonać?	Pacjent wykonuje addukcję poziomą, prowadząc ramię przez klatkę piersiową w kierunku przeciwnego barku.



Wynik dodatni

Ból zlokalizowany nad stawem barkowo-obojczykowym (AC).



Co może sugerować?

Podrażnienie, dysfunkcję lub zapalenie stawu barkowo-obojczykowego.



Uwaga kliniczna / ograniczenia

Miejscowa bolesność AC podczas palpacji wzmacnia interpretację.



Uwaga kliniczna

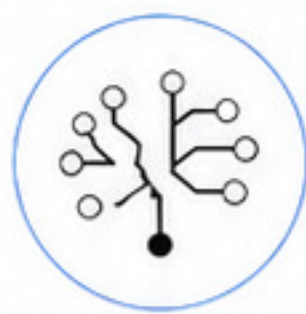
Lokalizacja bólu ma duże znaczenie różnicujące.



Bruźda międzyguzkowa (LHB)



Staw barkowo-obojczykowy (AC)



Niestabilność stawu ramiennego

1

Test Apprehension

ocena niestabilności przedniej



Co ocenia?

Niestabilność przednia stawu ramiennego.



Pozycja pacjenta

Pacjent leży lub siedzi. Ramię w odwiedzeniu (90°) i rotacji zewnętrznej.



Pozycja terapeuty

Jedna ręka stabilizuje łopatkę, druga prowadzi ramię w pozycję testową.



Jak wykonać?

Stopniowo zwiększaj rotację zewnętrzną i odwiedzenie, obserwując reakcję pacjenta.



Wynik dodatni

Uczucie obawy / grożącego zwinięcia.



Co może sugerować?

Może sugerować niestabilność przednią stawu ramiennego.



Uwaga kliniczna / ograniczenia

Nie prowokuj nadmiernie bólu lub lęku.

2

Test Relocation

ocena niestabilności przedniej po odciążeniu



Co ocenia?

Zmniejszenie objawów dzięki odciążeniu głowy kości ramiennej.



Pozycja pacjenta

Jak w teście Apprehension (leżenie lub siedzenie).



Pozycja terapeuty

Terapeuta przykłada tylny nacisk na głowę kości ramiennej.



Jak wykonać?

Wykonaj po dodatnim teście Apprehension, utrzymując tylny nacisk.



Wynik dodatni

Zmniejszenie obawy lub bólu w porównaniu z testem Apprehension.



Co może wspierać?

Może wspierać podejrzenie niestabilności przedniej.



Uwaga kliniczna / ograniczenia

Interpretuj razem z testem Apprehension.

3

Sulcus sign

ocena niestabilności dolnej / wiotkości torebkowej



Co ocenia?

Niestabilność dolną stawu ramiennego / wiotkość torebkową.



Pozycja pacjenta

Pacjent siedzi. Ramię rozluźnione, w pozycji neutralnej.



Pozycja terapeuty

Stań z boku lub za pacjentem. Jedna ręka stabilizuje łopatkę.



Jak wykonać?

Drugą ręką chwyć dystalnie ramię i pociągnij je ku dołowi.



Wynik dodatni

Widoczna bruzda pod wyrostkiem barkowym (sulcus).



Co może sugerować?

Może sugerować wiotkość torebkową / niestabilność dolną.



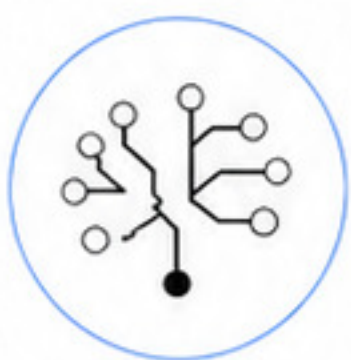
Uwaga kliniczna / ograniczenia

Częściowa wiotkość może występować obustronnie.



Wskazówka praktyczna

Uwzględnij wywiad urazowy, epizody zwinięć i ogólną wiotkość.



MODUŁ 03

Łokieć, nadgarstek i ręka

12 map myśli • strony 16–19



W tym module



nadkłykieć boczny i przyśrodkowy



stabilność więzadłowa łokcia



ucisk nerwów obwodowych

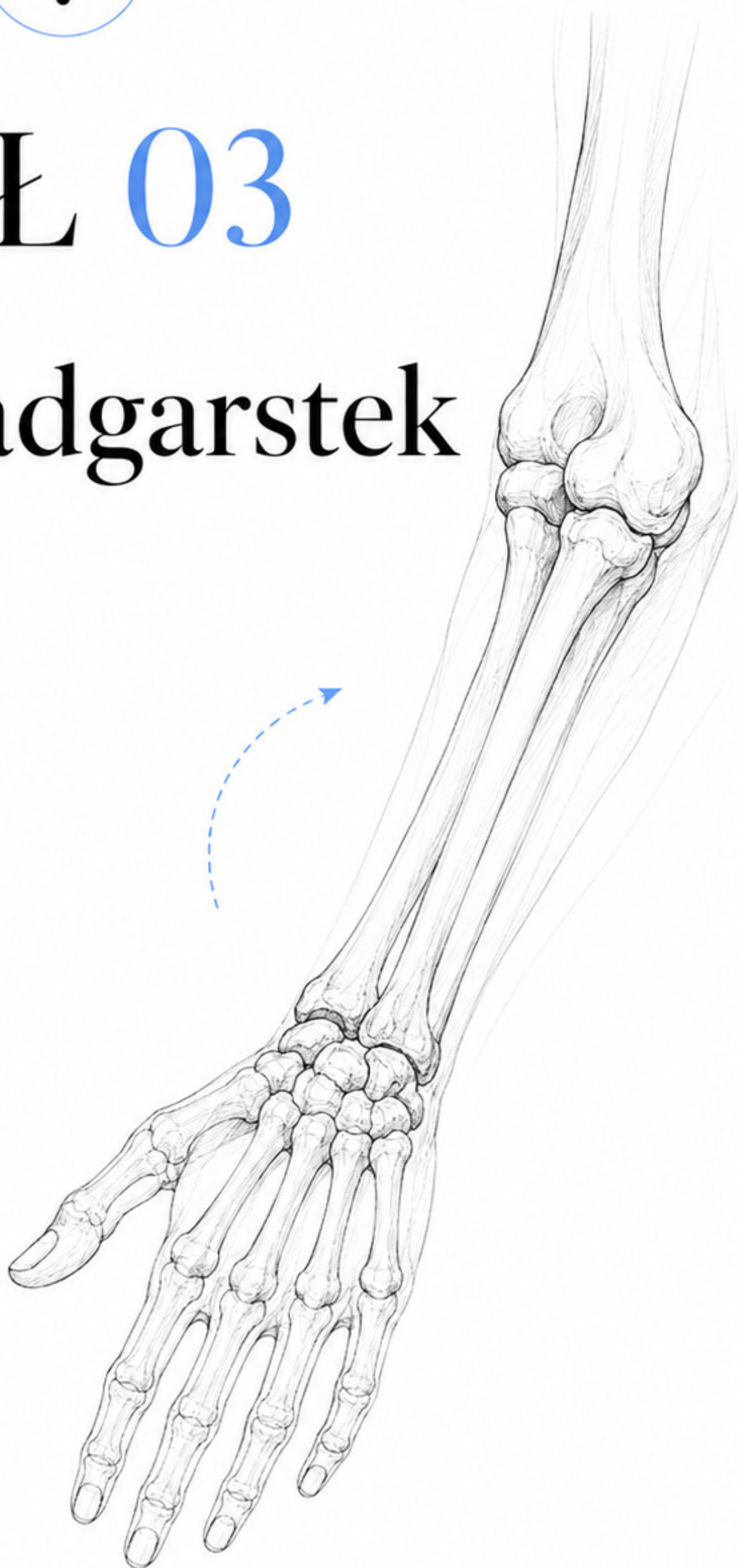


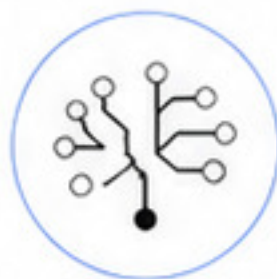
nadgarstek, kciuk
i kości nadgarstka



Cel modułu

szybkie przypomnienie najważniejszych testów prowokacyjnych, więzadłowych i przesiewowych dla kończyny górnej dalszej.





Nadkłykieć boczny i przyśrodkowy

1 Test Cozena

Ocena nadkłykcia bocznego

	Co ocenia?	Przeciążenie ścięgien prostowników nadgarstka (nadkłykieć boczny).
	Pozycja pacjenta	Siedzi. Łokieć wyprostowany, przedramię pronowane.
	Pozycja terapeuty	Staje naprzeciw pacjenta lub po jego stronie.
	Jak wykonać?	Pacjent zaciska pięść, prostuje nadgarstek i wykonuje odchylenie promieniowe przeciw oporowi terapeuty.



✓ **Wynik dodatni**
Ból w okolicy nadkłykcia bocznego.

🎯 **Co może sugerować?**
Przeciążenie prostowników nadgarstka / nadkłykcia bocznego.

⚠ **Uwaga kliniczna / ograniczenia**
Lokalna palpacja nadkłykcia bocznego wzmacnia interpretację testu.

2 Test Maudsleya

Ocena prostownika palca środkowego / nadkłykcia bocznego

	Co ocenia?	Udział prostowników palców, szczególnie prostownika palca środkowego.
	Pozycja pacjenta	Siedzi. Ramię wzdłuż tułowia, przedramię pronowane.
	Pozycja terapeuty	Staje naprzeciw lub obok pacjenta.
	Jak wykonać?	Terapeuta stabilizuje dłoń pacjenta i stawia opór wyprostowi palca środkowego.



✓ **Wynik dodatni**
Ból bocznie w łokciu (nadkłykieć boczny).

🎯 **Co może sugerować?**
Udział prostowników palców / przeciążenie nadkłykcia bocznego.

⚠ **Uwaga kliniczna / ograniczenia**
Różnicuj z uciskiem nerwu promieniowego.

3 Oporowane zgięcie nadgarstka i pronacja

Ocena nadkłykcia przyśrodkowego

	Co ocenia?	Przeciążenie zginaczy nadgarstka oraz pronatorów.
	Pozycja pacjenta	Siedzi. Łokieć wyprostowany, przedramię w pozycji neutralnej.
	Pozycja terapeuty	Staje naprzeciw pacjenta.
	Jak wykonać?	Pacjent zgina nadgarstek i wykonuje pronację przedramienia przeciw oporowi terapeuty.



✓ **Wynik dodatni**
Ból w okolicy nadkłykcia przyśrodkowego.

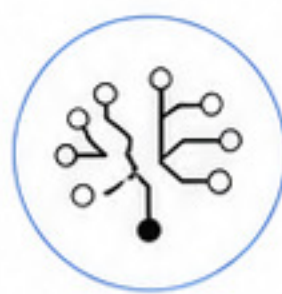
🎯 **Co może sugerować?**
Przeciążenie zginaczy nadgarstka i pronatorów (nadkłykieć przyśrodkowy).

⚠ **Uwaga kliniczna / ograniczenia**
Łącz z wywiadem obciążeniowym i oceną funkcjonalną.



Wskazówka praktyczna

Ból oporowany + tkliwość miejscowa są bardziej użyteczne niż pojedynczy test.



Stabilność więzadłowa łokcia

1

Valgus stress test

Ocena więzadła pobocznego łokciowego przyśrodkowego (UCL).

- Co ocenia?** Stabilność przyśrodkową łokcia i funkcję UCL.
- Pozycja pacjenta** Pacjent siedzi. Łokieć zgięty ok. 20–30°, przedramię w pronacji.
- Pozycja terapeuty** Terapeuta stabilizuje ramię jedną ręką, drugą obejmuje dłoń pacjenta.
- Jak wykonać?** Terapeuta stosuje stres koślawy (valgus) w kierunku przyśrodkowym. Utrzymaj 5–10 sekund.



✓ **Wynik dodatni**
Ból lub nadmierna ruchomość przyśrodkowo.

🎯 **Co może sugerować?**
Niewydolność lub uszkodzenie więzadła pobocznego łokciowego przyśrodkowego (UCL).

⚠️ **Uwaga kliniczna / ograniczenia**
Porównaj zawsze z drugą stroną.

2

Varus stress test

Ocena bocznego kompleksu więzadłowego (LCL).

- Co ocenia?** Stabilność boczną łokcia i funkcję LCL.
- Pozycja pacjenta** Pacjent siedzi. Łokieć zgięty ok. 20–30°, przedramię w pronacji.
- Pozycja terapeuty** Terapeuta stabilizuje ramię jedną ręką, drugą obejmuje dłoń pacjenta.
- Jak wykonać?** Terapeuta stosuje stres szpotawy (varus) w kierunku bocznym. Utrzymaj 5–10 sekund.



✓ **Wynik dodatni**
Ból lub nadmierna ruchomość bocznie.

🎯 **Co może sugerować?**
Uszkodzenie bocznego kompleksu więzadłowego (LCL).

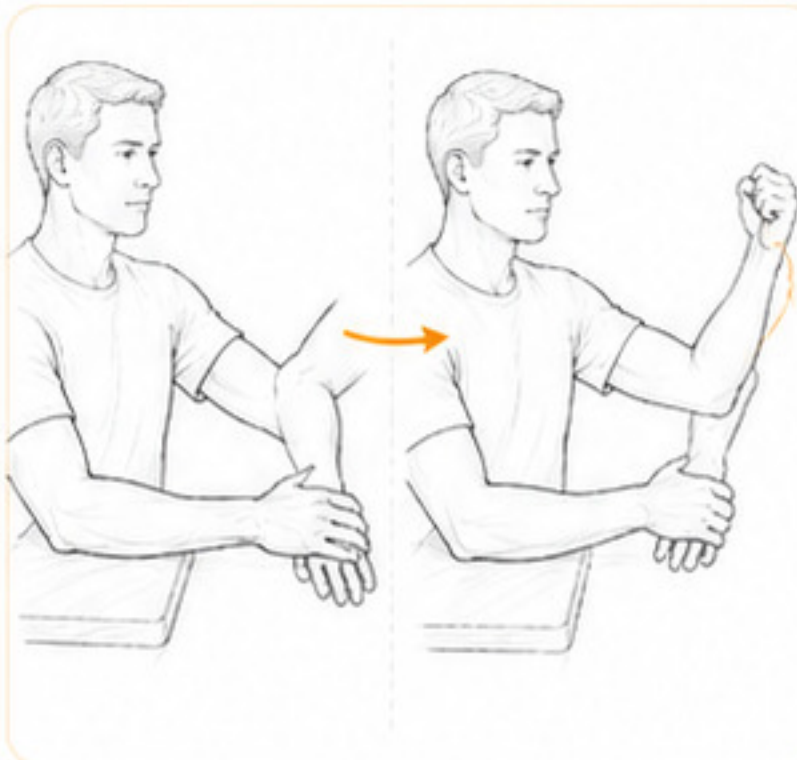
⚠️ **Uwaga kliniczna / ograniczenia**
Interpretuj razem z wywiadem urazowym i objawami klinicznymi.

3

Moving valgus stress

Ocena niestabilności przyśrodkowej w ruchu.

- Co ocenia?** Funkcję UCL w dynamicznym zakresie ruchu łokcia.
- Pozycja pacjenta** Pacjent siedzi lub stoi. Bark odwiedziony ok. 90°.
- Pozycja terapeuty** Jedną ręką stabilizuje ramię, drugą obejmuje dłoń pacjenta.
- Jak wykonać?** Stosuj stres koślawy (valgus) i jednocześnie powoli zginaj oraz prostuj łokieć przez cały zakres ruchu.



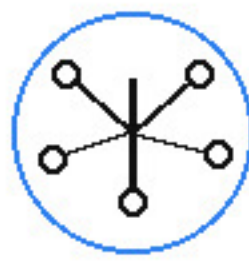
✓ **Wynik dodatni**
Ból przyśrodkowo, zwykle w środkowym zakresie ruchu (ok. 60–100° zgięcia).

🎯 **Co może sugerować?**
Przeciążenie lub niewydolność UCL (np. „łokieć miotacza”).

⚠️ **Uwaga kliniczna / ograniczenia**
Ostrożnie przy ostrym bólu – przerwij testowanie.



Większą wartość ma zgodność objawów z mechanizmem przeciążenia.



Ucisk nerwów obwodowych

🕒 Korelacja z rozmieszczeniem objawów czuciowych jest kluczowa.

1

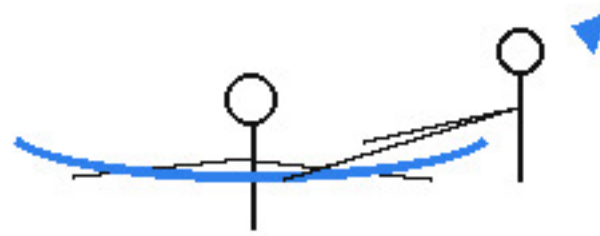
Test Phalena

kanał nadgarstka

Co ocenia? podrażnienie nerwu pośrodkowego w kanale

Pozycja pacjenta nadgarstki maksymalnie zgięte, grzbiety dłoni do siebie.

Jak wykonać? utrzymaj pozycję do pojawienia się objawów lub maks. 60 s.



Wynik dodatni

drętwienie lub mrowienie w dystrybucji nerwu pośrodkowego.

Co może sugerować?

zespół kanału nadgarstka.

Uwaga kliniczna / ograniczenia

czas prowokacji zwykle do 60 sekund.

2

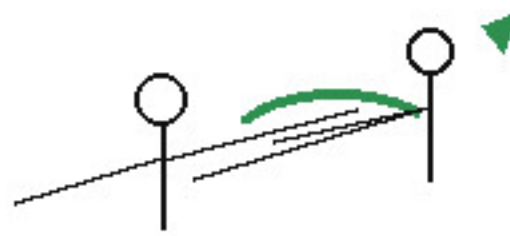
Objaw Tinela

w kanale nadgarstka

Co ocenia? miejscową drażliwość nerwu pośrodkowego.

Pozycja pacjenta ręka i nadgarstek w pozycji neutralnej.

Jak wykonać? delikatnie opukuj przebieg nerwu w kanale nadgarstka.



Wynik dodatni

promieniujące parestezje do palców.

Co może sugerować?

podrażnienie nerwu pośrodkowego.

Uwaga kliniczna / ograniczenia

czułość i swoistość są zmienne.

3

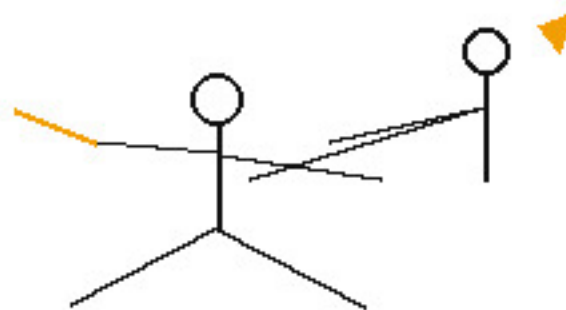
Test zgięciowy łokcia

nerw łokciowy

Co ocenia? ucisk nerwu łokciowego w rowku lub kanale łokciowym.

Pozycja pacjenta siedząca lub stojąca.

Jak wykonać? pacjent maksymalnie zgina łokieć, często z wyprostem



Wynik dodatni

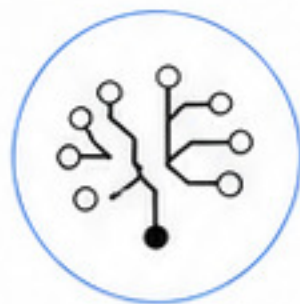
drętwienie palca V i IV po stronie łokciowej.

Co może sugerować?

zespół rowka nerwu łokciowego.

Uwaga kliniczna / ograniczenia

różnicuj z objawami szyjnymi i dystalnymi.



Nadgarstek, kciuk i kości nadgarstka

1 Test Finkelsteina

Ocena podrażnienia w pierwszym przedziale prostowników (de Quervaina).

	Pozycja pacjenta	Pacjent chowa kciuk w dłoń.
	Pozycja terapeuty	Stabilizuje przedramię pacjenta.
	Jak wykonać?	Pacjent wykonuje odchylenie łokciowe nadgarstka.



✓ **Wynik dodatni**
Ból przy wyrostku rylcowatym kości promieniowej.

🎯 **Co może sugerować?**
Tendinopatię de Quervaina.

⚠️ **Uwaga kliniczna / ograniczenia**
Wykonuj delikatnie.

2 Test Watsona

Ocena niestabilności łódyczkowato-księżycowatej (SL).

	Pozycja pacjenta	Siedząca. Ręka i przedramię w pozycji neutralnej.
	Pozycja terapeuty	Stabilizuje kość księżycowatą drugą ręką.
	Jak wykonać?	Naciska guzowatość kości łódyczkowatej podczas ruchu nadgarstka w ulnarne i radialne odchylenie.



✓ **Wynik dodatni**
Ból, przeskok lub uczucie niestabilności.

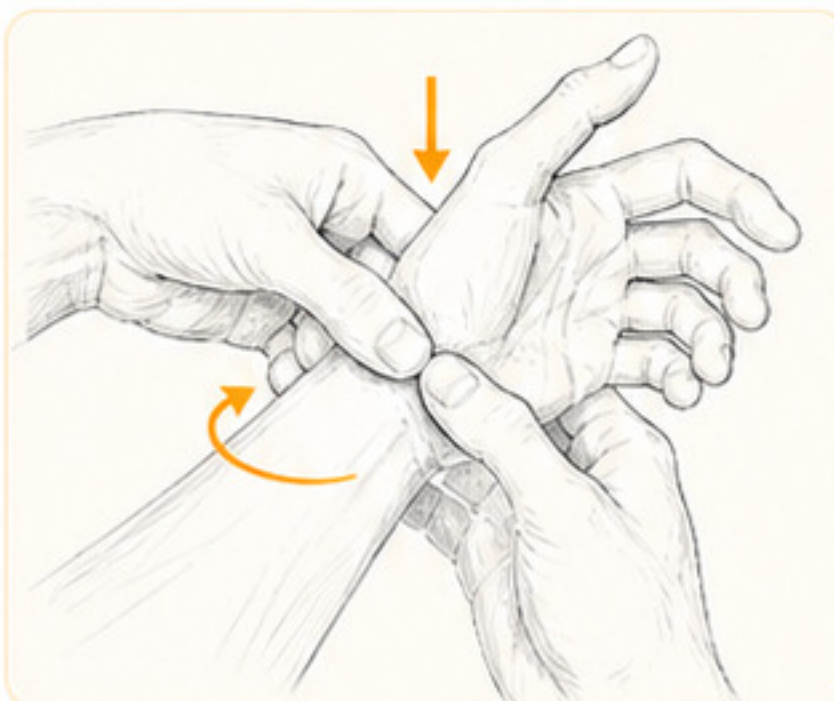
🎯 **Co może sugerować?**
Uszkodzenie więzadła łódyczkowato-księżycowatego (SL).

