



# Szybki Przewodnik Kliniczny

Szybka ocena. Bezpieczeństwo.  
Testy kliniczne. Decyzje terapeutyczne.



**DLA PROFESJONALISTÓW:**

OSTEOPATA  
FIZJOTERAPEUTA  
TERAPEUTA MANUALNY



- ✓ Praktyczne algorytmy
- ✓ Najważniejsze testy i kryteria
- ✓ Bezpieczeństwo przede wszystkim
- ✓ Szybkie decyzje w codziennej praktyce

# PRAWA AUTORSKIE I WAŻNA INFORMACJA KLINICZNA

---

© 2025 – Wszelkie prawa zastrzeżone.

Ten przewodnik jest materiałem edukacyjnym przeznaczonym wyłącznie dla profesjonalistów ochrony zdrowia.

## WAŻNA INFORMACJA KLINICZNA

Przewodnik nie zastępuje pełnego wywiadu, badania ani profesjonalnego osądu klinicznego. Użytkownik ponosi pełną odpowiedzialność za decyzje kliniczne podejmowane wobec swoich pacjentów.

W przypadku wątpliwości dotyczących bezpieczeństwa – skieruj pacjenta do odpowiedniego specjalisty.

**Korzystaj odpowiedzialnie.  
Pacjent zawsze w centrum.**



# SPIS TREŚCI

---



## MODUŁ 01

ORIENTACJA KLINICZNA I BEZPIECZEŃSTWO — 04

- 60-sekundowy schemat konsultacji — 05
  - Czerwone flagi — 06
  - Bezpieczeństwo odcinka szyjnego — 07
  - Żółte flagi — 08
  - Trzy decyzje kliniczne — 09
- 



## MODUŁ 02

SZYJA, GŁOWA I OBRĘCZ BARKOWA — 10

---



## MODUŁ 03

ODCINEK PIERSIOWY, ŻEBRA I ODDYCHANIE — 16

---



## MODUŁ 04

ODCINEK LĘDŹWIOWY, MIEDNICA  
I KOŃCZYNA DOLNA — 21

---



## MODUŁ 05

NARZĘDZIA SZYBKIEGO WGLĄDU — 29

---

Pełne narzędzia szybkiego wglądu: strony 30–39.

# TEN PRZEWODNIK MA OSZCZĘDZAĆ TWÓJ CZAS

---



**Jedna strona = jeden temat**

Szybko znajdź to, czego potrzebujesz.



**Zacznij od bezpieczeństwa**

Wyklucz to, co groźne.

Dopiero potem oceniał dalej.



**Myśl w kategoriach decyzji**

Nie zbieraj danych bez celu.

Każda informacja ma prowadzić  
do decyzji.



**Testuj → Interweniuj → Retestuj**

Sprawdzaj odpowiedź pacjenta  
i aktualizuj plan.



**Korzystaj elastycznie**

Dostosuj schemat do kontekstu,  
doświadczenia i pacjenta.

**To nie jest system.**

To narzędzie wspierające Twój osąd kliniczny.



# MODUŁ 01

## Orientacja kliniczna i bezpieczeństwo

Szybki przesiew. Czerwone i żółte flagi.  
Bezpieczeństwo terapii i decyzje kliniczne.



# 60-SEKUNDOWY SCHEMAT KONSULTACJI

|   |                                                                                     |                                                                       |      |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------|
| 1 |    | <b>PROBLEM</b><br>Zrozum główny problem pacjenta.                     | 10 s |
| 2 |    | <b>BEZPIECZEŃSTWO</b><br>Wyklucz czerwone flagi.<br>Sprawdź kontekst. | 10 s |
| 3 |    | <b>OCENA WSTĘPNA</b><br>Szybka ocena funkcji i objawów.               | 15 s |
| 4 |    | <b>HIPOTEZA</b><br>Co najbardziej pasuje<br>do obrazu klinicznego?    | 10 s |
| 5 |  | <b>PLAN WSTĘPNY</b><br>Wybierz test/technikę/interwencję.             | 10 s |
| 6 |  | <b>KOLEJNY KROK</b><br>Ustal plan, edukację i retest.                 | 5 s  |



## 60 SEKUND NA START

Potem pogiębiaj to, co istotne.

# Czerwone flagi: kiedy zatrzymać postępowanie

Poniższe objawy/objawy to sygnały ostrzegawcze. Wystąpienie jednego lub więcej z nich wymaga przerwania dalszej terapii i odpowiedniej diagnostyki/wykluczenia poważnych przyczyn.

1



## OBJAWY OGÓLNE

- Gorączka ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) bez wyraźnej przyczyny
- Niewyjaśniona utrata masy ciała ( $> 5\%$  masy ciała w 1–6 mies.)
- Nocne poty
- Ogólne złe samopoczucie, znaczne osłabienie

2



## BÓL NIETYPOWY LUB STAŁY SPOCZYNKOWY

- Ból stały w nocy lub w spoczynku
- Ból narasta w czasie, nie ustępuje w odpoczynku
- Ból nie do odtworzenia ani nasilania przez ruch/testy
- Ból głęboki, rozlany, trudny do zlokalizowania

3



## ŚWIEŻY URAZ LUB PODEJRZENIE ZŁAMANIA

- Uraz o dużej sile (np. upadek z wysokości, wypadek komunikacyjny)
- Podejrzenie złamania, zwichnięcia lub niestabilności stawu
- Ból kostny, obrzęk, zniekształcenie, niemożność obciążania kończyny
- U osób z osteoporozą: ból po niewielkim urazie

4



## POSTĘPUJĄCE OBJAWY NEUROLOGICZNE

- Osłabienie siły mięśniowej postępujące lub narastające
- Zaburzenia czucia (drętwienie, mrowienie) narastające
- Zaburzenia koordynacji, chodu lub równowagi
- Zaburzenia mowy, widzenia, polykania

5



## ZABURZENIA ZWIERACZY / ZNIECZULENIE SIÓDŁOWE

- Nowe nietrzymanie moczu lub stolca
- Trudność w rozpoczęciu oddawania moczu
- Znieczulenie w okolicy kroczka, pośladków, wewnętrznych ud
- Utrata czucia w okolicy „siodłowej” (obszar siodła)

6



## PODEJRZENIE INFEKCJI / NOWOTWORU / STANU ZAPALNEGO

- Przebyta lub aktywna infekcja (np. bakteryjna, wirusowa)
- Zakażenie skóry, owrzodzenia, odleżyny
- Przebyta choroba nowotworowa w wywiadzie
- Przewlekły stan zapalny (np. RZS, ZZSK, łuszczyca)
- Długotrwałe stosowanie sterydów / immunosupresja

7



## DUSZNOŚĆ / BÓL W KŁATCE / OBJAWY NACZYNIOWE

- Dusznność nagle lub niewyjaśniona
- Ból w klatce piersiowej, ucisk, promieniowanie do ramienia/szczęki
- Kaszel z krwią
- Obrzęk, zaczerwienienie, ból łydki (podejrzenie ZŻG)
- Zimna, biała, sinawa kończyna; ból spoczynkowy kończyny



## ZATRZYMAJ I SKIERUJ

- ✓ Przerwij terapię i dalsze procedury.
- ✓ Oceń stan pacjenta i zabezpiecz bezpieczeństwo.
- ✓ W razie wątpliwości – skonsultuj się z lekarzem prowadzącym.
- ✓ Skieruj do odpowiedniej diagnostyki pilnej lub specjalisty.
- ✓ Dokumentuj jasno: objawy, czas wystąpienia, działania.



## NIE IGNORUJ

Wczesne rozpoznanie poważnych schorzeń ratuje zdrowie i życie. Gdy coś „nie pasuje” – zatrzymaj się, sprawdź i skonsultuj.

## WYJAŚNIENIA POJĘĆ

**Nocne poty** – obfite pocenie się w nocy, zmuszające do zmiany bielizny/pościeli.

**Znieczulenie siodłowe** – utrata czucia w okolicy kroczka, pośladków i wewnętrznych ud; może towarzyszyć zaburzeniom zwieraczy.

**RZS** – reumatoidalne zapalenie stawów.

**ZZSK** – zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa.

**ZŻG** – zakrzepica żył głębokich.



## ZASADA OGÓLNA

Pojedyncza czerwona flaga może wskazywać na poważny problem. Kilka jednocześnie = wysokie ryzyko.



## CHECKLISTA SZYBKIEJ KONTROLI

Czy u pacjenta występuje którakolwiek z powyższych **pozycji**?

Jeśli **TAK** – **ZATRZYMAJ I SKIERUJ**.

# Bezpieczeństwo odcinka szyjnego i sygnały naczyniowe

Szybkie przesiewowe sprawdzenie bezpieczeństwa przed badaniem i leczeniem



## Wywiad alarmowy

Zapytaj o obecność poniższych objawów:

- nagły silny ból szyi lub głowy (najgorszy w życiu)
- uraz szyi lub głowy (w tym whiplash)
- zawroty lub uczucie wirowania
- podwójne widzenie
- zaburzenia mowy
- omdlenie lub uczucie, że zaraz nastąpi omdlenie
- nudności lub wymioty niewyjaśnione
- uczucie nietypowej niestabilności szyi



## Objawy neurologiczne

Zapytaj o:

- osłabienie w kończynach (ręka, noga lub obie strony)
- drętwienie, mrowienie lub „uciekanie prądem” do ramienia/ręki
- zaburzenia chodu, niezgrabność, częste potykanie się
- utrata koordynacji lub spadek sprawności manualnej



## Sygnały naczyniowe

5 D + 3 N

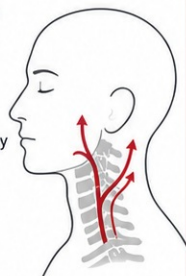
Zapytaj o objawy, które mogą sugerować zaburzenia przepływu krwi w tętnicach szyjnych (kręgowych):

**5 D**

- D** zawroty / wirowanie
- D** podwójne widzenie
- D** zaburzenia mowy
- D** trudności z połykaniem
- D** utrata równowagi

**3 N**

- N** nudności
- N** senność / uczucie ciężkości głowy
- N** uczucie „nie tak” w głowie



Objawy mogą pojawiać się podczas ruchu szyi lub utrzymywać się po nim. Ich obecność wymaga ostrożnego podejścia i dalszej oceny.



## Badanie ostrożne

- Wykonuj badanie w zakresie bezobjawowym (*pain-free range*).
- Testuj tylko to, co jest niezbędne i dobrze tolerowane (*minimal irritability testing*).
- Obserwuj odpowiedzi pacjenta podczas i po testach.
- Nie wykonuj agresywnych manewrów ani wysokiej prędkości mobilizacji, jeśli bezpieczeństwo nie jest pewne.
- Przerwij test i ponownie oceń, jeśli objawy się nasiliły lub pojawią nowe objawy.



## Skieruj pilnie

Skieruj pilnie do lekarza lub na SOR, jeśli występuje którykolwiek z poniższych:

- objawy alarmowe z wywiadu
- objawy neurologiczne (osłabienie, drętwienie, zaburzenia chodu)
- pozytywne sygnały naczyniowe (5 D + 3 N)
- podejrzenie uszkodzenia poważnej struktury lub niestabilności



W razie wątpliwości – wybierz bezpieczeństwo. Leczenie może poczekać.



# Żółte flagi: czynniki psychospołeczne



## Co to jest?

Żółte flagi to czynniki psychospołeczne, które mogą zwiększać ryzyko utrzymywania się bólu oraz rozwoju niepełnosprawności. Nie oznaczają poważnej choroby, ale wymagają uwagi i odpowiedniego podejścia. Im więcej żółtych flag, tym większe ryzyko trudniejszego powrotu do zdrowia.



## ŻÓŁTE FLAGI

Wymagają uwagi, rozmowy i odpowiedniego planu działania. Dobre rokowanie przy właściwym podejściu i współpracy.



