

Wizualna Biblioteka Testów Ortopedycznych

Praktyczna, wizualna biblioteka
najczęściej stosowanych testów
ortopedycznych dla fizjoterapeutów
i studentów.



50 stron
praktycznych kart testów



KRĘGOSŁUP
SZYJNY



BARK



ŁOKIEĆ
I NADGARSTEK



BIODRO



KOLANO



STAW
SKOKOWY



Prawa autorskie i ważna informacja edukacyjna



© Wszystkie prawa zastrzeżone.



Materiał przeznaczony wyłącznie
do celów edukacyjnych.



Biblioteka wspiera naukę wykonywania i interpretacji
testów ortopedycznych, ale nie zastępuje pełnego
badania klinicznego, diagnozy lekarskiej ani
indywidualnej oceny pacjenta.



Każdy test należy analizować w kontekście wywiadu,
obserwacji, badania funkcjonalnego
i innych elementów oceny.



Autorzy nie ponoszą odpowiedzialności za skutki
nieprawidłowego wykorzystania materiału.



**Powielanie, udostępnianie i odsprzedaż
bez zgody właściciela są zabronione.**



Spis treści

00 — Okładka 00

01 — Prawa autorskie
i ważna informacja
edukacyjna 01

02 — Spis treści 02

03 — Jak korzystać
z biblioteki 03

MODUŁ 01 — Jak prawidłowo
korzystać z testów
ortopedycznych 04–08

MODUŁ 02 — Kręgosłup szyjny 09–14

MODUŁ 03 — Bark 15–20

MODUŁ 04 — Bark: ścięgno mięśnia
dwugłowego i obrąbek 21–25

MODUŁ 05 — Łokieć, nadgarstek
i ręka 26–31

MODUŁ 06 — Biodro i okolica
miednicy 32–37

MODUŁ 07 — Kolano 38–43

MODUŁ 08 — Staw skokowy
i stopa 44–49

Jak korzystać z biblioteki

PROSTY PROCES KROK PO KROKU



1. Wybierz region ciała

Skorzystaj z rozdziałów tematycznych, aby szybko znaleźć właściwy obszar.



2. Określ główny objaw lub cel badania

Zdefiniuj, co chcesz ocenić i jaki jest cel testu.



3. Sprawdź kartę testu

Zapoznaj się z instrukcją, ilustracją i interpretacją wyniku.



4. Połącz wynik z wywiadem i badaniem funkcjonalnym

Uwzględnij kontekst kliniczny i całościowy obraz pacjenta.



5. Wyciągnij wnioski kliniczne ostrożnie

Interpretuj wynik w świetle innych informacji i doświadczenia terapeutycznego.

ANATOMIA KARTY TESTU

1. Nazwa testu
2. Co ocenia?
3. Pozycja pacjenta
4. Pozycja terapeuty
5. Jak wykonać test?
6. Wynik dodatni
7. Co może sugerować?
8. Ważne klinicznie
9. Ilustracja wykonania
10. Strzałki / punkty kontaktu / kierunek ruchu

TEST PRZYKŁADOWY

Co ocenia?

POZYCJA PACJENTA

POZYCJA TERAPEUTY

JAK WYKONAĆ TEST?

WYNIK DODATNI

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

WAŻNE KLINICZNIE



Pamiętaj: pojedynczy test nie stanowi samodzielnej diagnozy.

MODUŁ 01

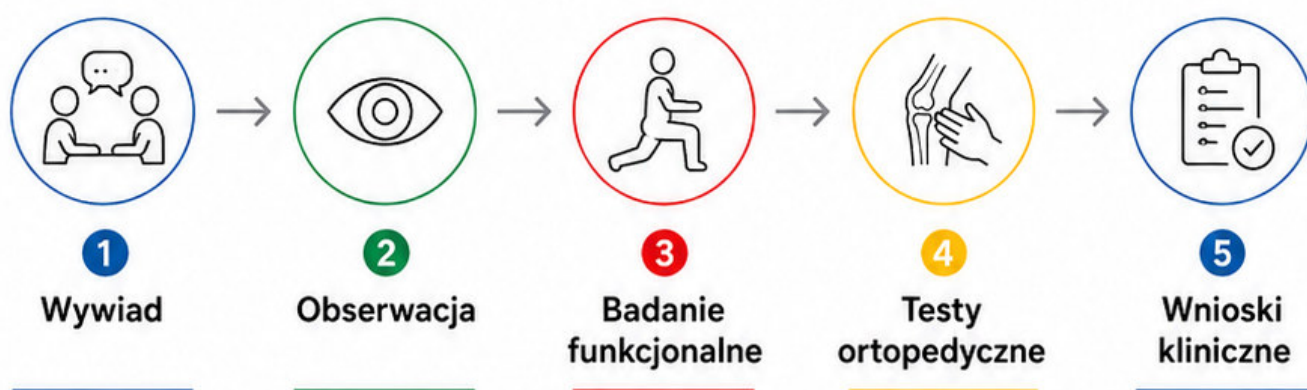
Jak prawidłowo korzystać z testów ortopedycznych

Zasady interpretacji, bezpieczeństwa i łączenia wyników z całością badania klinicznego.



Test ortopedyczny nie jest samodzielną diagnozą

Test ortopedyczny to tylko jeden element procesu badania klinicznego. Jego wartość rośnie dopiero w połączeniu z całością informacji o pacjencie.



Co daje test?

- pomaga zawęzić hipotezy
- prowokuje objawy lub potwierdza ich brak
- wspiera decyzję o dalszej ocenie



Czego test nie daje?

- nie daje pełnej diagnozy
- nie wyjaśnia całego problemu samodzielnie
- może dawać wyniki fałszywie dodatnie lub ujemne



Dlaczego liczy się kontekst?

- znaczenie ma obraz całego pacjenta
- wynik należy zestawić z historią objawów i funkcją
- jeden wynik nigdy nie powinien przesądzać sam



Interpretuj wynik ostrożnie i zawsze w kontekście całości badania.

Jak czytać każdą kartę testu

21

Test Hawkinsa-Kennedy'ego

BARK



CO OCENIA?

Impingement podbarkowy – ucisk struktur pod wyrostkiem barkowym.



POZYCJA PACJENTA

Siedząca. Ramię w zgięciu 90° w stawie barkowym i 90° w łokciu.



POZYCJA TERAPEUTY

Stoi z boku badanego.



JAK WYKONAĆ TEST?

Stabilizuj łopatkę. Wykonaj rotację wewnętrzną ramienia pacjenta.



WYNIK DODATNI

Ból w przednio-bocznej części barku.



CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Udar podbarkowy, zapalenie ścięgien, uszkodzenie stożka rotatorów.



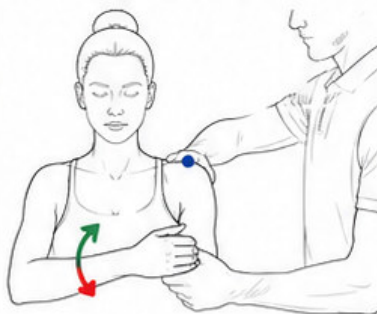
WAŻNE KLINICZNIE

Dodatni test nie potwierdza diagnozy – wymaga korelacji klinicznej.

ILUSTRACJA WYKONANIA



STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU



- Stabilizacja łopatki
- Punkt kontaktu dłonią
- Kierunek ruchu – rotacja wewnętrzna

NAZWA TESTU

Nazwa i numer testu.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA

Zdjęcie lub rysunek pokazujący wykonanie testu.

STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU

Wskazują stabilizację, punkty kontaktu i kierunek ruchu.



JAK KORZYSTAĆ W PRAKTYCE

- Najpierw przeczytaj cel testu
- Zwróć uwagę na ustawienie pacjenta
- Sprawdź kryterium wyniku dodatniego
- Porównaj wynik z innymi elementami badania

Wynik dodatni, ujemny i niejednoznaczny



Wynik dodatni

Test prowokuje typowe objawy i wspiera postawioną hipotezę kliniczną.

- Reprodukacja typowych objawów
- Wyraźna prowokacja bólu lub objawu
- Zgodność z hipotezą kliniczną



Wynik ujemny

Test nie prowokuje objawów i nie potwierdza hipotezy klinicznej.

- Brak typowej prowokacji
- Brak charakterystycznych objawów
- Mniejsze prawdopodobieństwo danej struktury lub mechanizmu



Wynik niejednoznaczny

Wynik nie pozwala jednoznacznie potwierdzić ani wykluczyć hipotezy klinicznej.

- Objawy niespecyficzne
- Ograniczona współpraca lub napięcie
- Wynik wymagający dalszej weryfikacji

Co dalej?



Porównaj
z wywiadem



Sprawdź
inne testy



Oceń funkcję
i ruch



Nie opieraj decyzji
na jednym wyniku

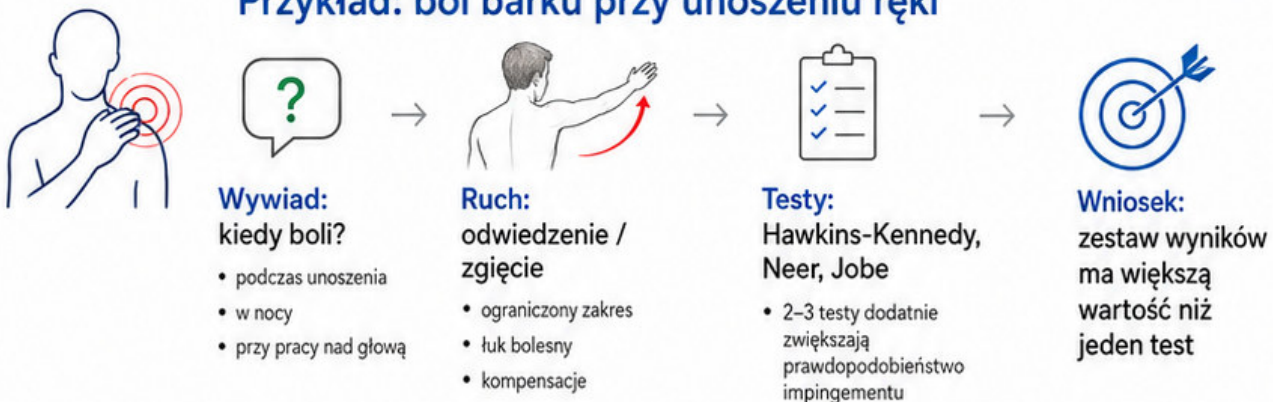
Łączenie testów z wywiadem i badaniem funkcjonalnym

Skuteczna ocena ortopedyczna opiera się na integracji informacji.

Testy mają największą wartość, gdy są dobierane świadomie i interpretowane w kontekście klinicznym.