⚠️ **Uwaga kliniczna / ograniczenia**
Porównaj z drugą stroną i interpretuj ostrożnie.

3 Grind test CMC kciuka

Ocena stawu CMC I (staw śródręczno-nadgarstkowy kciuka).

	Pozycja pacjenta	Siedząca. Ręka swobodnie oparta.
	Pozycja terapeuty	Stabilizuje kości nadgarstka drugą ręką.
	Jak wykonać?	Terapeuta kompresuje podstawę I kości śródręcza i wykonuje rotację w osi I kości.



✓ **Wynik dodatni**
Ból lub trzeszczenie u podstawy kciuka.

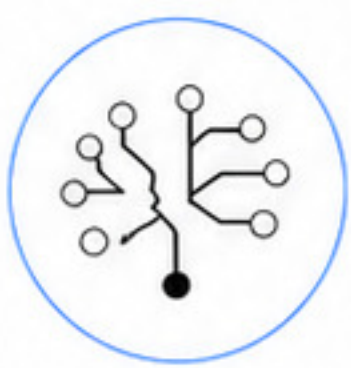
🎯 **Co może sugerować?**
Podrażnienie lub zmiany zwyrodnieniowe stawu CMC I.

⚠️ **Uwaga kliniczna / ograniczenia**
Łącz z bolesnością i funkcją chwytu.



Wskazówka praktyczna

Ból miejscowy, trzeszczenie i jakość chwytu pomagają w różnicowaniu.



MODUŁ 04

Klatka piersiowa, żebra i górny otwór klatki piersiowej

8 map myśli • strony 21–23



W tym module



testy zespołu górnego otworu klatki piersiowej



mobilność pierwszego żebra i żeber

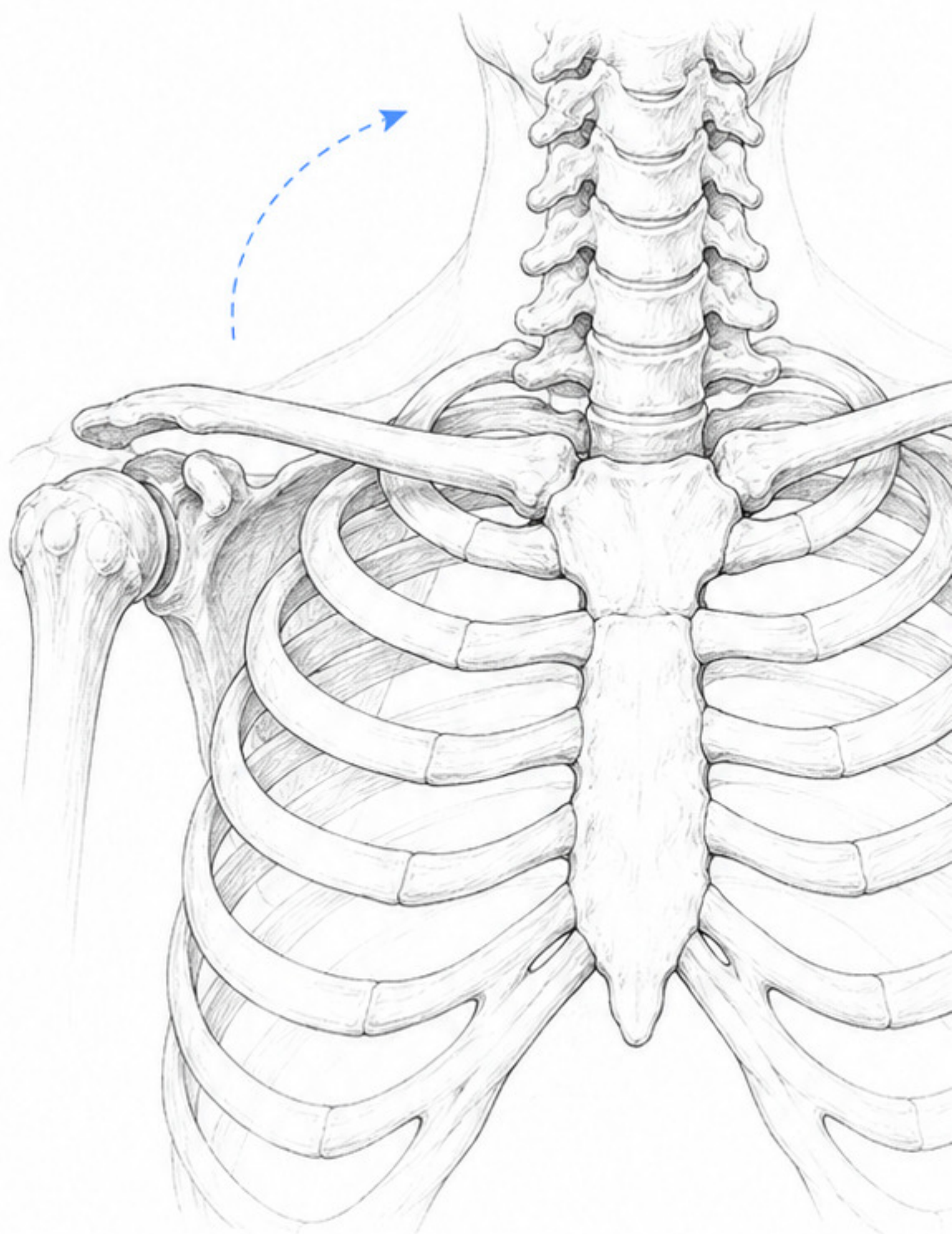


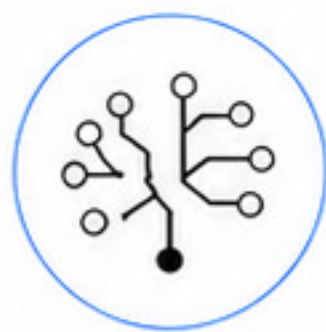
klatka piersiowa i deformacje strukturalne



Cel modułu

Szybkie przypomnienie testów prowokacyjnych, oceny mobilności i obserwacji klinicznej klatki piersiowej, żeber i górnego otworu klatki piersiowej.



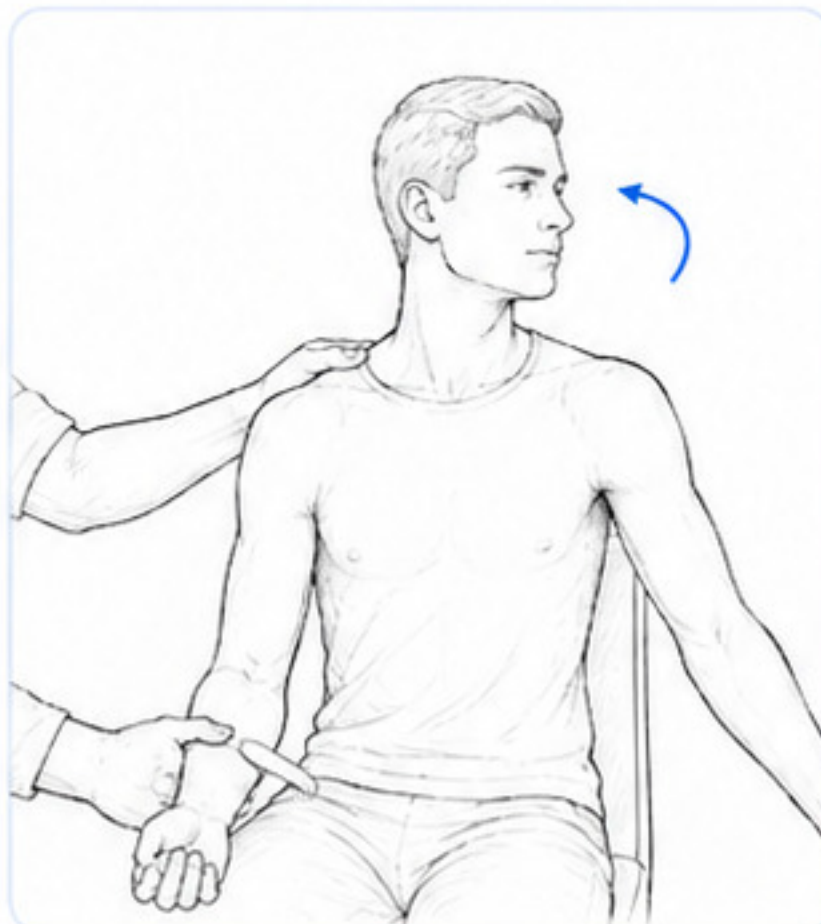


Testy zespołu górnego otworu klatki piersiowej

i Żaden pojedynczy test nie potwierdza rozpoznania — interpretuj wyniki łącznie z wywiadem i badaniem.

1 Test Adsona

	Co ocenia?	podejrzenie kompresji struktur naczyniowo-nerwowych w górnym otworze klatki piersiowej.
	Pozycja pacjenta	siedząca, barki rozluźnione.
	Pozycja terapeuty	monitoruje tętno promieniowe i ustawienie szyi.
	Jak wykonać?	pacjent wykonuje głęboki wdech, wyprost szyi, rotację głowy w stronę badaną i lekkie odwiedzenie barku.



Wynik dodatni
nasilenie parestezji, ból, osłabienie lub wyraźna zmiana tętna.

Co może sugerować?
kompresję w obrębie mięśni pochyłych / górnego otworu.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
ograniczona swoistość — interpretuj razem z wywiadem i badaniem neurologicznym.

2 Test Roosa (EAST)

	Co ocenia?	tolerancję pozycji prowokującej objawy TOS.
	Pozycja pacjenta	siedząca lub stojąca, barki w pozycji 90°/90°.
	Pozycja terapeuty	obserwuje objawy i jakość ruchu dłoni.
	Jak wykonać?	pacjent rytmicznie otwiera i zamyka dłonie przez do 3 minut.



Wynik dodatni
reprodukcja objawów, ciężkość kończyny, szybkie zmęczenie, drętwienie.

Co może sugerować?
neurogeny zespół górnego otworu klatki piersiowej.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
przerwij przy silnych objawach; porównaj strony.

3 Test Wrighta

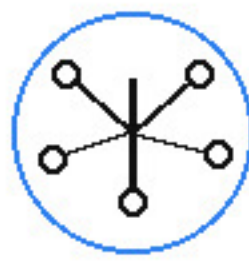
	Co ocenia?	objawy prowokowane w pozycji hiperabdukcji.
	Pozycja pacjenta	siedząca lub stojąca.
	Pozycja terapeuty	prowadzi ramię w odwiedzenie i monitoruje tętno / objawy.
	Jak wykonać?	ustaw ramię w odwiedzeniu i rotacji zewnętrznej powyżej 90°.



Wynik dodatni
parestezje, ból lub wyraźna zmiana tętna.

Co może sugerować?
kompresję pod wyrostkiem kruczym lub pod mięśniem piersiowym mniejszym.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
wynik nie stanowi samodzielnego rozpoznania.



Mobilność pierwszego żebra i żeber

🕒 Wynik opisuje reakcję ruchową; nie jest automatycznym dowodem zablokowanego

1

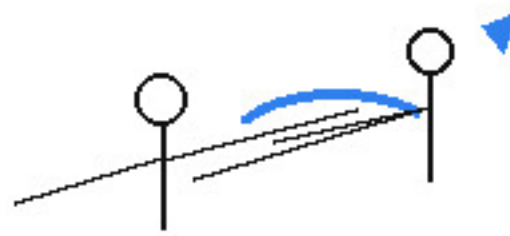
Test ruchomości pierwszego żebra

ocena porównawcza

Co ocenia? ustawienie i ruchomość pierwszego żebra podczas

Pozycja pacjenta siedząca.

Jak wykonać? oceń ruch podczas wdechu i wydechu, porównując strony.



Wynik dodatni

asymetria, sztywność lub ból przy palpacji.

Co może sugerować?

restrykcję pierwszego żebra lub udział w objawach szyjno-barkowych.

Uwaga kliniczna / ograniczenia

palpacja wymaga doświadczenia; łącz z oddechem i postawą.

2

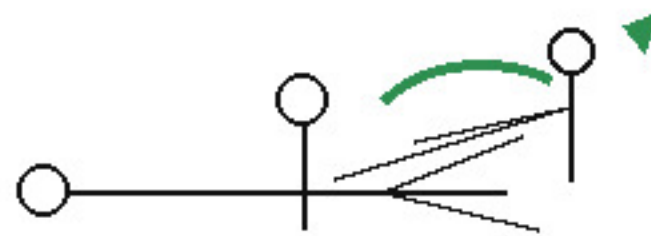
Sprężynowanie żeber

rib spring test

Co ocenia? mechaniczną odpowiedź wybranego żebra.

Pozycja pacjenta leżenie przodem lub bokiem.

Jak wykonać? zastosuj delikatny nacisk zgodnie z kierunkiem ruchu



Wynik dodatni

ból, wyraźny opór końcowy lub sztywność segmentarna.

Co może sugerować?

hipomobilność żeber lub drażliwość tkanek.

Uwaga kliniczna / ograniczenia

unikaj zbyt silnego nacisku, zwłaszcza po urazie.

3

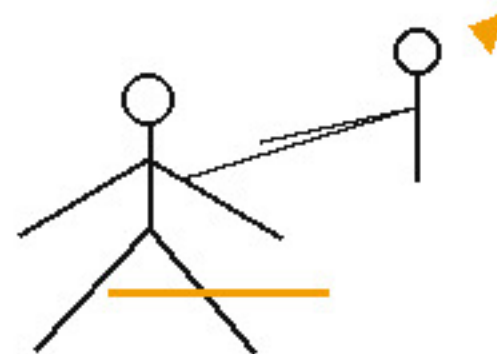
Pomiar rozszerzalności klatki piersiowej

wdech / wydech

Co ocenia? symetrię i zakres ruchu oddechowego klatki piersiowej.

Pozycja pacjenta stojąca lub siedząca.

Jak wykonać? porównaj obwód klatki przy głębokim wdechu i wydechu.



Wynik dodatni

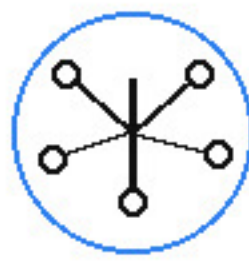
mała rozszerzalność, asymetria lub ból przy głębokim wdechu.

Co może sugerować?

ograniczenie oddechowe, restrykcję tkanek lub udział bólowy.

Uwaga kliniczna / ograniczenia

łącz z obserwacją wzorca oddechu.



Klatka piersiowa i deformacje strukturalne

🕒 Wyniki posturalne i strukturalne należy korelować z objawami i funkcją oddechową.

1

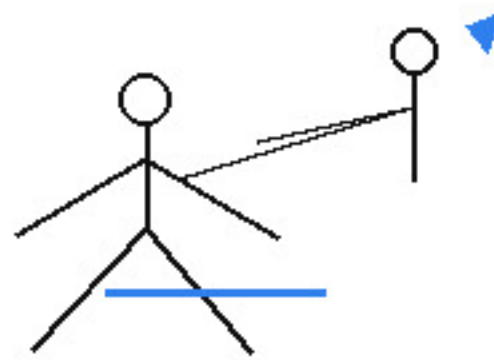
Ocena kifozy piersiowej

wzorzec postawy

Co ocenia? ustawienie odcinka piersiowego i wzorzec

Pozycja pacjenta stojąca bokiem.

Jak wykonać? oceń krzywiznę piersiową, mostek i ustawienie barków.



Wynik dodatni

wyraźnie zwiększona kifoza lub sztywność posturalna.

Co może sugerować?

przeciążenia klatki piersiowej, ograniczenia ruchomości lub

Uwaga kliniczna / ograniczenia

uwzględnij wiek, budowę ciała i funkcję oddechową.

2

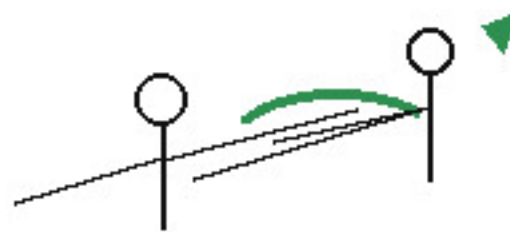
Test ściana-potylica

kontakt z podłożem

Co ocenia? ustawienie głowy i górnej części klatki względem ściany.

Pozycja pacjenta stojąca przy ścianie.

Jak wykonać? poproś pacjenta o neutralną pozycję przy ścianie.



Wynik dodatni

brak kontaktu potylicy bez kompensacji lub dyskomfort.

Co może sugerować?

nadmierną kifozę, ograniczenie wyprostu lub kompensację.

Uwaga kliniczna / ograniczenia

nie zastępuje pełnej oceny postawy.

3

Objaw garbu żebrowego

asymetria klatki

Co ocenia? rotacyjną asymetrię klatki piersiowej i żeber.

Pozycja pacjenta stojąca, skłon tułowia w przód.

Jak wykonać? oceń obecność uniesienia żeber lub asymetrii po jednej



Wynik dodatni

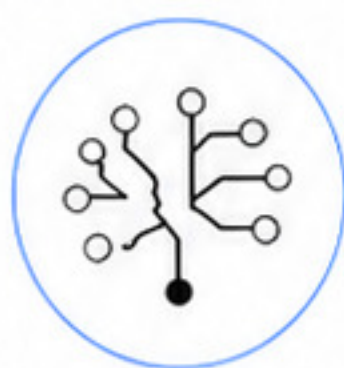
widoczny garb żebrowy lub asymetria rotacyjna.

Co może sugerować?

wzorzec skoliozy, deformację strukturalną lub rotację klatki.

Uwaga kliniczna / ograniczenia

wymaga korelacji z pełną oceną posturalną.



MODUŁ 05

Odcinek lędźwiowy i objawy korzeniowe

10 map myśli • strony 25–28



W tym module



nerw kulszowy i objawy korzeniowe



nerw udowy i górne korzenie lędźwiowe



provokacja bólu i ruchomość
odcinka lędźwiowego

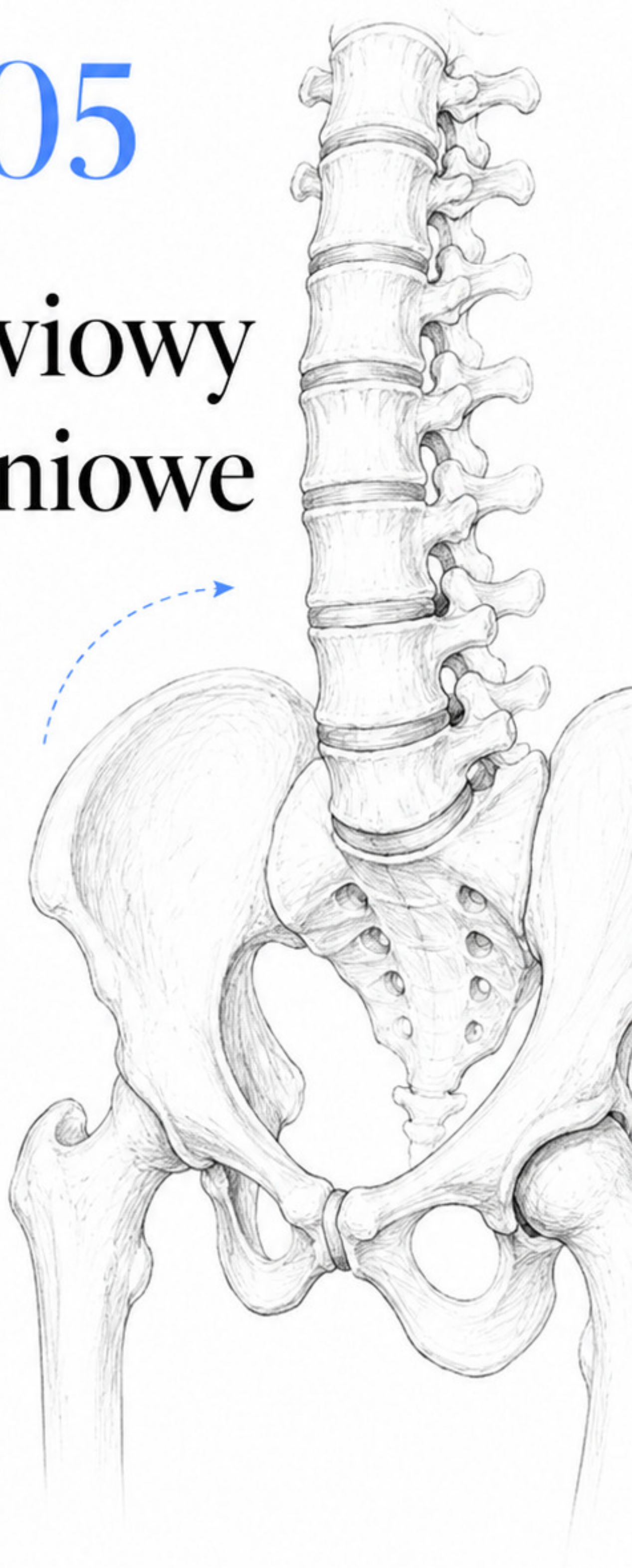


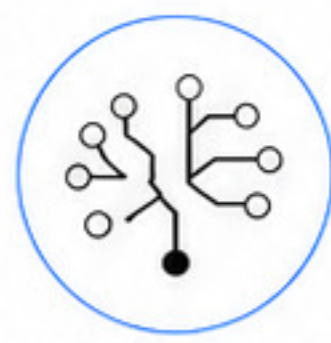
stabilność i odpowiedź na ruch



Cel modułu

Szybkie przypomnienie kluczowych testów neurodynamicznych, provokacyjnych oraz testów odpowiedzi na ruch dla odcinka lędźwiowego.