## Najczęstsze sygnały



Lęk przed ruchem



Katastrofizacja  
(czarne scenariusze)



Unikanie  
aktywności



Stres i napięcie



Problemy  
ze snem



Przeciążenie  
pracą



Obniżony  
nastrój



Brak wsparcia  
społecznego



## Sprawdź w rozmowie

- Czy obawia się Pan/i, że ruch lub aktywność mogą pogorszyć ból lub spowodować uraz?
- Czy czasem myśli Pan/i, że ból nigdy nie minie lub że stan będzie się tylko pogarszał?
- Czy unika Pan/i aktywności, ćwiczeń lub pracy z powodu bólu?
- Czy ostatnio odczuwa Pan/i dużo stresu lub napięcia?
- Czy ma Pan/i problemy ze snem (trudności z zasypianiem, częste budzenie się, niewyspanie)?
- Czy praca lub obowiązki domowe są dla Pana/i obecnie zbyt obciążające?
- Czy ma Pan/i kogoś, kto Pana/i wspiera w powrocie do zdrowia?



## Co zrobić?



**Edukacja:** wyjaśnij naturę bólu, uspokajaj, rozwiewaj mity, wzmacniaj wiarę w poprawę.



**Stopniowanie aktywności:** zachęcaj do małych, regularnych kroków.  
Ruch jest bezpieczny i potrzebny.



**Jasny plan:** ustal wspólne cele, konkretne działania i harmonogram.  
Niepewność zwiększa lęk.



**Monitorowanie:** regularnie oceniaj czynniki psychospołeczne i postępy.  
Dostosuj plan.



**Współpraca:** w razie potrzeby włącz psychologa, psychiatrę, terapeutę zajęciowego lub pracownika socjalnego.  
Wspólne podejście daje najlepsze efekty.

# Trzy decyzje kliniczne: działaj, monitoruj, skieruj

Prosta rama decyzyjna oparta na bezpieczeństwie, prezentacji i odpowiedzi na ocenę.



## 1. DZIAŁAJ

### WARUNKI SPEŁNIONE

Możesz bezpiecznie rozpocząć lub kontynuować plan leczenia.

- ✓ Wyniki badań są mechanicznie reprodukowalne
- ✓ Brak czerwonych flag
- ✓ Pacjent toleruje ocenę i interwencję
- ✓ Prezentacja zgodna z typowym wzorcem
- ✓ Plan leczenia może być realizowany bezpiecznie

### PRZYKŁADY KOLEJNYCH KROKÓW

- Rozpocznij lub kontynuuj zaplanowaną interwencję
- Dobierz odpowiednie ćwiczenia i dawkę obciążenia
- Edukacja i samodzielne strategie dla pacjenta
- Wyznacz cele funkcjonalne i kryteria postępu
- Umów kolejny termin zgodnie z planem



## 2. MONITORUJ

### WARUNKI CZĘŚCIOWE

Prezentacja jest niejasna lub ryzyko umiarkowane – postępuj ostrożnie i obserwuj odpowiedź.

- ⚠ Prezentacja niejednoznaczna lub mieszana
- ⚠ Umiarkowana drażliwość objawów
- ⚠ Obecne żółte flagi (istotne czynniki psychospołeczne)
- ⚠ Niepewna odpowiedź na testy lub interwencję
- ⚠ Postęp możliwy, ale wymaga nadzoru i ponownej oceny

### PRZYKŁADY KOLEJNYCH KROKÓW

- Zastosuj krótszą, niskiego ryzyka interwencję
- Re-testuj kluczowe testy i monitoruj odpowiedź
- Umów kontrolę w krótszym odstępie czasu
- Ustal małe cele i monitoruj postępy
- Edukacja, modyfikacja obciążeń i aktywności



## 3. SKIERUJ

### WARUNKI NIESPEŁNIONE

Występuje podwyższone ryzyko – nie kontynuuj interwencji bez oceny specjalistycznej.

- ⚠ Czerwone flagi
- ⚠ Postępujące deficyty neurologiczne (osłabienie, zaburzenia czucia, odruchy)
- ⚠ Podejrzanie choroby naczyniowej lub wydolnościowej
- ⚠ Poważny uraz lub mechanizm wysokiego ryzyka
- ⚠ Silne, nieproporcjonalne lub niewyjaśnione objawy (np. ból nocny, spoczynkowy, utrata masy ciała, gorączka)

### PRZYKŁADY KOLEJNYCH KROKÓW

- Wstrzymaj plan leczenia
- Skieruj do odpowiedniego specjalisty (lekarz, neurolog, ortopeda, etc.)
- Przekaż kluczowe informacje z wywiadu, testów i obserwacji
- Zapewnij bezpieczeństwo pacjenta i zalecenia dotyczące aktywności
- Ustal dalszy kontakt zgodnie z zaleceniami

### MINI-ALGORYTM DECYZYJNY



#### 1. WYWIAD

Zbierz informacje o objawach, czasie trwania, historii medycznej, czynnikach psychospołecznych i celach pacjenta.



#### 2. PRZESIEW BEZPIECZEŃSTWA

Sprawdź czerwone i żółte flagi oraz czynniki ryzyka. W razie wątpliwości – rozważ skierowanie.



#### 3. TESTY

Wykonaj odpowiednie testy układowe i specyficzne. Sprawdź reprodukowalność i reakcję na testy.



#### 4. DECYZJA

Wybierz jedną z trzech decyzji: działaj, monitoruj, skieruj na podstawie całości informacji.



#### 5. RETEST / DOKUMENTACJA

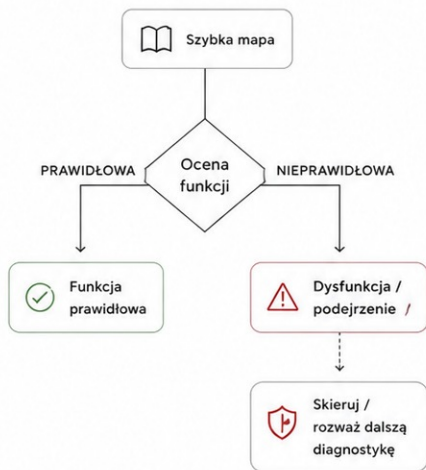
Oceń odpowiedź, przeprowadź retest i udokumentuj decyzję, plan oraz uzasadnienie.



# MODUŁ 02

## Szyja, głowa i obręcz barkowa

Szybkie mapy kliniczne. Przesiew neurologiczny.  
Funkcja i zależności.





# Mechaniczny ból szyi: szybka mapa kliniczna

Najczęstszy wzorec mechaniczny, objawy, badanie i dalsze kroki.



## 1. TYPOWY OBRAZ

- ból zależny od ruchu i pozycji
- ograniczenie ruchu
- ból miejscowy lub promieniowanie nieswoiste
- brak cech poważnej patologii



## 2. SPRAWDŹ

- początek (kiedy, jak, co poprzedzało)
- drażliwość (niska / umiarkowana)
- zakres ruchu (ograniczony, w którym kierunku)
- czynniki nasilające / zmniejszające
- wpływ na sen i funkcję (praca, codzienne aktywności)



## 3. UWAGA

Jeśli obraz nie jest typowo mechaniczny, występuje zwiększona drażliwość lub niepewność — monitoruj uważnie, rób krótkie odcinki leczenia i często ponownie oceniaj.



## 4. BADANIE

- ruch czynny (zakres, kierunek bólu)
- ruch bierny, jeśli potrzebny
- testy segmentalne — ostrożnie i selektywnie
- palpacja tkanek (bolesność, napięcie)



## 5. HIPOTEZA MECHANICZNA

Najbardziej prawdopodobny kierunek:



dysfunkcja stawowa  
(ograniczony ruch)

+



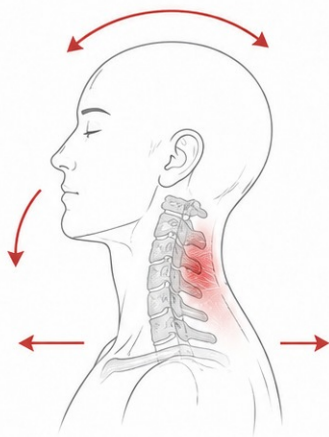
napięcie tkanek  
(mięśnie, powięź)

+



czynnik kontroli  
(ruch, obciążenie, strategia)

↳ Celem: zmniejszyć ból, poprawić ruch i funkcję.



## KONTYNUUJ



### EDUKACJA PACJENTA

Wyjaśnij, że ból mechaniczny jest częsty i zwykle ma dobry rokowanie.



### MODYFIKACJA OBCIĄŻENIA

Dostosuj aktywności i pozycje, które nasilają ból.



### ĆWICZENIA DOMOWE

Ruch, mobilność, wzmocnienie i kontrola — regularnie.



Celem jest odzyskanie ruchu, zmniejszenie bólu i powrót do aktywności.

## 6. TEST → INTERWENCJA → RETEST



**1 RUCH OGRANICZONY**  
Określ kierunek i jakość ograniczenia oraz ból.



**2 TECHNIKA / ĆWICZENIE**  
Zastosuj manualnie lub ćwiczenie ukierunkowane na hipotezę.



**3 PONOWNY RUCH**  
Sprawdź zmianę zakresu, bólu i jakości ruchu.



**4 DECYZJA**  
Kontynuuj, modyfikuj lub wybierz inną strategię.



# Ból głowy pochodzenia szyjnego: szybkie różnicowanie

Jak szybko odróżnić typowy ból szyjnopochodny od sygnałów wymagających ostrożności.

## ✓ Typowe cechy

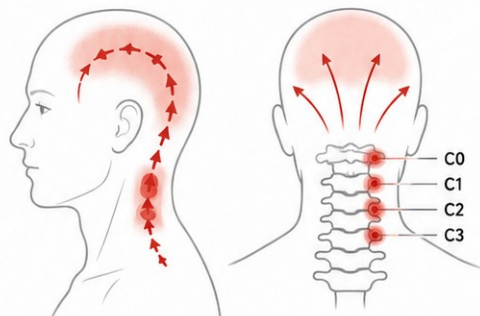
- ✓ ból jednostronny lub dominujący po jednej stronie
- ✓ związek z ruchem szyi lub pozycją
- ✓ ograniczenie ruchomości szyi
- ✓ tkiwość górnego odcinka szyjnego

## ! Uwaga / Skieruj

- ! nagły najgorszy ból głowy
- ! objawy neurologiczne
- ! gorączka
- ! nagłe zaburzenia widzenia lub mowy

## 🔍 Sprawdź w badaniu

- 1 Zakres ruchu szyi**  
Oceń aktywny zakres i ewentualne ograniczenia.
- 2 Test prowokacji objawów**  
Sprawdź, czy ruchy szyi lub pozycje odtwarzają ból.
- 3 Palpacja C0–C3**  
Zbadaj tkiwość stawów i tkanek okołokręgowych.
- 4 Odpowiedź na odciążenie / korekcję**  
Sprawdź, czy odciążenie lub korekcja pozycji zmniejsza ból głowy.



## ⚖️ Różnicowanie

### Szyjnopochodny

- ✓ Jednostronny, od potylicy w przód do oka / skroni
- ✓ Nasilany ruchem szyi lub długotrwałą pozycją
- ✓ Ograniczenie ruchomości szyi
- ✓ Tkiwość C0–C3
- ✓ Może towarzyszyć bólowi barku

### Napięciowy

- ✓ Obustronny, uciskający, „opaska” wokół głowy
- ✓ Stałe napięcie karku i barków
- ✓ Zwykle nie nasila się ruchem szyi
- ✓ Brak objawów neurologicznych
- ✓ Stres i zmęczenie częste czynniki nasilające

### Migrenowy / inny

- ✓ Pulsujący, średni lub silny
- ✓ Nudności, wymioty, światłowstręt / fonofobia
- ✓ Może występować aura
- ✓ Niezwiązany z ruchem szyi
- ✓ Rozważ inne przyczyny (klaster, pourazowy, zapalny)

## ➡ Dalsze kroki

### ✓ DZIAŁAJ

Wdroż plan leczenia ukierunkowany na szyję. Edukacja i ćwiczenia.