Przykład: ból barku przy unoszeniu ręki



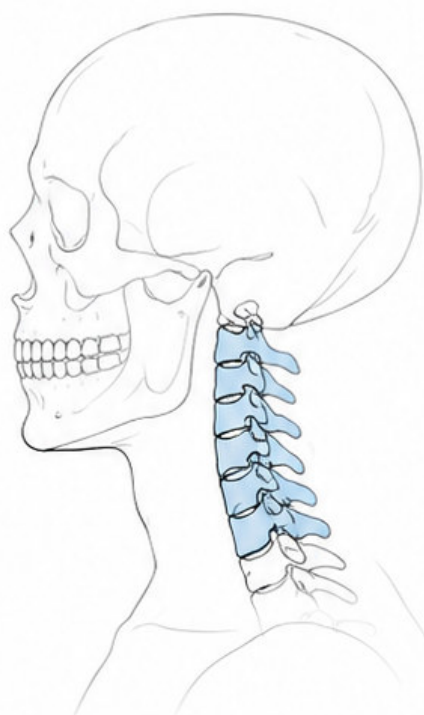
Wybieraj testy celowo — nie wykonuj ich przypadkowo.

Dobre decyzje kliniczne wynikają z dobrych pytań, obserwacji i interpretacji.

MODUŁ 02

Kręgosłup szyjny

Testy pomocne w ocenie objawów
szyjnych, korzeniowych i ograniczeń ruchu.



Test Spurlinga

10

Test Spurlinga

KRĘGOSŁUP SZYJNY



CO OCENIA?

Objawy korzeniowe szyjne i zwężenie otworu międzykręgowego.



POZYCJA PACJENTA

Siedząca.



POZYCJA TERAPEUTY

Stoi za lub lekko z boku pacjenta.



JAK WYKONAĆ TEST?

Ustaw szyję w wyproście, zgięciu bocznym i rotacji w stronę objawową, a następnie zastosuj delikatną kompresję osiową.



WYNIK DODATNI

Reprodukcja bólu promieniującego, drętwienia lub parestezji do kończyny górnej.



CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Radikulopatię szyjną, podrażnienie korzenia nerwowego lub zwężenie otworu międzykręgowego.



WAŻNE KLINICZNE

Największe znaczenie ma ból promieniujący; sam ból miejscowy szyi jest mniej swoisty. Test wykonuj ostrożnie.

CO OCENIA?

Określa obecność objawów korzeniowych szyjnych i podejrzenie zwężenia otworu międzykręgowego.

POZYCJA PACJENTA

Pacjent siedzi wygodnie, z rękami spoczywającymi na udach.

POZYCJA TERAPEUTY

Terapeuta stoi za pacjentem lub lekko z boku, zapewniając stabilizację i kontrolę ruchu.

JAK WYKONAĆ TEST?

Pozycjonowanie szyi i delikatna kompresja osiowa w kierunku podłogi.

WYNIK DODATNI

Objawy reprodukowane do ramienia, przedramienia lub dłoni.

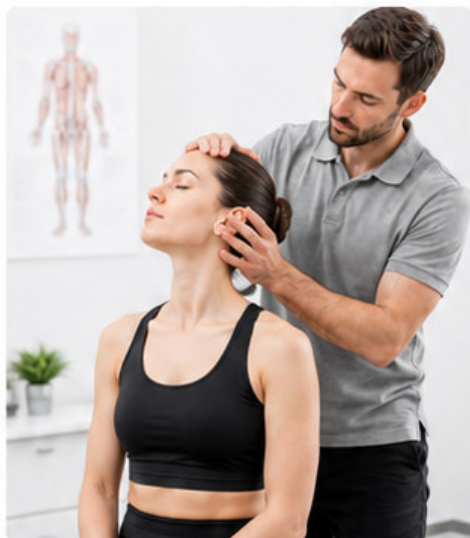
CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Wskazuje na możliwe podrażnienie lub ucisk korzenia nerwowego w odcinku szyjnym.

WAŻNE KLINICZNE

Ostrożna interpretacja i uwzględnienie całego obrazu klinicznego pacjenta.

ILUSTRACJA WYKONANIA



STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU



● Rotacja w stronę objawową

● Zgięcie boczne w stronę objawową

↓ Kompresja osiowa – delikatny nacisk w dół

**CO OCENIA?**

Objawy korzeniowe szyjne i wpływ trakcji na struktury szyjne.

**POZYCJA PACJENTA**

Leżenie tyłem lub siedząca; na ilustracji pokaż pozycję leżenia tyłem.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi przy głowie pacjenta.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Obejmij głowę pacjenta i zastosuj delikatną trakcję osiową ku górze, odciążając odcinek szyjny.

**WYNIK DODATNI**

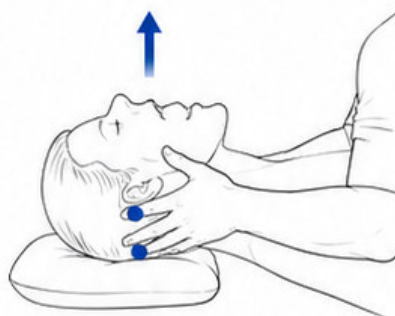
Zmniejszenie lub ustąpienie objawów promieniujących do kończyny górnej.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Udział kompresji korzeni nerwowych, zwężenia otworów międzykręgowych lub konfliktu struktur szyjnych.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Dodatni wynik polega zwykle na zmniejszeniu objawów, a nie ich nasileniu. Interpretuj razem z testami prowokacyjnymi.

ILUSTRACJA WYKONANIA**SCHEMAT – KIERUNEK RUCHU I KONTAKT TERAPEUTY**

- Punkty kontaktu terapeuty
- ↑ Kierunek trakcji osiowej – ku górze

CO OCENIA?

Objawy korzeniowe szyjne i wpływ trakcji na struktury szyjne.

POZYCJA PACJENTA

Leżenie tyłem lub siedząca; na ilustracji pokaż pozycję leżenia tyłem.

POZYCJA TERAPEUTY

Stoi przy głowie pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Obejmij głowę pacjenta i zastosuj delikatną trakcję osiową ku górze, odciążając odcinek szyjny.

WYNIK DODATNI

Zmniejszenie lub ustąpienie objawów promieniujących do kończyny górnej.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Udział kompresji korzeni nerwowych, zwężenia otworów międzykręgowych lub konfliktu struktur szyjnych.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatni wynik polega zwykle na zmniejszeniu objawów, a nie ich nasileniu. Interpretuj razem z testami prowokacyjnymi.

Upper Limb Tension Test – nerw pośrodkowy

12

Upper Limb Tension Test – nerw pośrodkowy

KRĘGOSŁUP
SZYJNY

CO OCENIA?

Mechanosensytywność nerwu pośrodkowego i tkanek nerwowych kończyny górnej.



POZYCJA PACJENTA

Leżenie tyłem.



POZYCJA TERAPEUTY

Stoi z boku badanego.



JAK WYKONAĆ TEST?

Ustaw depresję barku, odwiedzenie i rotację zewnętrzną ramienia, supinację przedramienia, wyprost nadgarstka i palców, a następnie wyprostuj łokieć. Możesz dodać zgięcie boczne szyi po stronie przeciwnej jako komponent różnicujący.



WYNIK DODATNI

Odtworzenie znanych objawów nerwowych lub wyraźna asymetria względem strony przeciwnej.



CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Podrażnienie nerwu pośrodkowego, zwiększoną wrażliwość układu nerwowego lub udział odcinka szyjnego.



WAŻNE KLINICZNE

Test ma charakter sekwencyjny; oceniaj zarówno jakość objawów, jak i różnicę stron. Nie interpretuj samego napięcia jako rozpoznania.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

Kryterium uznania testu za dodatni.

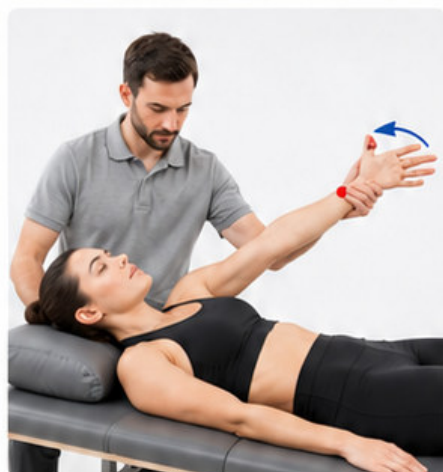
CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

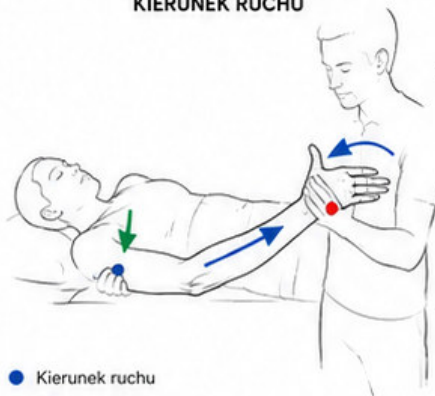
WAŻNE KLINICZNE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA



STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU



- Kierunek ruchu
- Stabilizacja / kontakt proksymalny
- Kontakt dłoni / kontrola dystalna

ILUSTRACJA WYKONANIA

Zdjęcie lub rysunek pokazujący wykonanie testu.

STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU

Wskazują stabilizację, punkty kontaktu i kierunek ruchu.

Test rotacji szyjnej w zgięciu

13

Test rotacji szyjnej w zgięciu

KRĘGOSŁUP SZYJNY



CO OCENIA?

Ruchomość segmentu C1–C2 oraz możliwy udział górnego odcinka szyjnego.



POZYCJA PACJENTA

Leżenie tyłem.



POZYCJA TERAPEUTY

Stoi przy głowie pacjenta.



JAK WYKONAĆ TEST?

Wprowadź szyję w maksymalne zgięcie, a następnie wykonaj rotację głowy w prawo i w lewo, porównując zakres i objawy.



WYNIK DODATNI

Wyraźne ograniczenie rotacji lub prowokacja znanego bólu, zwłaszcza bólu głowy szyjnopochodnego.



CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Dysfunkcję segmentu C1–C2 lub udział górnego odcinka szyjnego w objawach.



WAŻNE KLINICZNIE

W praktyce zwraca się uwagę na asymetrię oraz wyraźne ograniczenie zakresu. Porównuj obie strony i uwzględnij objawy pacjenta.

CO OCENIA?

Ruchomość segmentu C1–C2 oraz możliwy udział górnego odcinka szyjnego.

POZYCJA PACJENTA

Leżenie tyłem.

POZYCJA TERAPEUTY

Stoi przy głowie pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Wprowadź szyję w maksymalne zgięcie, a następnie wykonaj rotację głowy w prawo i w lewo, porównując zakres i objawy.

WYNIK DODATNI

Wyraźne ograniczenie rotacji lub prowokacja znanego bólu, zwłaszcza bólu głowy szyjnopochodnego.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Dysfunkcję segmentu C1–C2 lub udział górnego odcinka szyjnego w objawach.