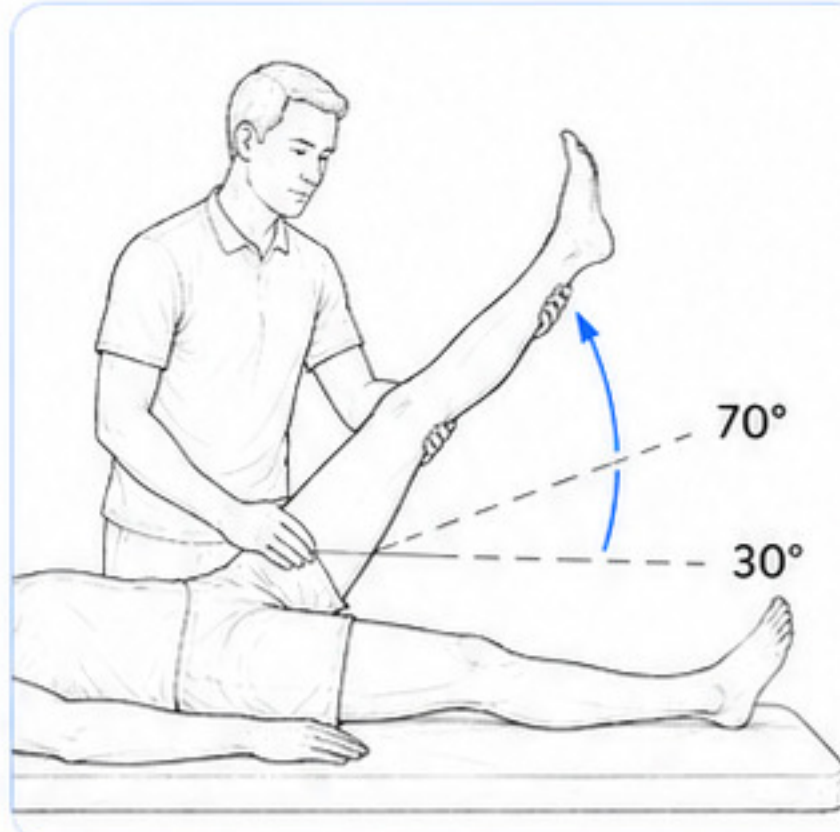


Nerw kulszowy i objawy korzeniowe

i Testy neurodynamiczne należy interpretować łącznie z badaniem neurologicznym.

1 Test Lasègue'a (SLR)

- Co ocenia?** mechanowrażliwość układu nerwowego i objawy korzeniowe L4-S1.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem.
- Pozycja terapeuty** unosi wyprostowaną kończynę dolną.
- Jak wykonać?** biernie unieś kończynę w zgięciu biodra, obserwując objawy.



✓ Wynik dodatni
reprodukcja bólu promieniującego poniżej kolana, zwykle między 30° a 70°.

Co może sugerować?
podrażnienie korzenia nerwowego lub nerwu kulszowego.

! Uwaga kliniczna / ograniczenia
różnicuj z napięciem mięśni kulszowo-goleniowych.

2 Skrzyżowany SLR

- Co ocenia?** objawy korzeniowe po stronie przeciwnej.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem.
- Pozycja terapeuty** unosi zdrową lub mniej objawową kończynę.
- Jak wykonać?** wykonaj SLR po stronie przeciwnej i oceń reakcję po stronie objawowej.



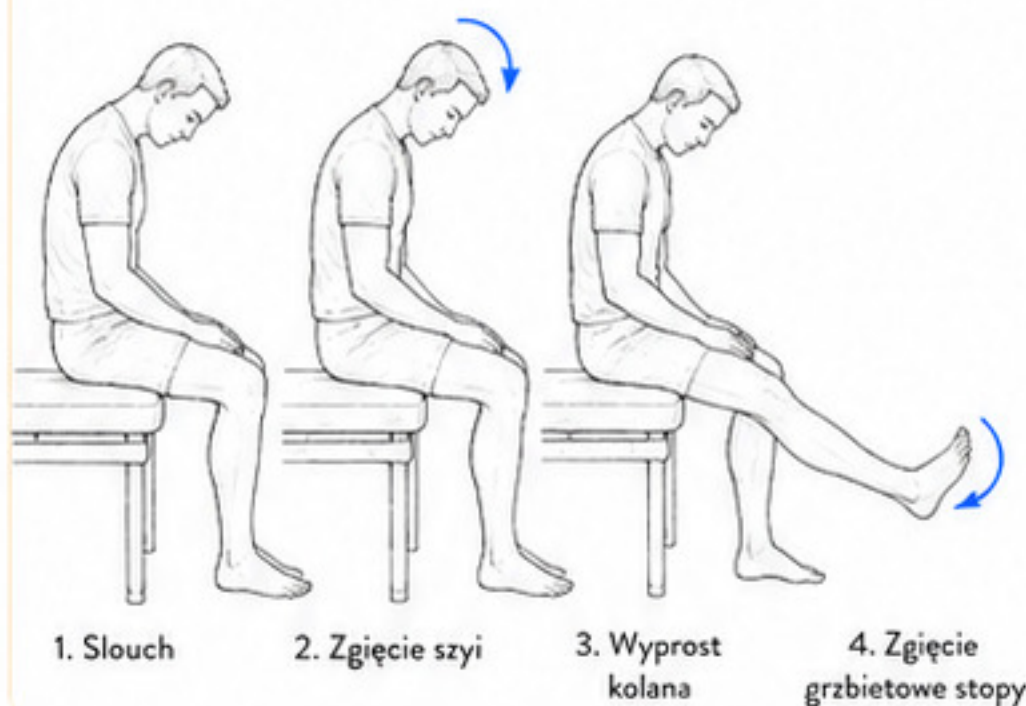
✓ Wynik dodatni
ból promieniujący po stronie objawowej podczas unoszenia drugiej nogi.

Co może sugerować?
silniejsze podrażnienie korzeniowe, np. dyskopatię.

! Uwaga kliniczna / ograniczenia
zwykle większa swoistość niż czułość.

3 Slump test

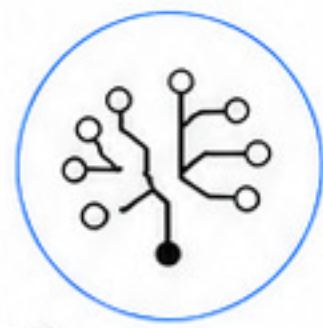
- Co ocenia?** mechanowrażliwość ciągłości nerwowej kończyny dolnej.
- Pozycja pacjenta** siedząca na brzegu stołu.
- Pozycja terapeuty** prowadzi sekwencję zgięcia tułowia, szyi i kolana.
- Jak wykonać?** wykonaj slouch, zgięcie szyi, wyprost kolana i zgięcie grzbietowe stopy.



✓ Wynik dodatni
reprodukcja objawów, modyfikowana przez zmianę pozycji szyi lub stopy.

Co może sugerować?
podrażnienie struktur nerwowych w przebiegu korzeniowo-kulszowym.

! Uwaga kliniczna / ograniczenia
stosuj stopniowo, zwłaszcza przy ostrym bólu.



Nerw udowy i górne korzenie lędźwiowe

i Wyniki testów należy korelować z lokalizacją bólu, testami siły mięśniowej, odruchami i czuciem.

1 Test Mackiewicza (prone knee bend)

- Co ocenia?** mechanowrażliwość nerwu udowego i korzeni L2–L4.
- Pozycja pacjenta** leżenie przodem.
- Pozycja terapeuty** zgina biernie kolano pacjenta.
- Jak wykonać?** zginaj kolano, ewentualnie dodając wyprost biodra.



✓ Wynik dodatni
ból w przedniej części uda lub parestezje.

Co może sugerować?
podrażnienie nerwu udowego lub górnych korzeni lędźwiowych.

⚠ Uwaga kliniczna / ograniczenia
różnicuj z napięciem mięśnia czworogłowego.

2 Odwrócony Lasègue

- Co ocenia?** objawy rozciągowe dla przedniej części uda.
- Pozycja pacjenta** leżenie przodem lub bokiem.
- Pozycja terapeuty** prowadzi wyprost biodra przy zgiętym kolanie.
- Jak wykonać?** delikatnie zwiększaj wyprost biodra przy utrzymanym zgięciu kolana.



✓ Wynik dodatni
promieniowanie do przedniej części uda lub pachwiny.

Co może sugerować?
udział korzeni L2–L4 / nerwu udowego.

⚠ Uwaga kliniczna / ograniczenia
unikaj agresywnego rozciągania przy ostrym bólu.

3 Rozciąganie nerwu udowego w leżeniu bokiem

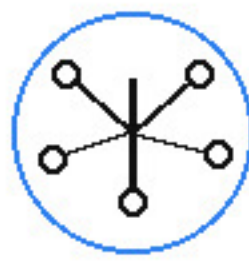
- Co ocenia?** mechanowrażliwość przedniego przedziału nerwowego.
- Pozycja pacjenta** leżenie bokiem, kończyna dolna górna badana.
- Pozycja terapeuty** stabilizuje miednicę i prowadzi biodro w wyprost.
- Jak wykonać?** zginaj kolano i prostuj biodro, obserwując objawy.



✓ Wynik dodatni
reprodukcja objawów do przedniej części uda, modyfikowanych pozycją odcinka lędźwiowego.

Co może sugerować?
napięcie / podrażnienie nerwu udowego.

⚠ Uwaga kliniczna / ograniczenia
porównaj strony i kontekst neurologiczny.



Prowokacja bólu i ruchomość odcinka lędźwiowego

🕒 Odtworzenie objawów interpretuj razem z zakresem ruchu i preferencją kierunkową.

1

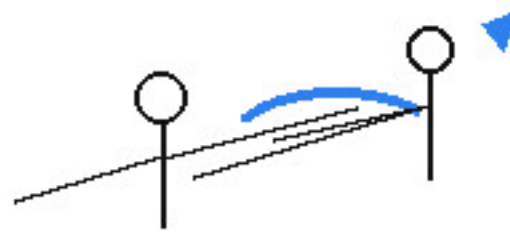
Test Kempa

wyprost + zgięcie boczne

Co ocenia? prowokację bólu w wyproście, zgięciu bocznym i rotacji.

Pozycja pacjenta stojąca.

Jak wykonać? prowadź pacjenta w wyprost, zgięcie boczne i rotację w



Wynik dodatni

ból miejscowy lub promieniujący.

Co może sugerować?

podrażnienie stawów międzywyrostkowych, zwężenie otworu

Uwaga kliniczna / ograniczenia

interpretuj ostrożnie przy objawach korzeniowych.

2

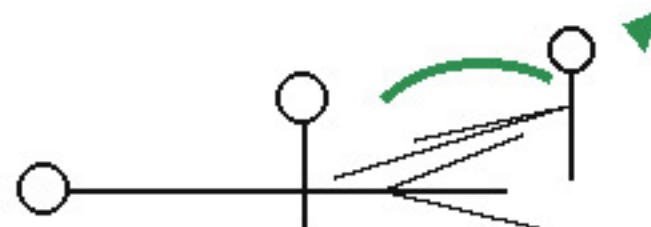
Sprężynowanie PA

nacisk centralny / jednostronny

Co ocenia? ból i ruchomość segmentarną odcinka lędźwiowego.

Pozycja pacjenta leżenie przodem.

Jak wykonać? wykonuj delikatne, rytmiczne naciski PA na kolejne segmenty.



Wynik dodatni

miejscowy ból, sztywność lub nadmierna ruchomość.

Co może sugerować?

źródło bólu segmentarnego lub zaburzenie ruchomości.

Uwaga kliniczna / ograniczenia

łącz z obrazem klinicznym i reakcją na ruch.

3

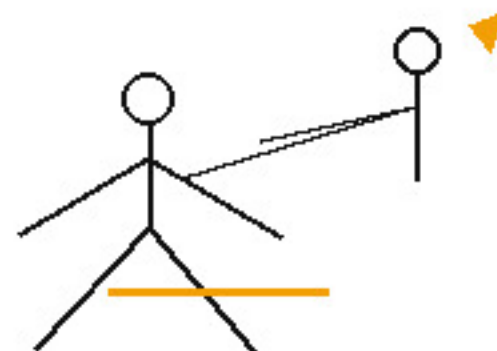
Zmodyfikowany test Schobera

zakres zgięcia

Co ocenia? zakres zgięcia odcinka lędźwiowego.

Pozycja pacjenta stojąca.

Jak wykonać? zaznacz punkty nad i pod L5, poproś o skłon i oceń przyrost.



Wynik dodatni

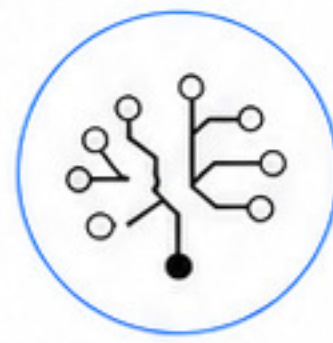
zmniejszony przyrost odległości lub ból przy zgięciu.

Co może sugerować?

ograniczenie ruchomości lędźwiowej.

Uwaga kliniczna / ograniczenia

wynik zależy od techniki pomiaru.

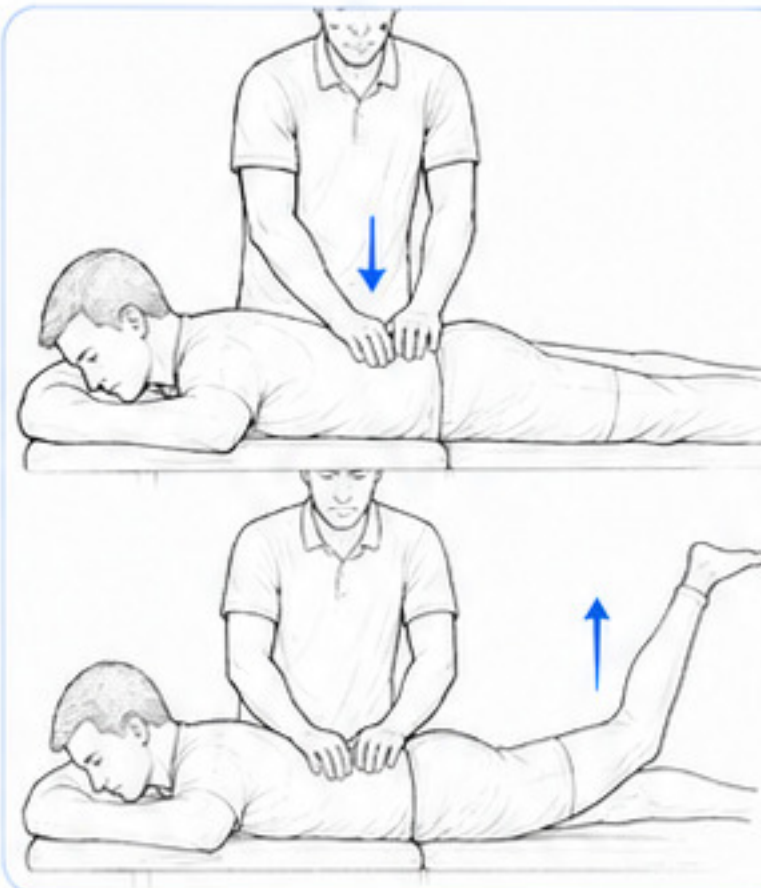


Stabilność i odpowiedź na ruch

i Centralizacja, peripheralizacja i modyfikacja objawów są klinicznie użyteczne.

1 Prone instability test

- Co ocenia?** Udział segmentarnej niestabilności lędźwiowej.
- Pozycja pacjenta** Leżenie przodem, tułów na stole, nogi opuszczone.
- Pozycja terapeuty** Wykonuje nacisk PA na segmenty lędźwiowe.
- Jak wykonać?** Oceń ból przy rozluźnionych nogach, następnie przy aktywnym uniesieniu nóg.



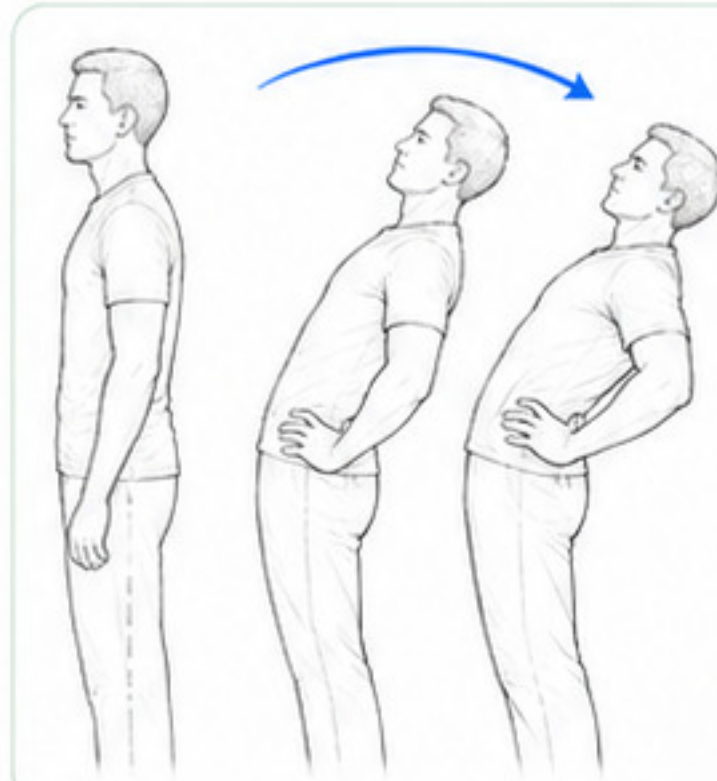
✓ Wynik dodatni
Zmniejszenie bólu po aktywacji kończyn dolnych / mięśni stabilizujących.

🎯 Co może sugerować?
Udział niestabilności funkcjonalnej.

⚠ Uwaga kliniczna / ograniczenia
Nie opieraj rozpoznania wyłącznie na teście.

2 Powtarzane wyprosty w staniu

- Co ocenia?** Odpowiedź objawów na ruch wyprostny.
- Pozycja pacjenta** Stojąca.
- Pozycja terapeuty** Obserwuje tor ruchu i lokalizację objawów.
- Jak wykonać?** Wykonaj serię powtarzanych wyprostów lędźwiowych.



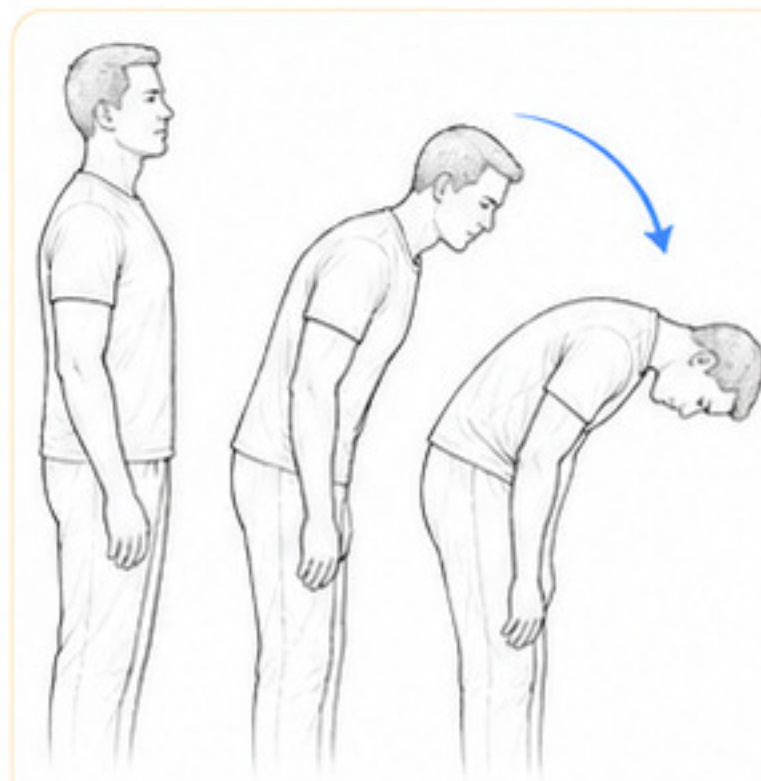
✓ Wynik dodatni
Centralizacja objawów lub wyraźna zmiana zakresu bólu.

🎯 Co może sugerować?
Kierunkową preferencję wyprostną lub odpowiedź mechaniczno-bólową.

⚠ Uwaga kliniczna / ograniczenia
Przerwij przy wyraźnej peripheralizacji objawów.

3 Powtarzane zgięcia w staniu

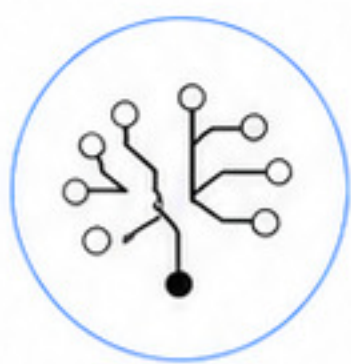
- Co ocenia?** Odpowiedź objawów na ruch zgięciowy.
- Pozycja pacjenta** Stojąca.
- Pozycja terapeuty** Obserwuje ruch i zmianę lokalizacji objawów.
- Jak wykonać?** Wykonaj serię powtarzanych zgięć tułowia do przodu.



✓ Wynik dodatni
Wyraźna poprawa lub pogorszenie, centralizacja lub peripheralizacja.

🎯 Co może sugerować?
Kierunkową preferencję zgięciową lub drażliwość tkanek tylnej kolumny.

⚠ Uwaga kliniczna / ograniczenia
Interpretuj w kontekście całego badania ruchowego.