### — MONITORUJ

Obserwuj odpowiedź na terapię. Reoceni, jeśli brak poprawy w ciągu 2–4 tygodni.

### ! SKIERUJ

Przy czerwonych flagach lub braku poprawy – skieruj do specjalisty.



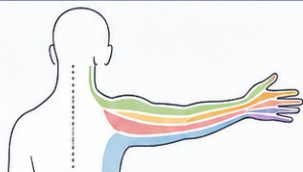
# Objawy korzeniowe szyjne: szybki przesiew neurologiczny

Krótki schemat oceny promieniowania, czucia, siły i odruchów.



Objawy korzeniowe szyjne wynikają z podrażnienia lub ucisku korzenia nerwowego.

Szybki przesiew pomaga potwierdzić podejrzenie, określić poziom zajęcia i zdecydować o dalszym postępowaniu.



- C5
- C6
- C7
- C8
- T1



## PYTANIA KLUCZOWE

- Czy ból promieniuje do barku, ramienia lub dłoni?
- Czy występuje drętwienie lub mrowienie w ręce?
- Czy odczuwasz osłabienie chwytu lub trudność w podnoszeniu przedmiotów?
- Czy objawy nasilają się przy ruchu szyi (zgięcie, wyprost, rotacja)?
- Czy objawy ustępują w określonej pozycji lub po odpoczynku?



## PRZESIEW W 4 KROKACH

1



### CZUCIE – PORÓWNAJ STRONY

- Oceń dotyk lekki w kluczowych dermatomach.
- Zwróć uwagę na parestezje i obszary zmniejszonego czucia.

2



### MIOTOMY – SZYBKI TEST SIŁY

- Sprawdź siłę mięśni zgodnie z kluczowymi miotomami.
- Porównaj prawą i lewą stronę.

3



### ODRUCHY – BICEPS, BRACHIORADIALIS, TRICEPS

- Oceń odruch bicepsa (C5–C6).
- Oceń odruch brachioradialis (C6).
- Oceń odruch tricepsa (C7–C8).
- Porównaj strony.

4



### TESTY PROWOKACYJNE

- Spurling – ostrożnie, gdy brak przeciwwskazań.
- ULNT (nerw promieniowy/pośrodkowy) – gdy wskazane.

## NAJCZĘSTSZE POZIOMY

C5



### BARK / DELTOID

Okolice barku (strona boczna).

C6



### KCIUK / BICEPS

Kciuk i przedramię promieniowe.

C7



### ŚRODKOWY PALEC / TRICEPS

Środkowy palec, tylna część ramienia.

C8



### MAŁY PALEC / CHWYT

Mały palec i strona łokciowa dłoni; siła chwytu.



## UWAGA

- Interpretuj wyniki wszystkich elementów razem: wywiad + badanie + testy prowokacyjne.
- Pojedynczy dodatni wynik nie potwierdza zajęcia korzenia.
- Wyniki mogą się zmieniać w czasie – monitoruj i powtarzaj ocenę.



## SKIERUJ

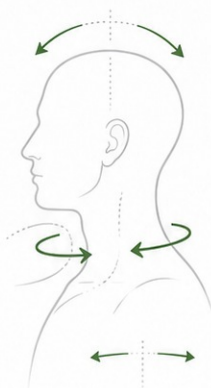
Skieruj pilnie do lekarza lub na SOR, jeśli występuje:

- Postępujące osłabienie siły mięśniowej.
- Rozległe zaburzenia czucia.
- Zaburzenia chodu, ataksja lub objawy mielopatii.
- Objawy obustronne lub szybko narastające.

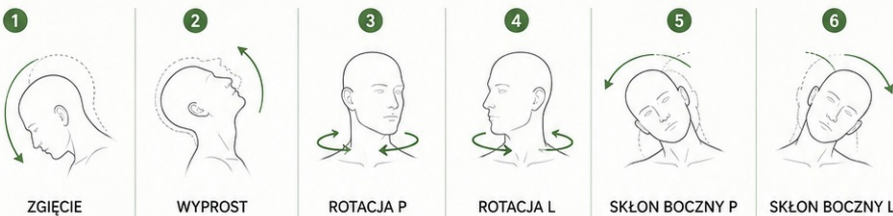


# Ograniczenie ruchomości szyi: ocena funkcjonalna

Szybka ocena ruchu, jakości ruchu i wpływu na funkcję.



## Zakres ruchu



## Uwaga

Silna drażliwość objawów lub znaczny ból podczas ruchu?



Testuj w zakresie bezbolesnym lub minimalnie bolesnym.



Priorytet: bezpieczeństwo i kontrola objawów.

Nie prowokuj – wybieraj mądrze.

## Sprawdź jakość

- Ból
- Sztywność
- Asymetria
- Kompensacje tułowia
- Koniec zakresu (twardy, sprężysty, miękki)



## Funkcja

Czy ograniczenie wpływa na Twoje codzienne czynności?



Obracanie głowy podczas jazdy



Patrzeć w dół (np. telefon)



Praca przy komputerze



Sen (komfort, budzenie się)

## MINI-ALGORITHM OCENY RUCHU



### 1. RUCH OGRANICZONY

Zidentyfikuj, które ruchy są ograniczone i w jakim stopniu.



### 2. HIPOTEZA

Sformułuj hipotezę o możliwej przyczynie (tkankowa, mechaniczna, kontrola ruchu, drażliwość).



### 3. TECHNIKA / ĆWICZENIE

Zastosuj odpowiednią technikę manualną lub ćwiczenie ukierunkowane.



### 4. RETEST

Sprawdź ponownie objaw, zakres i jakość ruchu – porównaj z wyjściowym stanem.

# Szyja i obręcz barkowa: mapa zależności funkcjonalnych

Jak łączyć objawy szyi z barkiem, łopatką i górną częścią klatki piersiowej.

## 1 SZYJA WPŁYWA NA BARK



- ✓ **Ból rzutowany do barku** z segmentów szyjnych (C3–C7), szczególnie przy irytacji korzeni lub stawów międzywyrostkowych.
- ✓ **Wpływ na kontrolę łopatki** osłabienie głębokich zginaczy szyi i/lub zaburzenia czucia mogą upośledzać stabilizację łopatki.
- ✓ **Napięcie tkanek miękkich** sztywność mięśni szyi (górny czworoboczny, pochyłe, dźwigacz łopatki) zwiększa obciążenie barku.

## 2 BARK WPŁYWA NA SZYJĘ



- ✓ **Przeciążenie górnego czworobocznego** długotrwałe unoszenie ramion lub napięcie mięśni barku powoduje ból i sztywność szyi.
- ✓ **Ustawienie łopatki** rotacja ku przodowi, elewacja lub pochylenie przednie łopatki zmienia biomechanikę szyi i zwiększa jej obciążenie.
- ✓ **Ograniczenie unoszenia ramienia** ból lub dysfunkcja barku ogranicza ruch, co prowadzi do kompensacji sinem szyjnej.

## 3 SPRAWDŹ

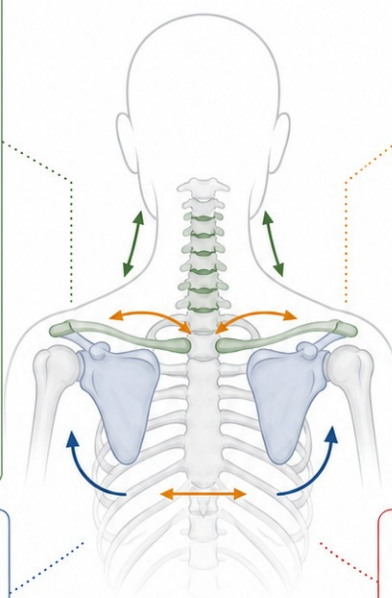


- ✓ **Ruch szyi** czy bolesny, ograniczony lub wywołuje promieniowanie?
- ✓ **Unoszenie ramienia** czy pełne, bolesne, czy kompensowane?
- ✓ **Łopatką** czy występuje dyskiinezja, promienność lub ból przy aktywacji?
- ✓ **Oddychanie** czy oddech piersiowy jest ograniczony?
- ✓ **Objawy pozycyjne** czy nasilają się w określonych pozycjach lub przy obciążeniu?

## 4 DAJSZ KROKI



- ✓ **ZIELONE – działaj**  
Mechaniczny wzorec bólu, dobra odpowiedź na testy i ruch. Kontynuuj leczenie i edukację.
- **ŻÓŁTE – monitoruj**  
Niejasny obraz, częściowa odpowiedź lub czynniki obciążające. Dostosuj leczenie i re-testuj.
- ! **CZERWONE – skieruj**  
Czerwone flagi, postępujący deficyt, silny ból nocny, uraz wysokiego ryzyka. Skonsultuj się ze specjalistą.



Gdzie reprodukuje się objaw?

| SZYJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | BARK                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | OBA                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ból prowokowany ruchem szyi lub testami szyjnymi</li> <li>• Promieniuje za uchem, do potylicy, karku lub barku</li> <li>• Ulga po obciążeniu barku, brak ulgi po ruchu barku</li> </ul> |  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ból prowokowany ruchem barku lub testami barku</li> <li>• Zlokalizowany w barku, bocznej części ramienia</li> <li>• Ulga po ruchu szyi, brak ulgi po ruchu barku</li> </ul> |  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ból prowokowany zarówno ruchem szyi, jak i barku</li> <li>• Promieniowanie w obu kierunkach</li> <li>• Ulga dopiero po leczeniu obu obszarów</li> </ul> |

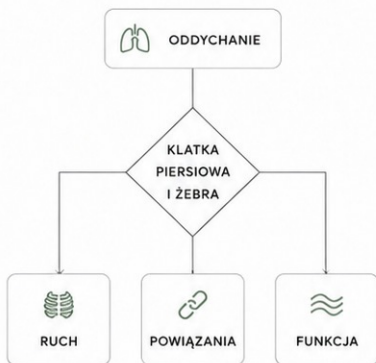
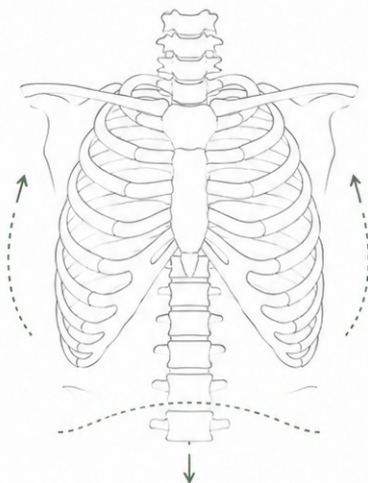
💡 Myśl globalnie, testuj lokalnie, lecz to, co najpierw musisz i re-testuj często.



# MODUŁ 03

## Odcinek piersiowy, żebra i oddychanie

Ruch klatki piersiowej. Żebra.  
Funkcja oddechowa i powiązania.





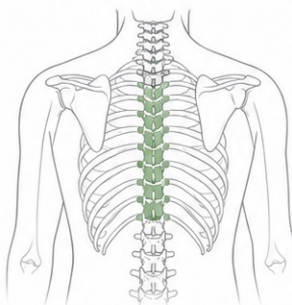
# Ograniczenie odcinka piersiowego: szybka ocena

Krótki przesiew ruchomości, objawów i wpływu na funkcję.



## Typowe objawy

- sztywność odcinka piersiowego
- ból między łopatkami
- nasilenie przy siedzeniu lub skręcie
- uczucie ograniczonego oddechu



## Wpływ na sąsiednie regiony



**Szyja:** ograniczenie rotacji i skłonu, bóle głowy napięciowe.



**Bark:** zmniejszona ruchomość łopatki, przeciążenie stożka rotatorów.



**Żebra:** zaburzona mechanika oddechowa, ból podczas głębokiego wdechu.



## Sprawdź ruch

### Wyprost



### Zgięcie



### Rotacja



### Skłon boczny



### Symetria

Porównaj stronę lewą i prawą.  
Zwróć uwagę na różnice w zakresie i jakości ruchu.