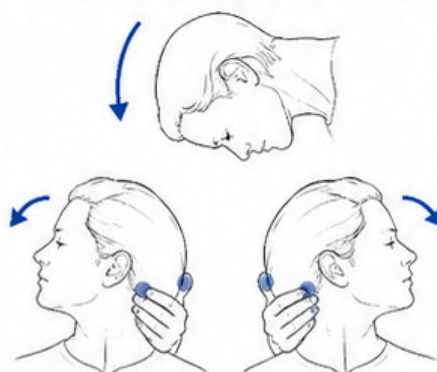
WAŻNE KLINICZNIE

W praktyce zwraca się uwagę na asymetrię oraz wyraźne ograniczenie zakresu. Porównuj obie strony i uwzględnij objawy pacjenta.

ILUSTRACJA WYKONANIA



SCHEMAT RUCHU I PUNKTY KONTAKTU



- Kierunek zgięcia i rotacji
- Punkty kontaktu terapeuty
- Miejsce możliwej prowokacji objawów

**CO OCENIA?**

Objawy korzeniowe szyjne i tolerancję kompresji przy zgięciu bocznym szyi.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi za lub z boku pacjenta.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Ustaw głowę pacjenta w zgięciu bocznym w stronę badaną i zastosuj delikatną kompresję osiową.

**WYNIK DODATNI**

Reprodukcja bólu promieniującego, drętwienia lub mrowienia do kończyny górnej.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Podrażnienie korzenia nerwowego lub zmniejszenie przestrzeni w otworze międzykręgowym.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Test jest prowokacyjny i wymaga ostrożności. Największe znaczenie ma odtworzenie objawów promieniujących, a nie samego bólu miejscowego.

CO OCENIA?

Objawy korzeniowe szyjne i tolerancję kompresji przy zgięciu bocznym szyi.

POZYCJA PACJENTA

Siedząca.

POZYCJA TERAPEUTY

Stoi za lub z boku pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Ustaw głowę pacjenta w zgięciu bocznym w stronę badaną i zastosuj delikatną kompresję osiową.

WYNIK DODATNI

Reprodukcja bólu promieniującego, drętwienia lub mrowienia do kończyny górnej.

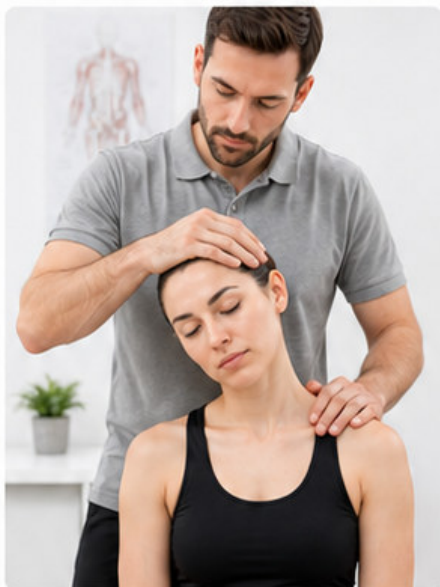
CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Podrażnienie korzenia nerwowego lub zmniejszenie przestrzeni w otworze międzykręgowym.

WAŻNE KLINICZNIE

Test jest prowokacyjny i wymaga ostrożności. Największe znaczenie ma odtworzenie objawów promieniujących, a nie samego bólu miejscowego.

ILUSTRACJA WYKONANIA



SCHEMAT RUCHU I PUNKTÓW KONTAKTU

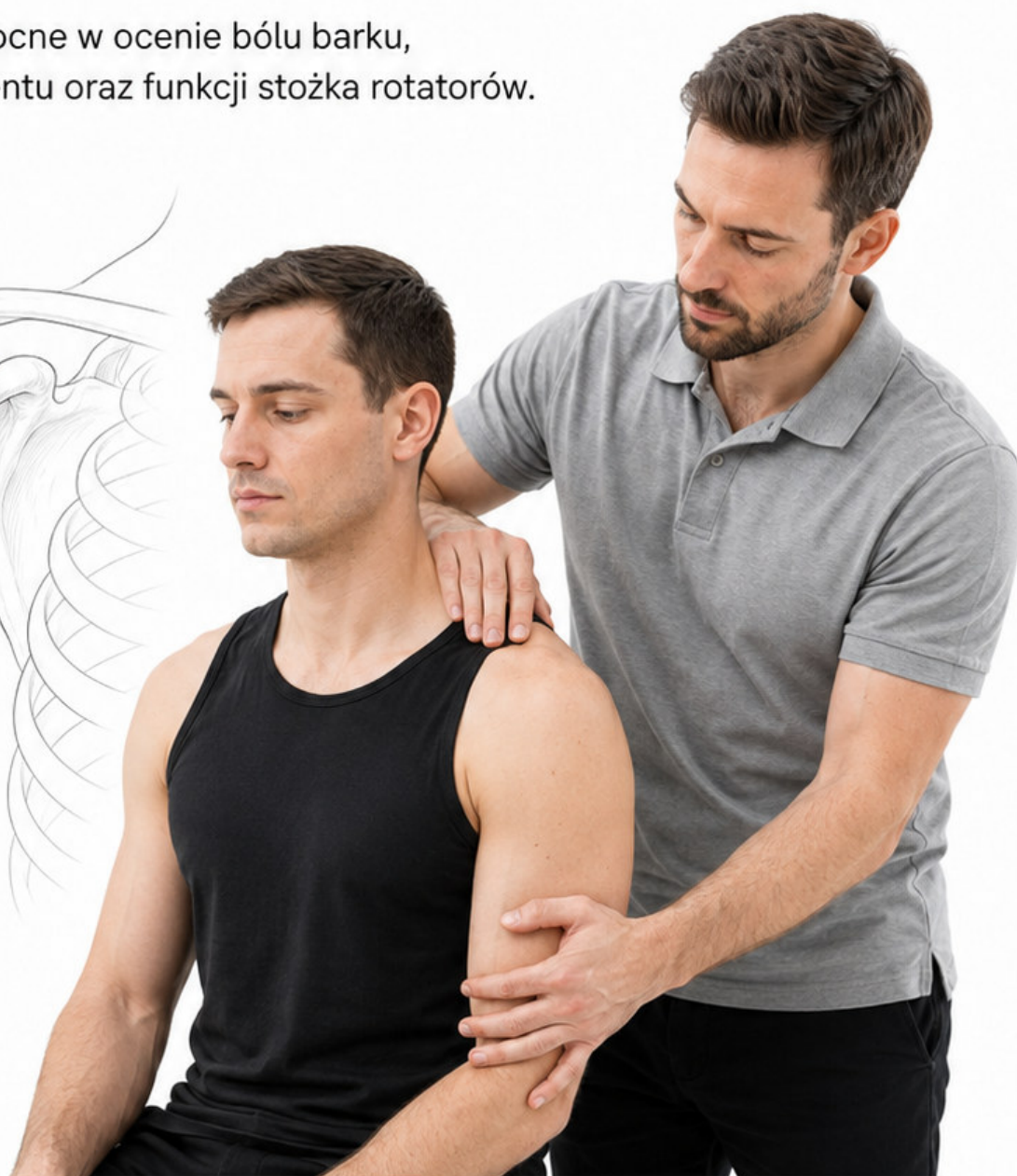
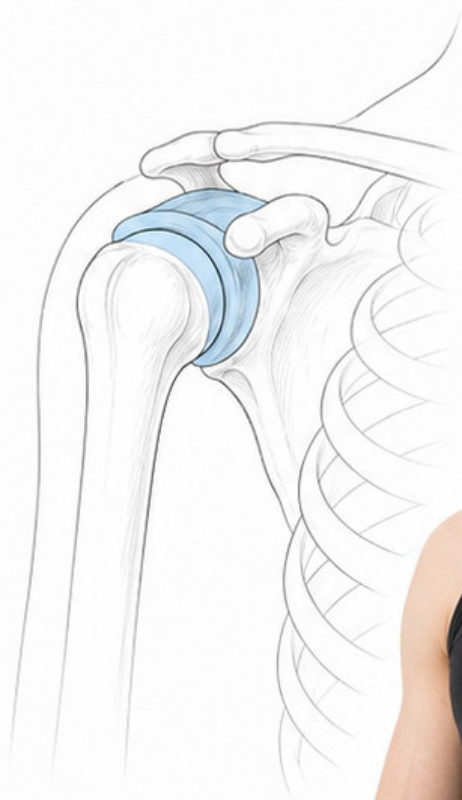


- ↓ Kompresja osiowa
- ↪ Zgięcie boczne w stronę badaną
- Punkt kontaktu dłoni terapeuty

MODUŁ 03

Bark

Testy pomocne w ocenie bólu barku,
impingementu oraz funkcji stożka rotatorów.



**CO OCENIA?**

Impingement podbarkowy i ucisk struktur pod wyrostkiem barkowym.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca. Ramię zgięte do 90° w barku i 90° w łokciu.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi z boku badanego.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Stabilizuj łopatkę i wykonaj rotację wewnętrzną ramienia pacjenta.

**WYNIK DODATNI**

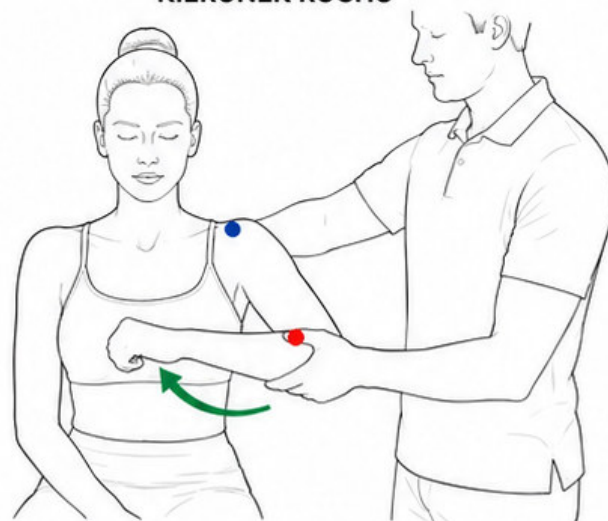
Ból w przednio-bocznej części barku.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Impingement podbarkowy, podrażnienie stożka rotatorów lub struktur kaletki.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Dodatni wynik wspiera hipotezę kliniczną, ale nie stanowi samodzielnej diagnozy.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Stabilizacja łopatki
- Punkt kontaktu dłonią
- Kierunek ruchu – rotacja wewnętrzna

**CO OCENIA?**

Objawy impingementu podbarkowego.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca lub stojąca;
pokaż pozycję siedzącą.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi z boku badanego.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Stabilizuj łopatkę i biernie unieś ramię pacjenta w zgięciu do góry, zwykle z rotacją wewnętrzną.

**WYNIK DODATNI**

Ból pojawiający się podczas końcowego unoszenia ramienia.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Impingement podbarkowy, podrażnienie ścięgien stożka rotatorów lub kaletki podbarkowej.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Kluczowa jest prowokacja znanego bólu oraz zestawienie wyniku z zakresem ruchu i innymi testami barku.

CO OCENIA?

Objawy impingementu podbarkowego.

POZYCJA PACJENTA

Siedząca lub stojąca;
pokaż pozycję siedzącą.

POZYCJA TERAPEUTY

Stoi z boku badanego.

JAK WYKONAĆ TEST?