MODUŁ 06

Miednica i stawy krzyżowo-biodrowe

8 map myśli • strony 30–32



W tym module



testy prowokacyjne SIJ — część I



testy prowokacyjne SIJ — część II

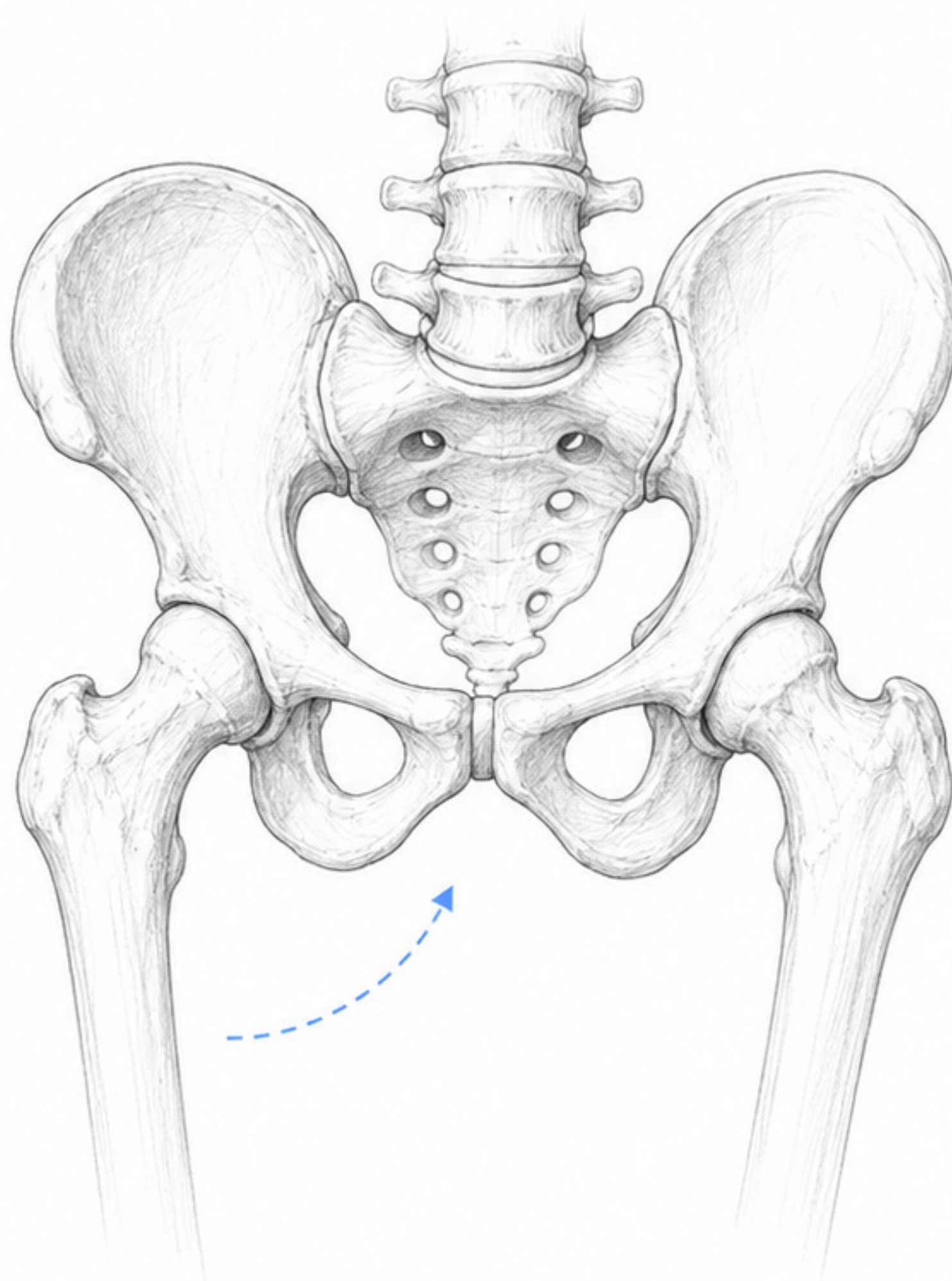


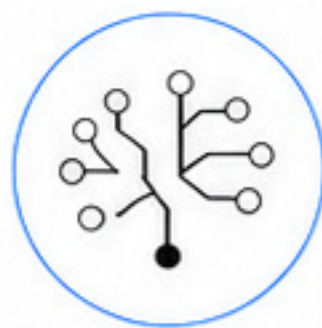
funkcja miednicy i kontrola obciążenia



Cel modułu

Szybkie przypomnienie najważniejszych testów prowokacyjnych stawów krzyżowo-biodrowych oraz praktyczna ocena funkcjonalnej kontroli obciążenia miednicy.



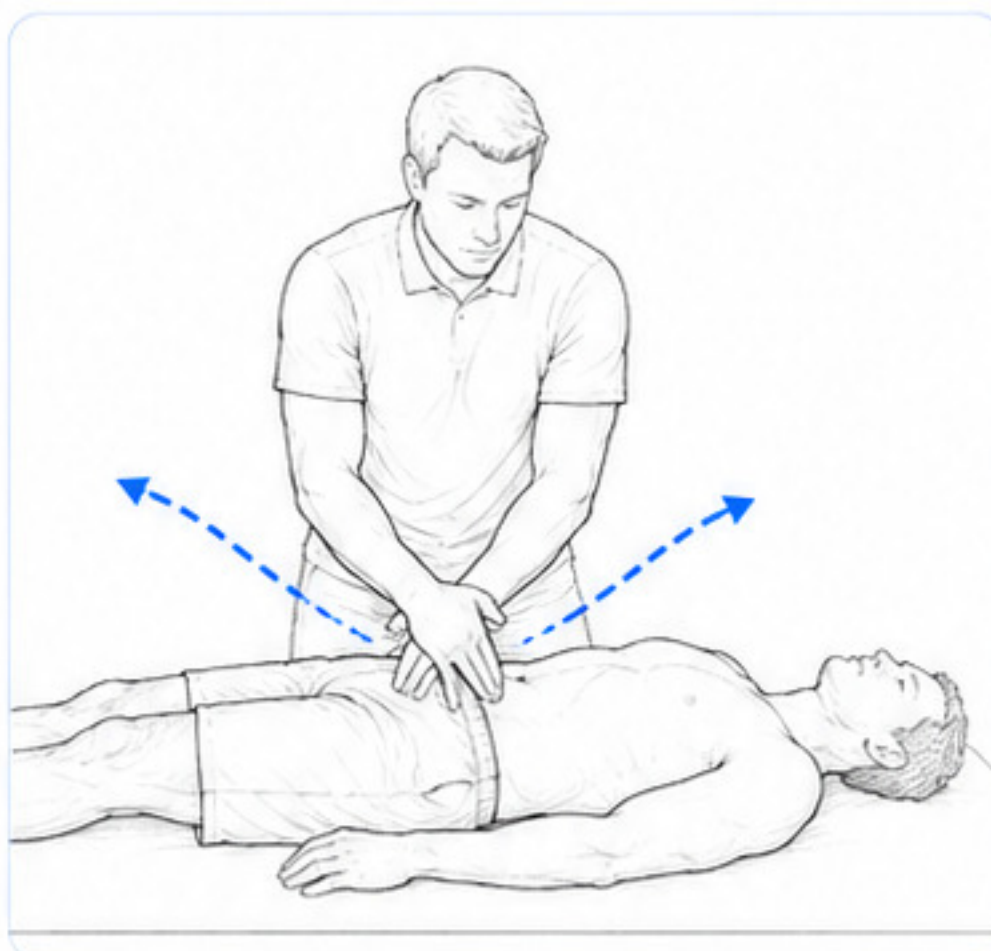


Testy prowokacyjne SIJ — część I

i Żaden pojedynczy test nie potwierdza rozpoznania SIJ — większą wartość ma zgodność kilku testów prowokacyjnych.

1 Test dystrakcji

- Co ocenia?** prowokację bólu w przedniej części stawów krzyżowo-biodrowych.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem.
- Pozycja terapeuty** dłonie skrzyżowane na kolcach biodrowych przednich górnych.
- Jak wykonać?** wykonaj nacisk ku tyłowi i bocznie, rozszerzając przednią część miednicy.



✓ Wynik dodatni
znajomy ból w okolicy SIJ.

Co może sugerować?
udział stawu krzyżowo-biodrowego.

! Uwaga kliniczna / ograniczenia
interpretuj razem z lokalizacją bólu.

2 Test kompresji

- Co ocenia?** prowokację bólu przez kompresję tylnej części obręczy miednicznej.
- Pozycja pacjenta** leżenie boki.
- Pozycja terapeuty** nacisk na talerz kości biodrowej od góry.
- Jak wykonać?** wykonaj kontrolowaną kompresję miednicy.



✓ Wynik dodatni
odtworzenie bólu w obrębie SIJ.

Co może sugerować?
drażliwość struktur tylnego SIJ.

! Uwaga kliniczna / ograniczenia
unikaj nadmiernej siły po świeżym urazie.

3 Thigh thrust / test pchnięcia przez udo

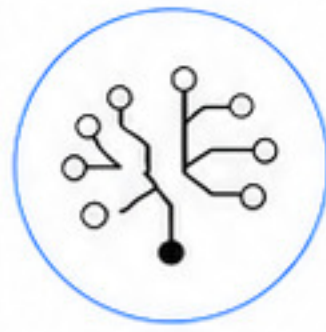
- Co ocenia?** prowokację bólu przez siłę ścinającą w SIJ.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem, biodro i kolano zgięte po stronie badanej.
- Pozycja terapeuty** jedna ręka stabilizuje kość krzyżową, druga prowadzi udo.
- Jak wykonać?** przyłóż siłę osiową przez kość udową.



✓ Wynik dodatni
znajomy ból po stronie badanej.

Co może sugerować?
udział SIJ po stronie badanej.

! Uwaga kliniczna / ograniczenia
zwróć uwagę na komfort stawu biodrowego.

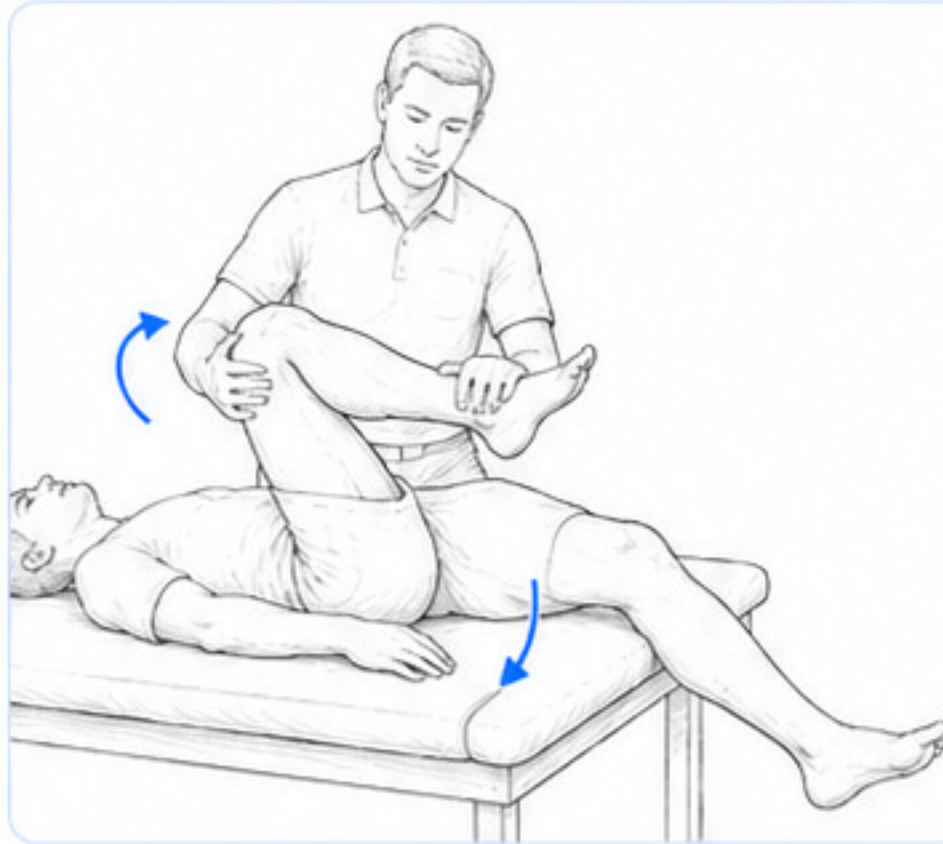


Testy prowokacyjne SIJ — część II

i Wyniki klastrów SIJ interpretuj łącznie z wywiadem, palpacją i odpowiedzią na obciążenie.

1 Test Gaenslena

	Co ocenia?	prowokację bólu przez skrętny stres miednicy.
	Pozycja pacjenta	leżenie tyłem przy krawędzi stołu.
	Pozycja terapeuty	jedną kończyną zgiętą do klatki, drugą opuszczoną poza stół.
	Jak wykonać?	pogłębiaj przeciwstawne ustawienie kończyn, uzyskując stres skrętny.



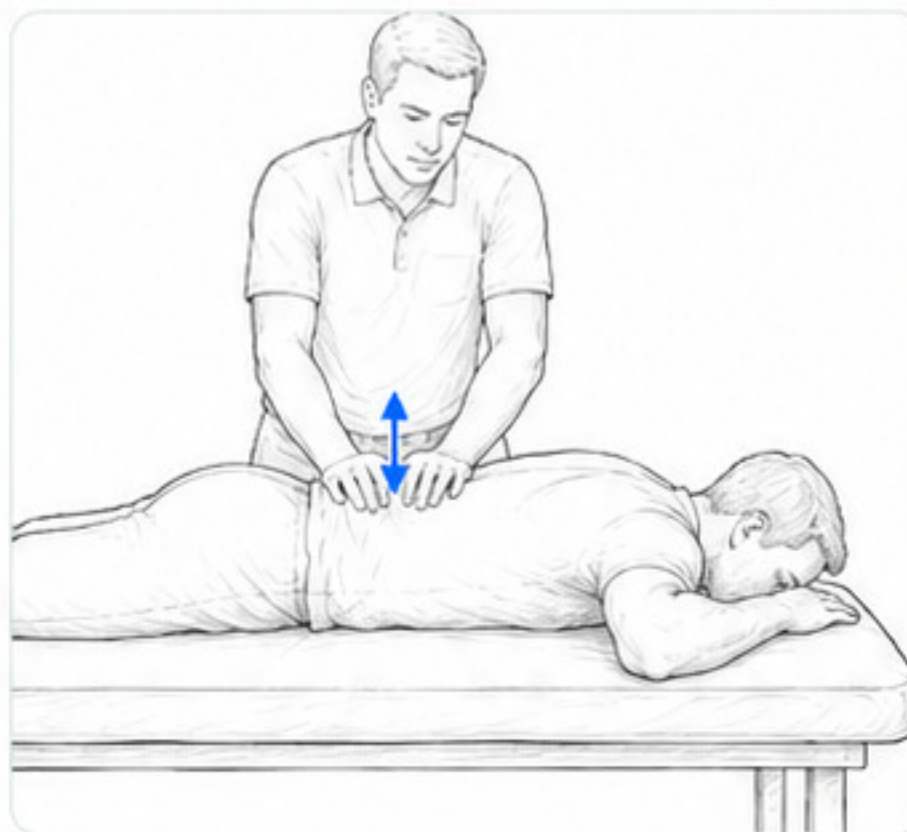
Wynik dodatni
ból w obrębie SIJ.

Co może sugerować?
udział struktur krzyżowo-biodrowych.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
ostrożnie przy ograniczeniach biodra.

2 Sacral thrust / nacisk na kość krzyżową

	Co ocenia?	prowokację bólu w tylnej części obręczy miednicznej.
	Pozycja pacjenta	leżenie przodem.
	Pozycja terapeuty	dłonie na kości krzyżowej.
	Jak wykonać?	wykonaj rytmiczny nacisk przednio-tylny na kość krzyżową.



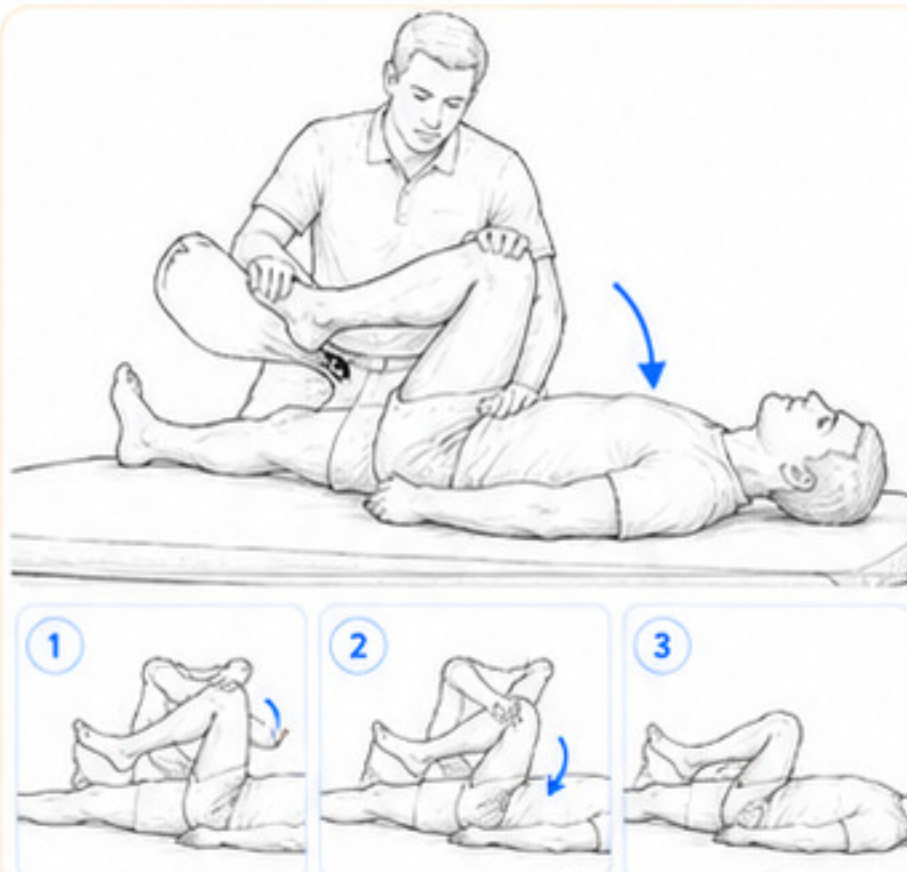
Wynik dodatni
znajomy ból miejscowy.

Co może sugerować?
drażliwość SIJ lub tkanek tylnych.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
różnicuj z bólem lędźwiowym.

3 Test Patricka / FABER

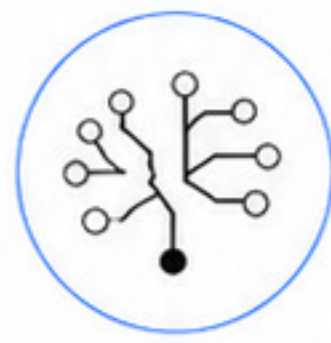
	Co ocenia?	ból prowokowany w stawie biodrowym lub SIJ.
	Pozycja pacjenta	leżenie tyłem, kończyna ustawiona w zgięciu, odwiedzeniu i rotacji zewnętrznej.
	Pozycja terapeuty	jedną ręką stabilizuje przeciwległy talerz biodrowy, drugą prowadzi kolano.
	Jak wykonać?	delikatnie obniżaj kolano ku podłożu.



Wynik dodatni
ból pachwiny lub tylnego SIJ.

Co może sugerować?
udział biodra albo SIJ zależnie od lokalizacji.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
lokalizacja bólu ma kluczowe znaczenie.



Funkcja miednicy i kontrola obciążenia

i Testy funkcjonalne uzupełniają testy prowokacyjne — oceniaj kontrolę, przenoszenie obciążenia i strategię kompensacji.

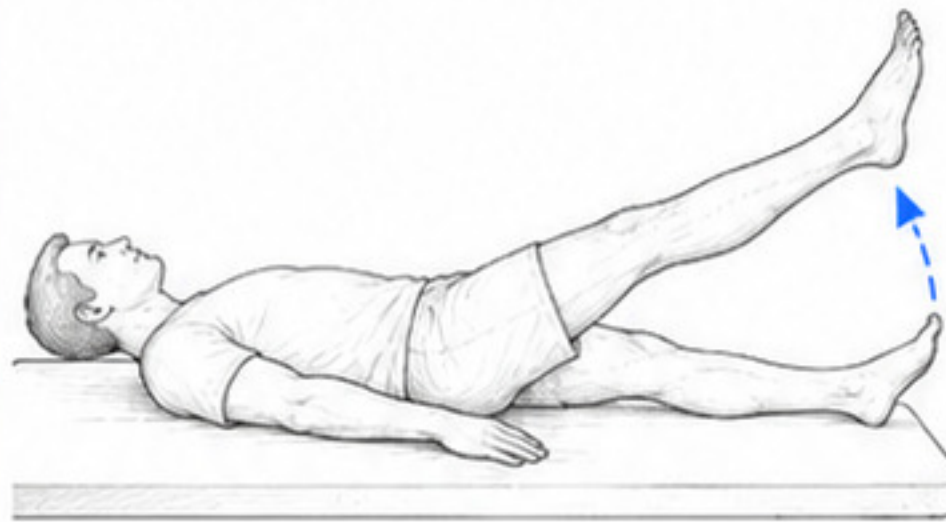
1 Active straight leg raise (ASLR)

Co ocenia? przenoszenie obciążenia przez obręcz miedniczną i kontrolę ruchu.

Pozycja pacjenta leżenie tyłem, obie kończyny wyprostowane.

Pozycja terapeuty obserwuje jakość ruchu i ewentualnie wykonuje kompresję miednicy.

Jak wykonać? pacjent unosi wyprostowaną kończynę kilka centymetrów nad podłoże.



Wynik dodatni
trudność, asymetria lub ból, który zmienia się po kompresji.

Co może sugerować?
zaburzoną kontrolę obciążenia miednicy.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
uwzględnij siłę zginaczy biodra.

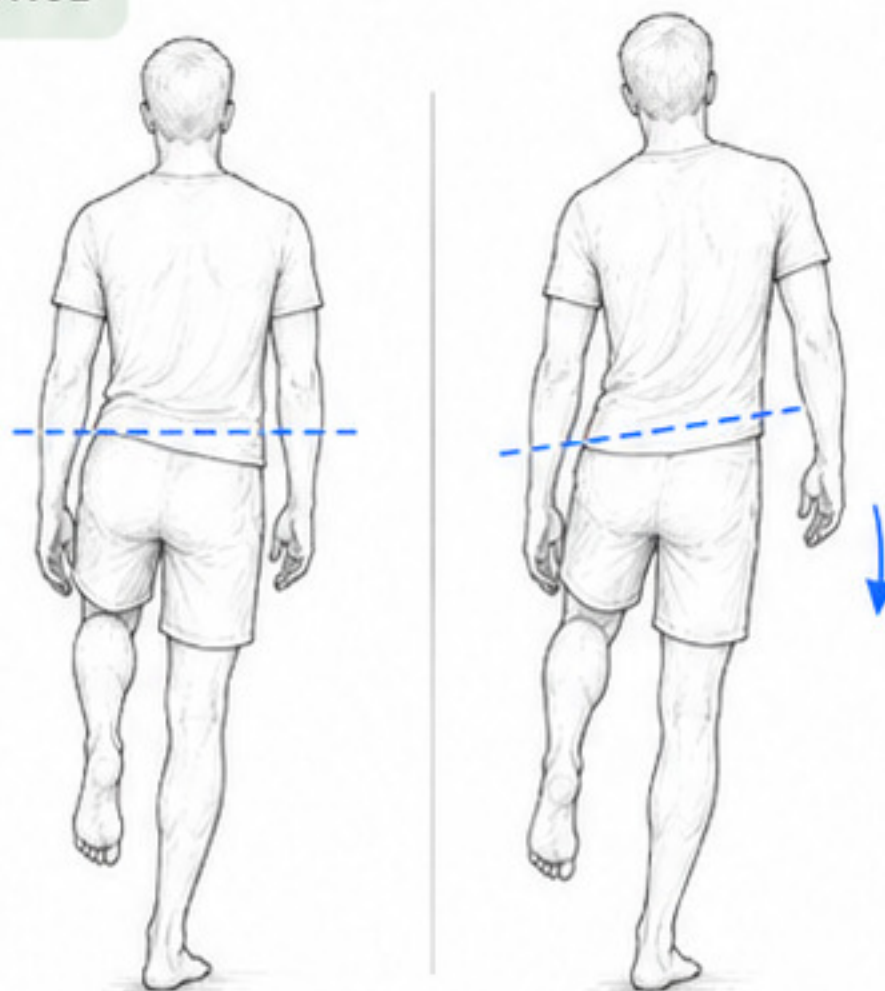
2 Trendelenburg / stanie jedno nogi

Co ocenia? kontrolę boczną miednicy i funkcję odwodźcicieli biodra.