### End-feel

Oceń jakość końca zakresu:  
– sprężysty / elastyczny (prawidłowy)  
– twardy / sztywny (ograniczenie)  
– bolesny (zatrzymaj do granicy bólu)



## Uwaga

Zachowaj ostrożność i rozważ konsultację, gdy:

- ból jest ostry, kłujący lub nagły
- objawy są niemachaniczne (nie zależą od ruchu)
- występują czerwone flagi (zob. str. 06–07)



## Retest

Porównaj przed i po interwencji:

- objaw – skala bólu, sztywność
- ruch – zakres i jakość
- funkcja – siedzenie, skręt, oddychanie

Odpowiedź na interwencję potwierdza hipotezę kliniczną.



## TEST

Krótki przesiew objawów i ruchu odcinka piersiowego.



## INTERWENCJA

Dobierz prostą interwencję (np. mobilizacja, ćwiczenie oddechowe, edukacja).



## RETEST

Oceń ponownie objaw, ruch i funkcję, porównaj z pomiarem wyjściowym.



# Żebra: ocena ruchu i reprodukcji objawów

Jak szybko sprawdzić ruch żebra, bolesność i związek z oddechem.

## TYPOWY OBRAZ

- ✓ Ból miejscowy, zlokalizowany w obrębie jednego lub kilku żebra
- ✓ Ból przy głębokim wdechu
- ✓ Tkliwość punktowa wzdłuż żebra lub przy połączeniach
- ✓ Objawy nasilające się przy skręcie tułowia lub kaszlu

## SPRAWDŹ

- 1 Oddech spokojny i głęboki**  
Obserwuj symetrię ruchu klatki piersiowej. Zapytaj o ból przy głębokim wdechu i wydechu.
- 2 Ruch żebra przy palpacji**  
Połóż dłoń po obu stronach badanego żebra. Poproś o głęboki wdech i wydech. Oceń ruch w kierunku ku górze i na zewnątrz.
- 3 Kompresja / sprężynowanie ostrożnie**  
Uciśnij żebro w kierunku boczno-przysródkowym i przednio-tylnym. Sprawdź delikatne sprężynowanie (górnio-dolne). Przerwij, jeśli ból jest ostry lub nieproporcjonalny.
- 4 Reprodukacja bólu**  
Czy palpacja, ruch lub kompresja odtwarzają znany ból pacjenta? To wzmacnia związek źródła objawów z żebrem.

## KIERUNKI RUCHU ŻEBER

### BUCKET-HANDLE (uniesienie)



### PUMP-HANDLE (opuszczenie)



## UWAGA

Zachowaj ostrożność i ogranicz testy prowokacyjne:

- po urazie lub upadku
- przy silnym bólu (skala bólu > 6/10)
- u osób z osteoporozą lub przerzutami do kości
- gdy objawy nasilają się mimo delikatnej palpacji

Dostosuj siłę, zakres i przerwij w razie nasilenia bólu.



## SKIERUJ

Natychmiast skieruj lub rozważ pilną konsultację, jeśli występuje:

- Dusznność, przyspieszony oddech lub spadek saturacji
- Uraz dużej energii (np. wypadek, upadek z wysokości)
- Silny ból w klatce piersiowej, promieniujący do pleców lub ramienia
- Objawy ogólne: gorączka, dreszcze, osłabienie, kaszel z krwią, omdlenia



## MECHANICZNE ŻEBRO

- Ból miejscowy, dobrze zlokalizowany
- Tkliwość punktowa wzdłuż żebra lub przy połączeniu żebrowo-chrząstnym
- Ograniczony ruch żebra w oddechu
- Ból odtwarzalny przy palpacji, kompresji lub sprężynowaniu
- Często związane ze skrętem, pozycją, długotrwałym napięciem lub urazem



## RÓŻNICOWANIE

### MIĘŚNIE KŁATKI PIERSIOWEJ

- Ból rozlany, mniej precyzyjny
- Tkliwość w mięśniach międzyżebrowych, piersiowych lub przy mostku
- Napięcie i bolesność przy rozciąganiu lub skurczu mięśnia
- Ruch żebra zwykle zachowany
- Ból nasila się przy pracy mięśni, a niekoniecznie przy oddechu



### PROBLEM NACZYNIOWO-ODDECHOWY

- Dusznność, kaszel, ból opłucny
- Ból nieodtwarzalny palpacyjnie
- Zaburzenia saturacji lub nietypowe objawy ogólne
- Czynniki ryzyka chorób serca, płuc lub zakrzepicy
- Wymaga diagnostyki i konsultacji



# Klatka piersiowa i oddychanie: przesiew funkcjonalny

Szybka obserwacja wzorca oddechowego i wpływu na objawy.



## 1. OBSERWUJ

- ✓ Rytm oddechu  
regularność, częstotliwość
- ✓ Tor oddechowy  
piersiowy, brzuszny,  
piersiowo-brzuszny
- ✓ Asymetria ruchu  
ruch klatki i żeber po obu  
stronach
- ✓ Użycie mięśni  
dodatkowych  
unoszenie barków, szyi,  
wciąganie międzyżebry



## 2. ZAPYTAJ

- Czy ból rośnie przy wdechu?
- Czy ból rośnie przy kaszlu?
- Czy ból rośnie przy wysiłku?
- Czy ból rośnie przy stresie lub niepokoju?



## UWAGA – monitoruj i edukuj



### HIPERWENTYLACJA

szybki, płytki oddech, uczucie braku powietrza, mrowienie, zawroty głowy



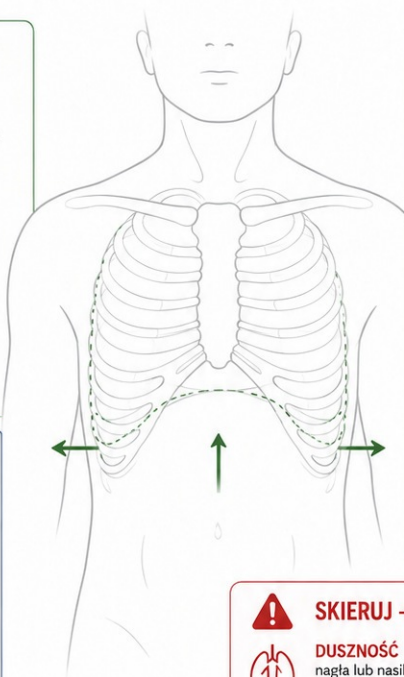
### WYSOKA DRAŻLIWOŚĆ

nadmierne czułość na oddech i objawy, lęk przed ruchem



### STRES

napięcie mięśni szyi i klatki piersiowej, zaburzony wzorec oddechu



## 3. SPRAWDŹ



Wdech / wydech  
ocena głębokości,  
płynności i relacji



Pozycja  
siedząca / stojąca  
wpływ pozycji na wzorec  
i objawy



Ruch żeber dolnych  
czy rozszerzają się  
bocznie i ku tyłowi  
podczas wdechu



Korekcja postawy  
czy zmiana pozycji  
poprawia objawy  
i oddech



## SKIERUJ – wymagają pilnej oceny



### DUSZNOŚĆ

nagła lub nasilająca się duszność,  
trudność w oddychaniu



### SINICA

sinica warg, języka, palców,  
utrata przytomności



### BÓL W KŁATCE PIERSIOWEJ

uciskający, promieniujący, związany z wysiłkiem  
lub niewyjaśniony



### OBJAWY ALARMOWE

omdlenie, gorączka, krwioplucie, nagłe pogorszenie  
stanu ogólnego



## DZIAŁAJ

### WARUNKI SPEŁNIONE



Wzorec oddechowy prawidłowy  
lub adaptacyjny



Brak objawów alarmowych



Edukacja, ćwiczenia oddechowe,  
korekcja postawy, plan działania



## MONITORUJ

### WARUNKI CZĘŚCIOWE



Objawy łagodne i zmienne



Czynniki drażniące (stres,  
napięcie, hiperwentylacja)



Monitoruj postępy, dostosuj  
interwencje, edukuj



## SKIERUJ

### WARUNKI NIEPEŁNIONE



Objawy alarmowe obecne



Brak poprawy lub pogorszenie



Skieruj do odpowiedniego  
specjalisty / SOR



# Szyja, odcinek piersiowy i żebra: mapa powiązań funkcjonalnych

Jak łączyć objawy szyi, klatki piersiowej, żeber i oddychania w szybkim rozumowaniu klinicznym.

## 1 SZYJA WPŁYWA NA KŁATKĘ / ŻEBRA

- ✓ Sztywność szyi może zmieniać mechanikę klatki piersiowej i pracy żeber.
- ✓ Sprężenie odcinka szyjnego i piersiowego wpływa na postawę i zakres ruchu.
- ✓ Ból szyi może zmieniać wzorec oddychania (płytki oddech, dominacja górnej klatki).

## SPRAWDŹ

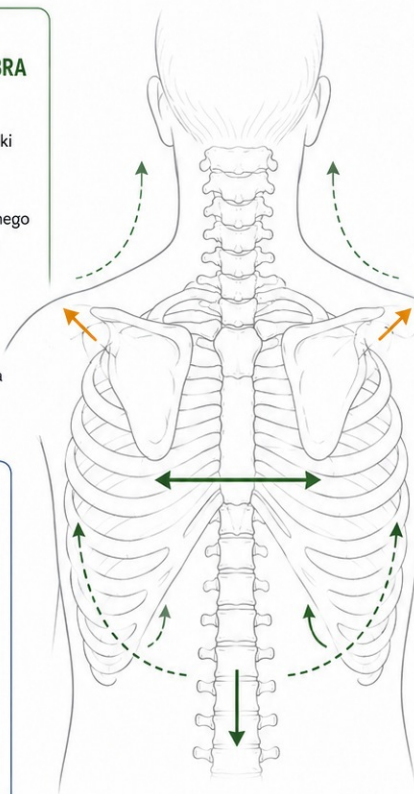
- ✓ ruch szyi
- ✓ rotacja piersiowa
- ✓ ruch żeber przy oddechu
- ✓ tkliwość / reprodukcja objawu
- ✓ wpływ pozycji i oddechu

## 2 ODCINEK PIERSIOWY WPŁYWA NA SZYJĘ

- ✓ Sztywność piersiowa może ograniczać komfort i ruchomość szyi.
- ✓ Postawa pochyla zwiększa obciążenie tkanek szyi i zwiększa napięcie.
- ✓ Wyprost górnego odcinka piersiowego ułatwia ustawienie głowy i redukuje ból szyi.

## 4 DALSZY KROKI

- ✓ **ZIELONE** – działaj  
zastosuj interwencję i re-testuj objaw.
- ⚠ **ŻÓŁTE** – monitoruj  
kontynuuj, obserwuj odpowiedź w czasie.
- 💡 **CZERWONE** – skieruj  
brak poprawy, pogorszenie lub czerwone flagi – skieruj do specjalisty / SOR.