Stabilizuj łopatkę i biernie unieś ramię pacjenta w zgięciu do góry, zwykle z rotacją wewnętrzną.

WYNIK DODATNI

Ból pojawiający się podczas końcowego unoszenia ramienia.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Impingement podbarkowy, podrażnienie ścięgien stożka rotatorów lub kaletki podbarkowej.

WAŻNE KLINICZNIE

Kluczowa jest prowokacja znanego bólu oraz zestawienie wyniku z zakresem ruchu i innymi testami barku.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Unoszenie ramienia w zgięciu do góry (zwykle z rotacją wewnętrzną)
- Stabilizacja łopatki
- Miejsce prowokacji bólu (przedni i boczny obszar barku)

**CO OCENIA?**

Funkcję mięśnia nadgrzebieniowego i ból związany ze stożkiem rotatorów.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca lub stojąca; pokaż pozycję stojącą.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi z przodu lub lekko z boku badanego.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Ustaw kończynę w płaszczyźnie łopatki, około 90° uniesienia, z kciukiem skierowanym w dół, a następnie zastosuj opór ku dołowi.

**WYNIK DODATNI**

Ból lub osłabienie podczas oporu.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Dysfunkcję mięśnia nadgrzebieniowego lub patologię stożka rotatorów.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Zwracaj uwagę zarówno na ból, jak i na siłę. Osłabienie może mieć znaczenie większe niż sam dyskomfort.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

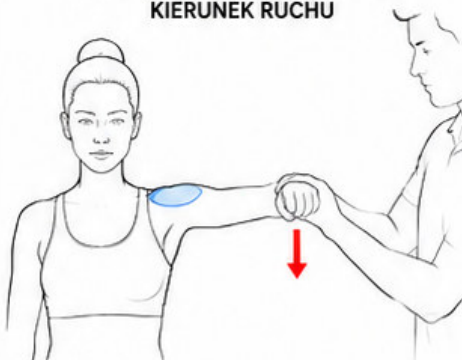
Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

● Pozycja wyjściowa: uniesienie w płaszczyźnie łopatki ok. 90°, kciuk w dół.

● Opór terapeuty: ku dołowi.

● Ruch testowany: odwiedzenie w płaszczyźnie łopatki.

**CO OCENIA?**

Zdolność kontrolowanego opuszczania ramienia oraz możliwe uszkodzenie stożka rotatorów.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca lub stojąca; pokaż pozycję stojącą.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi obok badanego, gotowy do zabezpieczenia kończyny.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Ustaw ramię w odwiedzeniu, a następnie poproś pacjenta, aby powoli i kontrolowanie opuścił kończynę.

**WYNIK DODATNI**

Nagłe opadanie ramienia, brak kontroli lub wyraźny ból podczas opuszczania.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Uszkodzenie stożka rotatorów, zwłaszcza mięśnia nadgrzebieniowego.

**WAŻNE KLINICZNIE**

W razie słabej kontroli terapeuta powinien asekurować kończynę. Oceniaj ból, siłę i jakość ruchu.

CO OCENIA?

Zdolność kontrolowanego opuszczania ramienia oraz możliwe uszkodzenie stożka rotatorów.

POZYCJA PACJENTA

Siedząca lub stojąca; pokaż pozycję stojącą.

POZYCJA TERAPEUTY

Stoi obok badanego, gotowy do zabezpieczenia kończyny.

JAK WYKONAĆ TEST?

Ustaw ramię w odwiedzeniu, a następnie poproś pacjenta, aby powoli i kontrolowanie opuścił kończynę.

WYNIK DODATNI

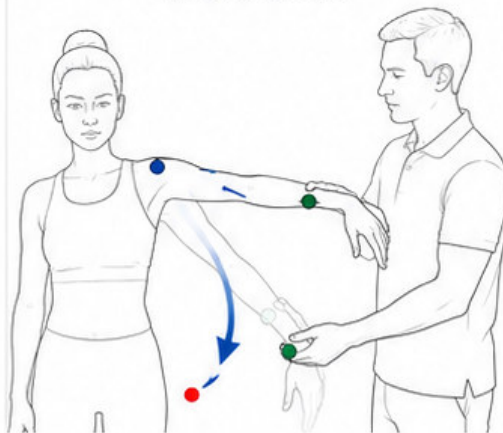
Nagłe opadanie ramienia, brak kontroli lub wyraźny ból podczas opuszczania.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Uszkodzenie stożka rotatorów, zwłaszcza mięśnia nadgrzebieniowego.

WAŻNE KLINICZNIE

W razie słabej kontroli terapeuta powinien asekurować kończynę. Oceniaj ból, siłę i jakość ruchu.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

● Pozycja wyjściowa – odwiedzenie ramienia

● Punkty kontaktu terapeuty

● Miejsce provokacji objawów – podczas opuszczania

➔ Kierunek ruchu – powolne i kontrolowane opuszczanie



CO OCENIA?

Funkcję rotatorów zewnętrznych barku, zwłaszcza mięśnia podgrzebieniowego i obłego mniejszego.



POZYCJA PACJENTA

Siedząca lub stojąca; ramię przy tułowiu, łokieć zgięty do 90°.



POZYCJA TERAPEUTY

Stoi z boku badanego.



JAK WYKONAĆ TEST?

Ustaw ramię przy tułowiu i łokieć w 90° zgięcia. Poproś pacjenta o rotację zewnętrzną, a następnie zastosuj opór w kierunku rotacji wewnętrznej.



WYNIK DODATNI

Ból lub osłabienie podczas oporu.



CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Dysfunkcję mięśnia podgrzebieniowego / obłego mniejszego lub patologię stożka rotatorów.



WAŻNE KLINICZNIE

Oceniaj zarówno ból, jak i siłę. Słabość może być ważniejsza niż sam dyskomfort.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

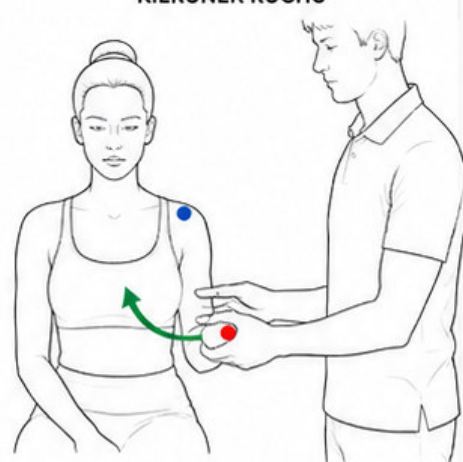
WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA



STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU



- Stabilizacja łokcia / ramienia
- Punkt kontaktu oporu – kierunek rotacji wewnętrznej
- Kierunek ruchu – rotacja zewnętrzna

MODUŁ 04

Bark: ścięgno mięśnia dwugłowego i obrąbek

Testy pomocne w ocenie długiej głowy bicepsa, obrąbka stawowego i bólu przedniej części barku.



**CO OCENIA?**

Ścięgno długiej głowy mięśnia dwugłowego ramienia oraz przednią część barku.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca lub stojąca; ramię uniesione do około 90° z wyprostowanym łokciem i odwróconym przedramieniem.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi z przodu lub z boku badanego.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Poproś pacjenta o utrzymanie zgięcia barku przy wyprostowanym łokciu i supinacji przedramienia, a następnie zastosuj opór ku dołowi.

**WYNIK DODATNI**

Ból w bruździe międzyguzkowej lub przedniej części barku.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Tendinopatię długiej głowy bicepsa lub udział struktur przedniego barku.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Test może także prowokować objawy obrąbka; interpretuj wynik razem z innymi testami.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

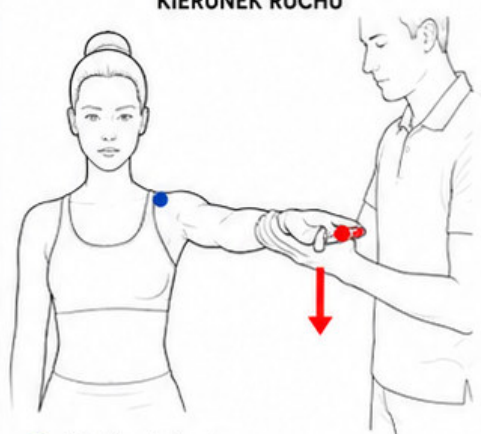
Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

● Stabilizacja barku

● Punkt kontaktu dłonią

↓ Kierunek oporu – ku dołowi

**CO OCENIA?**

Ścięgno długiej głowy mięśnia dwugłowego oraz jego stabilność w bruzdzie międzyguzkowej.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca lub stojąca; łokieć zgięty do 90°, ramię przy tułowi.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi z przodu lub z boku badanego.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Ustaw przedramię w pronacji, a następnie poproś pacjenta o supinację i rotację zewnętrzną przeciw oporowi. Możesz palpować bruzdę międzyguzkową.

**WYNIK DODATNI**

Ból w bruzdzie międzyguzkowej lub wyczuwalne przeskakiwanie ścięgna.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Tendinopatię lub niestabilność długiej głowy bicepsa.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Zwracaj uwagę zarówno na ból, jak i na ewentualne przeskakiwanie ścięgna.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

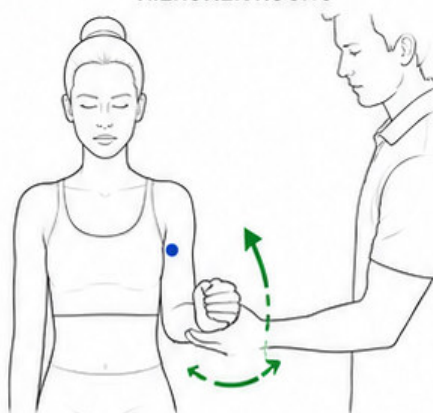
Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Punkt palpacji – bruzda międzyguzkowa
- Kierunek oporu terapeuty
- Supinacja (obróć przedramienia ku górze)
- - - Rotacja zewnętrzna (odwiedzenie kciuka)

**CO OCENIA?**

Obrąbek stawowy typu SLAP oraz staw barkowo-obończykowy.

**POZYCJA PACJENTA**

Stojąca; ramię zgięte do 90°, przywiedzione około 10–15°.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi przed badanym.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Najpierw ustaw kciuk w dół i zastosuj opór ku dołowi. Następnie powtórz test z przedramieniem odwróconym i dłoń skierowaną ku górze.

**WYNIK DODATNI**

Ból lub kliknięcie w głębi barku w pozycji z kciukiem w dół, zmniejszające się po odwróceniu przedramienia; ból nad stawem AC może wskazywać na jego udział.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Uszkodzenie obrąbka typu SLAP lub problem stawu barkowo-obończykowego.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Ważne jest porównanie dwóch pozycji testowych oraz lokalizacji bólu.

CO OCENIA?