Pozycja pacjenta stanie na jednej nodze.

Pozycja terapeuty obserwuje ustawienie miednicy i tułowia z przodu lub z tyłu.

Jak wykonać? utrzymaj stanie jedno nogi przez kilka sekund.



Wynik dodatni
opadanie miednicy po stronie przeciwnej lub wyraźna kompensacja tułowiem.

Co może sugerować?
osłabienie odwodźcicieli biodra albo zaburzoną kontrolę miednicy.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
interpretuj z bólem biodra i wzorcem chodu.



MODUŁ 07

Biodro

9 map myśli • strony 34–36



W tym module



konflikt udowo-panewkowy
i struktury wewnątrzstawowe



mobilność i elastyczność tkanek

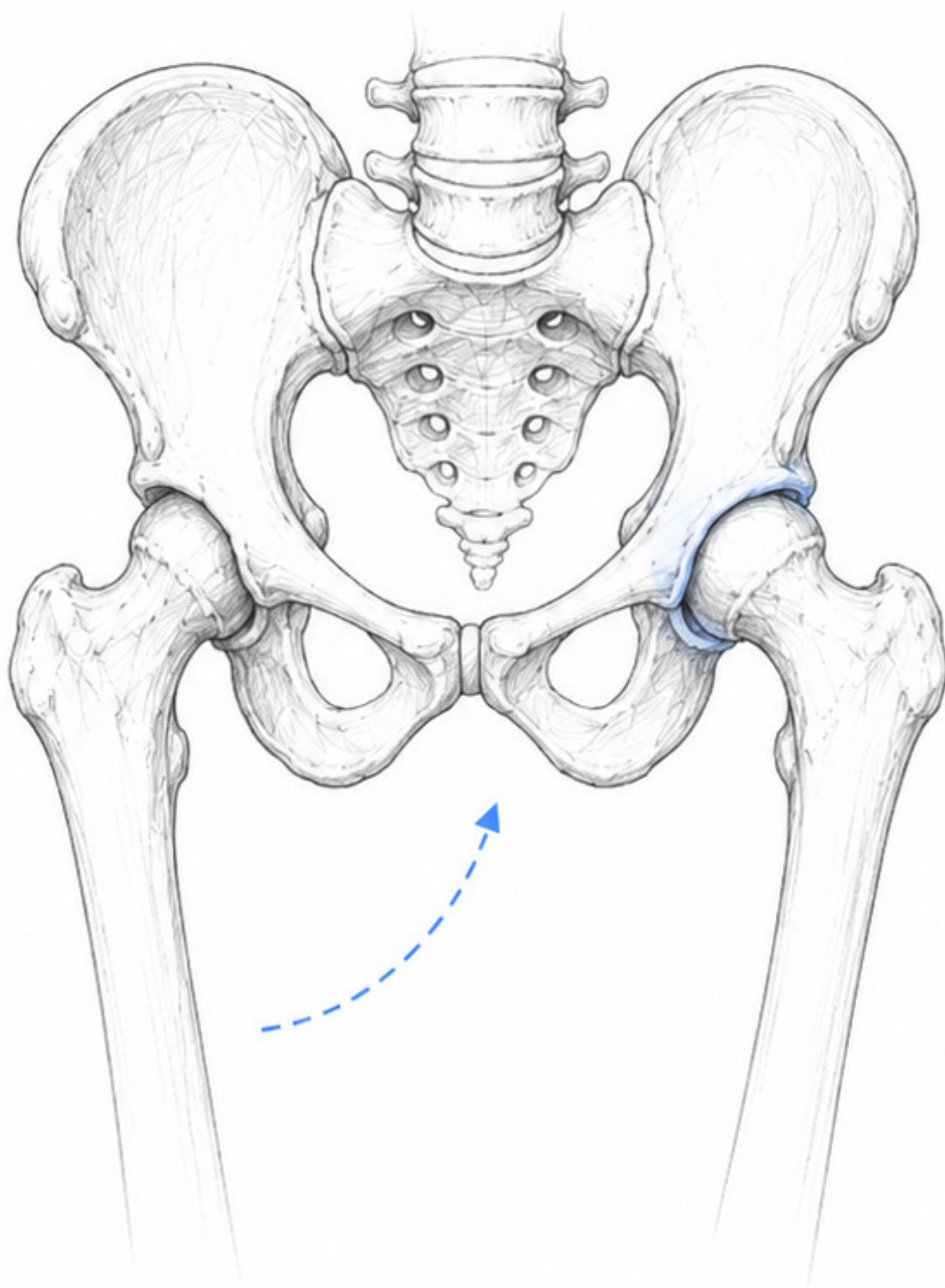


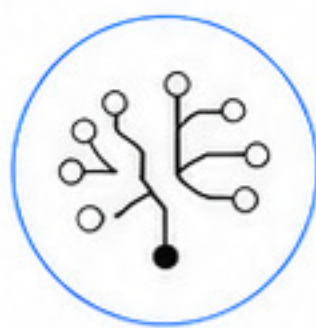
funkcja mięśniowa i kontrola miednicy



Cel modułu

Szybkie przypomnienie testów
prowokacyjnych biodra, oceny
ruchomości i elastyczności
oraz funkcjonalnej kontroli miednicy.





Konflikt udowo-panewkowy i struktury wewnątrzstawowe

i Wyniki należy korelować z bólem pachwiny, zakresem ruchu i odpowiedzią na obciążenie.

1 FADIR

- Co ocenia?** prowokację objawów przednio-górnej części biodra i konflikt udowo-panewkowy.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem.
- Pozycja terapeuty** prowadzi biodro do zgięcia, przywiedzenia i rotacji wewnętrznej.
- Jak wykonać?** wykonaj płynny ruch do końca zakresu.



✓ **Wynik dodatni**
ból pachwiny
lub ograniczenie.

🎯 **Co może sugerować?**
konflikt udowo-panewkowy
lub podrażnienie
wewnątrzstawowe.

⚠️ **Uwaga kliniczna / ograniczenia**
nie stanowi samodzielnego
rozpoznania.

2 FABER / Patrick

- Co ocenia?** ruchomość biodra i prowokację bólu pachwiny lub tylnej okolicy miednicy.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem.
- Pozycja terapeuty** stabilizuje przeciwległy talerz biodrowy, prowadzi kolano ku dołowi.
- Jak wykonać?** ustaw kończynę w zgięciu, odwiedzeniu i rotacji zewnętrznej.



✓ **Wynik dodatni**
ból lub znaczna
asymetria zakresu.

🎯 **Co może sugerować?**
udział biodra, torebki
stawowej lub SIJ zależnie
od lokalizacji.

⚠️ **Uwaga kliniczna / ograniczenia**
zawsze zwracaj uwagę na
lokalizację bólu.

3 Scour / quadrant

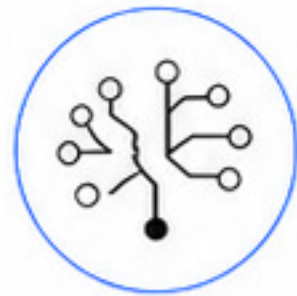
- Co ocenia?** powierzchnie stawowe i objawy wewnątrzstawowe biodra.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem, biodro zgięte.
- Pozycja terapeuty** prowadzi oś kompresji i ruch łukowy przez zakres.
- Jak wykonać?** wykonuj kompresję z ruchem okrężnym.



✓ **Wynik dodatni**
ból, trzask lub uczucie
przeskakiwania.

🎯 **Co może sugerować?**
udział obrąbka, chrząstki
lub innych struktur
wewnątrzstawowych.

⚠️ **Uwaga kliniczna / ograniczenia**
stosuj delikatnie przy
wysokiej drażliwości.

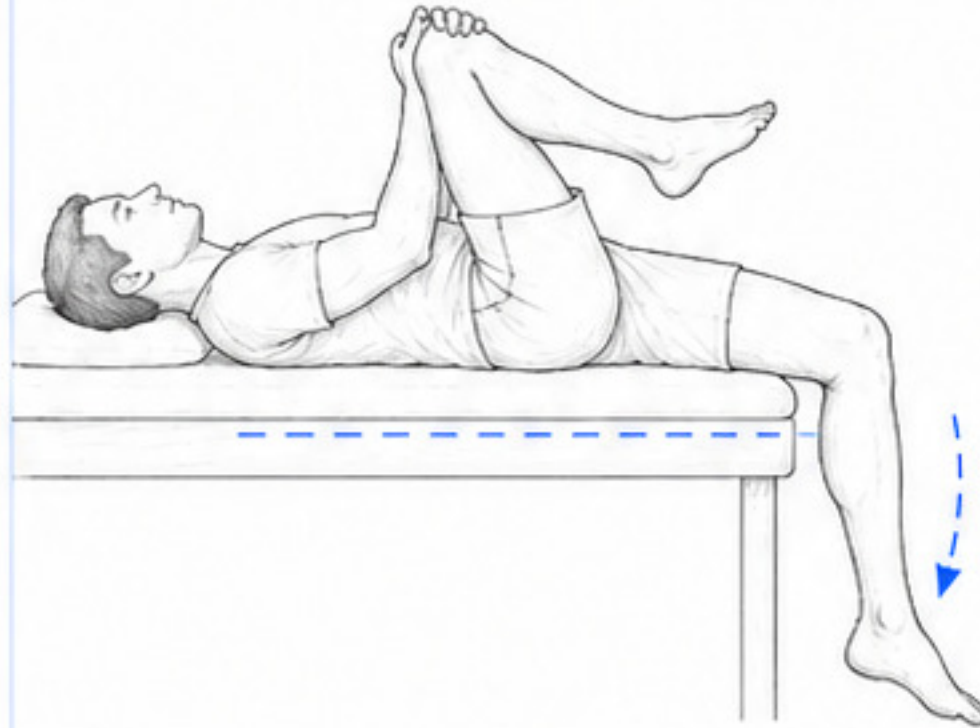


Mobilność i elastyczność tkanek

i Oceniaj zarówno jakość końcowego oporu, jak i reprodukcję objawów oraz asymetrię stron.

1 Test Thomasa

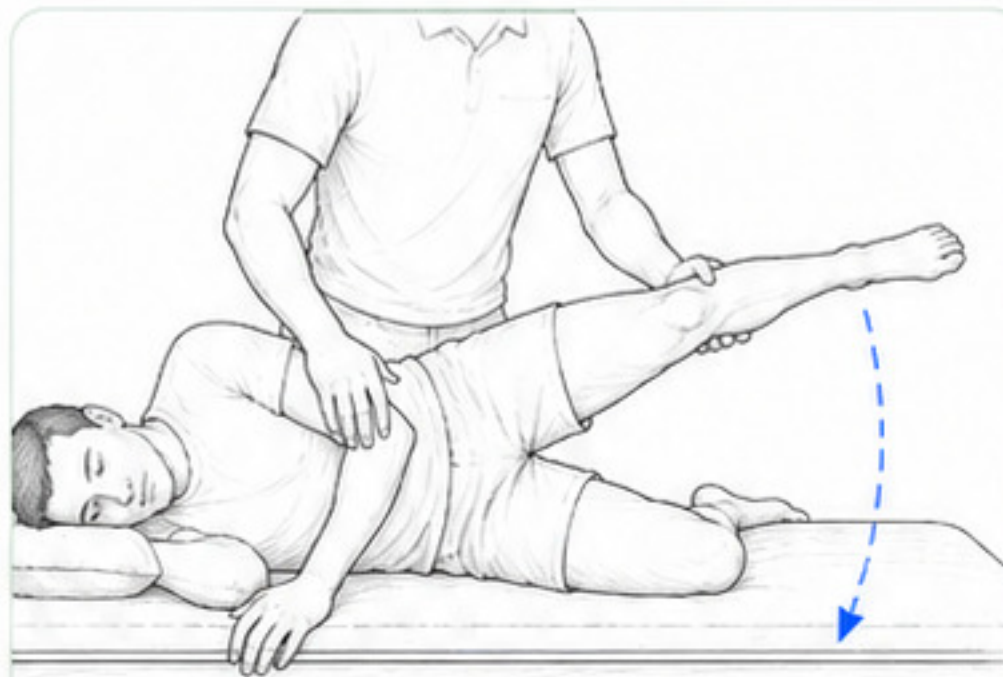
- Co ocenia?** elastyczność zginaczy biodra i ustawienie miednicy.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem przy krawędzi stołu.
- Pozycja terapeuty** jedna kończyna przyciągnięta do klatki, druga swobodnie opuszczona.
- Jak wykonać?** obserwuj ustawienie uda opuszczonej nogi i kąt kolana.



- Wynik dodatni**
uniesienie uda ponad poziom stołu lub wyprost kolana.
- Co może sugerować?**
przykurcz zginaczy biodra lub mięśnia prostego uda.
- Uwaga kliniczna / ograniczenia**
stabilizuj odcinek lędźwiowy.

2 Test Obera

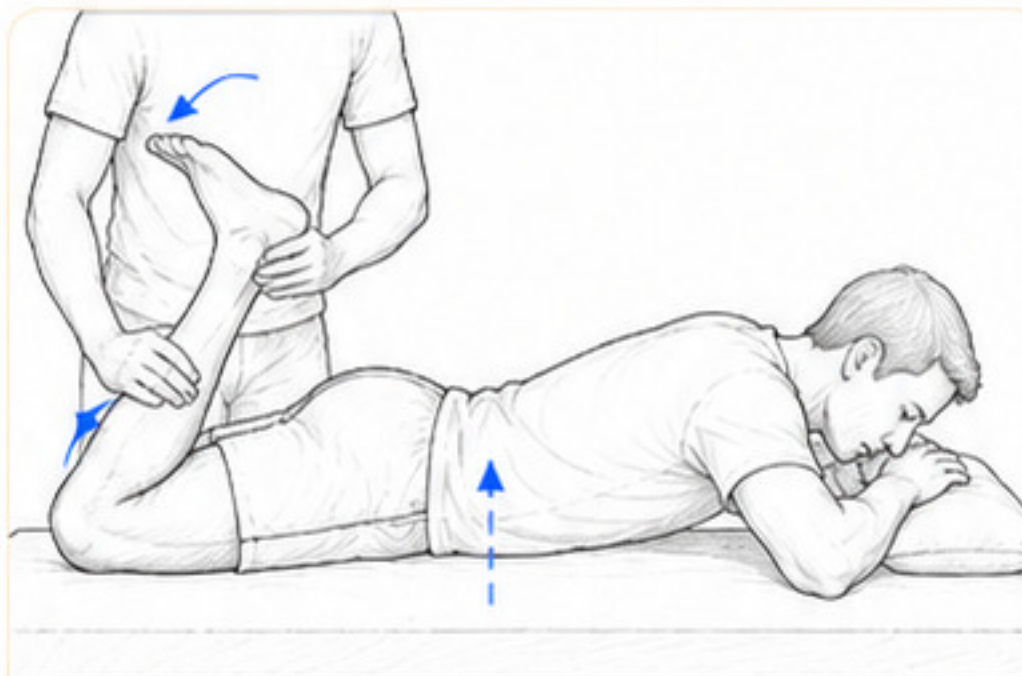
- Co ocenia?** elastyczność pasma biodrowo-piszczelowego i napinacza powięzi szerokiej.
- Pozycja pacjenta** leżenie boki, dolna noga zgięta.
- Pozycja terapeuty** stabilizuje miednicę, prowadzi kończynę górną do odwiedzenia i wyprost.
- Jak wykonać?** pozwól nodze opaść do przywiedzenia.



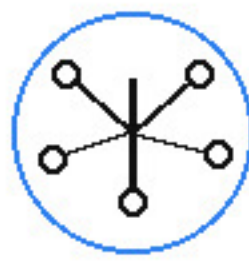
- Wynik dodatni**
kończyna pozostaje w odwiedzeniu i nie opada swobodnie.
- Co może sugerować?**
zwiększone napięcie TFL lub pasma biodrowo-piszczelowego.
- Uwaga kliniczna / ograniczenia**
kontroluj rotację miednicy.

3 Test Ely'ego

- Co ocenia?** elastyczność mięśnia prostego uda.
- Pozycja pacjenta** leżenie przodem.
- Pozycja terapeuty** biernie zgina kolano pacjenta.
- Jak wykonać?** obserwuj moment unoszenia miednicy lub zgięcia biodra.



- Wynik dodatni**
wczesne unoszenie miednicy albo ograniczone zgięcie kolana.
- Co może sugerować?**
skrócenie mięśnia prostego uda.
- Uwaga kliniczna / ograniczenia**
różnicuj z drażliwością stawu rzepkowo-udowego.



Funkcja mięśniowa i kontrola miednicy

🕒 Testy funkcjonalne pomagają ocenić kontrolę miednicy, jakość ruchu i tolerancję

1

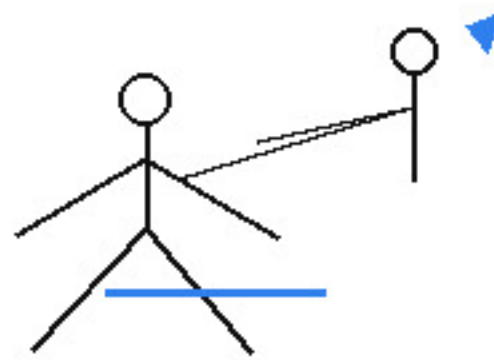
Trendelenburg

kontrola boczna miednicy

Co ocenia? funkcję odwodźcicieli biodra i kontrolę boczną miednicy.

Pozycja pacjenta stanie na jednej nodze.

Jak wykonać? utrzymaj pozycję przez kilka sekund, obserwuj poziom



Wynik dodatni

opadanie miednicy po stronie przeciwnej.

Co może sugerować?

osłabienie lub niewydolność odwodźcicieli biodra.

Uwaga kliniczna / ograniczenia

interpretuj razem z bólem biodra i chodem.

2

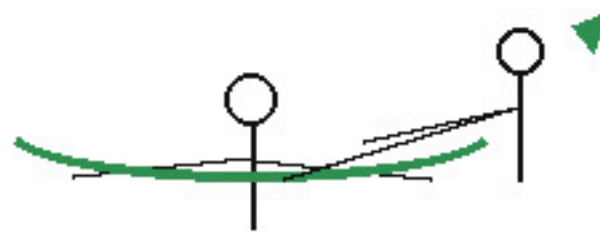
Single-leg squat

dynamiczna kontrola

Co ocenia? kontrolę kończyny dolnej i miednicy w obciążeniu.

Pozycja pacjenta stanie jedną nogą.

Jak wykonać? wykonaj płytki przysiad na jednej nodze, obserwuj kolano i



Wynik dodatni

koślawienie kolana, opadanie miednicy lub kompensacja.

Co może sugerować?

zaburzoną kontrolę pośladkową i obciążeniową.

Uwaga kliniczna / ograniczenia

głębokość przysiadu standaryzuj.

3

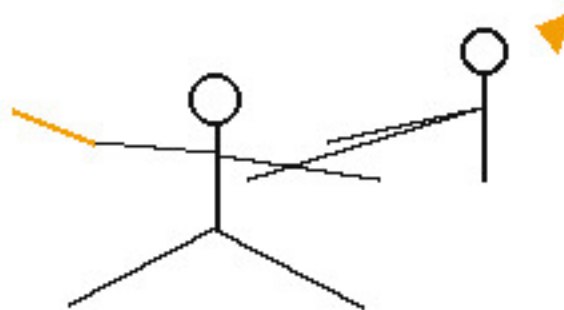
Opór odwiedzenia biodra

siła i prowokacja bólu

Co ocenia? siłę i objawy w odwodźcicielach biodra.

Pozycja pacjenta leżenie bokiem lub siedzenie.

Jak wykonać? pacjent wykonuje odwiedzenie biodra przeciw oporowi.



Wynik dodatni

ból lub wyraźne osłabienie.

Co może sugerować?

udział odwodźcicieli biodra lub okolicy krętarza większego.

Uwaga kliniczna / ograniczenia

porównaj z drugą stroną.