## Gdzie reprodukuje się objaw?



### SZYJA

- ból lokalny w szyi, promieniowanie do głowy
- napięcie pod potylicą, górny trapez
- ból przy ruchach szyi



### KŁATKA / ŻEBRA

- ból w klatce piersiowej lub międzyżebrowo
- ból przy głębokim wdechu, kichaniu, kaszlu
- ograniczony ruch żeber lub tkliwość



### OBA

- ból w szyi i klatce piersiowej
- pogorszenie przy złej postawie
- oddech płytki, dominacja górna



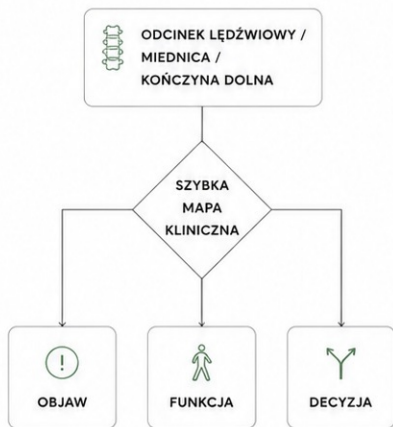
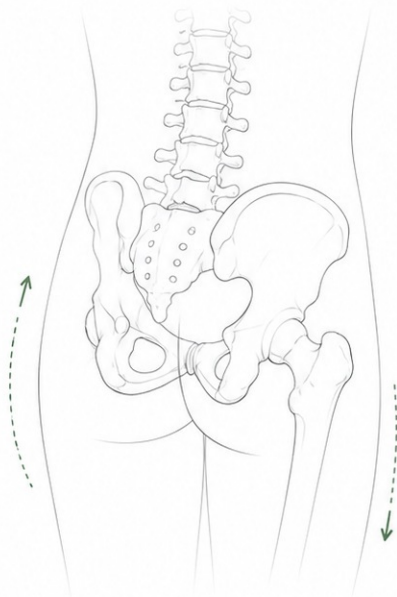
Myśl globalnie, testuj lokalnie, lecz to, co najpierw zmienia objaw — i re-testuj często.



# MODUŁ 04

## Odcinek lędźwiowy, miednica i kończyna dolna

Szybkie mapy kliniczne. Przesiew.  
Testy i zależności funkcjonalne.





# Nieswoisty ból lędźwiowy: szybka mapa kliniczna

Najczęstszy wzorec mechaniczny, objawy, badanie i dalsze kroki.



## 1. TYPOWY OBRAZ

- ból zależny od ruchu / pozycji
- ograniczenie ruchu lub sztywność
- możliwe promieniowanie nieswoiste do pośladka / uda
- brak cech poważnej patologii



## 2. SPRAWDŹ

- początek
- drażliwość
- kierunki bólu
- wpływ na siedzenie / schyłanie / wstawanie
- czynniki nasilające i zmniejszające



## 3. UWAGA

Jeśli obraz nie jest typowo mechaniczny, występuje zwiększona drażliwość lub niepewność — monitoruj uważnie, ponownie testuj często i respektuj zachowanie objawów.



## 4. BADANIE

- ruch czynny
- testy funkcjonalne
- odciążenie / powtórzenia
- palpacja selektywna



## 5. HIPOTEZA MECHANICZNA



dysfunkcja stawowa / segmentalna

+

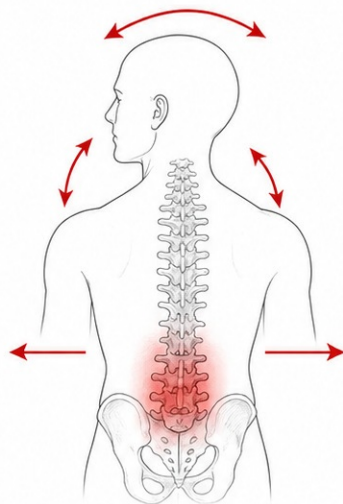


napięcie tkanek

+



kontrola ruchu / obciążenie



## KONTYNUUJ



### EDUKACJA PACJENTA

Wyjaśnij, że ból nieswoisty najczęściej ma charakter mechaniczny i zwykle ma dobre rokowanie.



### MODYFIKACJA OBCIĄŻENIA

Dostosuj aktywności i pozycje, które nasilają ból.



### ĆWICZENIA DOMOWE

Ruch, mobilność, wzmocnienie i kontrola — regularnie.



Celem jest odzyskanie ruchu, zmniejszenie bólu i powrót do aktywności.

## 6. TEST → INTERWENCJA → RETEST



### 1. RUCH OGRANICZONY

Określ kierunek i jakość ograniczenia oraz ból.

### 2. TECHNIKA / ĆWICZENIE

Zastosuj manualną technikę lub ćwiczenie ukierunkowane na hipotezę.

### 3. PONOWNY RUCH

Sprawdź zmianę zakresu, bólu i jakości ruchu.

### 4. DECYZJA

Kontynuuj, modyfikuj lub wybierz inną strategię.



# Rwa kulszowa i ból promieniujący: szybki przesiew

Krótki schemat oceny promieniowania, czucia, siły i dalszego postępowania.



Objawy korzeniowe / promieniujące wymagają porównania dystrybucji, zmian czucia, osłabienia oraz odpowiedzi na obciążenie nerwowe.

Szybki przesiew pomaga potwierdzić podejrzenie, określić poziom zajęcia i zdecydować o dalszym postępowaniu.



L3

L4

L5

S1

## PYTANIA KLUCZOWE

Czy ból promieniuje do pośladka / uda / łydki / stopy?

Czy występuje mrowienie / drętwienie?

Czy odczuwasz osłabienie?

Czy objawy nasilają się przy siedzeniu / kaszlu / schylaniu?

Czy odczuwasz ulgę po odciążeniu?



## PRZESIEW W 4 KROKACH

1



### CZUCIE – PORÓWNAJ STRONY

- Oceń dotyk lekki w dermatomach objawowych.
- Zwróć uwagę na parestezie i obszary zmniejszonego czucia.

2



### MIOTOMY – SZYBKI TEST SIŁY

- Sprawdź siłę mięśni zgodnie z kluczowymi miotomami.
- Porównaj prawą i lewą stronę.

3



### ODRUCHY – RZĘPKOWY, SKOKOWY

- Oceń odruch rząpkowy (L3–L4).
- Oceń odruch skokowy (S1).
- Porównaj strony.

4



### TESTY PROWOKACYJNE

- SLR (uniesienie prostej nogi).
- Slump (test siedzący).
- Wykonuj ostrożnie i przerwij, jeśli nasilają ból.

## NAJCZĘSTSZE POZIOMY

L3



### PRZEDNIE UDO

Ból / zaburzenia: przednie udo.

L4



### PRZYŚRODKOWA GOLEŃ

Ból / zaburzenia: przyśrodkowa goleń.

L5



### GRZBIET STOPY / PALUCH

Ból / zaburzenia: grzbiet stopy, paluch.

S1



### BOCZNA STOPA / ŁYDKA

Ból / zaburzenia: boczna stopa, łydka.



## UWAGA

- Interpretuj wyniki wszystkich elementów razem: wywiad + badanie + testy prowokacyjne.
- Pojedynczy dodatni wynik nie potwierdza zajęcia korzenia.
- Wyniki mogą się zmieniać w czasie – monitoruj i powtarzaj ocenę.



## SKIERUJ

- Postępujące osłabienie.
- Rozległe zaburzenia czucia.
- Objawy obustronne.
- Zaburzenia chodu / nasilanie.
- Objawy alarmowe (np. zatrzymanie moczu, znieczulenie w okolicy krocza).



# Podejrzanie przepukliny krążka: priorytety oceny

Jak szybko ustalić priorytety badania, sygnały ostrożności i pierwsze decyzje.



## Typowe cechy

- ✓ ból lędźwiowy z promieniowaniem
- ✓ związek ze zgięciem / siedzeniem / kaszlem
- ✓ możliwe zaburzenia czucia
- ✓ możliwa dodatnia odpowiedź na testy neurodynamiczne



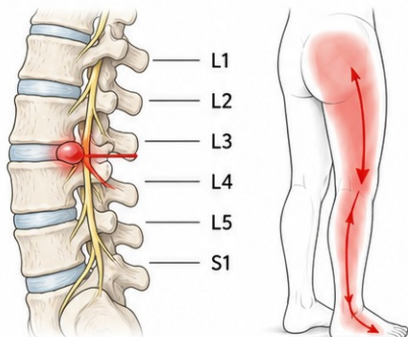
## Uwaga / Skieruj

- ⚠ postępujące osłabienie
- ⚠ zaburzenia zwieraczy
- ⚠ znieczulenie siodłowe
- ⚠ szybko narastające objawy neurologiczne



## Sprawdź w badaniu

- 1 Kierunek bólu**  
Określ przebieg promieniowania poniżej kolana.
- 2 Czuć i siła**  
Zbadaj dermatomy i miotomy odpowiadające podejrzanemu korzeniowi.
- 3 SLR / Slump / kaszel**  
Wykonaj testy prowokacyjne i odnotuj odpowiedź.
- 4 Odpowiedź na odciążenie i pozycję**  
Sprawdź, co zmniejsza lub zwiększa ból i objawy neurologiczne.



## Różnicowanie

### Dysk / korzeń

- ✓ Promieniowanie poniżej kolana
- ✓ Dodatnie SLR / Slump
- ✓ Zaburzenia czucia / osłabienie w dermatomie / miotomie
- ✓ Objawy nasilane kaszlem, kichaniem, parciem
- ✓ Ulgę przynosi odciążenie lub leżenie na plecach

### Nieswoisty mechaniczny

- ✓ Ból ograniczony do okolicy lędźwiowej
- ✓ Związany z ruchem / pozycją
- ✓ Brak objawów poniżej kolana
- ✓ Testy neurodynamiczne ujemne
- ✓ Objawy zmienne, poprawa po ruchu

### Inny / pilny

- ✓ Ból nocny, spoczynkowy, stały
- ✓ Objawy ogólnoustrojowe (gorączka, spadek masy ciała)
- ✓ Uraz o dużej sile / nowotwór w wywiadzie
- ✓ Zaburzenia zwieraczy / znieczulenie siodłowe
- ✓ Postępujące lub uogólnione objawy neurologiczne



## Dalsze kroki



### DZIAŁAJ

Wdroż plan leczenia zachowawczego: edukacja, aktywność, odciążenie, ćwiczenia dostosowane do tolerancji.



### MONITORUJ

Obserwuj odpowiedź na terapię. Reoczeń w 2–6 tygodni, lub wcześniej przy pogorszeniu.



### SKIERUJ

Przy czerwonych flagach lub braku poprawy – skieruj do specjalisty.



# Staw krzyżowo-biodrowy: logiczna sekwencja testów

Krótki schemat oceny, interpretacji i dalszego postępowania.



Objawy ze strony stawu krzyżowo-biodrowego (SIJ) należy interpretować łącznie z lokalizacją, klastrem prowokacji oraz wykluczeniem innych źródeł bólu.



## PUNKT STARTOWY

- ból pośladka / PSIS
- prowokacja przy zmianie pozycji
- asymetria obciążenia
- różnicowanie z biodrem i odcinkiem lędźwiowym



## SEKWENCJA W 5 KROKACH

### 1 LOKALIZACJA OBJAWU

Określ dokładne umiejscowienie bólu (okolica PSIS / pośladek / pachwina).

### 2 RUCH I FUNKCJA

Oceń zakres ruchu, wzorce ruchowe, obciążanie i asymetrię.

### 3 PALPACYJNE PUNKTY ORIENTACYJNE

Zlokalizuj i oceń tkiwość PSIS, więzadła krzyżowo-biodrowe, mięśnie pośladkowe.

### 4 TESTY PROWOKACYJNE

Wykonaj zestaw testów: FABER, kompresja, dystrakcja, thrust uda, Gaenslen.

### 5 INTERPRETACJA KLASTRA

Dwa lub więcej dodatnich testów zwiększa prawdopodobieństwo udziału stawu krzyżowo-biodrowego.



## CO WZMACNIA PODEJRZENIE

- ból zlokalizowany w okolicy PSIS / pośladka
- nasilenie przy przejściach pozycji i obciążaniu
- dodatnie  $\geq 2$  testy prowokacyjne
- poprawa po celowanej interwencji (objawowo lub funkcjonalnie)



## UWAGA

Unikaj nadinterpretacji pojedynczego testu. Znaczenie ma klastre, kontekst kliniczny i odpowiedź na leczenie.