Obrąbek stawowy typu SLAP oraz staw barkowo-obończykowy.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

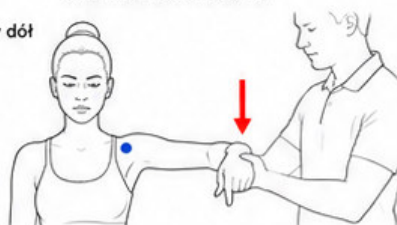
Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

WAŻNE KLINICZNIE

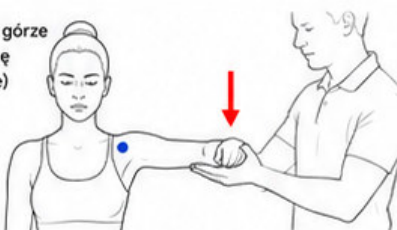
Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

1. Kciuk w dół



2. Dłoń ku górze (przedramię odwrócone)



● Miejsce bólu / objawów (głęboko w barku lub nad AC)

↓ Opór terapeuty – kierunek ku dołowi

— Pozycja wyjściowa i kierunek ruchu

**CO OCENIA?**

Obrąbek stawowy barku, zwłaszcza w kontekście uszkodzeń typu SLAP.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca lub stojąca; ramię odwiedzone wysoko, zwykle około 160°, łokieć zgięty.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi obok badanego.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Ustaw bark w dużym odwiedzeniu, zastosuj kompresję osiową wzdłuż ramienia i wykonuj rotację wewnętrzną oraz zewnętrzną.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

**WYNIK DODATNI**

Ból, kliknięcie lub uczucie przeskakiwania w barku.

WYNIK DODATNI

Kryterium uznania testu za dodatni.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Uszkodzenie obrąbka stawowego.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

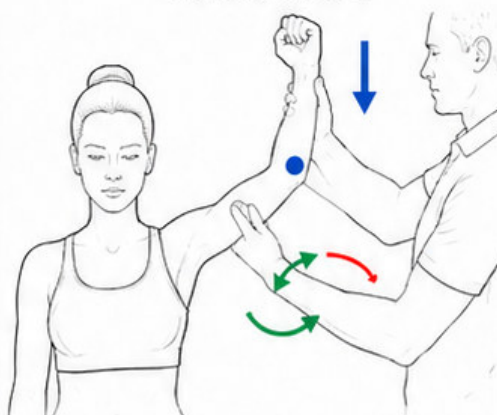
Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Test może być prowokacyjny; zwracaj uwagę na charakter bólu i odgłosy mechaniczne.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Punkt kompresji osiowej (wzdłuż ramienia)
- Rotacja wewnętrzna
- Rotacja zewnętrzna

MODUŁ 05

Łokieć, nadgarstek i ręka

Testy pomocne w ocenie przeciążeń ścięgien, ucisku nerwów i problemów funkcjonalnych kończyny górnej.



**CO OCENIA?**

Ból bocznej okolicy łokcia związany z prostownikami nadgarstka.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca; łokieć zgięty lub lekko wyprostowany, przedramię pronowane.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi lub siedzi naprzeciw badanego.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Poproś pacjenta o wyprost nadgarstka przeciw oporowi, zwykle z lekkim odchyleniem promieniowym. Możesz stabilizować łokieć.

**WYNIK DODATNI**

Ból w okolicy nadkłykcia bocznego.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Łokieć tenisisty / tendinopatię prostowników nadgarstka.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Największe znaczenie ma miejscowa prowokacja objawu nad nadkłykiem bocznym.

CO OCENIA?

Struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

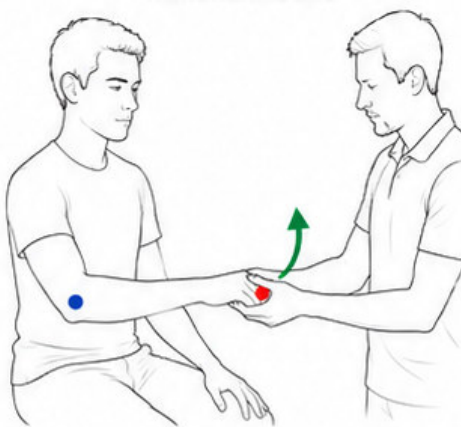
Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Punkt bólu: nadkłykiec boczny kości ramiennej
- Punkt kontaktu: dłoń – grzbiet ręki pacjenta
- Kierunek ruchu: wyprost nadgarstka (z lekkim odchyleniem promieniowym)

**CO OCENIA?**

Ból bocznej okolicy łokcia podczas rozciągania prostowników nadgarstka.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca lub stojąca; kończyna górna rozluźniona.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi z boku badanego.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Wyprostuj łokieć, ustaw przedramię w pronacji, zgnij nadgarstek i doprowadź go do przywiedzenia łokciowego, rozciągając prostowniki.

**WYNIK DODATNI**

Ból w okolicy nadkłykcia bocznego.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Łokieć tenisisty / podrażnienie wspólnego przyczepu prostowników.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Test jest bardziej prowokacyjny niż siłowy; interpretuj go z badaniem palpacyjnym i funkcjonalnym.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

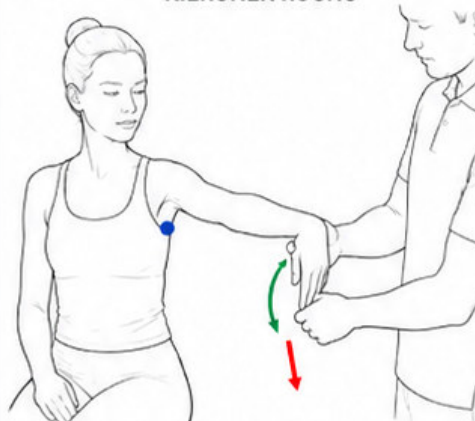
Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Punkt bólowy – okolica nadkłykcia bocznego
- Ruch: zgięcie i przywiedzenie nadgarstka
- Ustawienie: pronacja przedramienia, wyprost łokcia

**CO OCENIA?**

Objawy drażnienia lub ucisku nerwu pośrodkowego w okolicy kanału nadgarstka.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca; przedramię podparte, dłoń rozluźniona.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi lub siedzi naprzeciw badanego.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Opukuj przebieg nerwu pośrodkowego nad kanałem nadgarstka, obserwując odpowiedź pacjenta.

**WYNIK DODATNI**

Mrowienie, drętwienie lub prądowanie promieniujące do kciuka, palca wskazującego, środkowego lub promieniowej części serdecznego.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Zespół cieśni kanału nadgarstka lub drażnienie nerwu pośrodkowego.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Test jest prosty, ale nie wystarcza samodzielnie do rozpoznania; interpretuj go razem z objawami i innymi testami.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

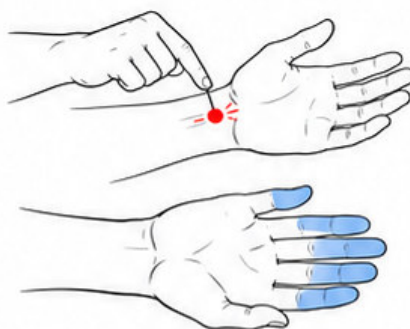
Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Punkt opukiwania – nad przebiegiem nerwu pośrodkowego (kanał nadgarstka)
- Obszar promieniowania mrowienia / drętwienia (nerw pośrodkowy)
- ↓ Kierunek opukiwania

**CO OCENIA?**

Objawy ucisku nerwu pośrodkowego w kanale nadgarstka.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca; łokcie zgięte, przedramiona uniesione, nadgarstki maksymalnie zgięte, grzbiety dłoni dociśnięte do siebie.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi lub siedzi naprzeciw badanego i obserwuje odpowiedź objawową.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Poproś pacjenta o maksymalne zgięcie nadgarstków i dociśnięcie grzbietów dłoni do siebie przez około 30–60 sekund.

**WYNIK DODATNI**

Mrowienie, drętwienie lub prądowanie promieniujące do kciuka, palca wskazującego, środkowego lub promieniowej części serdecznego.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Zespół cieśni kanału nadgarstka lub drażnienie nerwu pośrodkowego.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Liczy się zgodność z typowymi objawami; interpretuj test razem z wywiadem i innymi próbami.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

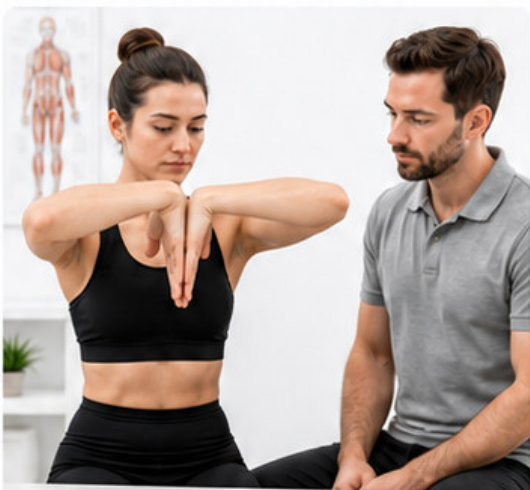
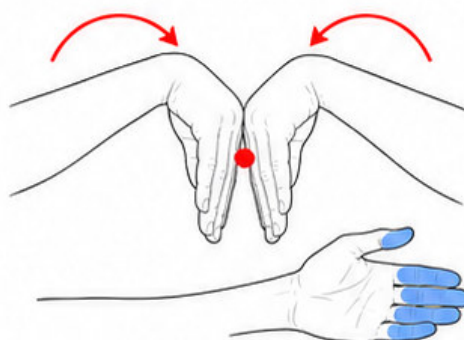
Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Punkt typowego ucisku w kanale nadgarstka
- Obszar promieniowania objawów (nerw pośrodkowy)
- Kierunek zgięcia nadgarstków

**CO OCENIA?**

Ból po stronie promieniowej nadgarstka związany z pierwszym przedziałem prostowników.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca; kciuk schowany do dłoni, palce zamknięte na kciuku.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi lub siedzi naprzeciw badanego i kontroluje dłoń oraz przedramię.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Poproś pacjenta, aby schował kciuk do dłoni i zaciśnął pięść, a następnie odchył nadgarstek w stronę łokciową.

**WYNIK DODATNI**

Wyraźny ból po stronie promieniowej nadgarstka, zwykle w okolicy wyrostka rylcowatego kości promieniowej.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Chorobę de Quervaina lub podrażnienie ścięgien APL i EPB.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Test może być bardzo prowokacyjny; wykonuj go delikatnie i interpretuj łącznie z lokalizacją bólu.

CO OCENIA?

Ból po stronie promieniowej nadgarstka związany z pierwszym przedziałem prostowników.

POZYCJA PACJENTA

Siedząca; kciuk schowany do dłoni, palce zamknięte na kciuku.

POZYCJA TERAPEUTY

Stoi lub siedzi naprzeciw badanego i kontroluje dłoń oraz przedramię.

JAK WYKONAĆ TEST?

Schować kciuk do dłoni, zaciśnąć pięść i odchylić nadgarstek w stronę łokciową.

WYNIK DODATNI

Wyraźny ból po stronie promieniowej nadgarstka, przy wyrostku rylcowatym kości promieniowej.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Chorobę de Quervaina lub podrażnienie ścięgien APL i EPB.