MODUŁ 08

Kolano

13 map myśli • strony 38–41



W tym module



więzadło krzyżowe przednie



więzadło krzyżowe tylne
i więzadła poboczne



łąkotki

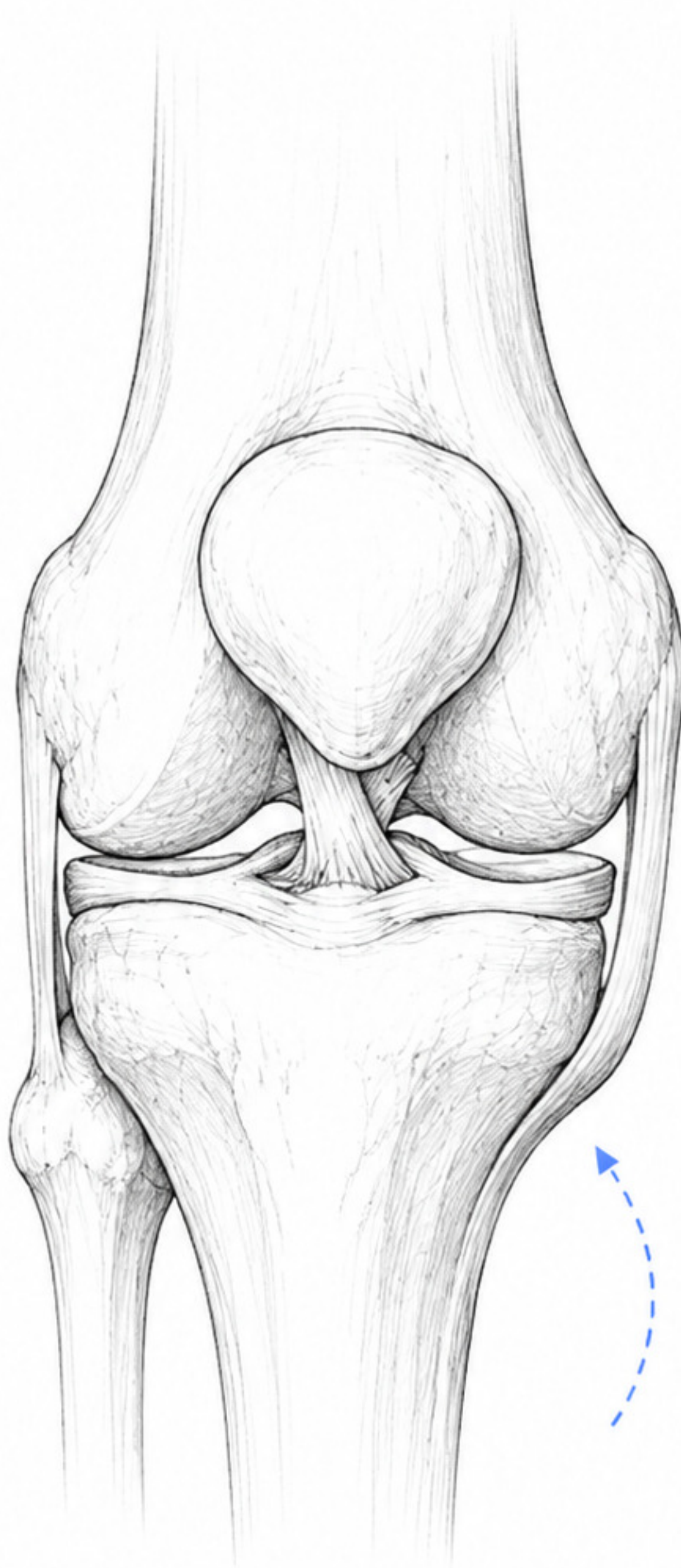


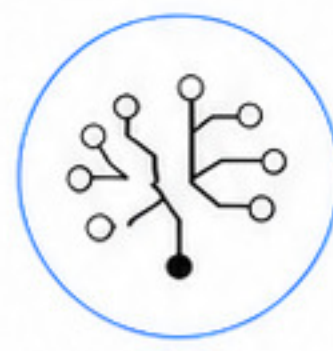
staw rzepkowo-udowy
i struktury boczne



Cel modułu

Szybkie przypomnienie najważniejszych testów więzadłowych i funkcjonalnych kolana oraz ich interpretacji klinicznej.





Wieżadło krzyżowe przednie

i Testy ACL zyskują większą wartość w połączeniu z mechanizmem urazu, wysiękiem i uczuciem niestabilności.

1 Test Lachmana

- Co ocenia?** integralność ACL i przednią translację piszczeli.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem, kolano zgięte około 20–30°.
- Pozycja terapeuty** stabilizuje kość udową jedną ręką, drugą obejmuje bliższą część piszczeli.
- Jak wykonać?** przesun piszczel ku przodowi.



✓ Wynik dodatni
zwiększona translacja lub miękki opór końcowy.

Co może sugerować?
uszkodzenie ACL.

! Uwaga kliniczna / ograniczenia
rozluźnienie mięśni jest kluczowe.

2 Szuflada przednia

- Co ocenia?** przednią translację piszczeli przy większym zgięciu kolana.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem, kolano zgięte około 90°, stopa ustabilizowana.
- Pozycja terapeuty** siedzi na stopie pacjenta lub ją stabilizuje, chwytając bliższą część piszczeli.
- Jak wykonać?** pociągnij piszczel ku przodowi.



✓ Wynik dodatni
nadmierna translacja przednia.

Co może sugerować?
uszkodzenie ACL lub struktur przednio-przyśrodkowych.

! Uwaga kliniczna / ograniczenia
uwzględnij wpływ mięśni kulszowo-goleniowych.

3 Pivot shift

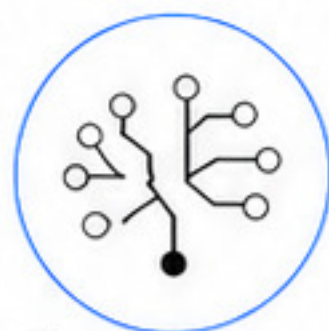
- Co ocenia?** dynamiczną niestabilność przednio-boczną kolana.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem, kończyna rozluźniona.
- Pozycja terapeuty** prowadzi piszczel w rotacji wewnętrznej i koślawości podczas zginania kolana.
- Jak wykonać?** rozpocznij z wyprostu i przejdź do zgięcia.



✓ Wynik dodatni
wyczuwalny przeskok lub redukcja podwichnięcia.

Co może sugerować?
niestabilność związaną z ACL.

! Uwaga kliniczna / ograniczenia
często trudny do wykonania w ostrej fazie.

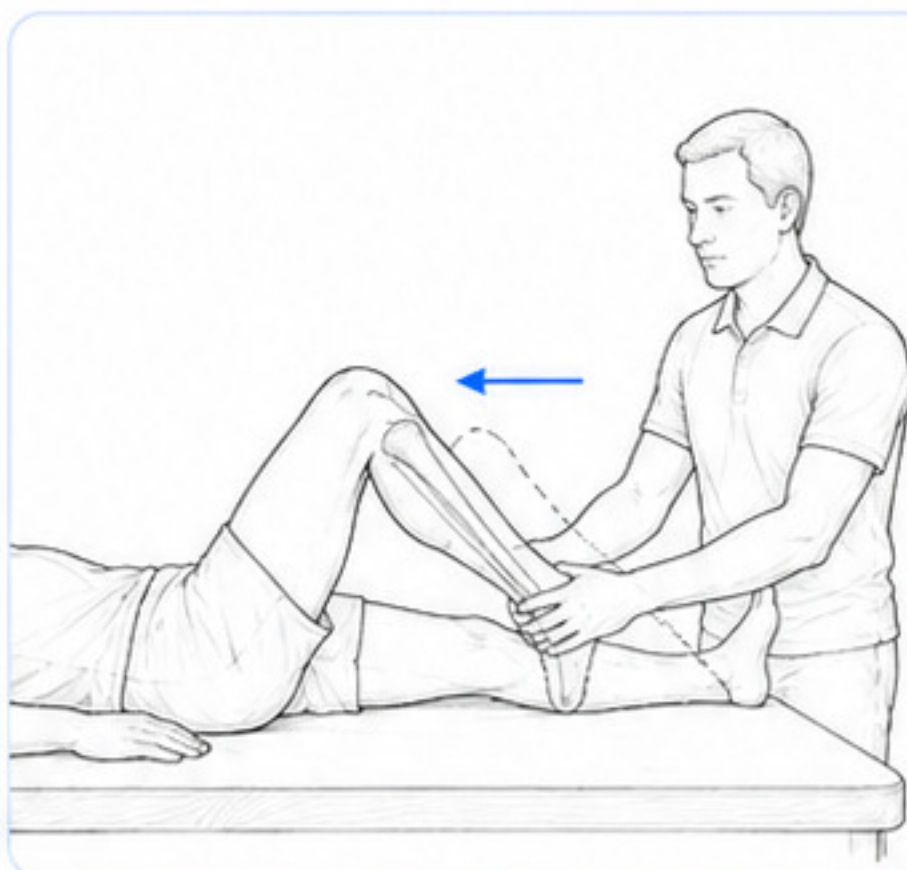


Wieżadło krzyżowe tylne i więzadła poboczne

i Interpretuj testy więzadłowe razem z obrzękiem, mechanizmem urazu i porównaniem do strony przeciwnej.

1 Szuflada tylna

- Co ocenia?** tylną translację piszczeli i integralność PCL.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem, kolano zgięte około 90°.
- Pozycja terapeuty** stabilizuje stopę, obejmuje bliższą piszczel obręcz.
- Jak wykonać?** przesunąć piszczel ku tyłowi.



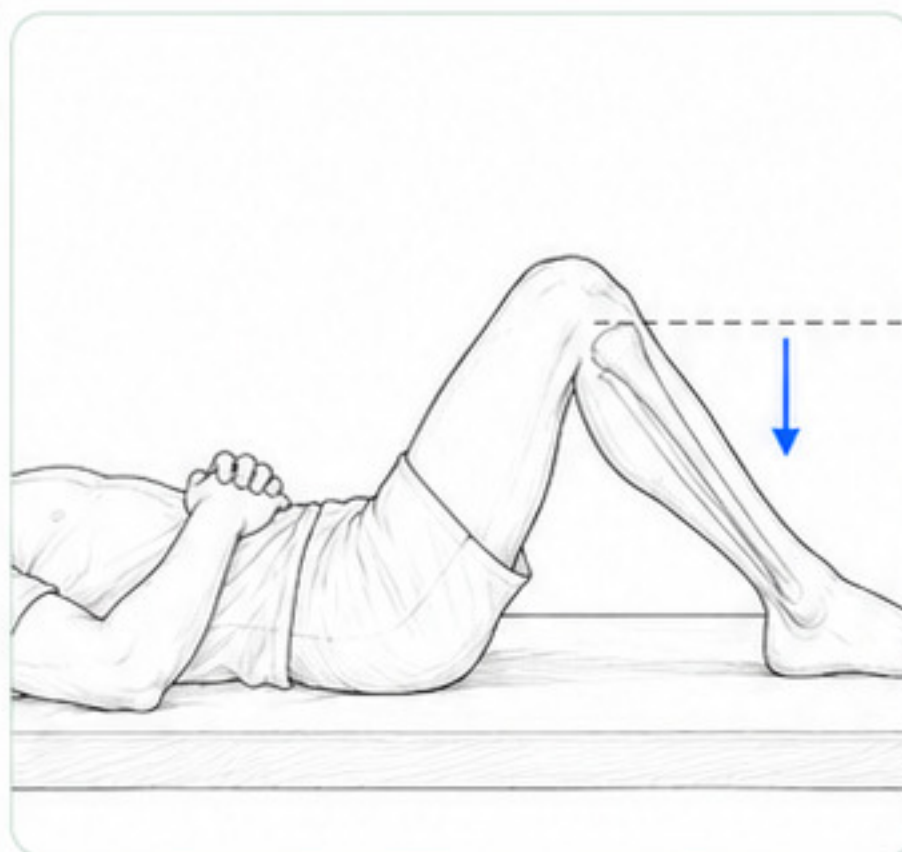
✓ Wynik dodatni
zwiększona tylna translacja.

Co może sugerować?
uszkodzenie PCL.

! Uwaga kliniczna / ograniczenia
najpierw oceń ustawienie wyściowe.

2 Objaw opadania tylnego (posterior sag sign)

- Co ocenia?** tylne ustawienie piszczeli względem uda.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem, biodro i kolano zgięte około 90°.
- Pozycja terapeuty** obserwuje profil kolana i guzowatość piszczeli.
- Jak wykonać?** porównaj wysokość przedniej części piszczeli.



✓ Wynik dodatni
wyraźne opadanie piszczeli ku tyłowi.

Co może sugerować?
niewydolność PCL.

! Uwaga kliniczna / ograniczenia
porównuj obie strony.

3 Valgus i varus stress test

- Co ocenia?** integralność więzadeł pobocznych MCL i LCL.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem, kolano lekko zgięte około 20–30°.
- Pozycja terapeuty** jedna ręka stabilizuje udo, druga obejmuje podudzie.
- Jak wykonać?** przyłóż siłę koślawą i szpotawą.



✓ Wynik dodatni
ból lub nadmierna szpara stawowa przyśrodkowo albo bocznie.

Co może sugerować?
uszkodzenie MCL lub LCL.

! Uwaga kliniczna / ograniczenia
ocień także test przy wyproście dla struktur wielowięzadłowych.

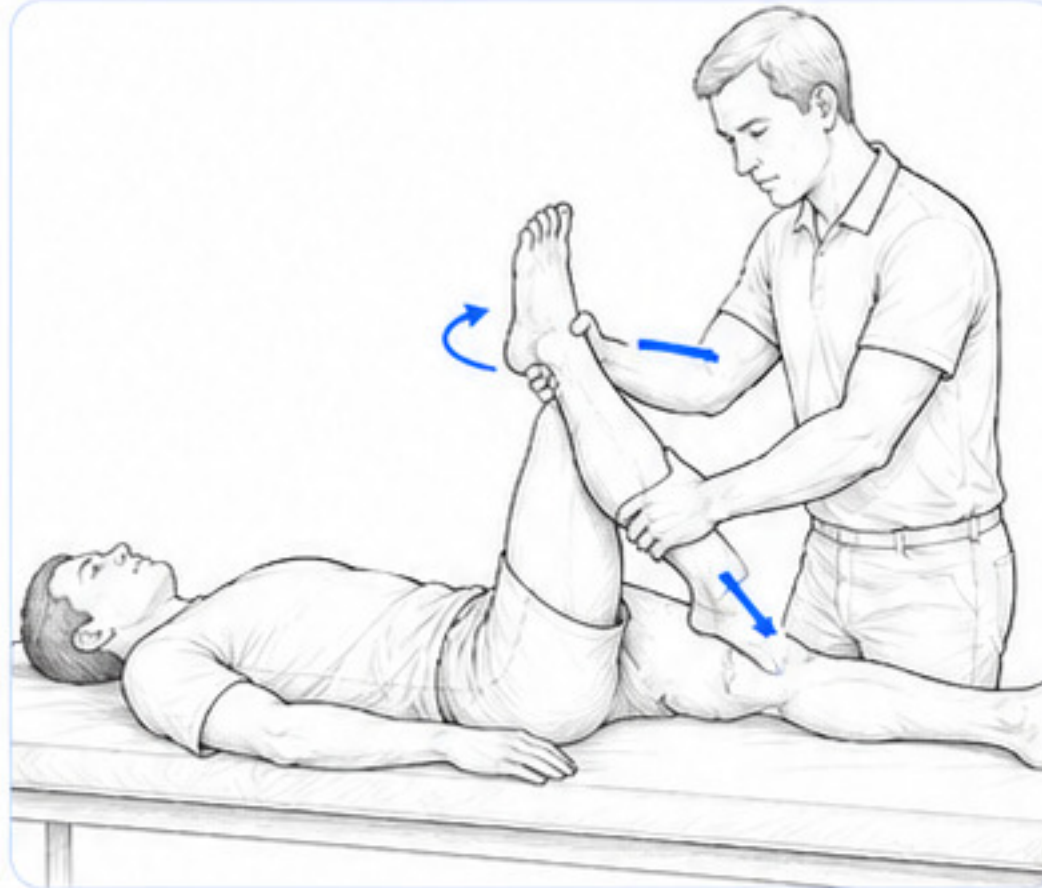


Łąkotki

i Wyniki testów łąkotek interpretuj łącznie z wywiadem, obrzękiem, blokowaniem i tkliwością szpary stawowej.

1 Test McMurraya

- Co ocenia?** uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej i bocznej.
- Pozycja pacjenta** leżenie tyłem, kolano maksymalnie zgięte.
- Pozycja terapeuty** jedną ręką kontroluje stopę i podudzie, drugą palpacyjnie ocenia szparę stawową.
- Jak wykonać?** prowadź rotację piszczeli i wyprost kolana z koślawością lub szpotawością.



✓ Wynik dodatni
ból, kliknięcie lub przeskok w szparze stawowej.

🎯 Co może sugerować?
uszkodzenie łąkotki.

⚠ Uwaga kliniczna / ograniczenia
wynik porównuj z tkliwością szpary i mechanizmem urazu.

2 Test Thessaly'ego

- Co ocenia?** objawy łąkotkowe pod obciążeniem.
- Pozycja pacjenta** stanie jednonóż z kolaniem zgiętym około 20°.
- Pozycja terapeuty** stabilizuje pacjenta i obserwuje tułów oraz kolano.
- Jak wykonać?** pacjent wykonuje rotację tułowia i kolana w obie strony.



✓ Wynik dodatni
ból w szparze, uczucie blokowania lub niestabilności.

🎯 Co może sugerować?
uszkodzenie łąkotki, szczególnie przy obciążeniu.

⚠ Uwaga kliniczna / ograniczenia
ostrożnie w ostrej fazie bólu.

3 Test Apleya kompresyjny i dystrykcyjny

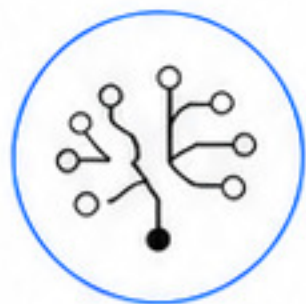
- Co ocenia?** różnicowanie łąkotki i struktur więzadłowych.
- Pozycja pacjenta** leżenie przodem, kolano zgięte 90°.
- Pozycja terapeuty** stabilizuje udo, naciska lub unosi podudzie z rotacją.
- Jak wykonać?** porównaj kompresję z rotacją oraz dystrykcję z rotacją.



✓ Wynik dodatni
ból przy kompresji większy niż przy dystrykcji.

🎯 Co może sugerować?
udział łąkotki.

⚠ Uwaga kliniczna / ograniczenia
ból przy dystrykcji może wskazywać raczej więzadła.



Staw rzepkowo-udowy i struktury boczne

i Lokalizacja bólu i odpowiedź na obciążenie pomagają odróżnić staw rzepkowo-udowy od struktur bocznych kolana.

1 Test kompresji rzepki / Clarke'a

	Co ocenia?	ból i drażliwość stawu rzepkowo-udowego.
	Pozycja pacjenta	leżenie tyłem, kolano wyprostowane lub lekko zgięte.
	Pozycja terapeuty	przesuwa rzepkę ku dołowi i prosi o napięcie czworogłowego.
	Jak wykonać?	zastosuj delikatną kompresję górnego bieguna rzepki.



Wynik dodatni
ból za rzepką lub niemożność utrzymania napięcia.

Co może sugerować?
drażliwość stawu rzepkowo-udowego.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
unikaj nadmiernej siły i interpretuj ostrożnie.

2 Test obawy przed zwinięciem rzepki

	Co ocenia?	niestabilność boczną rzepki.
	Pozycja pacjenta	leżenie tyłem, kolano lekko zgięte.
	Pozycja terapeuty	przesuwa rzepkę bocznie i obserwuje reakcję.
	Jak wykonać?	wykonaj stopniowy boczny poślizg rzepki.



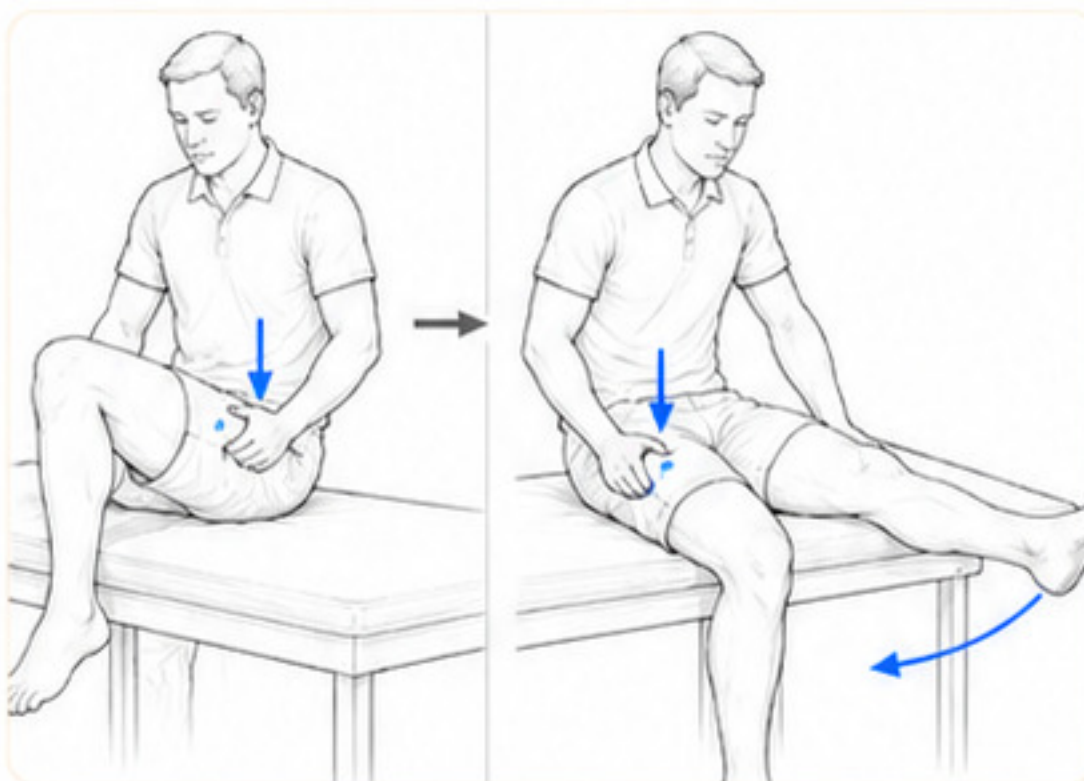
Wynik dodatni
wyrażna obawa, napięcie obronne lub chęć zatrzymania testu.

Co może sugerować?
niestabilność rzepki lub przebyty epizod zwinięcia.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
porównaj z drugą stroną.

3 Test Noble'a

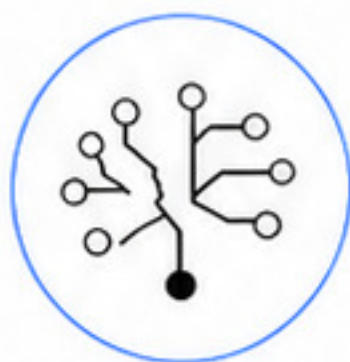
	Co ocenia?	drażliwość pasma biodrowo-piszczelowego nad kłykiem bocznym.
	Pozycja pacjenta	leżenie tyłem lub siedzenie, kolano zgięte około 90°.
	Pozycja terapeuty	uciska nad kłykiem bocznym i prostuje kolano.
	Jak wykonać?	utrzymaj ucisk podczas wyprostu.