## SKIERUJ

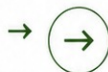
Rozważ konsultację / pilne skierowanie, gdy występuje:

- uraz wysokiego ryzyka (np. upadek z wysokości)
- cechy zapalne / infekcyjne (gorączka, nocny ból)
- objawy neurologiczne postępujące
- podejrzenie złamania, nowotworu lub zapalenia stawu krzyżowo-biodrowego



## TEST

Wykonaj sekwencję testów i udokumentuj wyniki.



## INTERWENCJA

Zastosuj celowaną interwencję (terapia manualna, ćwiczenia, edukacja, modulacja obciążenia).



## RETEST

Oceń odpowiedź: ból, funkcja, tolerancja obciążenia, ruch i czynności.



# Zespół mięśnia gruszkowatego i okolica pośladkowa

Jak szybko uporządkować objawy pośladka, promieniowania i różnicowanie.



## 1. TYPOWY OBRAZ

- ból głęboki w pośladku, często jednostronny
- nasilenie przy siedzeniu, rotacji biodra i chodzeniu
- możliwe promieniowanie do tylnej części uda (rzadko dalej niż do kolana)
- tkiliwość w okolicy mięśnia gruszkowatego i pośladka



## 2. SPRAWDŹ

- początek (ostry / stopniowy, po wysiłku / siedzeniu)
- drażliwość (niska / umiarkowana / wysoka)
- siedzenie (tolerancja, czas do nasilenia)
- prowokacja rotacją wewnętrzną biodra
- palpacja / napięcie mięśnia gruszkowatego
- wpływ chodzenia i aktywności codziennej



## 3. UWAGA

Upewnij się, że objawy nie wynikają z radikulopatii lędźwiowej (np. L5-S1) lub patologii stawu biodrowego (wewnątrzstawowej, TFL, kaletki). Oceń objawy neurologiczne i badanie biodra.



## 4. BADANIE

- zakres ruchu biodra (IR, ER, zgięcie, odwiedzenie)
- testy prowokacyjne pośladka / gruszkowatego (FAIR, Freiberg, Pace, Beatty)
- palpacja mięśnia gruszkowatego i struktury okolicy
- krótki przesiew neurologiczny (czucie, siła, odruchy)



## 5. RÓŻNICOWANIE



### GRUSZKOWATY

ból pośladka, nasilenie przy siedzeniu i rotacji biodra, tkiliwość



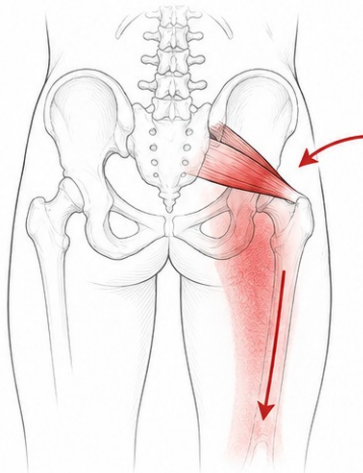
### LĘDŹWIOWE – RADIKULOPATIA

ból promieniujący poniżej kolana, objawy neurologiczne, dodatnie testy neurodynamiczne



### BIODRO

ból pachwiny / przedni uda, ograniczenie IR, ból przy obciążeniu, testy stawu biodrowego dodatnie



## KONTYNUUJ



### EDUKACJA I ODCIĄŻENIE

Wyjaśnij mechanizm, ogranicz prowokujące pozycje (długie siedzenie, rotacja, skrzyżowanie nóg). Zastosuj strategię odciążenia.



### RUCH / KONTROLA

Pracuj nad kontrolą miednicy i biodra, mobilnością, aktywacją pośladka i wzorcem ruchu bez bólu.



### ĆWICZENIA DOMOWE / RE-TEST

Dobierz ćwiczenia domowe (rozciąganie, mobilność, wzmacnianie, kontrola). Re-test objawów i funkcji.



Celem jest redukcja bólu pośladka, poprawa tolerancji siedzenia, rotacji i chodzenia oraz funkcji.

## 6. TEST → INTERWENCJA → RETEST



### 1 TEST FUNKCJONALNY

Oceń objawy, zakres, siedzenie i prowokację rotacją biodra.



### 2 INTERWENCJA

Zastosuj odpowiednie techniki (manualne, neuromobilizacja, ćwiczenia) dopasowane do objawów.



### 3 RETEST

Sprawdź tolerancję siedzenia, rotacji, chodzenia i zakresu.



### 4 DECYZJA

Kontynuuj, modyfikuj lub wybierz inną strategię.



# Biodro: szybki przesiew funkcjonalny

Krótką obserwacją ruchu, funkcji i kluczowych testów.



Objawy w obrębie biodra powinny być powiązane z ruchem, tolerancją obciążenia oraz strukturami sąsiednimi (odcinek lędźwiowy, miednica, kolano). Szybki przesiew pomaga ukierunkować dalszą ocenę i plan działania.

## 1 OBSERWUJ

- **Chód**  
Oceń symetrię, długość kroku, obecność utykania.
- **Obciążanie kończyny**  
Czy pacjent chętnie obciąża biodro?  
Czy unika pełnego obciążenia?
- **Zakres czynny**  
Zgięcie, wyprost, odwiedzenie, rotacje wewn./zewn.
- **Pozycje bolesne**  
Czy pacjent wskazuje pozycje lub ruchy nasilające dolegliwości?



## 2 ZAPYTAJ

- Gdzie dokładnie boli: pachwina / bok biodra / pośladek?
- Czy ból nasila się na schodach?
- Czy masz trudność z zakładaniem skarpet lub butów?
- Czy długie siedzenie pogarsza ból?
- Czy ból budzi w nocy, zwłaszcza przy leżeniu na boku?



### UWAGA – monitoruj i edukuj

- Wysoka drażliwość tkanek: ból łatwo wywołany ruchem lub dotykiem.
- Ból nocny niespecyficzny: może wymagać dalszego monitorowania.
- Ograniczenia zakresu lub sztywność: postępujące lub poranne > 30 min.
- Współistniejące dolegliwości w dolnym odcinku kręgosłupa lub kolanie.
- Edukuj: aktywność w zakresie tolerowanym, unikanie przeciążeń.



### SKIERUJ – wymagają pilnej oceny

- Uraz (np. upadek, skręt z bólem i obrzękiem).
- Niemożność obciążania kończyny.
- Gorączka / objawy ogólne.
- Nagłe pogorszenie lub wyraźny deficyt funkcji.



### DZIAŁAJ

- Dostosuj obciążenie i modyfikuj aktywności.
- Rozpocznij ukierunkowaną terapię (mobilność, siła, kontrola).
- Edukuj pacjenta i ustal cele funkcjonalne.
- Zaplanuj wyzwania ruchowe zgodne z tolerancją.



### MONITORUJ

- Monitoruj ból, funkcję i tolerancję obciążenia.
- Reaguj na brak postępów lub pogorszenie.
- Dostosuj plan i progresję ćwiczeń.
- Ponownie oceń kluczowe testy za 1–2 tygodnie.



### SKIERUJ

- Brak poprawy po 2–4 tygodniach leczenia zachowawczego.
- Niezgodność obrazu klinicznego z postętami.
- Podejrzanie istotnej patologii strukturalnej biodra lub kręgosłupa.

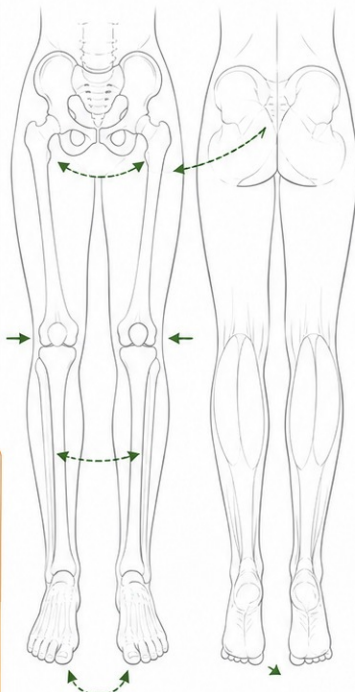


# Kończyna dolna: szybka mapa funkcjonalna

Jak łączyć objawy biodra, kolana, łydki i stopy z ruchem i obciążeniem.

## 1 BIODRO WPŁYWA NA KOLANO / STOPE

- ✓ **Słaba stabilizacja biodra** (zginacze, odwodźciele, zewnętrzne rotatory) zwiększa obciążenie kolana i stopy.
- ✓ **Ograniczona ruchomość** biodra (ROT, zgięcie, wyprost) zmienia wzorec chodu i przysiadu.
- ✓ **Kontrola miednicy** wpływa na ustawienie kończyny dolnej w płaszczyźnie czołowej i strzałkowej.



## 2 KOLANO WPŁYWA NA BIODRO / STOPE

- ✓ **Nadmierna koślawość/ szpotawość** kolana wpływa na rotację biodra i ustawienie stopy.
- ✓ **Ograniczenia ruchu** kolana zaburzają mechanikę przysiadu i chodu.
- ✓ **Ból kolana** → kompensację w biodrze, łydce i stopie.

## 3 SPRAWDŹ

-  **Chód**  
obserwuj wzorec, długość kroku, rotacje, ból w trakcie.
-  **Przysiad**  
ocena głębokości, kontroli miednicy i kolana, toru ruchu.
-  **Step-down / single-leg stance**  
kontrola miednicy, koślawość kolana, wytrzymałość.
-  **Ustawienie stopy**  
tęk podłużny i poprzeczny, pronacja / supinacja, kontakt z podłożem.
-  **Zakres biodra / kolana / skokowego**  
symetria, jakość ruchu, endpointy.
-  **Reprodukcja objawu**  
co wywołuje ból? w jakim ruchu / pozycji?

## 4 DALSZY KROKI

- **ZIELONE** – działaj  
wdrażaj interwencję, edukuj, wzmacniaj i koryguj.
- **ŻÓŁTE** – monitoruj  
modyfikuj obciążenie, śledź postępy, ponownie oceń.
- **CZERWONE** – skiepuj  
podejrzanie poważnej patologii lub brak poprawy > 4–6 tyg.

### Gdzie reprodukuje się objaw?



#### BIODRO

- Kroknienie, sztywność lub ból w pachwinie.
- Ból po siedzeniu, przy wstawaniu lub podczas chodzenia.
- Ograniczenie ruchu wewnętrznej rotacji lub zgięcia.



#### KOLANO

- Ból z przodu, wewnątrz lub z tyłu kolana.
- Ból przy schodzeniu po schodach, przysiadzie, klękaniu.
- Obrzęk, przeskakiwanie lub uczucie niestabilności.



#### STOPA / ŁYDKA

- Ból pięty, łyku lub przodostopia.
- Ból łydki podczas chodzenia, biegania lub wspięcia na palce.
- Uczucie napięcia, pieczenia lub drętwienia.



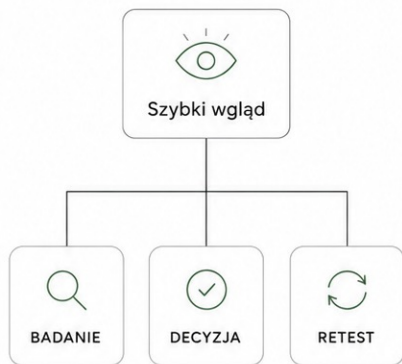
Oceń łańcuch ruchu, nie tylko miejsce bólu.



# MODUŁ 05

## Narzędzia szybkiego wglądu

Badanie neurologiczne. Zakres ruchu.  
Interpretacja. Dokumentacja.



# BADANIE NEUROLOGICZNE

## SZYBKI PRZESIEW W 90 SEKUND

Szybkie przypomnienie podstawowego przesiewu neurologicznego u pacjenta z objawami promieniującymi, drętwieniem, mrowieniem, osłabieniem lub podejrzeniem zajęcia układu nerwowego. Nie jest to pełne badanie neurologiczne i nie zastępuje rozszerzonej diagnostyki.