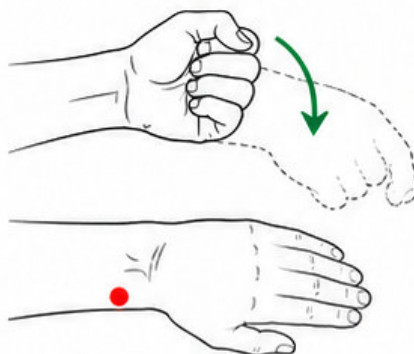
WAŻNE KLINICZNIE

Test może być bardzo prowokacyjny; wykonuj go delikatnie i interpretuj łącznie z lokalizacją bólu.

ILUSTRACJA WYKONANIA



STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU



- Stabilizacja przedramienia
- Punkt bólu – strona promieniowa nadgarstka (okolica wyrostka rylcowatego kości promieniowej)
- Kierunek ruchu – odchylenie w stronę łokciową

MODUŁ 06

Biodro i okolica miednicy

Testy pomocne w ocenie stawu biodrowego, tkanek okołobiodrowych oraz kontroli miednicy podczas ruchu i obciążania.



**CO OCENIA?**

Ból i ograniczenie ruchu w stawie biodrowym oraz możliwy udział stawu krzyżowo-biodrowego.

**POZYCJA PACJENTA**

Leżenie tyłem; kończyna badana ustawiona w zgięciu, odwiedzeniu i rotacji zewnętrznej, stopa oparta na przeciwległym kolanie.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi z boku badanego; jedną ręką stabilizuje przeciwległy talerz biodrowy, drugą prowadzi kolano kończyny badanej.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Ustaw kończynę w pozycji "figure-four", stabilizuj miednicę i delikatnie kieruj kolano w stronę podłoża.

**WYNIK DODATNI**

Ból w pachwinie, biodrze lub okolicy stawu krzyżowo-biodrowego oraz wyraźne ograniczenie ruchu.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Patologię stawu biodrowego, napięcie tkanek okołostawowych lub udział stawu krzyżowo-biodrowego.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Zwracaj uwagę na lokalizację bólu i porównuj zakres z drugą stroną.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

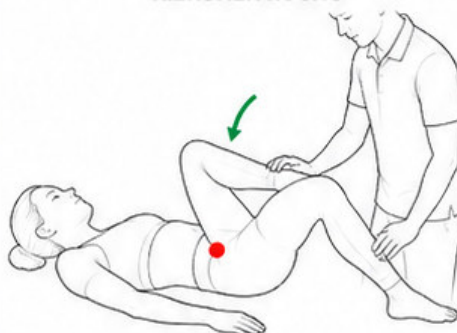
Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

● Punkt stabilizacji – talerz biodrowy przeciwległej strony

→ Kierunek ruchu – kolano prowadzone w stronę podłoża

**CO OCENIA?**

Objawy konfliktu udowo-panewkowego i podrażnienia przedniej części stawu biodrowego.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

**POZYCJA PACJENTA**

Leżenie tyłem; biodro i kolano zgięte.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi z boku badanego i kontroluje podudzie oraz okolice kolana.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Ustaw biodro w zgięciu, a następnie doprowadź je do przywiedzenia i rotacji wewnętrznej, prowokując objawy przedniego biodra.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

**WYNIK DODATNI**

Ból lub wyraźny dyskomfort w pachwinie / przedniej części biodra.

WYNIK DODATNI

Kryterium uznania testu za dodatni.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Konflikt udowo-panewkowy, udział obrąbka stawowego lub drażnienie struktur przedniego biodra.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

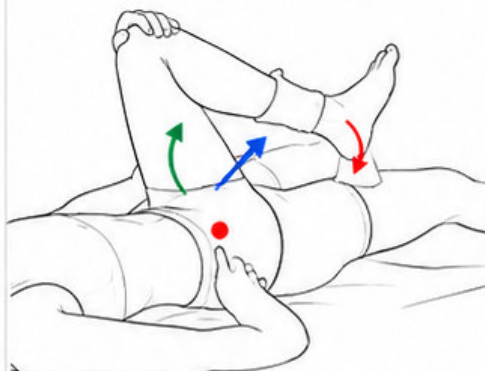
Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Najważniejsze jest odtworzenie typowych objawów, a nie samo uczucie sztywności.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Zgięcie biodra
- Przywiedzenie
- Rotacja wewnętrzna
- Punkt bólu – pachwina / przednia część biodra

**CO OCENIA?**

Długość i napięcie zginaczy biodra, zwłaszcza mięśnia biodrowo-lędźwiowego oraz prostego uda.

**POZYCJA PACJENTA**

Leżenie tyłem blisko krawędzi stołu; jedna kończyna przyciągnięta do klatki piersiowej, druga swobodnie opuszczona.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi z boku badanego i kontroluje ustawienie miednicy oraz kończyny opuszczonej.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Poproś pacjenta o przyciągnięcie jednego kolana do klatki piersiowej, aby spłaszczyć odcinek lędźwiowy, i obserwuj pozycję drugiego uda oraz kolana.

**WYNIK DODATNI**

Udo kończyny opuszczonej nie opada do poziomu stołu i / lub kolano ustawia się w wyproście.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Przykurcz zginaczy biodra, mięśnia prostego uda lub napięcie tkanek przedniej części uda.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Stabilizacja miednicy i odcinka lędźwiowego jest kluczowa dla wiarygodnej interpretacji.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

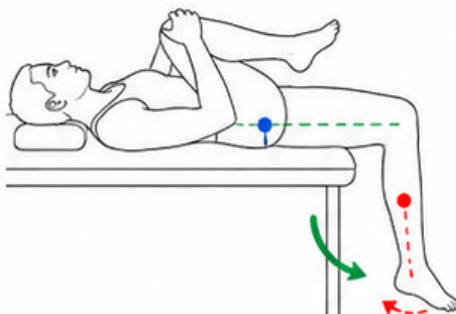
Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Stabilizacja miednicy / odcinka lędźwiowego
- Udo kończyny opuszczonej
- > Kąt kolana – tendencja do wyprostowania
- > Kierunek opadania uda – brak kontaktu ze stołem

**CO OCENIA?**

Napięcie pasma biodrowo-piszczelowego i mięśnia naprężacza powięzi szerokiej.

**POZYCJA PACJENTA**

Leżenie bokiem na stronie niebadanej; kończyna badana u góry.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi za badanym; stabilizuje miednicę i kontroluje kończynę górną.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Ustaw biodro w odwiedzeniu i wyproście, a następnie pozwól kończynie swobodnie opaść w przywiedzenie przy ustabilizowanej miednicy.

**WYNIK DODATNI**

Kończyna nie opada swobodnie w przywiedzenie lub pojawia się ból po bocznej stronie uda / biodra.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Nadmierne napięcie pasma biodrowo-piszczelowego albo TFL.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Unikaj rotacji i przechylenia miednicy; to one najczęściej fałszują wynik.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

● Stabilizacja miednicy

➔ Pozycja startowa: odwiedzenie i wyprost biodra

➔ Swobodne opadanie w przywiedzenie (ruch bierny)

**CO OCENIA?**

Kontrolę miednicy i funkcję odwodźcicieli biodra podczas obciążenia jednej kończyny.

**POZYCJA PACJENTA**

Stojąca; pacjent stoi na jednej kończynie.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi za lub przed badanym i obserwuje ustawienie miednicy oraz tułowia.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Poproś pacjenta o uniesienie jednej stopy nad podłogę i utrzymanie obciążenia po stronie badanej przez kilka sekund.

**WYNIK DODATNI**

Opadanie miednicy po stronie nieobciążonej i / lub kompensacyjne pochylenie tułowia.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Osłabienie odwodźcicieli biodra, zaburzenie kontroli miednicy lub ból hamujący obciążanie.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Oceniaj zarówno pozycję miednicy, jak i strategię kompensacji tułowiem; porównuj obie strony.

CO OCENIA?

Główna struktura lub problem oceniany testem.

POZYCJA PACJENTA

Ustawienie pacjenta podczas testu.

POZYCJA TERAPEUTY

Pozycja terapeuty względem pacjenta.

JAK WYKONAĆ TEST?

Krótkie, praktyczne instrukcje wykonania testu.

WYNIK DODATNI

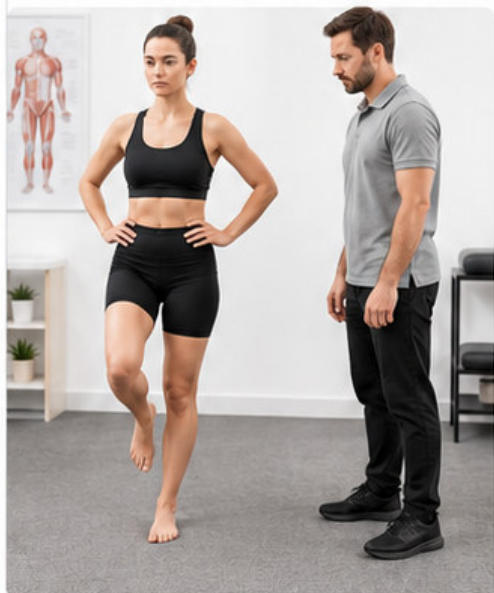
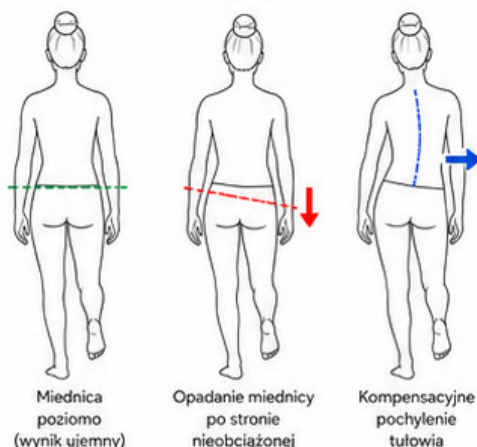
Kryterium uznania testu za dodatni.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Możliwe struktury związane z dodatnim wynikiem.

WAŻNE KLINICZNIE

Dodatkowe uwagi kliniczne i interpretacyjne.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRAŻYKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Prawidłowa kontrola miednicy
- Objaw dodatni – opadanie miednicy
- Kompensacja tułowiem

MODUŁ 07

Kolano

Testy pomocne w ocenie więzadeł, łąkotec
oraz stabilności stawu kolanowego
w badaniu klinicznym.



**CO OCENIA?**

Integralność więzadła krzyżowego przedniego oraz przednią stabilność kolana.

**POZYCJA PACJENTA**

Leżenie tyłem; kolano zgięte około 20–30°.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi z boku badanego; jedną ręką stabilizuje dalszą część uda, drugą obejmuje bliższą część goleni.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Utrzymując kolano w niewielkim zgięciu, przesunąć piszczel ku przodowi względem kości udowej i ocenić zakres przemieszczenia oraz jakość końcowego oporu.

**WYNIK DODATNI**

Zwiększone przednie przemieszczenie piszczeli i miękki lub niepewny punkt końcowy.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Rozluźnienie mięśni kulszowo-goleniowych i porównanie z drugą stroną są kluczowe dla wiarygodnej oceny.