Wynik dodatni
ból bocznej strony kolana około 30° zgięcia.

Co może sugerować?
zespół pasma biodrowo-piszczelowego.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
interpretuj razem z bieganiem i obciążeniem.



MODUŁ 09

Staw skokowy i stopa

11 map myśli • strony 43–45



W tym module



więzadła stawu skokowego i syndesmoza



ścięgno Achillesa i funkcja stopy

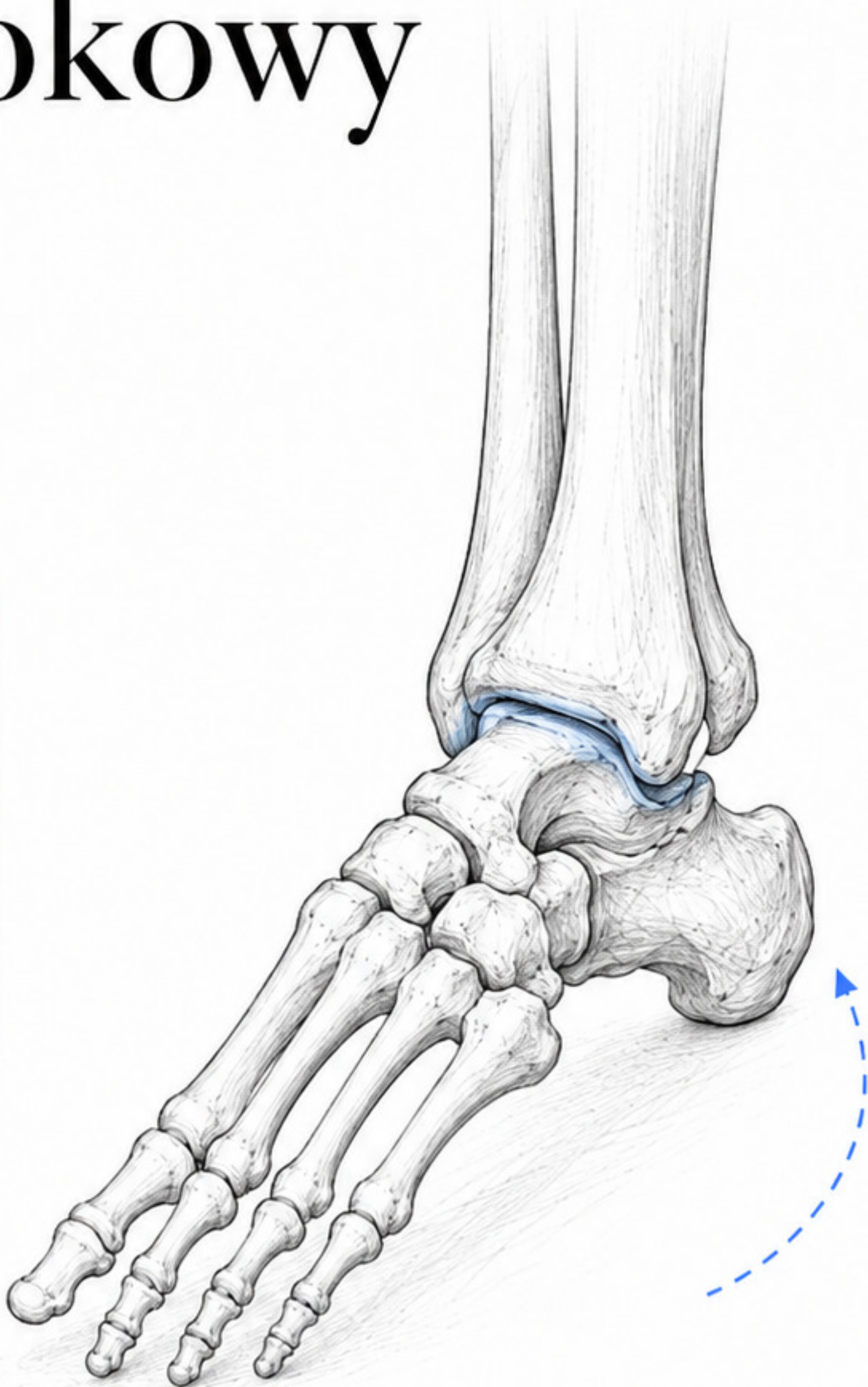


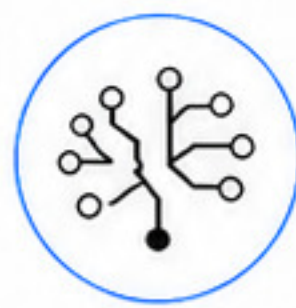
powięź podeszwowa, nerwy i przodostopie



Cel modułu

Szybkie przypomnienie testów urazowych, funkcjonalnych i palpacyjnych dotyczących stawu skokowego oraz stopy.





Wieżadła stawu skokowego i syndesmoza

i Badanie ostrego urazu stawu skokowego łącz z obrzękiem, tklwością kostną i mechanizmem skręcenia.

1 Test szuflady przedniej stawu skokowego

- Co ocenia?** integralność więzadła skokowo-strzałkowego przedniego.
- Pozycja pacjenta** siedzenie lub leżenie, stopa w lekkim zgięciu podszwowym.
- Pozycja terapeuty** stabilizuje piszczel i pociąga kość skokową ku przodowi.
- Jak wykonać?** wykonaj przednią translację stopy względem goleni.



Wynik dodatni
nadmierne przesunięcie lub miękki opór końcowy.

Co może sugerować?
uszkodzenie ATFL.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
porównaj z drugą stroną.

2 Test przechylenia kości skokowej

- Co ocenia?** integralność więzadła piętowo-strzałkowego oraz bocznego kompleksu więzadłowego.
- Pozycja pacjenta** siedzenie lub leżenie.
- Pozycja terapeuty** stabilizuje goleń i wykonuje inwersję pięty.
- Jak wykonać?** przechyl blok stopy do inwersji.



Wynik dodatni
zwiększony zakres lub ból boczny.

Co może sugerować?
uszkodzenie CFL lub niestabilność boczna.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
wykonuj delikatnie w ostrym urazie.

3 Test squeeze dla syndesmozy

- Co ocenia?** drażliwość więzozrostu piszczelowo-strzałkowego.
- Pozycja pacjenta** siedzenie lub leżenie.
- Pozycja terapeuty** ściska goleń w połowie jej długości.
- Jak wykonać?** przyłóż kompresję piszczeli i strzałki.



Wynik dodatni
ból dystalnie w okolicy syndesmozy.

Co może sugerować?
uraz wysokiego skręcenia stawu skokowego.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
dodatni wynik interpretuj z tklwością przednią.



Ścięgno Achillesa i funkcja stopy

i Oceń ból, siłę i jakość obciążenia stopy — pojedynczy test nie zastępuje pełnej analizy chodu i obciążenia.

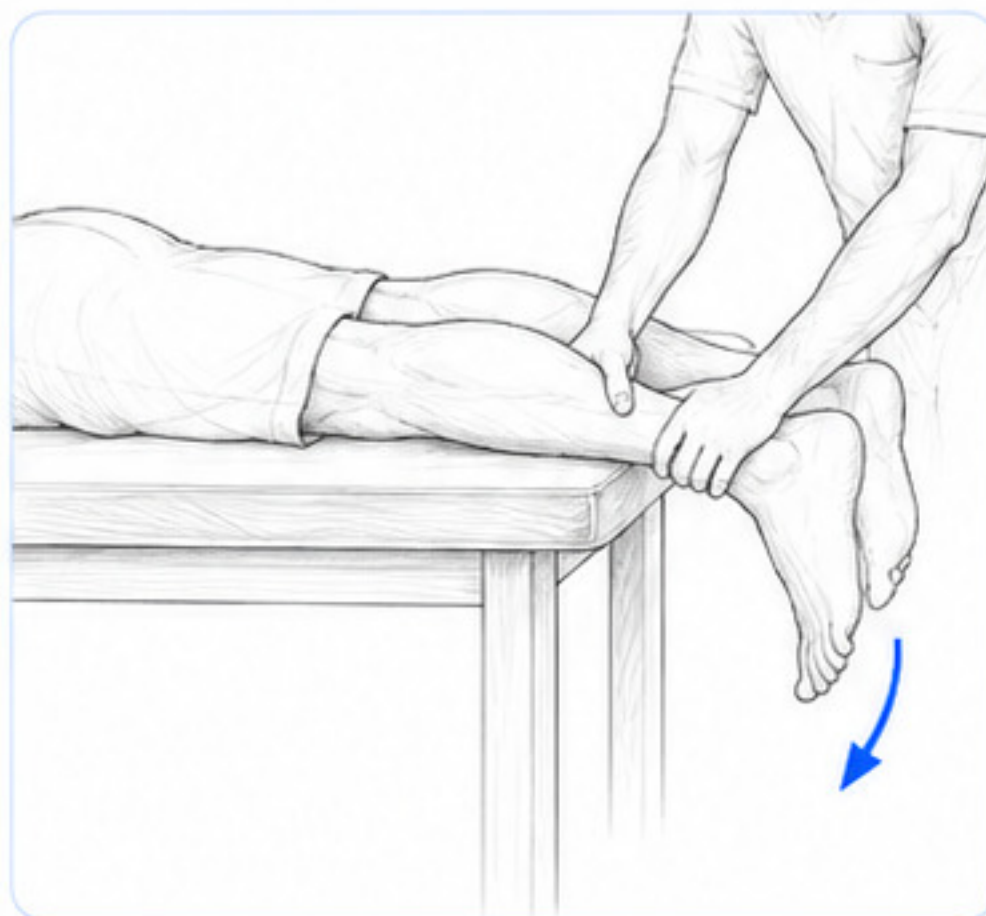
1 Test Thompsona

Co ocenia? ciągłość ścięgna Achillesa

Pozycja pacjenta leżenie przodem, stopy poza stołem

Pozycja terapeuty ściska mięsień trójgłowy łydki

Jak wykonać? obserwuj zgięcie podeszwowe stopy podczas kompresji łydki.



Wynik dodatni
brak lub wyraźne osłabienie zgięcia podeszwowego.

Co może sugerować?
zerwanie ścięgna Achillesa.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
porównaj z drugą stroną.

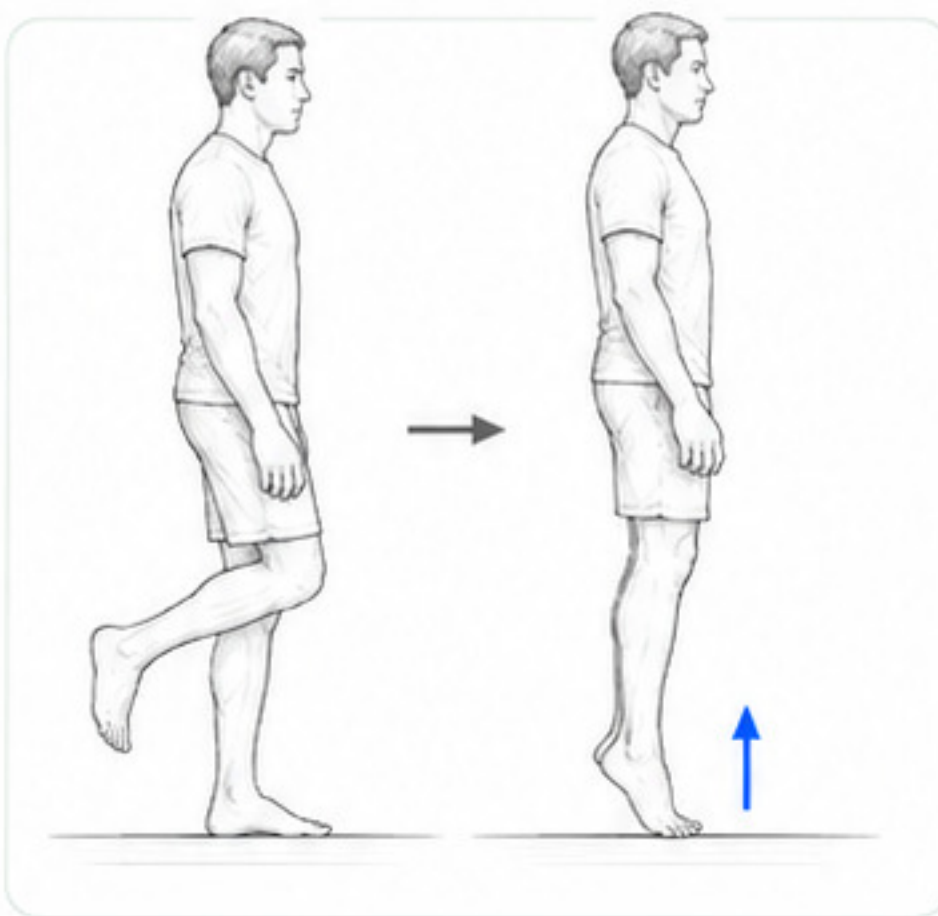
2 Wspięcie na palce jednonóż

Co ocenia? funkcję łydki i tolerancję obciążenia ścięgna Achillesa

Pozycja pacjenta stanie jednonóż

Pozycja terapeuty obserwuje wysokość pięty i liczbę powtórzeń

Jak wykonać? pacjent wykonuje powtarzane wspięcia na palce.



Wynik dodatni
ból, wyraźna słabość lub brak pełnego uniesienia pięty.

Co może sugerować?
dysfunkcję łydki lub tendinopatię Achillesa.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
uwzględnij równowagę i obuwie.

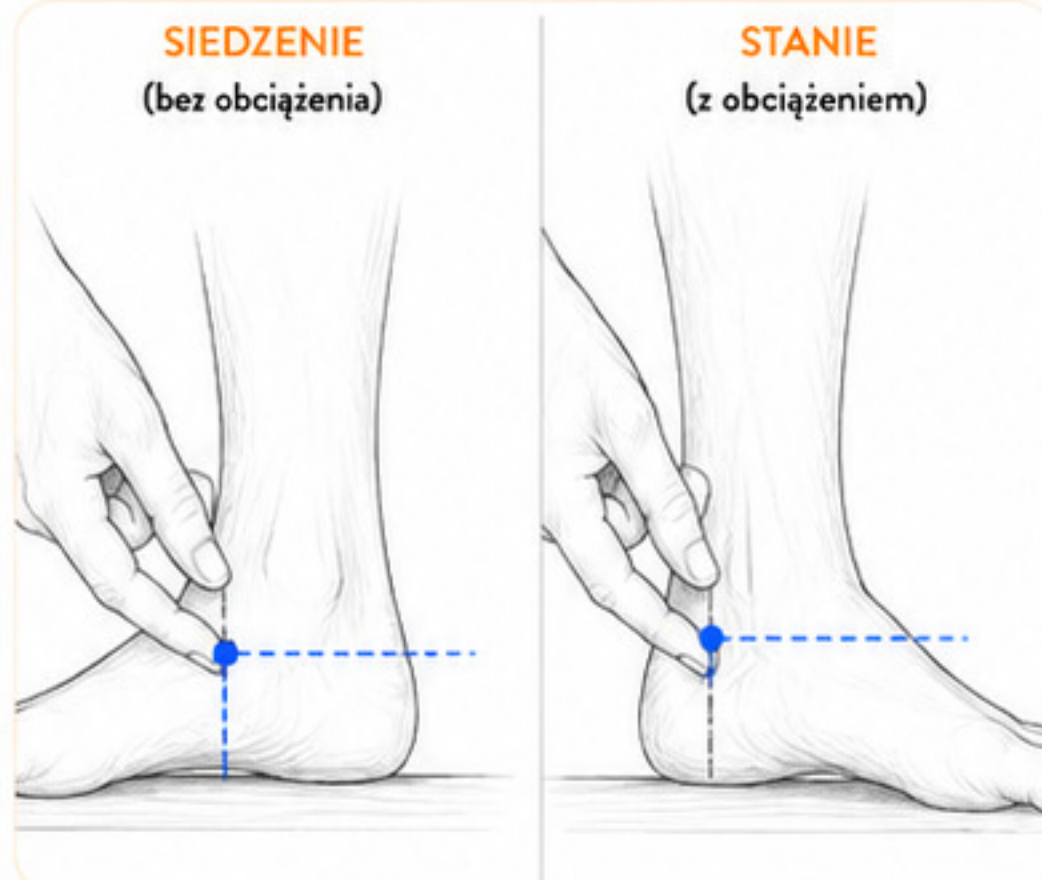
3 Test navicular drop

Co ocenia? dynamiczne zapadanie łuku przyśrodkowego

Pozycja pacjenta siedzenie i następnie stanie

Pozycja terapeuty zaznacza wysokość guzowatości łódkowatej

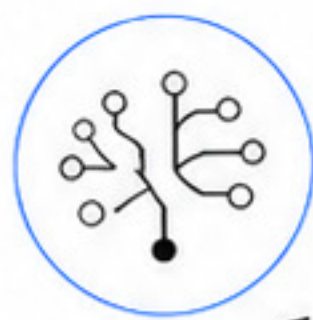
Jak wykonać? porównaj pozycję kości łódkowatej bez obciążenia i w stanie.



Wynik dodatni
wyraźny spadek wysokości łuku.

Co może sugerować?
nadmierną pronację lub obniżoną kontrolę stopy.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
interpretuj razem z chodem i ustawieniem kończyny.



Powieź podeszwowa, nerwy i przodostopie

i Lokalizacja bólu pod stopą, objawy neurologiczne i tolerancja obciążenia pomagają różnicować najczęstsze źródła dolegliwości stopy.

1 Test Windlassa

	Co ocenia?	drażliwość powięzi podeszwowej.
	Pozycja pacjenta	stanie lub siedzenie.
	Pozycja terapeuty	stabilizuje stopę i grzbietowo zgina paluch.
	Jak wykonać?	napnij rozciągnij podeszwę przez wyprost palucha.



Wynik dodatni
ból w przyśrodkowej części pięty lub łyku.

Co może sugerować?
zapalenie lub drażliwość powięzi podeszwowej.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
oceniaj także sztywność łydki.

2 Objaw Tinela w kanale stępu

	Co ocenia?	drażliwość nerwu piszczelowego.
	Pozycja pacjenta	siedzenie lub leżenie.
	Pozycja terapeuty	opukuje okolicę kanału stępu za kostką przyśrodkową.
	Jak wykonać?	wykonaj serię delikatnych stuknięć nad przebiegiem nerwu.



Wynik dodatni
promieniowanie, mrowienie lub pieczenie do stopy.

Co może sugerować?
zespół kanału stępu.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
porównuj z objawami z wywiadu.

3 Test Muldera

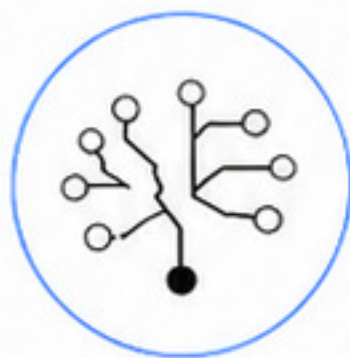
	Co ocenia?	drażliwość nerwów międzypalcowych i przodostopia.
	Pozycja pacjenta	siedzenie lub leżenie.
	Pozycja terapeuty	ściska przodostopie i palpacyjnie uciska przestrzeń międzypalcową.
	Jak wykonać?	wykonaj kompresję poprzeczną przodostopia.



Wynik dodatni
ból, kliknięcie lub promieniowanie do palców.

Co może sugerować?
nerwiak Mortona lub drażliwość przodostopia.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
interpretuj razem z obuwem i obciążeniem.



MODUŁ 10

Neurodynamika, reguły kliniczne i bezpieczeństwo

9 map myśli • strony 47–49



W tym module



neurodynamika kończyny górnej



neurodynamika kończyny dolnej

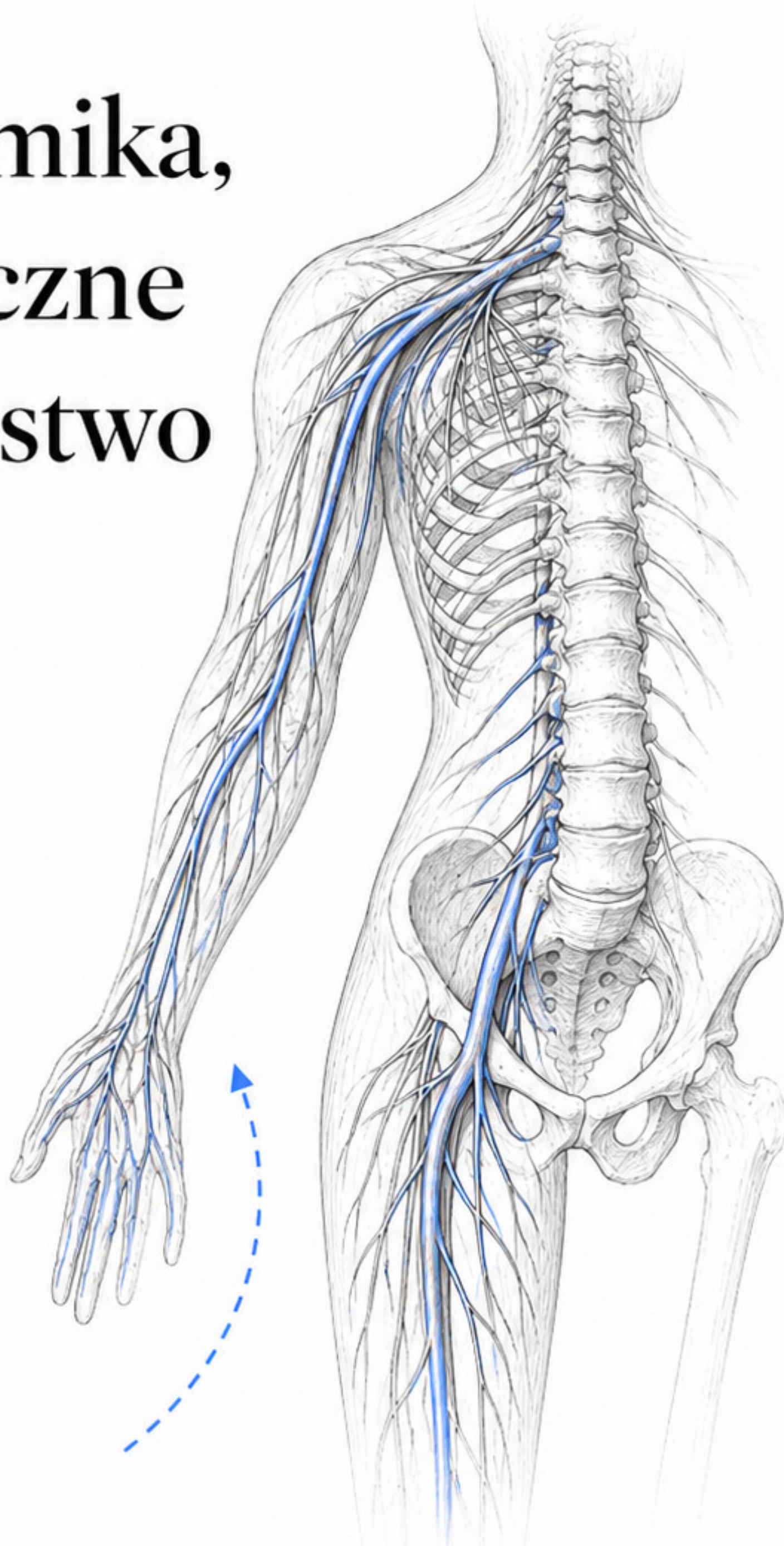


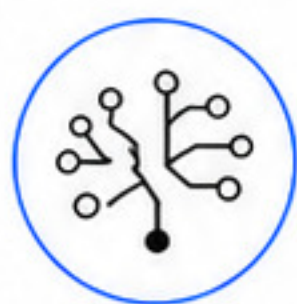
reguły kliniczne i szybki
przesiew bezpieczeństwa



Cel modułu

Szybkie uporządkowanie testów
nerwowych oraz najważniejszych
reguł pomagających w decyzji
klinicznej i bezpiecznym
kierowaniu dalej.