### ! KIEDY URUCHOMIĆ PRZESIEW?

- ☐ ból promieniuje do kończyny,
- ☐ pacjent zgłasza drętwienie lub mrowienie,
- ☐ występuje podejrzenie osłabienia,
- ☐ pacjent zauważa zmianę sprawności ręki lub nogi,
- ☐ obraz objawów sugeruje możliwość zajęcia korzenia nerwowego lub innej struktury neurologicznej.

## 1 CZUCIE

Porównaj prawą i lewą stronę w obszarach istotnych dla objawów.

? Czy czujesz za tak samo po obu stronach?

- N** – bez zauważalnej różnicy
- ↓** – osłabione
- ↑** – zwiększone / nadwrażliwe
- 0** – brak czucia
- NT** – nie można wiarygodnie ocenić

i To uproszczone oznaczenie nie zastępuje formalnego systemu klasyfikacji neurologicznej.

## 2 SIŁA

Przetestuj odpowiednie ruchy przeciwko oporowi.

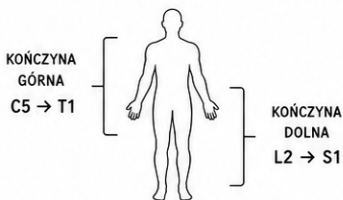
### KOŃCZYNA GÓRNA

- C5** – zgięcie łokcia
- C6** – wyprost nadgarstka
- C7** – wyprost łokcia
- C8** – zgięcie palców
- T1** – odwodzenie małego palca / palców

### KOŃCZYNA DOLNA

- L2** – zgięcie biodra
- L3** – wyprost kolana
- L4** – zgięcie grzbietowe stopy
- L5** – wyprost palucha
- S1** – zgięcie podeszwowe stopy

i Te kluczowe funkcje odpowiadają poziomom ISNCSCI.



## 3 ODRUCHY

Jeżeli są klinicznie wskazane:



### KOŃCZYNA GÓRNA

- biceps
- mięsień ramienno-promieniowy
- triceps



### KOŃCZYNA DOLNA

- odruch kolanowy
- odruch skokowy / ze ścięgna Achillesa

PRAWA ↔ LEWA

OBECNY ↔ OSŁABIONY ↔  
WZMOŻONY ↔ NIEOBECNY

i Wyniki czucia, siły i odruchów interpretuj w kontekście całego obrazu neurologicznego.

## 4 ZADAJ OSTATNIE PYTANIE

? "Czy widzę stabilny obraz, czy postępujący deficyt?"



**90 SEKUND = PRZESIEW**

✗ NIE: "90 sekund wystarczy do postawienia diagnozy."

### ! PONOWNIE OCEN PILNOŚĆ, JEŻELI:

- ☐ siła wyraźnie pogarsza się,
- ☐ pojawiają się nowe rozległe deficyty,
- ☐ objawy stają się obustronne lub szybko postępujące,
- ☐ obraz sugeruje zajęcie rdzenia lub zespołu ogona końskiego.

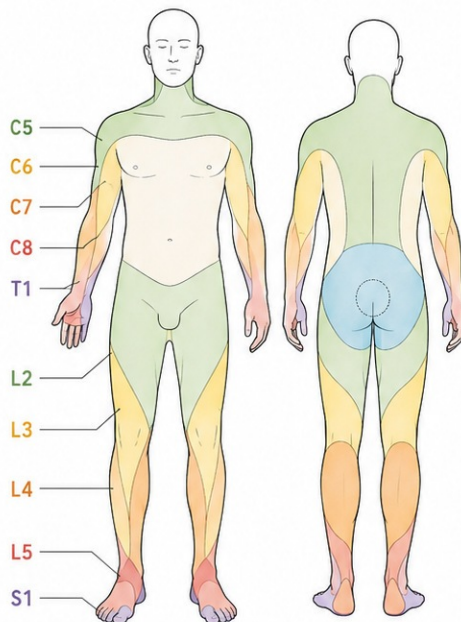


PORÓWNAJ STRONY • ZAPISZ DEFICYT • MONITORUJ ZMIANĘ

# DERMATOMY • MIOTOMY • ODRUCHY

## MAPA SZYBKIEGO WGLĄDU

### A CZUCIE • DERMATOMY



#### i WAŻNE



Dermatom jest orientacyjnym obszarem unerwienia czuciowego. Granice mogą się nakładać i różnić między osobami.



Nie rozpoznawaj poziomu uszkodzenia wyłącznie na podstawie miejsca mrowienia zaznaczonego na obrazku.

### B SIŁA • MIOTOMY

|    |                                  |
|----|----------------------------------|
| C5 | Zgięcie łokcia                   |
| C6 | Wyprost nadgarstka               |
| C7 | Wyprost łokcia                   |
| C8 | Zgięcie palców                   |
| T1 | Odwodzenie palców / małego palca |
| L2 | Zgięcie biodra                   |
| L3 | Wyprost kolana                   |
| L4 | Zgięcie grzbietowe stopy         |
| L5 | Wyprost palucha                  |
| S1 | Zgięcie podaszewowe stopy        |



Większość mięśni otrzymuje unerwienie z więcej niż jednego poziomu — traktuj test jako element całego badania.

### C ODRUCHY • KARTA SZYBKIEGO PRZEGLĄDU



**BICEPS**

→ kończyna górna



**RAMIENNO-PROMIENIOWY**

→ kończyna górna



**TRICEPS**

→ kończyna górna



**KOLANOWY**

→ kończyna dolna



**ACHILLESA**

→ kończyna dolna



**PORÓWNUJ PRAWA I LEWA STRONĘ**

Różnice między stronami są kluczowe.

**CZUCIE + SIŁA + ODRUCHY + OBJAWY > JEDEN PUNKT NA MAPIE**

# ZAKRES RUCHU

MIERZ TO, CO ZMIENIA DECYZJĘ

DLA KAŻDEGO RUCHU ZAPISZ 5 ELEMENTÓW

## 1 ZAKRES

Ile ruchu jest dostępne?

## 2 OBJAW

- ☐ nie wywołuje objawu
- ☐ wywołuje typowy objaw
- ☐ zmniejsza objaw
- ☐ zmienia lokalizację objawu

## 3 JAKOŚĆ

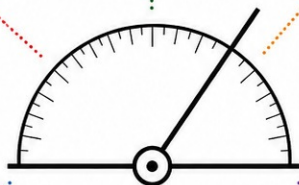
- ☐ płynny
- ☐ ostrożny
- ☐ gwałtowny
- ☐ trudny do kontrolowania

## 4 PORÓWNANIE

Czy różnica między stronami ma znaczenie dla problemu pacjenta?

## 5 FUNKCJA

Czy ograniczenie utrudnia konkretną czynność?



RUCH: \_\_\_\_\_

STRONA: ☐ P ☐ L ☐ obustronnie

PRZED: Zakres: \_\_\_\_\_ Objaw: \_\_\_\_\_ Funkcja: \_\_\_\_\_

PO INTERWENCJI: Zakres: \_\_\_\_\_ Objaw: \_\_\_\_\_ Funkcja: \_\_\_\_\_

ZMIANA: ☐ lepiej ☐ bez zmiany ☐ gorzej



**ASYMETRIA**  
≠  
**AUTOMATYCZNIE DYSFUNKCJA**



Jeżeli mierzysz — zaplanuj, kiedy wykonasz retest.



**Zamiast:** Rotacja szyi: 55°.



**Lepiej klinicznie:** Rotacja szyi w lewo ograniczona względem prawej strony i odtwarza typowy ból podczas ruchu potrzebnego do prowadzenia samochodu.



Zgięcie biodra nieznacznie asymetryczne, ale bez bólu i bez wpływu na zgłaszane ograniczenie funkcji.

**PRZED**



**INTERWENCJA**



**PO**



# TEST KLINICZNY CO TAK NAPRAWDĘ OZNACZA WYNIK?

Nie skracaj myślenia do: „test dodatni = diagnoza”.

**ZANIM WYKONASZ TEST, ZAPYTAJ: „Jaką hipotezę próbuję sprawdzić?”**



## TEST MA 3 ETAPY

### 1. PRZED TESTEM

wywiad • lokalizacja • mechanizm • funkcja • wcześniejsze wyniki

### 2. WYNIK

dodatni lub ujemny zmienia prawdopodobieństwo — nie rozstrzyga sam

### 3. PO TEŚCIE

czy wynik rzeczywiście zmienił moje

**CZUŁOŚĆ** Jak często test wykrywa badany stan?

**SWOISTOŚĆ** Jak często test wypada ujemnie u osób bez stanu?

**LR+ / LR-** Jak bardzo wynik zmienia prawdopodobieństwo hipotezy?

~~TEST + = DIAGNOZA~~

## 4 PYTANIA PRZED INTERPRETACJĄ

1. Czy test reprodukuje ZNANY objaw pacjenta?
2. Czy wynik pasuje do wywiadu?
3. Czy inne wyniki wspierają tę samą hipotezę?
4. Czy wynik rzeczywiście zmienia dalsze postępowanie?

**TEST NIE MYŚLI ZA CIEBIE.**

# TECHNIKA MANUALNA

## NAJPIERW CEL — POTEM TECHNIKA

Terapia manualna powinna być dobierana w oparciu o cel kliniczny, bezpieczeństwo, preferencje pacjenta i jego reakcję — nie dlatego, że stwierdzono „sztywność”.

### PRZED TECHNIKĄ — 6 PYTAŃ

#### 1 CZY JEST BEZPIECZNIE?

- ☒ przesiew wykonany
- ☒ brak istotnego przeciwwskazania w aktualnym obrazie
- ☒ procedura mieści się w kompetencjach specjalisty

#### 2 JAKI JEST CEL?

- krótkoterminowa modulacja bólu
- poprawa tolerancji ruchu
- przygotowanie do ćwiczenia
- zwiększenie komfortu wykonania zadania
- inny jasno zdefiniowany cel

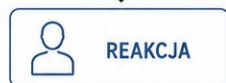


Nie używaj „ustawienie kości na miejsce” jako celu klinicznego.

#### 3 JAK REAKTYWNY JEST PACJENT?

 Czy niewielkie obciążenie wyraźnie zwiększa objawy?

 Im większa reaktywność → tym ostrożniejsza ekspozycja.



#### 4 CZY PACJENT ROZUMIE I AKCEPTUJE PROCEDURĘ?

- ☒ wyjaśnij cel
- ☒ omów, co zostanie wykonane
- ☒ uzyskaj odpowiednią zgodę
- ☒ respektuj preferencje pacjenta

#### 5 CO BĘDZIESZ RETESTOWAĆ?

Wybierz przed techniką:

- ruch
- ból
- czynność
- tolerancję obciążenia

#### 6 CO ZROBISZ POTEM?

 Efekt pasywny powinien mieć logiczne połączenie z dalszym aktywnym planem.



EFEKT NATYCHMIASTOWY ≠ DOWÓD SKORYGOWANIA STRUKTURY.



Jeżeli interwencja poprawia tolerancję ruchu, wykorzystaj tę zmianę do dalszej pracy nad funkcją.



OCI™ → dobór procedury zgodnie z pełnym systemem opisanym w materiale głównym.

# PLAN DOMOWY

MA BYĆ WYKONALNY, NIE IMPONUJĄCY.

## MINIMALNY PLAN = 4 ELEMENTY

1



### CEL

Po co pacjent wykonuje to ćwiczenie?

❌ NIE:

„Bo masz zablokowane L4.”

✅ TAK:

„To ćwiczenie ma stopniowo zwiększyć tolerancję na ruch potrzebny do schylania.”

2



### ĆWICZENIE

Zacznij od najmniejszej liczby ćwiczeń potrzebnej do realizacji celu.



Nazwa ćwiczenia



Prosta instrukcja



Liczba powtórzeń / czas według indywidualnego planu



Co powinniśmy obserwować?