CO OCENIA?

Integralność ACL oraz przednia stabilność kolana.

POZYCJA PACJENTA

Leżenie tyłem; kolano zgięte około 20–30°.

POZYCJA TERAPEUTY

Stoi z boku; stabilizacja uda i chwyt za bliższą część goleni.

JAK WYKONAĆ TEST?

Przesunąć piszczel ku przodowi i ocenić zakres oraz opór końcowy.

WYNIK DODATNI

Większe przemieszczenie i miękki / niepewny punkt końcowy.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego.

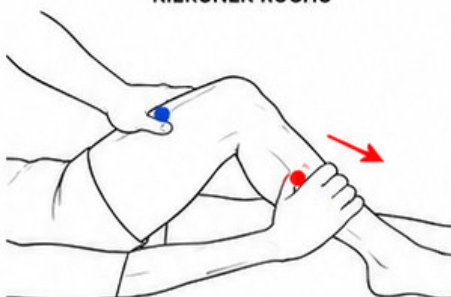
WAŻNE KLINICZNIE

Relaksacja mięśni i porównanie z drugą stroną zwiększają wiarygodność oceny.

ILUSTRACJA WYKONANIA



STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU



- Stabilizacja dalszej części uda
- Punkt kontaktu – bliższa część goleni (piszczel)
- Kierunek ruchu – przemieszczenie piszczeli ku przodowi

**CO OCENIA?**

Integralność więzadła krzyżowego przedniego oraz przednią stabilność kolana.

**POZYCJA PACJENTA**

Leżenie tyłem; biodro zgięte około 45°, kolano około 90°, stopa oparta o stół.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Siedzi lub stoi przed badaną kończyną; stabilizuje stopę i obejmuje bliższą część goleni oburącz.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Pociągnij piszczel ku przodowi względem kości udowej, oceniając zakres ruchu i jakość końcowego oporu.

**WYNIK DODATNI**

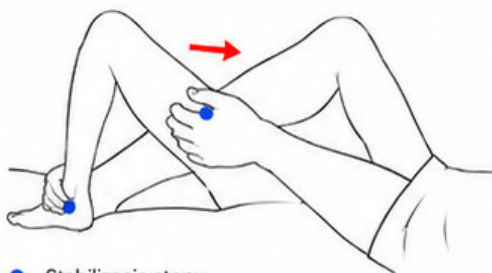
Zwiększone przednie przemieszczenie piszczeli i miękki lub niepewny punkt końcowy.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Uszkodzenie ACL / przednią niestabilność kolana.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Rozluźnij mięśnie kulszowo-goleniowe i porównaj z drugą stroną.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Stabilizacja stopy
- Punkt kontaktu – bliższa część goleni (piszczel)
- Kierunek ruchu – przednie przemieszczenie piszczeli

CO OCENIA?

Integralność więzadła krzyżowego przedniego oraz przednią stabilność kolana.

POZYCJA PACJENTA

Leżenie tyłem; biodro zgięte około 45°, kolano około 90°, stopa oparta o stół.

POZYCJA TERAPEUTY

Siedzi lub stoi przed badaną kończyną; stabilizuje stopę i obejmuje bliższą część goleni oburącz.

JAK WYKONAĆ TEST?

Pociągnij piszczel ku przodowi względem kości udowej, oceniając zakres ruchu i jakość końcowego oporu.

WYNIK DODATNI

Zwiększone przednie przemieszczenie piszczeli i miękki lub niepewny punkt końcowy.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Uszkodzenie ACL / przednią niestabilność kolana.

WAŻNE KLINICZNIE

Rozluźnij mięśnie kulszowo-goleniowe i porównaj z drugą stroną.

**CO OCENIA?**

Integralność więzadła krzyżowego tylnego oraz tylną stabilność kolana.

**POZYCJA PACJENTA**

Leżenie tyłem; biodro zgięte około 45°, kolano około 90°, stopa oparta o stół.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Siedzi lub stoi przed badaną kończyną; stabilizuje stopę i obejmuje bliższą część goleni oburącz.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Przesuń piszczel ku tyłowi względem kości udowej, oceniając zakres przemieszczenia.

**WYNIK DODATNI**

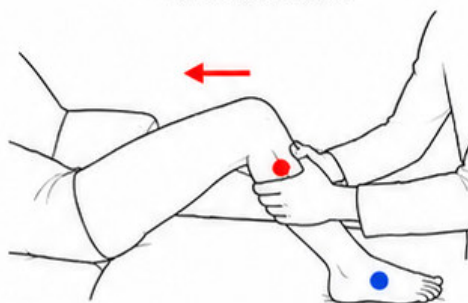
Nadmierne tylne przemieszczenie piszczeli lub miękki punkt końcowy.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Uszkodzenie PCL / tylną niestabilność kolana.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Sprawdź ustawienie wyjściowe, bo tzw. posterior sag może wpływać na interpretację.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Stabilizacja stopy (pięta oparta o stół)
- Punkt kontaktu – bliższa część goleni (piszczel)
- ← Kierunek ruchu – tylne przemieszczenie piszczeli względem kości udowej

CO OCENIA?

Integralność więzadła krzyżowego tylnego oraz tylną stabilność kolana.

POZYCJA PACJENTA

Leżenie tyłem; biodro zgięte około 45°, kolano około 90°, stopa oparta o stół.

POZYCJA TERAPEUTY

Siedzi lub stoi przed badaną kończyną; stabilizuje stopę i obejmuje bliższą część goleni oburącz.

JAK WYKONAĆ TEST?

Przesuń piszczel ku tyłowi względem kości udowej, oceniając zakres przemieszczenia.

WYNIK DODATNI

Nadmierne tylne przemieszczenie piszczeli lub miękki punkt końcowy.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Uszkodzenie PCL / tylną niestabilność kolana.

WAŻNE KLINICZNIE

Sprawdź ustawienie wyjściowe, bo tzw. posterior sag może wpływać na interpretację.

**CO OCENIA?**

Łąkotkę przysiadkową i boczną oraz obecność objawów mechanicznych kolana.

**POZYCJA PACJENTA**

Leżenie tyłem; kolano maksymalnie zgięte, biodro zgięte.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi z boku badanego; jedną ręką trzyma piętę i kontroluje rotację podudzia, drugą palpacyjnie kontroluje szparę stawu kolanowego.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Wykonuj rotację podudzia i stopniowo prostuj kolano; dla łąkotki przysiadkowej połącz rotację zewnętrzną z koślawością, dla bocznej rotację wewnętrzną z szpotawością.

**WYNIK DODATNI**

Ból, przeskakowanie lub wyczuwalne kliknięcie w przebiegu szpary stawowej.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Uszkodzenie łąkotki lub podrażnienie struktur śródstawowych.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Test interpretuj razem z wywiadem o blokowaniu i objawach skrętnych.

CO OCENIA?

Łąkotkę przysiadkową i boczną oraz obecność objawów mechanicznych kolana.

POZYCJA PACJENTA

Leżenie tyłem; kolano maksymalnie zgięte, biodro zgięte.

POZYCJA TERAPEUTY

Stoi z boku badanego; jedną ręką trzyma piętę i kontroluje rotację podudzia, drugą palpacyjnie kontroluje szparę stawu kolanowego.

JAK WYKONAĆ TEST?

Wykonuj rotację podudzia i stopniowo prostuj kolano; dla łąkotki przysiadkowej połącz rotację zewnętrzną z koślawością, dla bocznej rotację wewnętrzną z szpotawością.

WYNIK DODATNI

Ból, przeskakowanie lub wyczuwalne kliknięcie w przebiegu szpary stawowej.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Uszkodzenie łąkotki lub podrażnienie struktur śródstawowych.

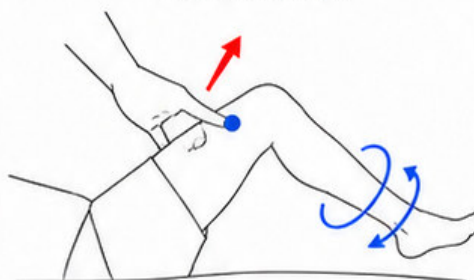
WAŻNE KLINICZNIE

Test interpretuj razem z wywiadem o blokowaniu i objawach skrętnych.

ILUSTRACJA WYKONANIA



STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU



- Palpacja szpary stawu kolanowego
- ➔ Kierunek prostowania kolana
- ↻ Rotacja podudzia (zewnętrzna dla łąkotki przysiadkowej, wewnętrzna dla bocznej)

**CO OCENIA?**

Stabilność więzadła pobocznego przyśrodkowego i bocznego oraz integralność struktur stabilizujących kolano.

**POZYCJA PACJENTA**

Leżenie tyłem; kolano oceniane w lekkim zgięciu około 20–30°, a także w wyproście zależnie od celu badania.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi z boku badanego; jedną ręką stabilizuje udo, drugą kontroluje dalszą część podudzia lub okolice kostki.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

- **Test koślawości (valgus stress):** wytwórz siłę do przyśrodkowego zapadania się kolana.
- **Test szpotawości (varus stress):** wytwórz siłę do bocznego otwierania stawu.

Oceń ból i nadmierną ruchomość.

**WYNIK DODATNI**

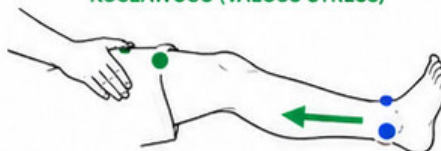
Ból po stronie badanej struktury i / lub zwiększone otwieranie szpary stawowej.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Uszkodzenie MCL, LCL lub szerszą niestabilność kolana.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Porównuj badanie w 0° i 20–30° zgięcia; zwracaj uwagę, czy dominuje ból czy rzeczywista wiotkość.

ILUSTRACJA WYKONANIA**KOŚLAWOŚĆ (VALGUS STRESS)****SZPOTAWOŚĆ (VARUS STRESS)****STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK SIŁY****KOŚLAWOŚĆ (VALGUS STRESS)**

Siła do przyśrodkowego zapadania się kolana.

SZPOTAWOŚĆ (VARUS STRESS)

Siła do bocznego otwierania stawu.

- Punkt kontaktu / stabilizacja uda
- Punkt kontaktu / kontrola dalszej części podudzia lub kostki

CO OCENIA?

Stabilność MCL i LCL oraz integralność struktur stabilizujących kolano.

POZYCJA PACJENTA

Leżenie tyłem; kolano w 20–30° zgięcia lub w wyproście zależnie od celu badania.

POZYCJA TERAPEUTY

Stoi z boku; stabilizuje udo i kontroluje dalszą część podudzia lub kostkę.

JAK WYKONAĆ TEST?

Koślawość: siła do środka. Szpotawość: siła na zewnątrz. Oceń ból i nadmierną ruchomość.

WYNIK DODATNI

Ból po stronie badanej struktury i / lub zwiększone otwieranie szpary stawowej.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Uszkodzenie MCL, LCL lub szerszą niestabilność kolana.