Neurodynamika kończyny górnej

i Objawy należy modyfikować przez zmianę pozycji odcinków proksymalnych i dystalnych — to pomaga potwierdzić komponent nerwowy.

1 ULNT1 / nerw pośrodkowy

	Co ocenia?	mechanowrażliwość nerwu pośrodkowego.
	Pozycja pacjenta	leżenie tyłem.
	Pozycja terapeuty	stabilizuje bark, odwodzi ramię, supinuje przedramię i prostuje nadgarstek oraz łokieć.
	Jak wykonać?	prowadź sekwencję napięcia nerwowego i obserwuj objawy.



Wynik dodatni
reprodukcja objawów zmieniana przez ruch szyi lub nadgarstka.

Co może sugerować?
drażliwość nerwu pośrodkowego lub struktur splotu.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
interpretuj z wywiadem i zakresem ruchu szyi.

2 ULNT2b / nerw promieniowy

	Co ocenia?	mechanowrażliwość nerwu promieniowego.
	Pozycja pacjenta	leżenie tyłem.
	Pozycja terapeuty	obniża obręcz barkową, rotuje wewnątrz ramię, prostuje łokieć i zgina nadgarstek.
	Jak wykonać?	stopniowo zwiększaj napięcie przez kolejne segmenty.



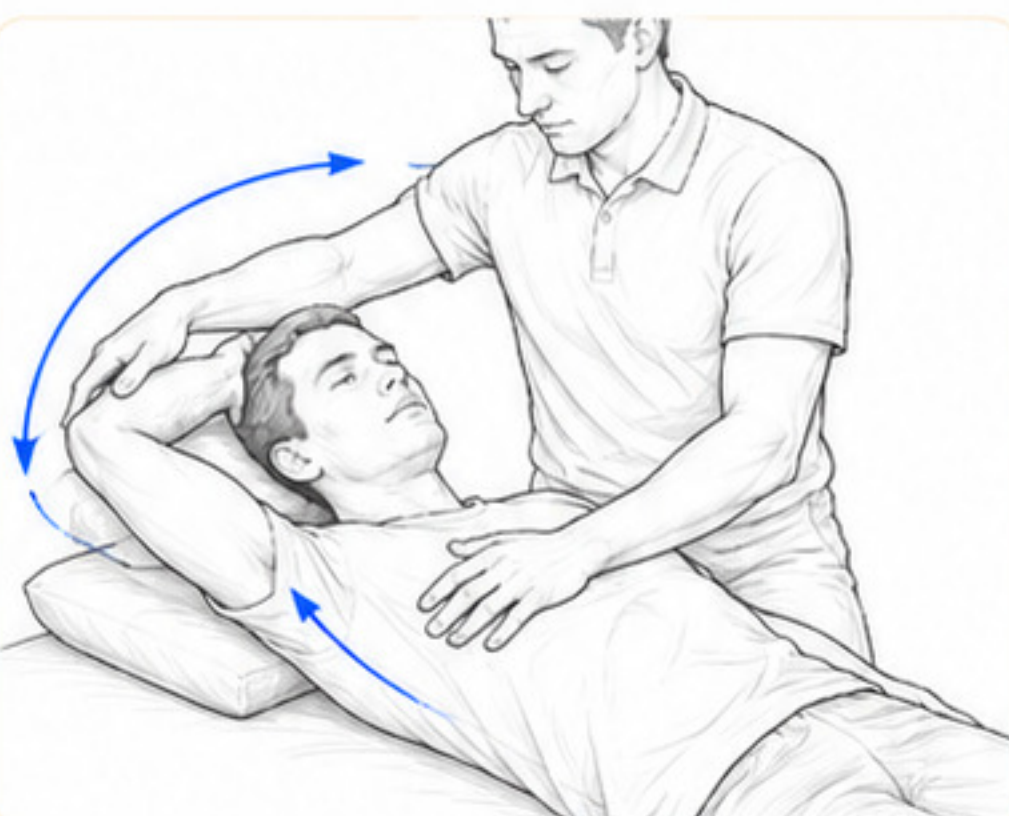
Wynik dodatni
boczny ból ramienia lub przedramienia modyfikowany przez komponenty testu.

Co może sugerować?
drażliwość nerwu promieniowego.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
unikaj zbyt szybkiego końcowego zakresu.

3 ULNT3 / nerw łokciowy

	Co ocenia?	mechanowrażliwość nerwu łokciowego.
	Pozycja pacjenta	leżenie tyłem.
	Pozycja terapeuty	odwodzi bark, zgina łokieć i ustawia dłoń przy głowie.
	Jak wykonać?	pogłębiaj sekwencję przy stabilizacji barku.



Wynik dodatni
objawy po stronie przyśrodkowej przedramienia lub ręki, zmienne przy ruchu szyi.

Co może sugerować?
drażliwość nerwu łokciowego.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
porównuj strony i interpretuj ostrożnie.



Neurodynamika kończyny dolnej

i Zmiana objawów po modyfikacji szyi, stopy lub kolana zwiększa prawdopodobieństwo udziału struktur nerwowych.

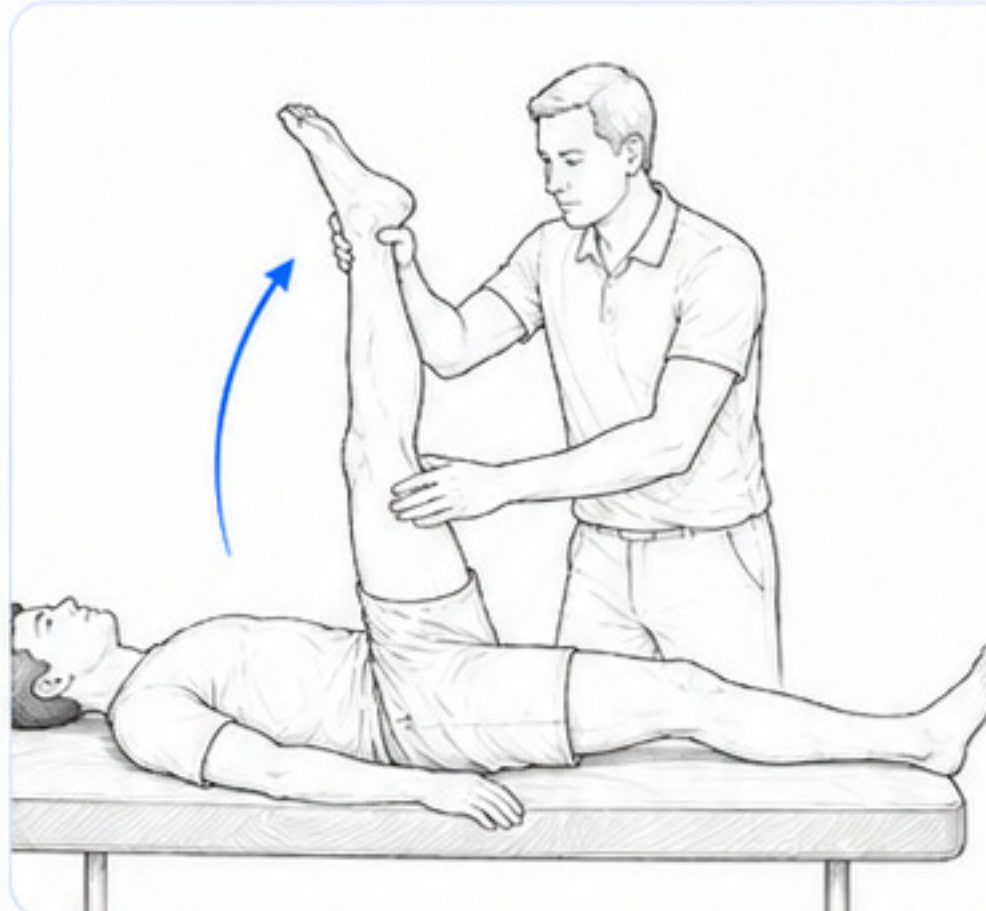
1 Straight leg raise (SLR)

Co ocenia? mechanowrażliwość nerwu kulszowego i korzeni L4–S1

Pozycja pacjenta leżenie tyłem

Pozycja terapeuty unosi wyprostowaną kończynę dolną

Jak wykonać? biernie unieś nogę, a następnie modyfikuj stopą i szyją.



Wynik dodatni
objawy poniżej kolana modyfikowane przez komponenty testu.

Co może sugerować?
drażliwość układu korzeniowo-kulszowego.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
różnicuj z napięciem mięśni.

2 Slump test

Co ocenia? mechanowrażliwość ciągłości nerwowej kończyny dolnej

Pozycja pacjenta siedzenie na brzegu stołu

Pozycja terapeuty prowadzi sekwencję słouch, zgięcia szyi, wyprostu kolana i zgięcia grzbietowego stopy

Jak wykonać? obserwuj zmianę objawów po odciążeniu szyi lub stopy.



Wynik dodatni
objawy modyfikowane przez komponenty neurodynamiczne.

Co może sugerować?
udział struktur nerwowych kończyny dolnej.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
stosuj stopniowo przy ostrym bólu.

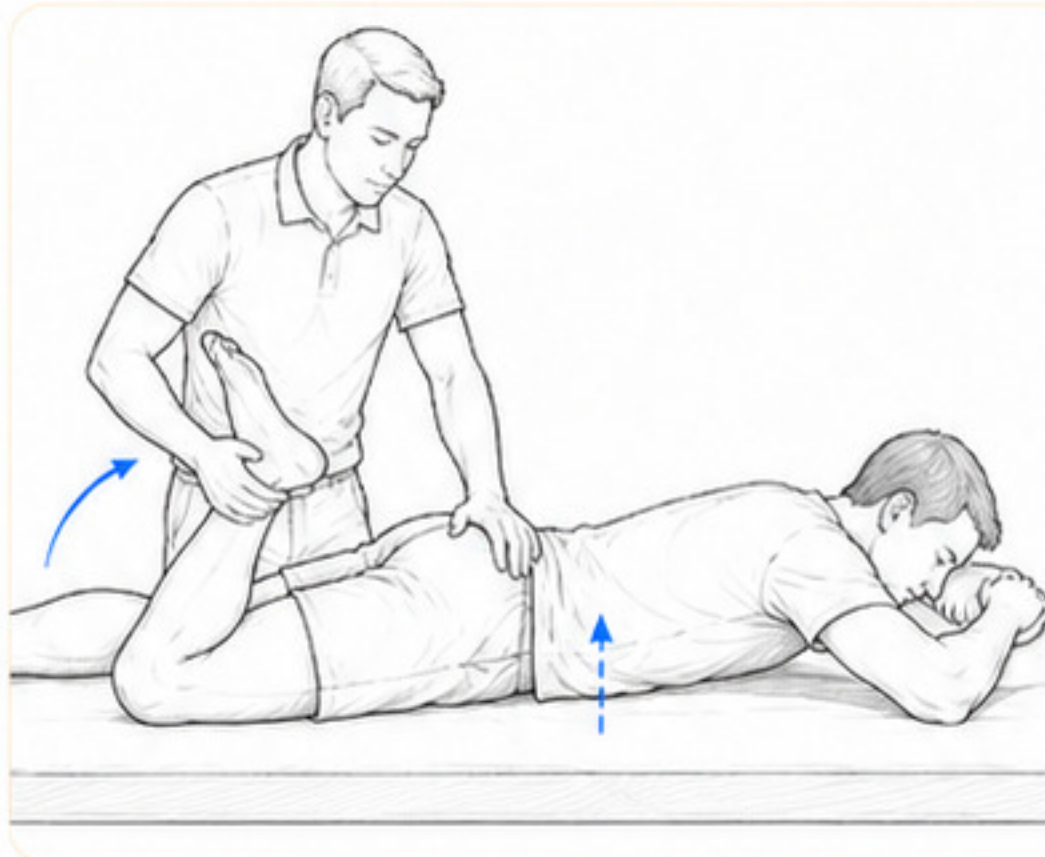
3 Prone knee bend / test nerwu udowego

Co ocenia? mechanowrażliwość nerwu udowego i korzeni L2–L4

Pozycja pacjenta leżenie przodem

Pozycja terapeuty biernie zgina kolano pacjenta

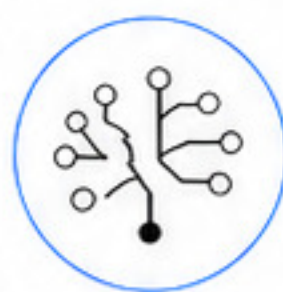
Jak wykonać? obserwuj ból przedniej części uda i modyfikuj biodrem.



Wynik dodatni
przedni ból uda lub parestezje modyfikowane przez ustawienie biodra.

Co może sugerować?
drażliwość nerwu udowego lub górnych korzeni lędźwiowych.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
różnicuj z mięśniem prostym uda.

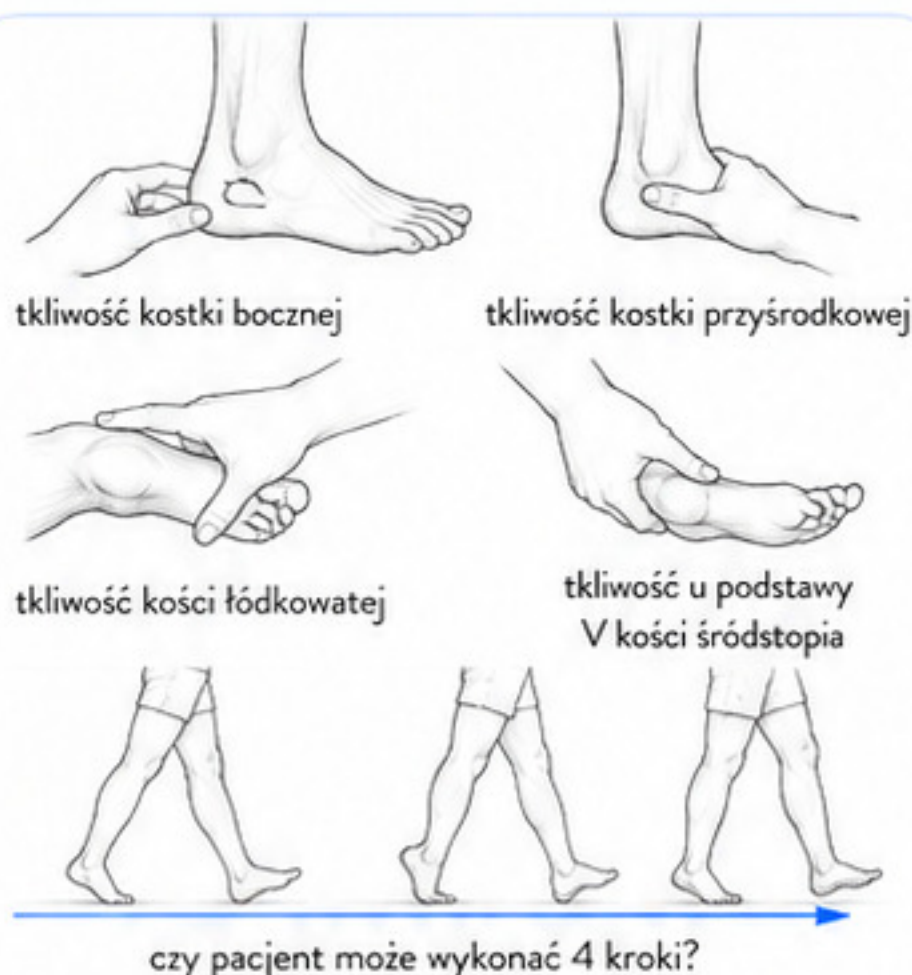


Reguły kliniczne i szybki przesiew bezpieczeństwa

i Reguły kliniczne wspierają decyzję, ale nie zastępują badania — czerwone flagi zawsze mają pierwszeństwo.

1 Reguły Ottawskie — staw skokowy i stopa

- Co ocenia?** potrzebę wykonania RTG po urazie stawu skokowego lub stopy.
- Pozycja pacjenta** po świeżym urazie.
- Pozycja terapeuty** ocenia zdolność obciążenia i tkliwość kostną.
- Jak wykonać?** sprawdź ból kostny na kostkach, kości łódkowatej i podstawie V kości śródstopia oraz możliwość wykonania 4 kroków.



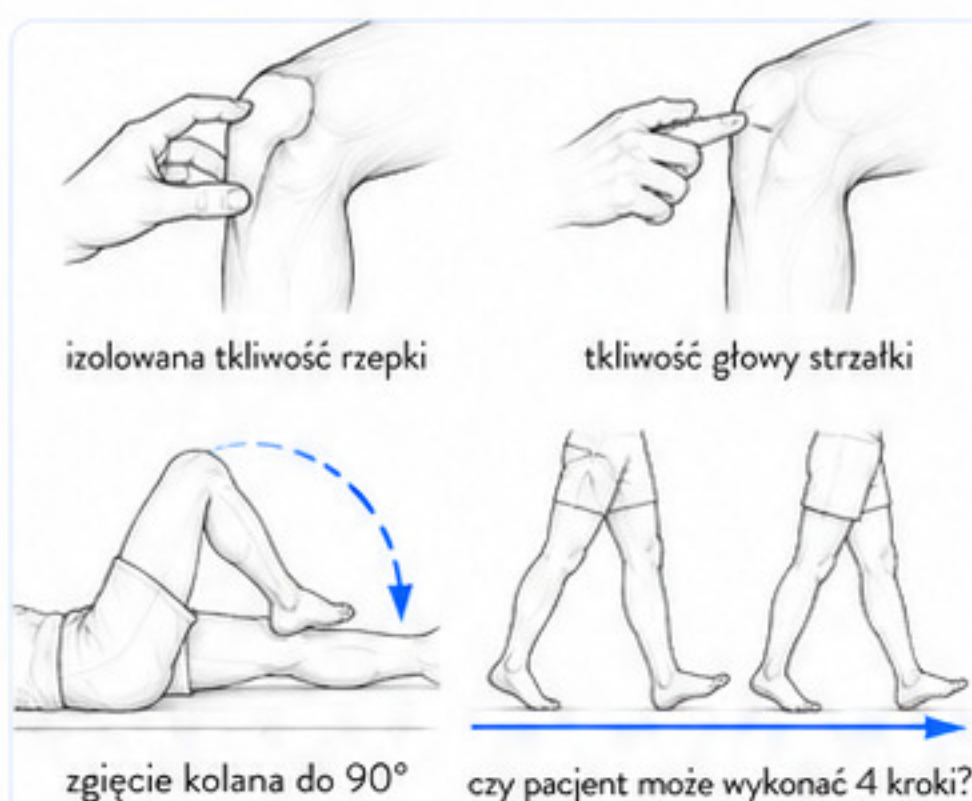
Wynik dodatni
tkliwość kostna lub brak zdolności obciążenia.

Co może sugerować?
wskazanie do diagnostyki obrazowej.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
nie stosuj jako jedynego kryterium w ciężkim urazie.

2 Reguły Ottawskie — kolano

- Co ocenia?** potrzebę RTG kolana po urazie.
- Pozycja pacjenta** po urazie kolana.
- Pozycja terapeuty** ocenia wiek, zdolność obciążenia, zgięcie i tkliwość.
- Jak wykonać?** sprawdź izolowaną tkliwość rzepki, tkliwość głowy strzałki, zgięcie do 90° i 4 kroki.



Wynik dodatni
spełnienie jednego z kryteriów.

Co może sugerować?
wskazanie do RTG kolana.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
interpretuj z mechanizmem urazu.

3 Szybki przesiew bezpieczeństwa

- Co ocenia?** obecność czerwonych flag wymagających pilnej konsultacji.
- Pozycja pacjenta** dowolna.
- Pozycja terapeuty** zbiera wywiad i wykonuje krótki przesiew neurologiczny oraz naczyniowy.
- Jak wykonać?** zwróć uwagę na uraz wysokoenergetyczny, deformację, postępujący deficyt neurologiczny, zaburzenia krążenia, gorączkę, nocny ból i niezdolność obciążenia.

- Czerwone flagi (przykłady)**
 - Uraz wysokoenergetyczny (np. wypadek, upadek z wysokości)
 - Widoczna deformacja lub niestabilność
 - Postępujący deficyt neurologiczny (osłabienie, zaburzenia czucia, nietrzymanie moczu/stolca)
 - Zaburzenia krążenia kończyny (zimna, biała, brak tętna, wydłużony czas kapilarnego wypełnienia)
 - Gorączka, dreszcze, objawy infekcji ogólnoustrojowej
 - Nocny ból nieustępujący w spoczynku
 - Całkowita niezdolność do obciążenia kończyny

Wynik dodatni
obecność jednej lub wielu czerwonych flag.

Co może sugerować?
potrzebę pilnej diagnostyki lub skierowania.

Uwaga kliniczna / ograniczenia
bezpieczeństwo ma pierwszeństwo przed prowokacją testową.