3



### GRANICE REAKCJI

Łagodny objaw podczas ćwiczenia nie zawsze oznacza szkodę, ale reakcja musi być interpretowana indywidualnie.



kiedy kontynuować



kiedy zmniejszyć obciążenie



kiedy przerwać



kiedy skontaktować się ze specjalistą

4



### PROGRESJA

Co zmienimy, gdy to stanie się łatwe?

• liczba powtórzeń

• czas

• opór

• zakres

• prędkość

• złożoność zadania



### MINIMALNA EDUKACJA PACJENTA

Po wizycie pacjent powinien umieć odpowiedzieć na 6 pytań:

- 1 Co prawdopodobnie się dzieje?
- 2 Czy mogę się ruszać?
- 3 Co mam zrobić dzisiaj?
- 4 Czego mam unikać tylko tymczasowo?
- 5 Po czym poznam poprawę?
- 6 Kiedy mam ponownie zgłosić problem?



### EDUKACJA ≠ DŁUGI WYKŁAD

Najlepsza informacja to taka, która odpowiada na aktualne zmartwienie pacjenta i wspiera konkretną decyzję lub zachowanie.



### PLAN DOMOWY



CEL: Powrót do 30 minut marszu.



ĆWICZENIE: ---



DAWKA: ---



OBSERWUJ: ---

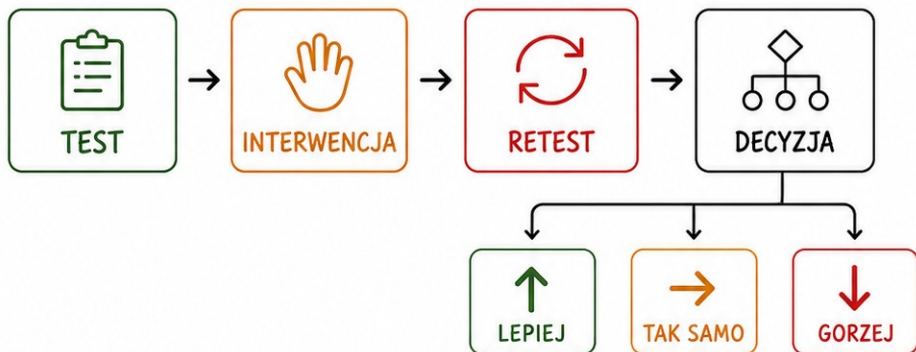


PROGRESJA: ---

**PACJENT MUSI WIEDZIEĆ, CO ROBIĆ PO WYJŚCIU Z GABINETU.**

# TEST → INTERWENCJA → RETEST

NAJPROSTSZY SPOSÓB SPRAWDZENIA ZMIANY



1

**TEST /  
WYBIERZ TEST ISTOTNY  
DLA PACJENTA**

dobry test powinien być:

- prosty
- powtarzalny
- powiązany z problemem
- możliwy do bezpiecznego wykonania

przykłady testów:

- rotacja szyi
- skłon
- przysiad
- uniesienie ramienia
- wejście na stopień
- chód
- czynność zawodowa

2

**ZAPISZ  
PUNKT WYJŚCIA**

Przykład:

**PRZED:** Rotacja szyi w lewo: ból 5/10,  
ograniczenie podczas patrzenia przez lewe ramię.

3

**ZASTOSUJ JEDNĄ  
LOGICZNĄ INTERWENCJĘ**



edukacja



zmiana strategii  
ruchu



ćwiczenie



terapia  
manualna



modyfikacja  
obciążenia

4

**POWTÓRZ  
TEN SAM TEST**

Nie zmieniaj jednocześnie testu,  
pozycji i kryterium wyniku.

5

**PORÓWNAJ /  
ZADAJ 3 PYTANIA**

Czy jest lepiej? bez zmiany? gorzej?



**JEŚLI LEPIJ**

wykorzystaj zmianę,  
ale nie zakładaj automatycznie,  
że potwierdziłeś mechanizm  
biologiczny.



**JEŚLI BEZ ZMIANY**

nie powtarzaj bez końca  
tego samego; przemyśl  
hipotezę lub cel.



**JEŚLI GORZEJ**

ocień charakter reakcji  
i zdecyduj, czy należy  
zmodyfikować, przerwać  
albo rozszerzyć ocenę.



**RETEST ODPOWIADA NA PYTANIE: CZY COŚ SIĘ ZMieniŁO?**

**NIE MUSI ODPOWIADAĆ NA PYTANIE:  
DLACZEGO DOKŁADNIE SIĘ ZMieniŁO?**

# DOKUMENTACJA

## ZAPISZ TO, CO WPŁYWA NA DECYZJĘ

### MINIMALNY SZKIELET NOTATKI



### 1 GŁÓWNY PROBLEM

Co zgłasza pacjent? .....

### 2 CEL PACJENTA

Co chce odzyskać? .....

### 3 NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE Z WYWIADU

- początek problemu
- przebieg
- czynniki zwiększające / zmniejszające objawy
- ważne informacje medyczne
- dotychczasowe leczenie

### 4 BEZPIECZEŃSTWO

- przesiew wykonany
- istotne wyniki
- decyzja dotycząca dalszego postępowania

**i** Jeśli istnieje istotny sygnał, nie zapisuj jedynie „red flags –”.  
Udokumentuj kluczowe informacje i decyzje.

### 5 KLUCZOWE WYNIKI BADANIA

Nie zapisuj każdego testu. Zapisz tylko to, co:

- wspiera hipotezę
- zmniejsza jej prawdopodobieństwo
- wpływa na bezpieczeństwo
- będzie potrzebne do retestu

### 6 HIPOTEZA KLINICZNA

Co obecnie najlepiej wyjaśnia problem? .....

**i** Hipoteza może się zmieniać wraz z nowymi informacjami.

### 7 INTERWENCJA

Co wykonano? Dlaczego? .....

### 8 REAKCJA

PRZED: \_\_\_\_\_ PO: \_\_\_\_\_

### 9 PLAN

ćwiczenia, edukacja, następny cel, monitorowanie, skierowanie jeśli potrzebne.



NOTATKA MA POZWALAĆ ODPOWIEDZIEĆ: **Dlaczego podjąłem tę decyzję?**  
KRÓTKO NIE OZNACZA NIEPRECYZYJNIE.

**i** Zakres i forma obowiązkowej dokumentacji powinny zawsze odpowiadać wymaganiom prawnym, zawodowym oraz organizacyjnym właściwym dla miejsca wykonywania praktyki.

# JEDNA WIZYTA

## CAŁY PROCES NA JEDNEJ STRONIE

### START

1

#### CO JEST PROBLEMEM?

- Co najbardziej przeszkadza Ci dzisiaj?
- Co chciałbyś ponownie móc robić?

2

#### HISTORIA



początek



zachowanie objawu



wcześniejsze epizody



aktualne leczenie



istotny kontekst medyczny

3

#### BEZPIECZEŃSTWO



**ZIELONY**

NIE → kontynuuj



**BURSZTYNOWY**

NIEPEWNOŚĆ → pogłęb ocenę



**CZERWONY**

ISTOTNE PODEJRZENIE →  
skieruj odpowiednio

→ Strony 06–09

4

#### CZY POTRZEBNY JEST PRZESIEW NEUROLOGICZNY?

**TAK**

→ czucie + siła + odruchy → Strony 30–31

**NIE**

→ przejdź dalej

5

#### JAKI RUCH LUB FUNKCJA ODTWARZA PROBLEM?



Wybierz jeden główny test funkcjonalny.

PRZED: \_\_\_\_\_

6

#### POSTAW HIPOTEZĘ

- Które wyjaśnienie jest najlepiej zgodne z całością danych?
- Czego jeszcze potrzebuję, aby ją zwiększyć lub zmniejszyć?

7

#### WYBIERZ TYLKO POTRZEBNE TESTY

Nie wszystkie testy, które znasz — tylko te, których wynik może zmienić decyzję.

→ Strona 33

8

#### WYBIERZ INTERWENCJĘ

edukacja, ćwiczenie, modyfikacja ruchu / obciążenia,  
terapia manualna jeśli uzasadniona, inne postępowanie  
właściwe dla kompetencji specjalisty.

9

#### RETEST

Powtórz dokładnie wybrany punkt odniesienia.

PO: \_\_\_\_\_

Czy: lepiej / tak samo / gorzej?

→ 36

10

#### PLAN DOMOWY

Pacjent powinien wiedzieć: co robić, jak często, jaki jest cel,  
jak monitorować reakcję, kiedy wrócić lub skontaktować się ze specjalistą.

→ 35

11

#### UDOKUMENTUJ

PROBLEM + BEZPIECZEŃSTWO + WYNIKI + DECYZJA + REAKCJA + PLAN.

→ 37

### KONIEC WIZYT

**NIE SZUKAJ NAJWIĘKSZEJ LICZBY TESTÓW.  
SZUKAJ NAJLEPSZEJ KOLEJNEJ DECYZJI.**

# KORZYSTAJ SZYBKO. MYŚL DOKŁADNIE.



## **i** CZYM JEST TEN PRZEWODNIK?

Szybki Przewodnik Kliniczny jest narzędziem wspierającym organizację informacji, przesiew bezpieczeństwa, badanie funkcjonalne oraz podejmowanie kolejnych decyzji klinicznych.

## **x** CZYM NIE JEST?

- x Nie jest samodzielnym systemem diagnostycznym.
- x Nie zastępuje pełnego wywiadu i badania.
- x Nie zastępuje odpowiedniego szkolenia zawodowego.
- x Nie pozwala wykonywać procedur wykraczających poza kompetencje użytkownika.
- x Nie zastępuje konsultacji lub diagnostyki medycznej, gdy są one wskazane.



## 5 ZASAD BEZPIECZNEGO KORZYSTANIA

**1**

### NAJPIERW BEZPIECZEŃSTWO



jeśli obraz kliniczny jest nietypowy lub niepokojący → wróć do przesiewu.

**2**

### NIE UŻYWAJ JEDNEGO TESTU JAK DIAGNOZY



łącz: wywiad +  
funkcję + badanie +  
reakcję.

**3**

### HIPOTEZA NIE JEST FAKTEM



nowe informacje  
mogą wymagać jej  
zmiany.

**4**

### INTERWENCJA MUSI MIEĆ CEL



przed jej wykonaniem  
wiedz: „Co będę  
sprawdzać później?”

**5**

### PACJENT JEST CZĘŚCIĄ DECYZJI



uwzględniaj cele,  
preferencje, możliwości,  
obawy, reakcję  
na postępowanie.



### PODSTAWOWE ŹRÓDŁA REFERENCYJNE DO REDAKCJI FINALNEJ

- World Health Organization — “WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings”, 2023.
- NICE — “Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management”, NG59.
- Academy of Orthopaedic Physical Therapy / JOSPT — “Neck Pain: Revision 2017”.
- Academy of Orthopaedic Physical Therapy / JOSPT — “Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021”.
- Finucane i wsp. — International Framework for Red Flags for Potential Serious Spinal Pathologies.
- ASIA / ISCoS — International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury — arkusz referencyjny do punktów czuciowych i kluczowych funkcji motorycznych.
- Downs & Laporte — opracowanie dotyczące różnic pomiędzy stosowanymi mapami dermatomów i ich implikacji klinicznych.



### BEZPIECZEŃSTWO



### OCENA



### HIPOTEZA



### DZIAŁANIE



### RETEST



### DECYZJA



### OSTATNIA ZASADA

„Jeżeli wynik badania nie pasuje do pacjenta —  
nie zmuszaj pacjenta, aby pasował do schematu.”

Wróć do wywiadu. Sprawdź bezpieczeństwo. Zmień hipotezę. Podejmij najlepszą kolejną decyzję.

## SZYBKIE PRZEWODNIKI KLINICZNE

Wiedza pod ręką. Myślenie kliniczne zawsze na pierwszym miejscu.