WAŻNE KLINICZNIE

Porównuj badanie w 0° i 20–30° zgięcia; zwracaj uwagę na ból czy wiotkość.

MODUŁ 08

Staw skokowy i stopa

Testy pomocne w ocenie stabilności stawu skokowego, ścięgna Achillesa, rozciągna podszwowego oraz wybranych problemów stopy w badaniu klinicznym.





CO OCENIA?

Integralność więzadła skokowo-strzałkowego przedniego oraz przednią stabilność stawu skokowego.



POZYCJA PACJENTA

Siedząca lub leżenie tyłem; kolano lekko zgięte, stopa rozluźniona, staw skokowy w lekkim zgięciu podszwowych.



POZYCJA TERAPEUTY

Stabilizuje dalszą część goleni jedną ręką, drugą obejmuje piętę / tył stopy.



JAK WYKONAĆ TEST?

Ustabilizuj goleń i przesun stopę wraz z kością skokową ku przodowi.



WYNIK DODATNI

Zwiększone przednie przemieszczenie oraz uczucie miękkiego końca ruchu.



CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Uszkodzenie ATFL lub boczną niestabilność stawu skokowego.



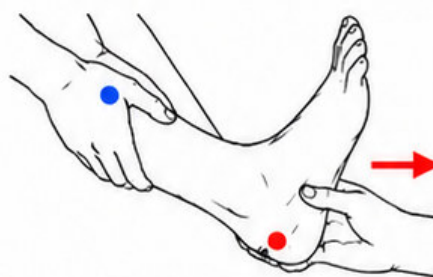
WAŻNE KLINICZNIE

Porównuj z drugą stroną; ból ostry po urazie może ograniczać wiarygodność testu.

ILUSTRACJA WYKONANIA



STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU



- Stabilizacja dalszej części goleni
- Punkt kontaktu – piętą / tył stopy
- Kierunek ruchu – przemieszczenie przednie

CO OCENIA?

Integralność więzadła skokowo-strzałkowego przedniego oraz przednią stabilność stawu skokowego.

POZYCJA PACJENTA

Siedząca lub leżenie tyłem; kolano lekko zgięte, stopa rozluźniona, staw skokowy w lekkim zgięciu podszwowych.

POZYCJA TERAPEUTY

Stabilizuje dalszą część goleni jedną ręką, drugą obejmuje piętę / tył stopy.

JAK WYKONAĆ TEST?

Ustabilizuj goleń i przesun stopę wraz z kością skokową ku przodowi.

WYNIK DODATNI

Zwiększone przednie przemieszczenie oraz uczucie miękkiego końca ruchu.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Uszkodzenie ATFL lub boczną niestabilność stawu skokowego.

WAŻNE KLINICZNIE

Porównuj z drugą stroną; ból ostry po urazie może ograniczać wiarygodność testu.

**CO OCENIA?**

Stabilność boczną stawu skokowego, zwłaszcza więzadło piętowo-strzałkowe oraz struktury kompleksu bocznego.

**POZYCJA PACJENTA**

Siedząca lub leżenie tyłem; stopa rozluźniona, staw skokowy w pozycji neutralnej lub lekkim zgięciu podszwowym.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stabilizuje goleń jedną ręką, drugą obejmuje piętę i tyłostopie.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Wykonaj pochylenie / inwersję kości skokowej i tyłostopia, oceniając zakres oraz jakość końcowego oporu.

**WYNIK DODATNI**

Zwiększona inwersja, ból po stronie bocznej lub wyraźna asymetria względem drugiej strony.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Uszkodzenie CFL, niestabilność boczną lub uszkodzenie kompleksu więzadłowego bocznego.

**WAŻNE KLINICZNIE**

Oceniaj razem z testem szuflady przedniej i mechanizmem skręcenia.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU /
KIERUNEK RUCHU**

- Stabilizacja goleni
- Punkt kontaktu – piętą i tyłostopie
- Kierunek ruchu – inwersja / pochylenie kości skokowej

CO OCENIA?

Stabilność boczną stawu skokowego, zwłaszcza więzadło piętowo-strzałkowe oraz struktury kompleksu bocznego.

POZYCJA PACJENTA

Siedząca lub leżenie tyłem; stopa rozluźniona, staw skokowy w pozycji neutralnej lub lekkim zgięciu podszwowym.

POZYCJA TERAPEUTY

Stabilizuje goleń jedną ręką, drugą obejmuje piętę i tyłostopie.

JAK WYKONAĆ TEST?

Wykonaj pochylenie / inwersję kości skokowej i tyłostopia, oceniając zakres oraz jakość końcowego oporu.

WYNIK DODATNI

Zwiększona inwersja, ból po stronie bocznej lub wyraźna asymetria względem drugiej strony.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Uszkodzenie CFL, niestabilność boczną lub uszkodzenie kompleksu więzadłowego bocznego.

WAŻNE KLINICZNIE

Oceniaj razem z testem szuflady przedniej i mechanizmem skręcenia.

**CO OCENIA?**

ciągłość ścięgna Achillesa.

**POZYCJA PACJENTA**

leżenie przodem, stopy poza krawędzią stołu lub pacjent klęczy na krześle.

**POZYCJA TERAPEUTY**

stoi z boku badanej kończyny i obserwuje ruch stopy podczas ucisku łydki.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

uciśnij mięsień brzuchaty łydki i obserwuj, czy pojawia się zgięcie podeszwowe stopy.

**WYNIK DODATNI**

brak lub wyraźne osłabienie zgięcia podeszwowego po uciśnięciu łydki.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

częściowe lub całkowite uszkodzenie ścięgna Achillesa.

**WAŻNE KLINICZNIE**

porównaj z drugą stroną; w ostrym urazie połącz test z obserwacją obrzęku i wywiadem o nagłym trzasku.

CO OCENIA?

ciągłość ścięgna Achillesa.

POZYCJA PACJENTA

leżenie przodem, stopy poza krawędzią stołu lub pacjent klęczy na krześle.

POZYCJA TERAPEUTY

stoi z boku badanej kończyny i obserwuje ruch stopy podczas ucisku łydki.

JAK WYKONAĆ TEST?

uciśnij mięsień brzuchaty łydki i obserwuj, czy pojawia się zgięcie podeszwowe stopy.

WYNIK DODATNI

brak lub wyraźne osłabienie zgięcia podeszwowego po uciśnięciu łydki.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

częściowe lub całkowite uszkodzenie ścięgna Achillesa.

WAŻNE KLINICZNIE

porównaj z drugą stroną; w ostrym urazie połącz test z obserwacją obrzęku i wywiadem o nagłym trzasku.

ILUSTRACJA WYKONANIA**STRZAŁKI / PUNKTY KONTAKTU / KIERUNEK RUCHU**

- Punkty ucisku – mięsień brzuchaty łydki
- Oczekiwane zgięcie podeszwowe stopy

**CO OCENIA?**

Rozciągnięto podeszwowe i mechanizm napinania łuku podłużnego stopy.

**POZYCJA PACJENTA**

Stojąca lub siedząca; stopa obciążona albo ustawiona stabilnie do oceny palucha.

**POZYCJA TERAPEUTY**

Stoi lub siedzi przed pacjentem; stabilizuje przodostopie i wykonuje wyprost palucha.

**JAK WYKONAĆ TEST?**

Ustaw stopę stabilnie i biernie wyprostuj paluch w stawie śródstopno-paliczkowym.

**WYNIK DODATNI**

Ból w okolicy rozciągnięta podeszwowego, szczególnie przy przyśrodkowym guzie piętowym lub wzdłuż łuku.

**CO MOŻE SUGEROWAĆ?**

Zapalenie / przeciążenie rozciągnięta podeszwowego lub zaburzenia mechaniki łuku stopy.

**WAŻNE KLINICZNIE**

W pozycji stojącej test bywa bardziej prowokacyjny i funkcjonalny.

CO OCENIA?

Rozciągnięto podeszwowe i mechanizm napinania łuku podłużnego stopy.

POZYCJA PACJENTA

Stojąca lub siedząca; stopa obciążona albo ustawiona stabilnie do oceny palucha.

POZYCJA TERAPEUTY

Stoi lub siedzi przed pacjentem; stabilizuje przodostopie i wykonuje wyprost palucha.

JAK WYKONAĆ TEST?

Ustaw stopę stabilnie i biernie wyprostuj paluch w stawie śródstopno-paliczkowym.

WYNIK DODATNI

Ból w okolicy rozciągnięta podeszwowego, szczególnie przy przyśrodkowym guzie piętowym lub wzdłuż łuku.

CO MOŻE SUGEROWAĆ?

Zapalenie / przeciążenie rozciągnięta podeszwowego lub zaburzenia mechaniki łuku stopy.

WAŻNE KLINICZNIE

W pozycji stojącej test bywa bardziej prowokacyjny i funkcjonalny.

ILUSTRACJA WYKONANIA



SCHEMAT / PUNKTY KONTAKTU



- Stabilizacja przodostopia
- Wyprost palucha w stawie śródstopno-paliczkowym
- Okolica rozciągnięta podeszwowego

Szybki przewodnik wyboru testu

Według regionu i objawów

REGION	TYPOWY OBJAW / PYTANIE KLINICZNE	NAJCZĘŚCIEJ WYBIERANE TESTY
1  Kręgosłup szyjny	 Objawy promieniujące do kończyny górnej, ból szyi, podejrzenie komponenty szyjno-nerwowej.	 • Spurlinga • Dystrakcji odcinka szyjnego • Upper Limb Tension Test • Test rotacji szyjnej w zgięciu • Kompresji Jacksona
2  Bark	 Ból przy unoszeniu, konflikt podbarkowy, osłabienie stożka rotatorów.	 • Hawkinsa-Kennedy'ego • Neera • Jobe'a / Empty Can • Opadającego ramienia • Rotacji zewnętrznej przeciw oporowi
3  Bark – biceps / obrąbek	 Ból przedniego barku, kliknięcia, niestabilność.	 • Speeda • Yergasona • O'Briena • Cranka
4  Łokieć / nadgarstek / ręka	 Ból bocznego łokcia, drętwienie, ból po stronie promieniowej nadgarstka.	 • Cozena • Milla • Tinela • Phalena • Finkelsteina
5  Biodro i okolica miednicy	 Ból pachwiny, ograniczenie ruchu, kontrola miednicy.	 • FABER • FADIR • Thomasa • Obara • Trendelenburga
6  Kolano	 Niestabilność, blokowanie, ból po urazie skrętnym.	 • Lachmana • Szuflady przedniej • Szuflady tylnej • McMurraya • Koślawości i szpotawości
7  Staw skokowy i stopa	 Niestabilność po skręceniu, ból Achillesa, ból rozciągnięcia podszewowego.	 • Szuflady przedniej stawu skokowego • Pochylenia kości skokowej • Thompsona • Windlass Test



Pamiętaj: test ortopedyczny nie jest samodzielną diagnozą.
Łącz wynik z wywiadem, obserwacją i badaniem funkcjonalnym.